

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* E PESQUISA

MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL E
INCLUSÃO SOCIAL

ELISEU ALEIXO

**QUEDAS E MEDO DE CAIR EM IDOSAS PARTICIPANTES DE UNIVERSIDADES
ABERTAS DA TERCEIRA IDADE**

SÃO PAULO

2015

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* E PESQUISA

MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL E
INCLUSÃO SOCIAL

ELISEU ALEIXO

**QUEDAS E MEDO DE CAIR EM IDOSAS PARTICIPANTES DE UNIVERSIDADES
ABERTAS DA TERCEIRA IDADE**

Trabalho de conclusão final apresentado como exigência parcial à Banca Examinadora da Universidade Anhanguera de São Paulo para obtenção do Título de MESTRE em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso

Coorientadora: Prof^a. Dra. Cristiane Akemi Kasse

SÃO PAULO

2015

R379a Aleixo, Eliseu.

Quedas e medo de cair em idosas participantes de universidades abertas da terceira idade. / Eliseu Aleixo. – São Paulo, 2015.
70 f.; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, Área de concentração: Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social) – Coordenadoria de Pós-Graduação, Universidade Anhanguera de São Paulo, 2015.

Orientadora: Professora Dr^a. Érica de Toledo Piza Peluso
Coorientadora: Professora Dr^a. Cristiane Akemi Kasse

1. Idoso. 2. Universidades. 3. Fatores de riscos. 4. Acidentes por quedas.
5. Medo. I. Título. II. Universidades Anhanguera de São Paulo.

CDD613.0438

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
Pós-graduando Eliseu Aleixo

Às nove horas e trinta minutos do dia vinte de agosto de dois mil e quinze, reuniu-se na Rua Maria Cândida, 1813 - 4º andar / Bloco G, no Campus Maria Cândida, da Universidade Anhanguera de São Paulo, a comissão Examinadora assim constituída: **Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso**, Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica; **Profa. Dra. Naira de Fátima Dutra Lemos**, Doutora em Saúde Coletiva; **Profa. Dra. Flávia Doná Simone**, Doutora em Neurologia, para proceder ao julgamento da Banca de Defesa da Dissertação intitulada *Quedas e medo de cair em idosas participantes de Universidades abertas da Terceira Idade*, apresentado pelo pós-graduando **Eliseu Aleixo** para obtenção do título de Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, desta Universidade. Iniciados os trabalhos, a Presidente da Comissão Examinadora **Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso** concedeu a palavra ao candidato **Eliseu Aleixo**, para uma breve exposição de seu trabalho. A seguir, a Sra. Presidente concedeu a palavra, pela ordem e sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante um prazo máximo de 30 minutos, assegurando igual tempo para resposta a cada examinador. Ultimada a arguição, a Comissão, em sessão secreta, passou aos trabalhos de Julgamento, tendo considerado o candidato aprovado.

Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso (Presidente)



Profa. Dra. Naira de Fátima Dutra Lemos - UNIFESP (1º Membro Titular Externo)



Profa. Dra. Flávia Doná Simone - UNIAN-SP (2º Membro Titular Interno)



A minha esposa Rosangela de Godoy Bueno, que nunca deixou de me incentivar a ingressar e prosseguir com coragem neste desafio, me apoiando em todos os momentos dessa jornada.

Aos meus filhos Gustavo Bueno Aleixo e Guilherme Bueno Aleixo, que sempre estiveram presentes no desenvolvimento deste trabalho, me inspirando a querer ser mais do que fui até hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me abençoar e por me ajudar a conquistar mais uma etapa na minha vida.

Aos meus pais Manoel Aleixo Filho e Maria Lopes Aleixo (*in memoriam*), por semearem em mim o respeito e a capacidade de sempre acreditar e não esmorecer diante da dificuldade.

Aos meus familiares por me incentivarem e compreenderem a minha ausência.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Érica de Toledo Piza Peluso, por ter acolhido com carinho o desafio de orientar este trabalho e principalmente por sua compreensão e sabedoria na supervisão de toda a pesquisa.

À coorientadora desta pesquisa, Prof^a. Dr^a Cristiane Akemi Kasse, pelo apoio e sempre contribuindo com sugestões e recomendações.

Aos excelentes Docentes do Programa de Reabilitação que trabalharam com afinco no intuito de transformar este cidadão em mais um pesquisador e em especial, à Prof. Dr. Maria Rita Aprile, pela capacidade intelectual e dedicação fantástica ao curso, aos seus colaboradores e discentes.

À Prof^a Ms Hania Milanelli que me incentivou, apoiou e sempre ofereceu boas experiências acadêmicas, carinho e companheirismo que contribuíram ricamente para a realização deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Luz Alcira Rincon, pela ética e moral incontestável e por mostrar a grandeza dos estudos de uma forma simples e admirável de aprender.

Ao grande amigo e confidente Ednei Fernando dos Santos, pelo incentivo e apoio todo o tempo, não esmorecendo e estando sempre ao meu lado em qualquer tempo e situação.

Aos amigos Professores Dagmar Brito Molinari, Fernando Castilho, Vanessa Franquini Nogueira, Euzarene Nunes, Priscila Evangelista, e Heloisa Helena Fares pelo incentivo constante em todas as etapas desta pesquisa.

Ao Colega Ernani Rutter, discente do Programa, que colaborou de forma intensa na coleta dos dados e na formação do banco de dados.

À Universidade Federal de São Paulo e a Faculdade Aberta da Terceira Idade do Centro Universitário Anhanguera de Santo André pela oportunidade de colher dados para a elaboração desta dissertação.

Aos idosos participantes da pesquisa que contribuíram significativamente para a realização desta Dissertação.

À Universidade Anhuera de São Paulo pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos.

RESUMO

ALEIXO, E. **Quedas e medo de cair em idosas participantes de universidades abertas da terceira idade.** 2015. 70f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social. Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2015.

As quedas e o medo de cair são problemas relevantes para os idosos e que trazem diversas consequências negativas para os indivíduos, a família e a sociedade. Há pouca informação na literatura sobre quedas e medo de cair entre idosos socialmente ativos como os frequentadores de Universidades Abertas da Terceira Idade (UNATIs). O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de quedas e medo de cair em idosos participantes de UNATIs e verificar os fatores associados. Realizou-se um estudo quantitativo, de corte transversal descritivo e analítico, com idosos matriculados e frequentadores há pelo menos 30 dias de duas instituições de ensino superior para a Terceira Idade: uma da Faculdade Anhanguera de Santo André (FATI) e outra da Universidade Federal de São Paulo (UATI). Os instrumentos utilizados foram a versão brasileira da *Falls Efficacy Scale- International* (FES-I Brasil); a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); a versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR) e um questionário para dados sociodemográficos, clínicos e de quedas e medo de cair do idoso. Para a análise estatística, as variáveis numéricas tiveram a normalidade testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e foi constatado que as variáveis não tiveram distribuição normal. Os testes utilizados foram a correlação de Spearman, Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis de acordo com a natureza das variáveis. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A amostra foi composta por 73 idosas, sendo 44 da UATI e 29 da FATI. O tempo médio de participação nas Instituições foi de 46,9 meses (mediana = 12,0) e a idade das participantes variou de 60 a 88 anos (média = 71,5 anos, DP = 8,1). Vinte idosas (27,4%) relataram ter sofrido uma ou mais quedas nos últimos 12 meses e 43 idosas (49,9%) declararam possuir medo de cair. O único fator associado às quedas foi o número de doenças relatado pelas idosas. Os fatores associados ao medo de cair foram os escores da FES I e o número de medicamentos, enquanto os fatores associados à autoeficácia em relação às quedas foram: número de medicamentos, escore da GDS, escore da GAI e o medo de cair. As idosas socialmente ativas apresentam quedas com frequência e grande parte possui medo de cair. As principais variáveis associadas a estes eventos estão relacionadas à saúde física e mental das idosas.

Palavras-chave: Idoso; Universidades; Fatores de risco; Acidente por quedas; Medo.

ABSTRACT

ALEIXO, E. Falls and fear of falling in elderly participants of open universities of the third age. 2015.70f. Dissertation (master's degree) – professional master's program in rehabilitation of body balance and Social inclusion. Anhanguera University of São Paulo, São Paulo, 2015.

Falls and fear of falling are relevant issues for the elderly and bring several negative consequences for individuals, families and society. There is little information in the literature on falls and fear of falling among elderly socially active as the regulars of Open Universities of the Third Age (UNATIs). The objective of this study was to evaluate the prevalence of falls and fear of falling in elderly participants of UNATIs and verify the associated factors. A quantitative, cross-sectional study was developed with elderly people enrolled and regulars for at least 30 days of two institutions of higher education for the elderly: one from Anhanguera College of Santo André (FATI) and another at the Federal University of São Paulo (UATI). The instruments used were the Brazilian version of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I Brazil); the reduced version of the Geriatric Depression Scale (GDS-15); the Brazilian version of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI-BR) and a questionnaire for clinical and sociodemographic data, falls and fear of falling in the elderly. For statistical analysis, numerical variables were normal tested by Kolmogorov-Smirnov test and it was found that they had no normal distribution. The tests used were the Spearman correlation, Chi-square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test according to the nature of the variables. The level of significance was $p < 0.05$. The sample was composed by 73 elderly, being 44 of UATI and 29 of FATI. The average time of participation in the institutions was 46.9 months (median = 12.0) and the age of the participants ranged from 60 to 88 years (mean = 71.5 years, SD = 8.1). Twenty elderly women (27.4%) reported having suffered one or more falls in the last 12 months and 43 (49.9%) declared to have fear of falling. The only factor associated with falls was the number of illnesses reported by elderly people. The factors associated with the fear of falling were scores of FES I and the number of medicines, while the factors associated with self-efficacy in relation to falls were: number of medicines, GDS score, GAI score and the fear of falling. The elderly socially active feature falls frequently and many have fear of falling. The main variables associated with these events are related to the physical and mental health of the elderly.

Keywords: Elderly; Universities; Risk factors, Accidental Falls; Fear.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas das idosas (n=73).	33
Tabela 2	Frequências absolutas e relativas relacionadas à saúde das idosas (n=73).	35
Tabela 3	Frequências absolutas e relativas relacionadas às quedas sofridas nos últimos 12 meses pelas idosas (n=20).	36
Tabela 4	Frequências absolutas e relativas relacionadas ao medo de cair (n=73).	37
Tabela 5	Variáveis associadas aos escores da FES I Brasil ($p < 0,05$).	38

LISTA DE ABREVIATURAS

CEREPRI	<i>Center for Research and Prevention of Injuries</i>
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
FATI	Faculdade Aberta a Terceira Idade
FES	<i>Fall Efficacy Scale</i>
FES – I	<i>Fall Efficacy Scale – International</i>
GAI	<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROFANE	<i>Prevention off Fall Network Europe</i>
SESC	Serviço Social do Comércio
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
UNATI	Universidade Aberta a Terceira Idade
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	ENVELHECIMENTO	14
2.1.2	Envelhecimento Ativo	15
2.2	UNIVERSIDADES DA TERCEIRA IDADE	17
2.3	QUEDAS	18
2.4	MEDO DE CAIR	22
3	OBJETIVO	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	MÉTODO	27
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	27
4.2	TIPO DE ESTUDO	27
4.3	LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES	27
4.3.1	Critérios de inclusão	28
4.3.2	Critérios de exclusão	28
4.4	INSTRUMENTOS	28
4.4.1	FES – I Brasil	28
4.4.2	Versão Reduzida da Escala de Depressão Geriátrica	29
4.4.3	Versão Brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica	30
4.4.4	Questionário sobre Dados Sociodemográficos, Clínicos e Quedas	30
4.5	PROCEDIMENTOS	30
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
5	RESULTADOS	32
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS IDOSAS	32
5.2	CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS IDOSAS	33
5.3	PREVALÊNCIA DE QUEDAS	36
5.4	PREVALÊNCIA DO MEDO DE CAIR	37
5.5	ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO	37
5.5.1	Quedas	37
5.5.2	Medo de cair	37

5.5.3	Autoeficácia em relação às quedas	38
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS	55
	APÊNDICES	62

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e vem crescendo em países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil (IBGE, 2014). O envelhecimento populacional traz diversas repercussões e desafios para os indivíduos idosos, a família, o sistema de saúde e para a sociedade.

Devido a mudanças fisiológicas próprias do processo de envelhecimento como diminuição no equilíbrio postural, problemas de visão, doenças cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, neurológicas e neoplasias, entre outras, os idosos apresentam um risco maior para quedas que pessoas de outras faixas etárias.

A queda é o problema mais comum dentre diversos causadores de trauma que podem acometer o idoso. As consequências das quedas são diversas, entre elas, destaca-se a ocorrência de lesões que podem acarretar em outros agravos de saúde, mais graves do que entre pessoas mais jovens. Os idosos apresentam maior incapacidade devido às quedas, período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte. Do ponto de vista da saúde pública, as quedas ocasionam gastos financeiros importantes em virtude da alta taxa de internação e recuperação das lesões provocadas pelas quedas. Outra consequência importante das quedas é o medo de cair novamente. O medo de cair é um problema relevante de saúde pública e pode ocorrer mesmo na ausência de quedas anteriores.

Idosos com medo de cair podem apresentar restrição de suas atividades habituais, o que gera diminuição da sua independência e da capacidade funcional influenciando negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

Diversos estudos foram realizados em nosso meio para avaliar a prevalência de quedas e/ou medo de cair entre idosos na comunidade. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2005), atualmente os idosos estão cada vez mais física e socialmente ativos, em busca de novas experiências culturais e recreativas, o que os deixa mais expostos a novos riscos de acidentes como quedas, torções, acidentes automobilísticos, atropelamento, entre outros.

Por outro lado, idosos socialmente ativos como os frequentadores de grupos de terceira idade tendem a ter um melhor desempenho físico, cognitivo e

psicológico, além de melhor qualidade de vida do que os idosos não ativos, o que poderia contribuir para a menor prevalência de quedas e medo de cair.

Apesar da relevância deste tema, não há estudos que abordem a prevalência de quedas e medo de cair bem como os fatores associados a estes eventos entre idosos socialmente ativos como os participantes de Universidades ou Faculdades Abertas da Terceira Idade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma tendência mundial. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o número de idosos aumentou significativamente na última década. De aproximadamente 14,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos em 1999, esta população aumentou para 26,3 milhões em 2013, respondendo por 13% da população. Para efeitos de comparação, no mesmo período histórico, a quantidade de crianças com até quatro anos caiu de 16 para 14 milhões. Em 2050, a previsão do IBGE é que a população destes idosos se aproxime de 66,4 milhões pessoas, representando então cerca de 30% da população brasileira. Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (IBGE, 2013).

A população de idosos estimada no Estado de São Paulo em 2012 foi 4.841.080 habitantes, o que perfaz 11,6% da população estadual total (VILLAR;. MORAES; SHIRASSU, 2013).

O envelhecimento é um processo de desenvolvimento normal, envolvendo alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas. Os fatores genéticos, ambientais e sócio-comportamentais, como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício, estão intimamente associados ao envelhecimento (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

O envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de doenças. De fato, envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos que devem ser considerados de forma integrada (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Segundo Fachine e Trompieri (2012), "o envelhecimento é heterogêneo, não se apresentando linearmente, pois varia desde sistemas orgânicos a psicossociais".

O envelhecimento ocorre no aspecto anatômico e fisiológico e suas alterações incluem, por exemplo, a diminuição do tônus muscular, rigidez nas articulações, alterações no posicionamento do corpo e na marcha, alterações no reflexo e no equilíbrio, pele ressecada, rugas, queda de cabelo ou presenças de fios brancos. Pode ocorrer a diminuição da massa corpórea, alterações cardíacas e

pulmonares e ainda digestão prejudicada dos alimentos e diminuição da libido (FREITAS; PY 2002).

Segundo Caberlon (2012), por volta dos 28 anos de idade começam a ocorrer alterações significativas no sistema biológico do adulto, a partir da perda funcional e gradual dos órgãos, se tornando perceptível somente após o final do ciclo reprodutivo. Esta fase pode ser alterada de acordo com o estilo de vida do indivíduo e seu meio de convivência, levando a melhores ou piores condições da qualidade de vida.

Um dos importantes desafios para a sociedade será o cuidado com os idosos, pois haverá uma população crescente com múltiplas comorbidades. Nesta faixa etária predominam grandes síndromes como quedas, demências e perdas de funções motoras, que comprometem ainda mais a independência e capacidade funcional do idoso, e aumentam a predisposição ao declínio funcional, fragilidade, institucionalização e morte (RAMOS, 1993; PASSARELLI, 1997; RAMOS, 2003).

Os aspectos psicológico, social e espiritual do idoso estão relacionados aos aspectos biológicos do envelhecimento e são relevantes para a qualidade de vida destes indivíduos (NETO, 2010), e embora a depressão e a ansiedade não façam parte do processo fisiológico do envelhecimento, elas são frequentemente citadas na literatura.

Entre os aspectos psicológicos, cabe destacar que, embora a depressão e a ansiedade não façam parte do processo fisiológico do envelhecimento, elas são frequentemente encontradas entre os indivíduos idosos, prejudicando sua qualidade de vida (PINHO; CUSTÓDIO; MADKISSE, 2009, BLAY; MARINHO, 2012). Estes quadros frequentemente coexistem e pode estar relacionado a diversos fatores como as condições de vida, suporte social, doenças crônicas, déficits cognitivos, dor, limitação funcional entre outros fatores (PINHO; CUSTÓDIO; MADKISSE, 2009; BLAY; MARINHO, 2012).

2.1.2 Envelhecimento ativo

O aumento da expectativa de vida e do número de idosos vem trazendo importantes desafios e mudanças na sociedade. Uma destas mudanças diz respeito à conquista de direitos sociais e de programas voltados para a qualidade de vida do idoso.

O termo "envelhecimento ativo" foi adotado pela OMS no final dos anos 90. Este termo procura ser mais abrangente que o termo "envelhecimento saudável" e inclui outros aspectos como os cuidados com a saúde além de outros fatores que afetam o envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Segundo a OMS:

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. (OPAS, 2005, p.13).

Para Duarte (1999), a velhice sempre foi vista como pobreza, inatividade, marginalidade e enfermidade. Somente após a segunda guerra mundial, verificaram-se mudanças significativas em relação aos idosos. Estes, atualmente participam cada vez mais ativamente na vida social, de atividades culturais, de lazer e atividades físicas, vivem mais anos e com melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Conforme esclarecem Néri e Cachioni (1999), além da inserção dos idosos em atividades sociais, os programas voltados aos idosos devem dar a oportunidade de novas experiências e melhorar a qualidade de vida com programas educacionais para o desenvolvimento de novos papéis para o indivíduo idoso, preservando sua dignidade e tornando-o mais autônomo, capaz de exercer seus direitos.

De acordo com Alfageme (2007), os programas sociais oferecidos aos idosos devem almejar preencher as expectativas educacionais, sociais, saúde e qualidade de vida do idoso.

No Brasil, a partir de 1990, começa a haver um maior envolvimento do poder público nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal na implantação na execução das políticas sociais voltadas para a população idosa, principalmente a Política Nacional

do Idoso e o Estatuto do Idoso, demonstrando claramente a movimentação em prol dos direitos do cidadão idoso, criando estratégias que abrangem atividades intelectuais, físicas e sociais. Pode-se destacar ainda as ações voltadas para o idoso em universidades, associações, fundações, dando condições de desenvolvimento e aprendizagens significativas, valorizando a riqueza de experiências e conhecimentos desses cidadãos (CACHIONI, 2012).

2.2 UNIVERSIDADES DA TERCEIRA IDADE

Os primeiros programas de educação para idosos tiveram início nos EUA em reuniões casuais onde todos ensinavam e aprendiam uns com os outros e o idoso era o educador e aluno por diversas vezes (CACHIONI, 1998). Com o passar dos anos, surgiram novas entidades que fortaleceram ainda mais a educação dos idosos.

Em 1973, o francês Pierre Vellas, criou na Universidade de Ciências Sociais de Toulouse a “*Université du Troisième Âge (U3A)*” para idosos, visando propiciar saúde, energia e interesse pela vida, trazendo valores significativos e mudança de comportamento no modo de pensar e agir diante da sociedade daquela época. Esta ideia atingiu diversos locais do mundo onde vários países já viviam este fenômeno da mudança.

No Brasil, o Serviço Social do Comércio (SESC) deu início em 1963 a grupos de convivência, com programas de lazer que promoviam uma velhice bem sucedida, e em 1970 já havia programas específicos como os encontros religiosos e o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), que deu início ao sistema supletivo de ensino (CACHIONI, 1998).

Cachioni (2012) afirma que, a partir de 1980, as Universidades Abertas da Terceira Idade (UNATIs) começam efetivamente a desempenhar seu papel principal de pesquisas gerontológicas sendo baseada em três eixos: participação, autonomia e interação.

Ainda, segundo Irigaray e Schneider, (2008), as UNATIs mantêm hoje as mesmas características do passado, ou seja:

Rever os estereótipos e preconceitos associados à velhice, incentivar a autonomia, a independência, a expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem-sucedida visando à

valorização pessoal, à convivência grupal, ao fortalecimento da participação social, à formação de um cidadão consciente de suas responsabilidades e direitos, promovendo sua autonomia e sua qualidade de vida (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008, p. 211).

A partir de 1990 são criados programas em praticamente todos os estados brasileiros e independentemente do nome ou terminologia utilizado, os propósitos e princípios são comuns, ou seja, as UNATIs devem ser multiplicadores de integração social dos idosos, criando assim uma nova sociedade, constituindo-se em um lugar ideal de encontro e aprendizagem para as pessoas idosas (LOURES; GOMES; ALENCAR, 2005).

Atualmente o Brasil conta com mais de 200 programas desta natureza, caracterizando-se como projeto de extensão universitária e educação permanente.

Segundo Veras e Caldas (2004), quando se fala em instituições de ensino superior, lembra-se sempre de um lugar para jovens aprenderem novos conhecimentos e isto serve inclusive quando se trata da UNATI, pois apesar da idade de seus participantes, as UNATIs promovem a qualidade de vida, colaborando com a saúde física, mental e social de seus participantes.

Diversos autores vêm apontando os efeitos benéficos para os idosos que participam das UNATIs. A participação nestas Universidades, segundo Cachioni (1998), faz com que os idosos se sintam mais confiantes e eficientes em suas tarefas, deixando-os mais seguros em seus enfrentamentos diários.

De acordo com Webbe e Celich (2007), as universidades trazem novas expectativas e perspectivas na vida do idoso, transformando-os em novos cidadãos.

Loures (2001) ressalta a importância na diminuição da depressão e ansiedade no idoso, sendo descrito em seus estudos que as UNATIs tiveram papel significativo nas vidas dos idosos.

2.3 QUEDAS

Diversas definições de queda foram propostas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), “queda é 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” (p. 3).

Entre os idosos que vivem na comunidade, cerca de um terço caem uma ou mais vezes por ano e a partir dos 70 anos de idade o número de quedas aumenta (PERRACINI; RAMOS, 2002; WHO, 2007).

As quedas em idosos estão associadas a altos índices de morbimortalidade, capacidade funcional diminuída, tornando-os fragilizados e podem inclusive levar ao óbito precoce (CABERLON, 2012).

Os fatores associados às quedas, como por exemplo, aumento da dependência e anos potenciais de vida perdidos geram alto custo no tratamento dos idosos. Estes dados são relevantes tanto para o indivíduo idoso, como para os familiares e o sistema de saúde do país, pois ocorre elevada procura dos serviços públicos de urgência e emergência. Outra consequência importante das internações é o aumento do risco de aparecimento de complicações como úlceras por pressão devido à imobilidade, alterações da força muscular, diminuição da amplitude articular e alterações do estado de consciência (BAIXINHO; DIXE, 2014).

As quedas corresponderam a 60% das internações por causas externas, tendo havido 20.746 ocorrências em 2012 no Estado de São Paulo (VILAR; MORAES; SHIRASSU, 2013). De acordo com estes autores, o gasto hospitalar com internações por quedas em idosos, entre janeiro e setembro de 2012, no Estado de São Paulo chegou à R\$ 27.835.773,61.

Gai, Gomes e Jansen de Cárdenas (2009) corroboram quando afirmam que as quedas são problemas extremamente graves para a saúde, pois suas consequências, como fraturas e outras lesões corporais bem como o medo de cair, resultam na restrição do idoso nas atividades diárias, levando ao declínio da saúde e da qualidade de vida.

As consequências mais comuns das quedas em idosos no estudo de Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) foram fraturas (64%), sendo mais frequentes a de fêmur (62%), seguidas pelas de rádio (12,5%), clavícula (6,25%). Após as fraturas, a consequência mais citada foi o medo de voltar a cair (44%). Conforme estes autores, após a queda 42,8% dos óbitos ocorreram em menos de um mês, ou seja, por consequências diretamente relacionadas ao evento queda, entre elas, fratura de fêmur causando embolia (50%) e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda (50%). Muitos desses idosos ficaram acamados, apresentaram

confusão mental, pneumonia e úlcera de decúbito. Ainda, 57,2% dos óbitos aconteceram em menos de um ano após o acidente por quedas.

Em idosos institucionalizados, estes índices são ainda maiores. Em um estudo realizado por Baixinho e Dixe (2014) no período de um ano, dentro de uma instituição de longa permanência para idosos na região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal, foram documentados 123 episódios de quedas referentes a 99 idosos residentes, 40,9% (40) da população sofreu pelo menos uma queda e desses 23 tiveram duas ou mais quedas.

Perracini e Ramos (2002) indicam que as quedas ocorrem com maior frequência em mulheres, em virtude da fragilidade, doenças crônicas, atividades domésticas, índice de massa corpórea, distúrbios de marcha e equilíbrio corporal, assim como o uso de medicações, que aumentam a probabilidade de quedas.

Segundo o *Center for Research and Prevention of Injuries* (CEREPRI) (2002), os riscos de quedas nos idosos podem ser classificados como intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos incluem os processos fisiológicos do envelhecimento e modo de vida que levam a diminuição da força muscular, equilíbrio, flexibilidade, diminuição da integração central e os reflexos posturais, diminuição da acuidade visual, auditiva, proprioceptiva, exteroceptiva, alteração de marcha, deformidades nos pés e úlceras por pressão. Outros fatores relacionados são história de quedas, idade, sexo feminino, viver sozinho, medicação psicotrópica, tomar vários medicamentos ao dia, doenças crônicas, mobilidade reduzida, deficiências nutricionais, dificuldades cognitivas, histórico de patologias cardíacas e neurológicas, infecções graves, hipotermia, hipertermia, hipotensão postural e incontinência urinária.

Os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente no qual o idoso vive, sendo considerados os objetos que estão no ambiente e podem prejudicar a marcha e o equilíbrio, podendo ser o piso escorregadio, escadas, tapetes, cadeiras e móveis em geral, tropeçar em animais, entre outros.

Na pesquisa realizada por Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) em Ribeirão Preto, SP, com 50 idosos atendidos em um hospital público, constatou-se que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%). A maioria das quedas foi da própria altura e relacionada a problemas com ambiente, tais como piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), esbarrar em outras

peças (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%). Foi verificado ainda que 66% das quedas ocorreram no próprio lar do idoso e 22%, ocorreram na rua.

No estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) em um bairro de classe baixa na cidade do Rio de Janeiro, foram avaliadas as consequências das quedas na qualidade de vida de 72 idosos. Deste grupo, 37,5% admitiram ter caído no último ano e as consequências mais citadas das quedas foram o medo de cair (88,5%), as fraturas (24,3%), o abandono de atividades (26,9%), a modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%).

No estudo de Celich (2010), buscou-se identificar os fatores que predisõem às quedas em 104 idosos participantes de seis grupos da terceira idade no município de Erechim, RS, sendo constatado que 63,46% admitiram já ter caído e destes, 36,53% sofreram fraturas. Houve ainda relação significativa entre o medo de cair e o número de quedas. Os idosos que sofreram limitações no período de recuperação relataram sintomas depressivos e tristeza em virtude da impossibilidade de realizar tarefas diárias e de se autocuidarem, interferindo assim na qualidade de vida.

No estudo realizado por Antes, D'Orsi e Benedetti, (2013), foram investigadas as circunstâncias e consequências das quedas e os fatores associados a limitações para realizar atividades após a queda em 1.705 idosos, residentes em Florianópolis (SC). Os autores constataram que a maioria dos idosos caiu enquanto caminhava, dentro do domicílio (43,2%) e a principal circunstância foi tropeço devido a irregularidades no chão. Em 71% dos idosos as quedas ocasionaram lesão e 14,8% mencionaram limitações para atividades após a queda. Os autores ressaltam a importância da prevenção, que deve ser uma preocupação de saúde pública, visto que mudanças relativamente fáceis podem reduzir o risco de quedas.

Caberlon (2012) realizou estudo com idosos residentes nos municípios do Rio Grande do Sul, por meio do levantamento de 6.633 fichas de atendimentos de quatro Unidades de Urgência e Emergência do SUS. Em relação ao local do evento de queda, 42% ocorreram dentro de casa e 58% fora do domicílio. As lesões mais frequentes foram as fraturas (31% dos idosos). Foi constatado ainda que quanto mais elevada a idade, maior a quantidade de fraturas sofridas pelo idoso. A maioria dos acidentes ocorreu nos meses de inverno (34% dos atendimentos).

No estudo de Gilasa et al., (2012), buscou-se determinar os tipos de lesões relacionadas com as quedas e seus fatores de risco em uma população de idosos internados, devido a quedas no Irã. Participaram do estudo 424 idosos, sendo que as quedas mais comuns (68,6%) foram no ambiente fora de casa e no mesmo nível, por escorregão e tropeço, em relação as lesões sofridas que resultaram em internações, as fraturas de quadril foram identificada em 29%, fratura de trocanter em 26,9%, e traumatismo crânio-encefálico em 12,2%. Portanto, as lesões associadas às quedas foram os problemas de saúde mais comuns nos idosos que resultam em dependência, diminuição da auto eficácia, medo de cair, depressão, e as atividades diárias restritas.

2.4 MEDO DE CAIR

Na literatura é possível encontrar diferentes definições para o termo medo de cair, dentre estas se destaca a de Tinetti e Powell (1993), que descreveram o medo de cair como uma preocupação constante sobre quedas que termina por limitar a realização das atividades básicas da vida diária.

O medo de cair é um problema de saúde relevante para os idosos, sendo uma importante consequência das quedas. No entanto, o medo de cair pode ocorrer mesmo entre aqueles idosos que não tiveram quedas (LEGTERS, 2002).

De acordo com revisão de Scheffer et al. (2008), sobre a prevalência de medo de cair em idosos, com exceção de um estudo que mencionou prevalência de 3%, os demais apresentaram prevalências entre 20,8 e 85%.

O medo de cair pode evoluir para a ptofobia, que designa uma síndrome pós-queda caracterizada por um medo excessivo em manter-se em pé ou caminhar, sem que isto signifique qualquer patologia neurológica (GAI; GOMES; JANSEN DE CÁRDENAS, 2009).

Por um lado, este medo pode ajudar o idoso a não sofrer novas quedas, em contra partida, poderá interferir na sua qualidade de vida, pois o idoso poderá deixar de realizar suas atividades físicas e/ou sociais devido à insegurança, levando à diminuição da capacidade funcional e ao isolamento social (FERNANDES et. al., 2013). No entanto, o medo de cair pode existir mesmo entre aqueles idosos que ainda não experimentaram a queda (LEGTERS, 2002).

O medo de cair tem repercussões negativas entre os aspectos físico, funcional, social e mental do idoso, podendo gerar perda de independência, da capacidade de realizar as atividades de vida diária propiciando baixa autoconfiança, levando ao sedentarismo e ainda a sintomas de depressão, diminuindo assim a qualidade de vida (REZENDE et al., 2010).

A avaliação do medo de cair pode ser feita de diversas formas e utilizando diferentes definições. Alguns estudos usam questões diretas (“Você tem medo de cair?”) enquanto outros utilizam medidas relacionadas à autoeficácia para evitar quedas. Entre estes, o instrumento *Fall Efficacy Scale* (FES) (TINETTI; RICHMAN; POWELL, 1990) e a *Falls Efficacy Scale – International* (FES-I) (YARDLEY et. al., 2005) têm sido utilizados com elevada frequência em diversos estudos internacionais e nacionais.

Alguns fatores estão relacionados ao medo de cair em idosos, entre eles, fatores físicos, psicológicos, sociais e funcionais (LEGTERS, 2002; SCHEFFER et. al., 2008). No estudo de Veuas et al. (1997), buscou-se identificar as características dos idosos que desenvolveram medo de cair logo depois da queda e investigar a associação desse medo com as mudanças no estado de saúde ao longo do tempo com 487 idosos da comunidade no Novo México, EUA. Os resultados indicaram que 32% dos 219 indivíduos que sofreram uma queda durante o período do estudo, relataram medo de cair, sendo as mulheres mais propensas a desenvolver o medo de cair. Outros fatores como a auto percepção negativa da saúde física, o estado cognitivo e econômico também foram associados com o medo de cair.

Carvalho, Pinto e Mota (2001) realizaram estudo na cidade do Porto em Portugal com 56 idosos, utilizando o instrumento FES para avaliar o medo de cair. Foi avaliado o equilíbrio, o medo de cair e a ocorrência de quedas, sendo que não foi observado diferenças no equilíbrio corporal em relação ao sexo dos idosos. Os indivíduos do sexo masculino, os que tiveram melhor equilíbrio e os praticantes de exercícios físicos apresentaram menor medo de cair. Portanto o estudo reforçou que a prática da atividade física juntamente com ações preventivas colabora com a diminuição da possibilidade de quedas, pois há influência positiva no equilíbrio, diminuindo o medo de cair nos idosos institucionalizados.

Estudo realizado por Soong et al. (2007) com 732 idosos residentes na comunidade na cidade de Ilsan, Coréia, sobre queda, medo de cair e a limitação de atividades devido ao medo de cair indicou que os idosos que sofreram quedas nos

últimos seis meses tiveram elevado medo de cair e cerca de cinco vezes mais chances de restrição das atividades, em comparação com aqueles que não tinham caído. Os autores ressaltam que é necessário dar atenção ao idoso após a ocorrência das quedas pois existe uma predisposição ao desenvolvimento do medo de cair.

No estudo de Rodrigues (2009), avaliou-se a velocidade da marcha, quedas, medo de cair e capacidade funcional em 264 idosos moradores da cidade de Campinas, SP. Dos entrevistados, 27,2% referiram quedas no último ano e 57,58% referiram medo de cair. As mulheres tiveram um número de quedas significativamente maior quando comparado aos homens, bem como ao medo de cair.

Silva et al. (2009) realizaram estudo com 63 idosos cadastrados no Serviço Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG. Foram avaliados quanto à fragilidade e aos desfechos quedas, funcionalidade e medo de cair. Os resultados indicaram que idosos mais frágeis apresentaram maior incapacidade para atividades de vida diária e aumento da sensação do medo de cair.

No estudo realizado por Almeida e Neves (2012) com uma amostra de 113 idosos com uma média de idade de 82 anos e moradores de sete instituições de Portugal buscou-se verificar o histórico de quedas e classificar a gravidade da lesão decorrente da última queda e avaliar o medo de cair em atividades da vida diária. Destes, 36 idosos relataram ter experimentado pelo menos uma queda nos últimos 2 anos. Para análise do fator medo de cair foi utilizada a escala FES-I Brasil, a qual indicou que o medo dos idosos encontra-se entre “algum” e “pouco” medo de cair em situações do dia a dia (6,82%).

Em um estudo para avaliar as quedas e o medo de cair realizado por Duarte et al. (2012) com 32 idosos do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) no município de Barra dos Garças (MT), foi utilizado como instrumento a FES-I Brasil e através deste instrumento identificou-se que 75% sofreram quedas e 78% relataram ter medo de cair.

No estudo realizado através da pesquisa nacional do idoso do Ministério da Saúde e Previdência Social da Coreia, com dados de 9033 idosos com 65 anos ou mais, 76,6% dos idosos coreanos tiveram medo de cair. Os fatores associados com um risco aumentado do medo de cair foram, em ordem do maior para o menor: a

experiência anterior de quedas, a experiência de dor no corpo, diminuição do estado de saúde percebido, presença de depressão, o recebimento de mais doses de medicamentos por dia, idade avançada, sexo feminino, dependência para atividades instrumentais de vida diária e menor nível de escolaridade. O medo de cair pode ser atenuado através de intervenções para reduzir o impacto dos fatores de risco modificáveis identificados (SEONHO; WI, 2013).

Ayoubi et al., (2014) compararam a marcha do idoso, o histórico de quedas e o medo de cair com 1.023 idosos do centro de exames de Lyon, França, sendo observado que 19% tiveram quedas mas não referiram medo da queda, enquanto que 9,9% não caíram e possuem medo de cair e 10,7% sofreram quedas e possuem medo de cair.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de quedas e medo de cair em idosos participantes de Universidades Abertas da Terceira Idade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Verificar a associação de quedas com variáveis sociodemográficas e de saúde.

3.2.2 Verificar a associação do medo de cair com variáveis sociodemográficas e de saúde.

3.2.3 Verificar a associação da autoeficácia em relação às quedas com variáveis sociodemográficas e de saúde.

4 MÉTODO

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Medo de cair em idosos: relação com qualidade de vida e atividade física” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Anhanguera de São Paulo, através do CAAE nº 38415414.5.0000.5493 (ANEXO D). A coleta de dados foi autorizada pelas instituições participantes (APÊNDICES A e B).

Todos os participantes assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, de corte transversal descritivo e analítico.

4.3 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

O estudo foi realizado na Faculdade Aberta da Terceira Idade (FATI) da Faculdade Anhanguera, unidade de Santo André e na Universidade da Terceira Idade (UATI) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Na FATI o programa de educação é oferecido para pessoas com mais de 45 anos, tendo seus projetos pedagógicos fundamentados nos pilares da Educação para o Século XXI (UNESCO, 1999), e ainda com objetivos de proporcionar aos indivíduos a possibilidade de acesso a novos conhecimentos; promover situações que favoreçam o envelhecimento saudável; auxiliar no processo de reinserção social facilitando a sua atuação na comunidade e tornando-a mais eficiente; e conscientizar os alunos de seus direitos e deveres, estimulando-os a exercer plenamente sua cidadania.

Os cursos são semestrais, com carga horária máxima de seis horas mensais por disciplina, divididas em comuns, optativas e complementares, podendo ser na área da saúde, esporte, cultura e artes ou tecnologia. No final do semestre, o aluno que cumpriu todos os critérios do programa para conclusão das disciplinas, é

considerado aprovado e recebe o certificado de conclusão do semestre e dar continuidade aos estudos, pois a FATI não estabelece tempo de permanência na instituição.

Já a UATI oferece os cursos às pessoas a partir de 50 anos, para que reciclem e atualizem seus conhecimentos, podendo assim dar uma nova perspectiva às suas vidas. Seu curso tem duração de um ano e não é prorrogável. Diplomas ou certificados não são exigidos para poder participar dos cursos.

A UATI investe na proteção do convívio entre gerações para o desenvolvimento de relações saudáveis com as pessoas que participaram da construção da vida das suas famílias e da sociedade e hoje tem direitos assegurados na constituição.

4.3.1 Critérios de inclusão

Indivíduos do sexo feminino e masculino, com idade igual ou superior a 60 anos matriculados e frequentadores da FATI e UATI há pelo menos 30 dias.

4.3.2 Critérios de exclusão

Frequentadores que não apresentaram condições físicas ou cognitivas para responder ao questionário e indivíduos cadeirantes.

4.4 INSTRUMENTOS

Este estudo utilizou quatro instrumentos: a versão brasileira da *Falls Efficacy Scale- International* (FES-I Brasil) (ANEXO A); a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO B), a versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR) (ANEXO C) e o Questionário para dados sociodemográficos, clínicos e de quedas e medo de cair do idoso (APÊNDICE D).

4.4.1 FES-I Brasil

Em 1990, Tinetti, Richman e Powell desenvolveram a primeira escala para avaliação da autoeficácia em relação a quedas em idosos, sendo denominada *Falls*

Efficacy Scale (FES). Logo depois surgiu uma nova versão criada pela rede europeia de prevenção de quedas (PRoFaNE – *Prevention of Falls Network Europe*) chamada de *Falls Efficacy Scale – International* (FES-I) a qual avalia, além dos itens da FES original, mais seis itens relacionados a atividades externas e participação social dos idosos (YARDLEY et al., 2005). A autoeficácia é um conceito útil para entender os motivos pelos quais os idosos desenvolvem medo de cair e é frequentemente utilizada para mensurar o medo de cair.

A versão brasileira da FES-I foi traduzida e validada no Brasil por Camargos et al. (2010).

Para cada uma das 16 atividades descritas, deve ser preenchida a resposta que mais se aproxima da sua preocupação com a possibilidade de cair ao realizar cada atividade ou se realizasse a atividade.

A FES-I apresenta quatro possibilidades de resposta, com respectivos escores de um a quatro: 1 - nem um pouco preocupado; 2 - um pouco preocupado; 3 - muito preocupado; e 4 - extremamente preocupado.

O escore total varia de 16 pontos (ausência de preocupação em cair) a 64 pontos (preocupação extrema em cair).

4.4.2 Versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi descrita por Yesavage et al., (1983) e possui 30 itens com perguntas de fácil compreensão, servindo como um instrumento de investigação ou rastreamento de sintomas depressivos. Três anos depois, Sheikh e Yesavage (1986) criaram a versão reduzida da escala com 15 itens (GDS 15).

Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil por Almeida e Almeida (1999), e consiste em um questionário de 15 perguntas fechadas e de fácil compreensão, com respostas simples de "sim" ou "não". O entrevistado é orientado a responder a todas as questões em "relação a como se sentiu na última semana". Este instrumento tem sido utilizado frequentemente para a detecção de depressão no idoso, e diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a detecção dos transtornos depressivos.

Os escores variam de 0 a 15, sendo que escores de 0 a 4 indicam ausência de depressão, de 5 a 10 indicam depressão leve ou moderada, e escore igual ou maior que 11 indicam depressão grave.

4.4.3 Versão Brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR)

O Inventário de Ansiedade Geriátrica foi desenvolvido por Pachana et al. (2007) como um instrumento breve para avaliar sintomas de ansiedade em idosos. Foi traduzida e adaptada para o português (MARTINY et al., 2012) e posteriormente validado por Massena et al., (2014). A versão brasileira apresentou elevada consistência interna (alfa de Cronbach =0,91) e elevada confiabilidade teste-reteste (0,85, $p < 0.001$).

Este instrumento é composto por 20 questões, onde o voluntário teve como opção as alternativas (1) concorda ou (2) discorda das afirmações apresentadas. O ponto de corte para detectar Transtorno de Ansiedade Generalizada na versão brasileira (MASSENA et al., 2014) de acordo com o Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV) é 13, com sensibilidade de 83,3% e especificidade de 84,6%. Para o rastreamento de sintomas ansiosos o ponto de corte sugerido por Massena et al. (2014) é 8.

4.4.4 Questionário sobre dados sociodemográficos, clínicos e de quedas e medo de cair.

Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, além de informações sobre quedas e medo de cair.

4.5 PROCEDIMENTO

Após a aprovação do Comitê de Ética, os idosos foram contatados pessoalmente durante os meses de fevereiro e março de 2015 na FATI de Santo André e na UATI da Unifesp e convidados a participar da pesquisa. Os questionários foram entregues em sala de aula, em horário previamente agendado com a coordenação dos programas de modo a não comprometer o horário das aulas.

Os questionários foram auto respondido e após o preenchimento foram devolvidos ao pesquisador.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos resultados, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas.

A análise inferencial foi realizada para verificar as variáveis associadas com as quedas, o medo de cair e os escores da FES-I Brasil (variáveis dependentes). Estas variáveis foram utilizadas da seguinte forma: quedas (sim / não), medo de cair (sim / não) e os escores da FES-I Brasil foram utilizados de forma numérica.

As variáveis independentes numéricas testadas foram: idade, número de doenças, número de medicamentos, escore da GDS e escore da GAI. Na análise das quedas e do medo de cair foi utilizado também o escore da FES-I Brasil.

As variáveis independentes categóricas testadas foram: estado civil, com quem mora, instituição de procedência, grau de instrução, tempo de atividade física agrupado; auto percepção da saúde, problemas de visão, tontura, uso de dispositivo de auxílio à marcha e tempo na instituição. Na análise da FES-I foram utilizados também quedas e medo de cair como variáveis independentes categóricas.

As variáveis numéricas tiveram a normalidade testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Como foi constatado que as variáveis não tiveram distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos.

Os testes utilizados na análise univariada foram: correlação de Spearman, Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, de acordo com a natureza das variáveis.

O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 73 idosas, sendo 44 da UATI e 29 da FATI.

Na FATI, dos 60 idosos matriculados, 25 não participaram do estudo por estarem afastados por motivos de saúde, 1 por possuir menos de 60 anos e 16 por estarem ausentes na semana de coleta de dados ou por recusa em participar.

Na UATI, existem 106 idosos matriculados e todos foram convidadas a participar da pesquisa. Destes, 60 recusaram a participação e 2 não foram incluídos no estudo por terem menos de 60 anos.

O tempo médio de participação nas Instituições foi de 46,9 meses (mediana = 12,0), sendo que há 13 idosas (17,8%) que frequentam a instituição há menos de seis meses, 29 idosas (39,7%) frequentam de 7 a 12 meses, 11 idosas (13,5%) de 13 a 24 meses e 20 idosas (27,4%), frequentam há mais de 25 meses.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS IDOSAS

A idade das participantes variou de 60 a 88 anos (média = 71,5 anos, DP = 8,1). Os resultados indicaram que a maior parte das idosas é viúva (47,9%), mora com familiares e completou ao menos o ensino médio, sendo que 27,4% completaram o ensino superior.

Os dados sociodemográficos das idosas estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas das idosas (n=73).

Características sociodemográficas	N	%
Estado Civil		
Solteira	8	11,1
Casada/união estável	25	34,2
Separada/divorciada	5	6,8
Viúva	35	47,9
Com quem mora		
Sozinha	22	30,2
Marido, companheiro, outros	51	69,8
Religião		
Católica	52	71,2
Protestante/evangélica	4	5,5
Outras	14	19,2
Nenhuma	3	4,1
Escolaridade		
Não completou o ensino fundamental	6	8,2
Ensino fundamental completo/ ensino médio incompleto	13	17,8
Ensino médio completo/ ensino superior incompleto	34	46,6
Ensino superior completo	20	27,4
Situação de trabalho		
Aposentada, sem trabalho remunerado	51	69,9
Trabalho ocasional	2	2,7
Trabalho regular	3	4,1
Do lar	17	23,3

5.2 CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS IDOSAS

A auto percepção de saúde indicou que a maior parte das idosas considera sua saúde de boa a regular. Quanto a doenças preexistentes, 47 idosas (64,4%) relataram possuir uma ou mais doenças e a maior parte, 61 idosas (83,6%), faz uso contínuo de um ou mais medicamentos.

Em relação aos problemas visuais, 44 (60,3%) possuem algum tipo de distúrbio visual. A grande maioria 68 idosos, não faz uso de dispositivo para auxílio na marcha (93,2%). A tontura foi relatada por 19 idosos (26%).

Os sintomas relevantes de ansiedade avaliados pela GAI-BR utilizando o ponto de corte 8 (sintomas de rastreamento de ansiedade) estavam presentes em 27 idosos (37,0%). O escore variou de 0 a 20, sendo que a média obtida neste instrumento foi 6,3 (DP = 5,3).

Em relação à depressão avaliada pela escala GDS-15, 23 idosos (31,5%) apresentaram sintomas depressivos, sendo que 19 idosos (26,0%) apresentaram depressão leve à moderada e 4 (5,5%) depressão grave. O escore variou de 0 a 13, sendo que a pontuação média no instrumento GDS-15 foi 3,4 (DP = 3,4).

Grande parte das idosos (84,2%) pratica exercícios físicos, realizando em média 148,1 minutos por semana.

Os dados da saúde das idosos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas relacionadas à saúde das idosas (n=73).

Saúde	N	%
Auto percepção de saúde		
Ótima	15	20,5
Boa	39	53,4
Regular	18	24,7
Ruim	1	1,4
Tontura		
Sim	19	26,0
Não	54	74,0
Problemas visuais		
Sim	44	60,3
Não	29	39,7
Uso de dispositivo auxiliar de marcha		
Sim	5	6,8
Não	68	93,2
Doenças		
Nenhuma	26	35,6
Uma	28	38,4
Duas	12	16,4
Três	7	9,6
Medicamentos de uso contínuo		
Um	20	27,4
Dois	21	28,8
Três ou mais	20	27,4
Não faz uso de medicamentos	12	16,4
Ansiedade		
Não	46	63,0
Sim	27	37,0
Depressão		
Não	50	68,5
Leve a moderada	19	26,0
Severa	4	5,5
Prática exercício físico		
Sim	62	84,9
Não	11	15,1

5.3 PREVALÊNCIA DE QUEDAS

Em relação às quedas, vinte idosas (27,4%) relataram ter sofrido uma ou mais quedas nos últimos 12 meses, sendo que a maioria apresentou uma queda. Dentre as causas com maior prevalência para a queda, destaca-se o tropeço e como consequência mais frequente a fratura. Metade das idosas caiu no domicílio e metade fora do domicílio.

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas relacionadas às quedas sofridas nos últimos 12 meses pelas idosas (n=20).

Quedas	N	%
O que ocasionou a queda		
Tropeço	10	50,0
Escorregão	3	15,0
Tontura	1	5,0
Outros	6	30,0
Local da queda		
Dentro do domicílio	10	50,0
Fora do domicílio	10	50,0
Consequências		
Fratura	4	20,0
Duas ou mais lesões	3	15,0
Perda da consciência	2	10,0
Outras consequências	1	5,0
Não houve lesão	10	50,0
Número de quedas		
Uma queda	13	65,0
Duas quedas	2	10,0
Três ou mais quedas	5	25,5

5.4 PREVALÊNCIA DO MEDO DE CAIR

Na questão direta sobre o medo de cair, 30 idosas (41,1%) declararam não possuir medo de cair enquanto 43 idosas (58,9%) declararam possuir algum grau de medo. Os resultados estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas relacionadas ao medo de cair (n=73).

Medo de cair	N	%
Não possui medo	30	41,1
Possui um pouco de medo	28	38,4
Possui medo moderado	11	15,1
Possui muito medo	4	5,5

A pontuação obtida pelas idosas no instrumento FES-I Brasil variou de 16 a 54, sendo que a pontuação média foi 26,6 (DP=8,0).

5.5 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO

5.5.1 Quedas

O único fator que apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de quedas foi o número de doenças relatado pelas idosas. Quanto mais doenças apresentadas, maior a prevalência de queda ($p < 0,001$).

5.5.2 Medo de cair

Os fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa com o medo de cair foram o número de medicamentos utilizados ($p=0,032$) e o escore da FES I Brasil ($p < 0,001$). Ou seja, quanto mais medicamentos utilizados pela idosa, mais medo de cair elas apresentam e quanto maior a autoeficácia percebida em relação às quedas mais medo de cair.

5.5.3 Autoeficácia em relação às quedas

As variáveis que tiveram associações estatisticamente significantes associadas com os escores da FES I Brasil foram: número de medicamentos, escore da GDS e escore da GAI e o medo de cair.

Quanto maior o medo de cair, maior o escore da FES I ($p < 0,001$), ou seja menor a autoeficácia percebida em relação às quedas.

Os coeficientes de correlações de Spearman para cada uma das variáveis numéricas que tiveram associações estatisticamente significantes estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Variáveis associadas aos escores da FES I Brasil ($p < 0,05$) *

Variável	Coefficiente de correlação	P
Número de medicamentos	0,263	0,025
Escore GDS	0,263	0,024
Escore GAI	0,334	0,004

*correlação de Spearman

A menor autoeficácia em relação às quedas ocorre entre idosas que utilizam maior número de medicamentos, e que apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência e os fatores associados às quedas e ao medo de cair em idosas participantes de Universidades Abertas da Terceira Idade.

A amostra foi composta apenas por idosas. Embora a grande maioria dos idosos inscritos nas UNATIs avaliadas neste estudo sejam mulheres, existem alguns homens matriculados, mas estes não quiseram participar da pesquisa.

Resultado similar foi obtido no estudo de Cachioni (1998) que apresentou ampla predominância do público feminino entre os participantes das UNATIs. Conforme esclarece Debert (1997), a participação masculina neste tipo de programa é rara, pois os homens demonstram um maior interesse por outros tipos de abordagens e assuntos como políticas públicas, aposentadoria, esportes, direitos do cidadão e redistribuição de riquezas. Já o público feminino apresenta maior interesse por temas como mudanças culturais e sexualidade e as idosas que não tiveram acesso a universidade anteriormente, veem agora a oportunidade de cursar a faculdade, pois além de tempo disponível, estão livres das responsabilidades familiares. Fenalti e Schwartz (2003) observaram ainda que os homens participavam dos programas da terceira idade principalmente para acompanhar as esposas, enquanto as mulheres participam de livre e espontânea vontade.

Em relação ao estado civil, os resultados indicaram que grande parte das idosas deste estudo é viúva (47,9%). No estudo de Cachioni (1998) sobre o envelhecimento bem-sucedido e participação numa UNATI, 36,5% das idosas eram viúvas.

Segundo a OMS (2005), as mulheres ficam viúvas mais cedo e apresentam maior longevidade que os homens. Enquanto os homens tendem a se casar novamente, a maior parte das mulheres nesta faixa etária permanece sem companheiro, o que pode ser um dos motivos que as levam a procurar atividades voltadas para a terceira idade.

Embora as UNATIs não exijam grau de escolaridade mínimo de seus participantes, foi possível observar nesta pesquisa que as idosas possuem, em sua maioria, segundo grau completo (46,6%) e terceiro grau completo (27,4%). A elevada escolaridade parece ser uma característica de participantes destes programas, o que foi observado em outros estudos. No estudo de Cachioni (1998),

24,5% haviam completado o segundo grau e 22% possuíam nível superior completo. No estudo de Irigaray e Schneider (2008) grande parte dos entrevistados (40,8%) tinha completado ensino superior. No estudo de Barreto et al. (2003), 30% possuíam o segundo grau completo e 60% o nível superior.

Estes resultados contrastam com o nível de escolaridade mais baixo dos idosos brasileiros. Entre estes apenas 7% completaram o ensino superior (NERI, 2007).

Em relação à saúde, 47 idosas (64,4%) relataram possuir uma ou mais doenças e grande parte delas (83,6%) relataram fazer uso contínuo de medicamentos. Por outro lado, a grande maioria das idosas avaliou sua saúde favoravelmente, considerando-a como boa ou regular.

A porcentagem de idosos com problemas de saúde nesta amostra é menor do que na população de idosos no Brasil, onde 81% relatam ter doenças (NERI, 2007). Cabe ressaltar que muitos idosos inscritos nas UNATIs avaliadas não participaram do estudo por estarem afastados por problemas de saúde. Desta forma, é possível que os que possuem mais doenças ou que avaliam mais negativamente sua saúde, não consigam participar efetivamente destes programas.

Por outro lado, a avaliação positiva da própria saúde pode estar relacionada à participação nas UNATIs. De acordo com Cachioni (2005), as diversas atividades oferecidas para os idosos promovem a saúde, o bem estar físico, psicológico e social, melhorando a qualidade de vida e a percepção de saúde.

Em relação às quedas, observou-se neste estudo que 27,4 % das idosas apresentaram quedas nos últimos 12 meses. A causa mais relatada foi o tropeço e a consequência mais relatada foi a fratura. Metade das idosas caiu fora do domicílio.

A prevalência de quedas no estudo atual foi semelhante à obtida em outros estudos realizados com idosos na comunidade. No estudo de Perracini; Ramos (2002) que avaliou 1.415 idosos da comunidade, foi constatado que 29,1% dos idosos referiram ter caído no ano ultimo ano.

Fhon et al.(2013), também relatou a prevalência de quedas em idosas de 38,6%. Na pesquisa realizada por Siqueira et al. (2007), com a participação de 4.003 idosos, foi constatado uma prevalência de quedas nos idosos de 34,8%, tendo como consequência principal as fraturas.

Antes, D'orsi e Benedetti, (2013) descrevem em seu estudo uma prevalência de 19% de quedas, sendo 14,3% para homens e 21,5% para as mulheres e observaram ainda que a maioria dos idosos caiu enquanto caminhava, sendo 43,2% dentro do domicílio após um tropeço devido a irregularidades no solo e em 71% dos idosos as quedas ocasionaram lesões.

Desta forma, embora os idosos mais ativos possam ter maior risco de quedas por estarem mais expostos a riscos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008), observou-se entre as idosas frequentadoras das UNATIs avaliadas neste estudo uma prevalência similar de quedas à de outros idosos da comunidade.

Entre os fatores avaliados, o único fator que mostrou associação com a ocorrência de quedas no estudo atual foi o número de doenças referido pelas idosas.

A condição clínica dos idosos (incluindo doenças como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças neurológicas ou osteoarticulares) é considerada um dos fatores de risco intrínseco mais comum para as quedas (CEREPRI, 2002; LEGTERS, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008). Por outro lado, outros fatores de risco intrínsecos mencionados na literatura como a idade avançada, uso de medicamentos, sedentarismo ou estado psicológico (CEREPRI, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008) não mostraram associação estaticamente significativa com as quedas no estudo atual.

Os resultados do estudo atual demonstraram que 43 idosos (59%) possuem algum grau de medo de cair, avaliado por meio de uma questão direta. Cabe destacar que 20,6% das idosas relatam ter medo moderado ou muito medo.

No estudo de Rodrigues et al. (2009) sobre velocidade da marcha, quedas, medo de cair e capacidade funcional entre 264 idosos da comunidade, foi observado que 57,5% apresentavam algum grau de medo de cair. Já Dias et al. (2011) encontrou em 81,5% dos participantes algum grau de medo de queda, dentre 113 entrevistados. Duarte et al. (2012), em seu estudo analisando o índice de quedas e o medo de cair em idosos de um centro de referência de assistência social, também empregando o método de questão direta, observaram que 78% dos participantes relataram sentir medo da queda. Em estudo mais atual de Fernandes, Oliveira e

Barbosa (2013) avaliando o medo de cair em idosos em atendimento ambulatorial, constatou-se que de 120 voluntários, 80% apresentou medo da queda.

Desta forma é possível observar que o medo de cair é prevalente entre idosos em nosso meio e grande parte das idosas socialmente ativas que frequentam as UNATIs avaliadas neste estudo também apresentaram este medo.

O relato do medo de cair teve uma associação significativa com o número de medicamentos utilizado pelas idosas, sendo que quanto maior o número de medicamentos, maior o medo de cair. Outra associação significativa observada foi entre o medo de cair e a autoeficácia mensurada pela FES I Brasil, ou seja, os idosos que relataram medo do cair, obtiveram uma maior pontuação na FES I, indicando menor autoeficácia em relação às quedas. Esta associação é esperada uma vez que o instrumento FES I é utilizado para mensurar o medo de cair.

Por outro lado, conforme apontado na literatura (SCHEFFER et al, 2008), as idosas que apresentaram quedas não relataram mais medo de cair que as idosas que não caíram. Este dado confirma que o medo de cair pode existir independentemente de quedas recentes, conforme relataram as revisões de literatura de Legters (2002) e Scheffer et al. (2008).

A autoeficácia em relação às quedas, que também pode ser utilizada como uma forma de mensurar o medo de cair, foi avaliada pela FES I Brasil, sendo que a pontuação obtida pelas idosas variou de 16 a 54, com pontuação média de 26,6 (DP=8,0).

No estudo de Camargos et al. (2010) com o objetivo de adaptar culturalmente a FES-I e avaliar suas propriedades psicométricas em uma amostra de 163 idosos brasileiros da comunidade, a média de escore foi 23,55, pontuação similar à encontrado neste estudo.

Outros estudos realizados com idosos em nosso meio utilizando este instrumento obtiveram resultados semelhantes. Silva, Trelha e Silva Junior (2009) realizaram estudo com 85 idosos da comunidade, sendo que destes, 45 realizavam algum tipo de atividade física, obtendo uma média de 20 em relação a auto eficácia, enquanto que os não praticantes de atividades físicas (40 idosos) obtiveram a média de 23. Já para Silva et al. (2009) em estudo realizado com 30 idosos em um serviço interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia, foi possível constatar o escore de 26,5 na FES-I Brasil.

Dentre os fatores associados ao escore do instrumento FES-I Brasil nesta pesquisa estão o número de medicamentos utilizado pelas idosas, a depressão, a ansiedade e o medo de cair. As idosas que utilizam mais medicamentos, que têm mais sintomas de depressão e de ansiedade e apresentam mais medo de cair, têm menor autoeficácia percebida em relação às quedas.

A quantidade de medicamentos foi associada tanto com o medo de cair quanto com a autoeficácia, porém não foi associada à ocorrência de quedas nesta amostra de idosas. Estudos têm apontado que o uso de muitos medicamentos pode predispor a quedas mas não foi encontrado algum estudo que associe o seu uso ao medo de cair.

Aspectos psicológicos como ansiedade e depressão são considerados fatores predisponentes para o medo de cair e para a autoeficácia em relação às quedas (SUZUKI et al., 2002; HUGHES et al., 2015).

Alguns estudos sugerem que o medo de cair pode ser considerado uma expressão de ansiedade generalizada, comparável a outros medos excessivos que afetariam os idosos (LEGTERS, 2002; HUGHES et al, 2015).

Algumas limitações deste estudo precisam ser apontadas. Em primeiro lugar, grande parte dos idosos inscritos nas duas UNATIs avaliadas não participou do estudo e a amostra foi composta apenas por mulheres. Estes aspectos limitam a generalização dos resultados.

Por se tratar de um estudo de corte transversal, não é possível afirmar qual a relação causal entre as quedas e o medo de cair e os fatores avaliados. Novos estudos longitudinais devem ser realizados a fim de esclarecer estas relações.

Alguns fatores como qualidade de vida, capacidade funcional e déficits cognitivos não foram incluídos entre os possíveis fatores associados às quedas e ao medo de cair.

Os idosos estão cada vez mais física e socialmente ativos e buscam constantemente novas experiências sociais, culturais e recreativas e desta forma as UNATIs podem contribuir de forma significativa para esta realização.

Este estudo mostrou que mesmo participando dos programas destas instituições, os idosos socialmente ativos estão propensos a sofrer quedas e a ter medo de cair, de forma similar a outros idosos da comunidade. A saúde física e mental foi associada à maior prevalência destes eventos.

A promoção de saúde é um dos objetivos das UNATIs e, desta forma, estes programas devem estar atentos ao tema das quedas e do medo de cair, procurando abordá-los em sua prática e destacando sua importância. Intervenções educativas voltadas para os idosos participantes poderiam ser realizadas neste sentido, contribuindo para minimizar os riscos de quedas e o medo de cair nesta população.

7 CONCLUSÃO

As quedas e o medo de cair foram prevalentes entre as idosas participantes do estudo.

As quedas foram associadas ao número de doenças relatadas pelas idosas.

O medo de cair apresentou associação com o número de medicamentos utilizados pelas idosas e a autoeficácia em relação às quedas.

O número de medicamentos e os sintomas de ansiedade, depressão bem como o relato sobre medo de cair tiveram associação com a autoeficácia relacionada às quedas.

REFERÊNCIAS

ALFAGEME, A. The clients and functions of Spanish university programmers for older people: a sociological analysis. **Ageing & Society**. v. 15, p. 343-361. 2007.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria [online]**. v. 57, n 2B, p. 421-426. 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Acesso em 10/dez/14

ALMEIDA, P.; NEVES, R. As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 5, p. 27-43. 2012.

ANTES, D. L.; D'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 16, n. 2, p. 469-81. 2013.

AYOUBI, F.; LAUNAY, C. P.; KABESHOVA, A.; FANTINO, B.; ANNWEILER, C.; BEAUCHET, O. The influence of fear of falling on gait variability: results from a large elderly population-based cross-sectional study. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**. v. 11, p. 128. 2014.

BAIXINHO, C. R. S. L.; DIXE, M. A. C. R. Monitoramento de episódios de quedas em Instituição para Idosos. **Revista Eletrônica Enfermagem [Internet]**. jan/mar; vol. 16, n. 1 p. 28-34, 2014 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20650.-doi:10.5216/ree.v16i1.20650>. Acesso em 20/out/14

BARRETO, K. M. L.; CARVALHO, E. M. F.; FALCÃO, I. V.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. v. 3, n. 3. 2003.

BLAY, S.L.; MARINHO V. Anxiety disorders in old age. **Current Opinion in Psychiatry**. v.25, n.6, p. 462-467, 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2012/11000/Anxiety_disorders_in_old_age.5.aspx>

CABERLON, I. C. **Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul, Brasil**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre: PUCRS. 2012.

CACHIONI, M. **Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco**. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação - Campinas, SP. [s.n.]. 1998.

CACHIONI, M. Universidade da terceira idade. In: Neri, A. L. (Org.) **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas (SP): Alínea. p. 207-210. 2005.

CACHIONI, M. Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 7, p. 01-08. 2012.

CAMARGOS F. F. O.; DIAS R. C.; JOÃO M. D. D.; FREIRE M. T. F. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, p. 237-43. 2010.

CARVALHO, J.; PINTO, J.; MOTA, J. Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. **Revista Porto Ciência Desportiva**. v. 7, n. 2, p. 225–231. 2008.

CELICH, K. L. S.; SOUZA, S. M. S.; ZENEVICZ, L.; ORSO, Z. A. Fatores que predispõem às quedas em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 419-426. 2010.

CEREPRI - Center for Research and Prevention of Injuries. **Athens University, Greece**. 2002. Disponível em:

http://www.euroipn.net/cerepri/modules.php?name=Web_Links&op=outsidelinksetup&lid=9. Acesso em 19/jan/15

COUTINHO; E. S. F.; SILVA; S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 5, p. 1359-1366. 2002.

DEBERT, G. G. **Reinventando o envelhecimento, socialização e processos de reprivatização da velhice**. Departamento de Antropologia, IFCH. UNICAMP. 1997.

Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=juwrAjXrnCYC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Reinventando+o+envelhecimento,+socializa%C3%A7%C3%A3o+e+processos+de+reprivatiza%C3%A7%C3%A3o+da+velhice.&ots=wUfllHeJlq&sig=qYippO7TEGDDTrHel6uUy8tyd4U#v=onepage&q=Reinventando%20o%20envelhecimento%2C%20socializa%C3%A7%C3%A3o%20e%20processos%20de%20reprivatiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20velhice.&f=false>

Acesso em 23/jun/15

DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; SANTOS, E. G. S.; VIEIRA, R. A.; DIAS, J. M. D.; PERRACINI, M. R. Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 15, n. 5, p. 406-413. 2011.

DUARTE, L. R. S. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. **Estudo Interdisciplinar no Envelhecimento**. v. 2, p. 35 - 40. 1999.

DUARTE, L. M.; VALENTIM, F. C. V; MORÉS, G.; BORGES, E. C; CÔRTEZ, M. A. O índice de quedas e o medo de cair em idosos do centro de referencia assistência social (CRAS) no município de Barra do Garças (MT). **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar**. n. 8, p. 20 – 25. 2012.

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

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. v. 20, p. 106-132. 2012.

FENALTI, R. C. S.; SCHWARTZ, G.M. Universidade Aberta à Terceira Idade e a perspectiva de resignificação do lazer. **Revista Paulista de Educação Física**. v. 17, n. 2 p. 131-141. 2003.

FERNANDES, M. G. M.; OLIVEIRA, F. M. R. L.; BARBOSA, K. T. F. Avaliação do medo de cair em idosos em atendimento ambulatorial. **Revista Enfermagem Universidade Federal Pernambuco (UFPE) online**. v. 7, n. 4, p. 1160-1166. 2013.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 3º ed. 2002.

GAI, J.; GOMES, L.; JANSEN DE CÁRDENAS, C. PTOFOBIA O medo de cair na pessoa idosa. **Acta Média Portuguesa**, v. 22, p. 83-88. 2009. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/>. Acesso 07/jul/14

GILASI, H. R.; SOORI, H.; YAZDANI, S.; TENJANI, P. T. Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Older Adults in Qom Province, Iran, 2010-2012. **Archives of Trauma Research**. v. 4, n.1. 2014.

HUGUES CC, KNEEBONE II, JONES F, BRADY B. A theoretical and empirical review of psychological factors associated with falls-related psychological concerns in community-dwelling older people. **International Psychogeriatrics**.v.30, p. 1-17.2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **IBGE**. CENSO DEMOGRÁFICO. Características da população e dos domicílios Resultados do universo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE**. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 34. 2014.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia**. v. 25, n. 4, p. 517-525., 2008.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de Idosas em uma Universidade da Terceira Idade: Motivos e Mudanças Ocorridas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 24 n. 2, p. 211-216. 2008.

LEGTERS, K. Fear of falling. **Physical Therapy** v. 82; p. 264 –272. 2002.

LOPES, K. T.; COSTA, D. F.; SANTOS, L. F.; CASTRO, D. P.; BASTONE, A. C. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com a mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.13, n.3, p. 223-229. 2009.

LOURES, M. C. **Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade de vida em alunos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde de Brasília-DF. UCG. 2001.

LOURES, M. C.; GOMES, L.; ALENCAR J. Universidades abertas da terceira idade. **História da Educação**. n. 17, p. 119-135. 2005.

MARTINY, C., SILVA, A. C. O., NARDI, A. E. AND PACHANA, N. A. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 38, p. 8–12. 2011.

MACHADO, F. F. **Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade do Sagrado Coração (UATI/USC). Estudo de caso.** Dissertação. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP/FMB), 2004.

MASSENA, P. N.; NARAHYANA, B. A.; NANCY P.; JERSON L.; ANALUIZA C. P. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. **International Psychogeriatrics**. p. 1-7. 2014.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC-SP; 2007. 288p.

NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do Envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática** v.7, p. 75-84. 2010.

ORDONEZ, T. N.; CACHIONI, M. Universidade aberta à terceira idade: a experiência da Escola de Artes, Ciências e Humanidades. **RBCEH**, v. 6, n. 1, p. 74-86. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

PACHANA, N.; BYRNE, G.; SIDDLE, H.; KOLOSKI, N.; HARLEY, E.; ARNOLD, E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **International Psychogeriatrics**, vol 19, p 103-114. 2007. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-anxiety.aspx>. Acesso em 23/jun/15

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN. S; PERRACINI, M. R.; PY, L.; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. Quedas em Idosos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. p. 1-7. 2001.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**. v. 36, n. 6, p. 709-716. 2002.

PINHO, M. X., CUSTÓDIO, O., MADKISSE, M. Incidência da depressão e fatores associados em idosos na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. n.12, v.1, p.123-140, 2009.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v.1, n.1, p. 3-8. 1993.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. p. 793-798. 2003.

REZENDE, A. A. B.; SILVA, I. L.; CARDOSO, F. B.; BERESFORD, H. Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. **Acta Fisiatria**. v. 17, n. 3, p. 117 – 121. 2010.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p.1265-1273. 2008.

RODRIGUES, I. G. **Velocidade da marcha, quedas, medo de cair e capacidade funcional em idosos da comunidade: dados do FIBRA**. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.]. 2009.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**. v. 14, n. 1, p. 3-10. 2009.

SCHEFFER, A. C; SCHUURMANS, M. J; VAN DIJK, N; VAN DER HOOFT T; ROOIJ, S. E. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. **Age and Ageing**. v. 37, p. 19-24. 2008.

SEONHO. K.; WI, Y. S. Prevalence and correlates of fear of falling in Korean community-dwelling elderly subjects. **Experimental Gerontology**. v. 48, n. 11, p. 1323–1328. 2013.

SHIEKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**. v. 5, p.165-173. 1986.

SILVA, C. K.; TRELHA, C. S.; SILVA JUNIOR R. A. Fear of falling and self-perception of health in older participants and non-participants of physical activity programs. **Motriz**, v.19 n.4, p.763-769, 2013.

SILVA, S. L. A.; VIEIRA R. A.; ARANTES P.; DIAS R. C. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e Gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**.v.16, n.2, p.120-125. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Quedas em idosos. 2008.

SOONG, N. J.; SUNG, I. C.; SANG, W. O.; EON, S. L.; HYUN, W. B. Time since falling and fear of falling among community-dwelling elderly. **International Psychogeriatrics**, v. 19, n. 6, p. 1072–108. 2007.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no Idoso. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2002.

SUZUKI M, OHYAMA N, YAMADA K, KANAMORI M. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. **Nursing and Health Sciences** v.4, p. 155-61.2002

TINETTI, M.E.; RICHMAN D.; POWELL. L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. **Journal of Gerontology**. v. 45, n. 6, p. 239-43. 1990.

TINETTI, M.E; POWELL, L. Fear of falling and low self-efficacy: A case of dependence in elderly persons. **Journal of Gerontology**. v. 48, p 35–38. 1993.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n.2. 2004.

VEUAS, B. J; WAYNE, S. J; ROMERO, L. J; BAUMGARTNER, R. N; GARRY, P. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. **Age and Ageing** n. 26, p. 189-193. 1997.

VILAR, M. C. H.; MORAES, M. A.; SHIRASSU, M. M. **Morbi-mortalidade por quedas em idosos no estado de São Paulo: um olhar regional**. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica do Centro de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2013. Disponível em:

http://www.cve.saude.sp.gov.br/boletim/txt/bol141712_idosos.htm. Acesso em 02/set/14

WEBBER, F.; CELICH, K. L. S. As Contribuições da Universidade Aberta para a Terceira Idade no Envelhecimento Saudável. **Estudo interdisciplinar do Envelhecimento**.v. 12, p. 127-142. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The use of epidemiology in the study of the elderly**. Genebra: World Health Organization, 1984. Disponível em:

<http://www.who.int>. Acesso em 07/jul/14

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on falls prevention in older age**. Genebra: World Health Organization, 2007.

YARDLEY, L; BEYER, N; HAUER, K; KEMPEN, G; PIOTZIEGLER, C; TODD, C.. Development and initial validation of the falls efficacy scale-international (FES-I). **Age and Ageing**. v. 34 n.6, p. 614-619. 2005.

YESAVAGE J. A.; BRINK T. L.; ROSE T. L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatry Research**. v. 17, p. 37-49. 1983.

ANEXO A

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM RELAÇÃO ÀS QUEDAS (FES-I BRASIL)

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, marque o quadradinho que mais se aproxima com sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

1 Nem um pouco preocupado	2 Um pouco preocupado	3 Muito preocupado	4 Extremamente preocupado
------------------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------------

1	Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2	Vestindo ou tirando a roupa.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3	Preparando refeições simples.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4	Tomando banho.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5	Indo às compras.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
6	Sentando ou levantando de uma cadeira.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
7	Subindo ou descendo escadas.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
8	Caminhando pela vizinhança.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
9	Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
10	Ir atender ao telefone antes que pare de tocar.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
11	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
12	Visitando um amigo ou parente.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
13	Andando em lugares cheios de gente.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

14	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
15	Subindo ou descendo uma ladeira.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
16	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS 15

1	Está satisfeito (a) com sua vida?	não = 1 ()	sim = 0 ()
2	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	não = 0 ()	sim = 1 ()
3	Sente que a vida está vazia?	não = 0 ()	sim = 1 ()
4	Aborrece-se com frequência?	não = 0 ()	sim = 1 ()
5	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	não = 1 ()	sim = 0 ()
6	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	não = 0 ()	sim = 1 ()
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	não = 1 ()	sim = 0 ()
8	Sente-se frequentemente desamparado (a)?	não = 0 ()	sim = 1 ()
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	não = 0 ()	sim = 1 ()
10	Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	não = 0 ()	sim = 1 ()
11	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	não = 1 ()	sim = 0 ()
12	Vale a pena viver como vive agora?	não = 1 ()	sim = 0 ()
13	Sente-se cheio (a) de energia?	não = 1 ()	sim = 0 ()
14	Acha que sua situação tem solução?	não = 1 ()	sim = 0 ()
15	Acha que tem muita gente em situação melhor?	não = 0 ()	sim = 1 ()

ANEXO C

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA-GAI

Por favor, responda aos itens de acordo com como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana. Marque o círculo CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; marque o círculo DISCORDO se você discorda em maior grau que esse item descreve você.

		CONCORDO	DISCORDO
1	Eu me preocupo em grande parte do tempo.	()	()
2	Eu acho difícil tomar uma decisão.	()	()
3	Sinto-me agitado com frequência.	()	()
4	Eu acho difícil relaxar.	()	()
5	Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações.	()	()
6	Pequenas coisas me aborrecem muito.	()	()
7	Eu frequentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”.	()	()
8	Eu penso que sou preocupado.	()	()
9	Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais.	()	()
10	Frequentemente me sinto nervoso.	()	()
11	Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.	()	()
12	Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações.	()	()
13	Eu me vejo como uma pessoa nervosa.	()	()
14	Eu sempre espero que o pior irá acontecer.	()	()
15	Frequentemente me sinto tremendo por dentro.	()	()
16	Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida.	()	()
17	Minhas preocupações Frequentemente me oprimem.	()	()
18	Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago.	()	()

19	Eu perco coisas por me preocupar demais.	()	()
20	Frequentemente me sinto chateado.	()	()

ANEXO D

UNIVERSIDADE
BANDEIRANTE ANHANGUERA-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medo de Cair em Idosos: Relação com Qualidade de Vida e Atividade Física

Pesquisador: Fátima Cristina Alves Branco Barreiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38415414.5.0000.5493

Instituição Proponente: ANHANGUERA EDUCACIONAL LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 926.265

Data da Relatoria: 18/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico, em que serão selecionados 120 voluntários com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadores de programas de Universidade Aberta à Terceira Idade. Para avaliar seu medo de queda e a relação deste medo com a sua qualidade de vida e nível de atividade física, três instrumentos serão utilizados: A Escala de Eficácia de Quedas (Falls efficacy scale International, FES-I Brasil), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e SF-36.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo analisar o medo de queda em idosos e sua relação com a qualidade de vida e nível de atividade física.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos adotados na pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade e integridade física e psíquica dos voluntários da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de interesse da comunidade científica. Os objetivos e justificativas são pertinentes, apresentados com linguagem clara e objetiva. A metodologia e a forma de análise dos dados

Endereço: Rua Maria Cândida, 1813, 6º andar.

Bairro: Vila Guilherme

CEP: 02.071-013

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2067-0015

Fax: (11)2067-0083

E-mail: comissao_cep@ig.com.br

UNIVERSIDADE
BANDEIRANTE ANHANGUERA-



Continuação do Parecer: 926.266

foram apresentados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências solicitadas no último parecer foram sanadas: cronograma readequado, e a folha de rosto assinada pelo pesquisador principal.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12, não havendo impedimentos éticos para sua aprovação. Assim, de acordo com o compromisso assumido pelo pesquisador no ato de submissão do projeto, fica estabelecido que o relatório deverá ser entregue, via Plataforma Brasil, em 15 de Maio de 2015. Lembrando que é responsabilidade do pesquisador acompanhar todos os trâmites de seu projeto na Plataforma Brasil, independente de qualquer mensagem enviada pelo sistema.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em caso de dúvidas, entre em contato com o CEP pelo telefone (11) 2967 9015 ou pelo email comissao.cep@ig.com.br

SAO PAULO, 23 de Dezembro de 2014

Assinado por:

Flávia Doná
(Coordenador)

Endereço: Rua Maria Cândida, 1813, 8o andar.

Bairro: Vila Guilherme

CEP: 02.071-013

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2967-9015

Fax: (11)2967-6053

E-mail: comissao.cep@ig.com.br

APENDICE A

CARTA ANUENCIA UATI



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito os pesquisadores Ernani Rutter, Eliseu Aleixo e Katia Pires Benites da Universidade Anhanguera de São Paulo para desenvolverem a pesquisa intitulada *Medo de cair em idosos: Relação com qualidade de vida e atividade física*, sob orientação das Professoras Doutoras Erica Toledo Pisa Peluso e Fátima Cristina Alves Branco Barreiro.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

São Paulo, 30 de outubro de 2014.

Assinatura e carimbo do diretor (ou vice-diretor) da instituição

U.A.T.I.
R. Prof. Fco. de Castro, nº 75

Claudia Ajaen
Coordenadora
Univ. Aberta à 3ª Idade

APENDICE B

CARTA ANUENCIA FATI



CENTRO UNIVERSITÁRIO ANHANGUERA DE SANTO ANDRÉ
Unidade 1: R. Senador Fláquer, 456/459 • Centro • Santo André (SP) • 09010-160 • (11) 4435-8899
Unidade 2: Av. Dr. Alberto Benedetti, 444 • Vl. Assunção • Santo André (SP) • 09030-340 • (11) 4437-5555
Unidade 3: Av. Industrial, 3.330 • Campestre • Santo André (SP) • 09080-511 • (11) 4991-9800

Santo André, 29 de outubro de 2014.

Autorizo a coleta de dados para a pesquisa intitulada “Medo de quedas em idosos: Relação com a qualidade de vida e atividade física”, sob responsabilidade dos mestrandos Eliseu Aleixo, Ernani Rutter e Kátia Pires, na Faculdade Aberta à Terceira Idade do Centro Universitário Anhanguera de Santo André. A orientadora do trabalho é a Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso, do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Anhanguera de São Paulo.

Atenciosamente,


Hânia Milanelli da Silva
Coordenadora da F.A.T.

Hânia Milanelli da Silva
Coordenadora F.A.T.I.
Anhanguera Educacional

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “MEDO DE CAIR EM IDOSOS: RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA”

Nome dos pesquisadores executantes: Ernani Rutter, Eliseu Aleixo, Kátia Pires Benites

O Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN), que tem como finalidade avaliar o medo de cair em idosos e sua relação com qualidade de vida e atividade física. O Sr. (Sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Sr (Sra.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone dos pesquisadores do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a questionários.

Riscos e desconforto: O risco de participação nesta pesquisa é mínimo. Pode haver risco de mobilização de questões emocionais. Neste caso, haverá orientação e encaminhamento para serviços especializados, quando necessário. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações pessoais coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa o Sr (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a o medo de quedas em idosos e sua relação com qualidade de vida e atividade física. Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados obtidos nos meios científicos.

Pagamento: o Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome e Assinatura do Pesquisador

email: rutterhsp@yahoo.com.br/ Tel: (11) 995421586

Nome dos pesquisadores responsáveis:

Fátima Cristina Alves Branco-Barreiro

Tel; (11) 98354.2815- RG.20073870-7

Érica de Toledo Piza Peluso

Tel; (11) 98464.8182 - RG.17025403

Telefone da Comissão de Ética da UNIAN: (11) 2967-9110 / 9126 Endereço: Rua
Maria Cândida, 1813 7º andar Vila Guilherme, São Paulo-SP e-mail:
comissao.cep@ig.com.br

APENDICE D

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Qual a sua Idade? _____ (*anos completos*)

2. Sexo Feminino Masculino

3. Qual o seu Estado Civil? (*Assinale apenas uma resposta*)

Solteiro(a) Casado(a); União estável Divorciado(a) ou
Separado(a) Viúvo(a).

4. Com quem você Vive?

Sozinho Marido /Esposa /Companheiro /Companheira e/ou Filhos Com outros
familiares Outras pessoas.

5. Qual e a sua religião ou qual religião se sente mais próximo?

Católica Protestante/ Evangélica Outras Qual? _____
 Nenhuma

6. É praticante da religião?

Sim Não

7. Qual o grau de ensino mais elevado que possui? (*Assinale apenas uma resposta*)

- Não sabe ler nem escrever.
 Não completou o ensino fundamental.
 Completou o ensino fundamental / Não completou o ensino Médio.
 Completou o ensino Médio / Não completou o ensino Superior.
 Ensino Superior completo.

8. Qual foi a sua profissão principal? _____

9. Situação de trabalho atualmente:

Aposentado /não trabalha Trabalho ocasional Trabalho regular
 Do lar

10. Qual a sua renda atual? _____

11. Há quanto tempo frequenta a Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI)?

Quantos Meses

12. Faz ingestão de bebidas alcoólicas?

Sim, ocasionalmente Sim, regularmente Não faz

13. Pratica atividades físicas regulares? (Por pelo menos 10 minutos contínuos).

Sim

Quais? _____

Quantas (Horas/ Minutos) por semana? _____

Quanto dias por semana ? _____

Não

14. Como avalia sua saúde geral?

Ótima Boa Regular Ruim Péssima

15. Atualmente, tem alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, exames, medicamentos)?

Sim

Quais? _____

Não.

16. Possui problemas de visão?

Sim Quais _____

Não

17. Usa dispositivo de auxílio à marcha?

Sim Não

18. Usa regularmente alguns medicamentos para depressão, ansiedade ou calmante ou remédio para dormir?

Sim.

Quais? _____

Não

19. Usa algum outro medicamento regularmente?

Sim

Quais? _____

Não

20. Atualmente sente medo de cair?

Não Um Pouco Medo Moderado Muito Medo

21. Teve quedas nos últimos 12 meses?

Sim Não

Quantas? _____

22. Onde caiu pela última vez?

Dentro do domicílio Fora do domicílio

23. O que ocasionou a queda (ou a última queda)?

Tontura/vertigem Escorregão Tropeço

Escurecimento de visão/ síncope Outros: _____

24. Quais foram as consequências da queda?

Fratura: Sim Não

Perda de consciência: Sim Não

Lesão muscular: Sim Não

Hospitalização: Sim Não

Outras: _____

25. Sente ou sentiu tontura no ultimo ano? Sim Não