



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

**FABÍOLA GUEDES MONTEIRO
LETÍCYA GOMES HENRIQUE DE SANTANA**

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS CADASTRADOS NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE
PORTO NACIONAL – TO**

**PORTO NACIONAL – TO
2019**

**FABÍOLA GUEDES MONTEIRO
LETÍCYA GOMES HENRIQUE DE SANTANA**

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS CADASTRADOS NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE
PORTO NACIONAL – TO**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao curso de Enfermagem do
Instituto Tocantinense Presidente Antônio
Carlos como requisito parcial para
obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientador: Prof. Mestranda Grazielly
Mendes de Sousa

**PORTO NACIONAL – TO
2019**

**FABÍOLA GUEDES MONTEIRO
LETÍCYA GOMES HENRIQUE DE SANTANA**

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS CADASTRADOS NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE
PORTO NACIONAL – TO**

Trabalho de Conclusão de Curso 1 submetido ao curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Apresentado em: ___/___/___

() APROVADA () REPROVADA

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof. Mestranda Grazielly Mendes de Sousa

Examinadora: Prof. Maria Dilce Wânia Rodrigues de Almeida do Nascimento

Examinador: Prof. José Roberto Aires da Silva Azevedo

RESUMO

O crescimento populacional de idosos é uma realidade vivenciada por muitos países, inclusive o Brasil, e representa um fenômeno complexo que reflete em muitos setores da sociedade, dentre eles o da saúde. O risco de queda é prevalente em idosos, e é a suscetibilidade aumentada a quedas, podendo causar danos e comprometer a saúde. **Objetivos:** Avaliar os riscos de quedas nos idosos que estão cadastrados no CRAS Esperança do município de Porto Nacional-TO; avaliar o perfil sócio demográfico dos idosos; avaliar riscos de quedas em idosos relacionadas aos fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos; caracterizar a ocorrência de quedas quanto à quantidade, tempo de ocorrência e possíveis sequelas físicas; identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados aos riscos de quedas em idosos e sugerir propostas de ações de prevenção de quedas em idosos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quali-quantitativa. A amostra será composta por 44 idosos. Participarão do estudo os idosos cadastrados e que comparecerem as atividades do CRAS; ter 60 ou mais de idade; aceitar participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre esclarecido. Serão excluídos idosos com déficit cognitivo caracterizado pela incapacidade de compreender comandos e estabelecer comunicação verbal e os que não comparecerem em pelo menos três encontros pré-agendados pelos pesquisadores. O estudo será realizado no CRAS Esperança nos dias das atividades. O Instrumento de coleta de dados será um questionário semiestruturado. A análise de dados ocorrerá através do teste qui-quadrado e descritivo. Com a realização da pesquisa, espera-se identificar os fatores de risco que possam determinar o risco de quedas na população em estudo.

Palavras-chave: Enfermagem. Fatores de Risco. Idosos. Quedas.

ABSTRACT

Population growth among the elderly is a reality experienced by many countries, including Brazil, and represents a complex phenomenon that reflects in many sectors of society, including health. The risk of falls is prevalent in the elderly, and is increased susceptibility to falls, which can cause damage and compromise health. **Objectives:** To evaluate the risks of falls in the elderly who are enrolled in CRAS Esperança of the municipality of Porto Nacional-TO; to evaluate the socio-demographic profile of the elderly; to evaluate risks of falls in the elderly related to intrinsic and extrinsic risk factors; characterize the occurrence of falls in quantity, time of occurrence and possible physical sequelae; to identify the main nursing diagnoses related to the risks of falls in the elderly and to suggest proposals for actions to prevent falls in the elderly. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative-quantitative approach. The sample will be composed of 44 elderly people. The enrolled elderly will participate in the study and attend CRAS activities; be 60 or older; accept to participate in the study through the Informed Consent Form. Older people with cognitive deficits will be excluded characterized by the inability to understand commands and establish verbal communication and those who do not attend in at least three meetings pre-scheduled by the researchers. The study will be held at CRAS Esperança on the days of activities. The Data Collection Instrument will be a semi-structured questionnaire. Data analysis will occur through the chi-square and descriptive test. With the accomplishment of the research, it is expected to identify the risk factors that can determine the risk of falls in the study population.

Keywords: Nursing. Risk factors. Seniors. Falls.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DE – Diagnóstico de Enfermagem

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

NIC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

NOC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAS - Política Nacional da Assistência Social

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TO - Tocantins

WHO - World Health Organization

% - Por cento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores de risco de queda em idosos e drogas que intensificam o risco da sua ocorrência.....	17
Tabela 2 - Tratamento recomendado para fatores de risco intrínsecos modificáveis.	17
Tabela 3 - Tratamento recomendado para fatores de risco extrínsecos modificáveis.	19
Tabela 4 - Fatores de risco de queda Diagnóstico de Enfermagem.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma para desenvolvimento do projeto de pesquisa.	31
Quadro 2 - Orçamento.	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.2 HIPÓTESE	12
1.3 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	14
3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	14
3.3 RISCO DE QUEDA EM IDOSOS	15
3.3.1 Fatores de Riscos Intrínsecos para quedas	16
3.3.2 Fatores de Riscos Extrínsecos para quedas	18
3.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	19
3.4.1 Diagnóstico de Enfermagem Risco de Queda em Idosos	20
3.5 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 DESENHO DO ESTUDO	22
4.2 LOCAL E PERÍODO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
4.6 VARIÁVEIS	23
4.7 INSTRUMENTOS A SEREM UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS	24
4.8 ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	24
5 ASPECTOS ÉTICOS	28
5.1 RISCOS	28
5.2 BENEFÍCIOS	28
5.3 RESPONSABILIDADE DOS ENVOLVIDOS	28
5.4 CRITÉRIO PARA ENCERRAR OU SUSPENDER A PESQUISA	28
6 DESFECHO	30
6.1 DESFECHO PRIMÁRIO	30

6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO.....	30
7 CRONOGRAMA	31
8 ORÇAMENTO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
APÊNDICE II – TCLE	44

1 INTRODUÇÃO

O crescimento populacional de idosos é uma realidade vivenciada por muitos países, inclusive o Brasil, e representa um fenômeno complexo que reflete em muitos setores da sociedade, dentre eles o da saúde (SMITH et al., 2017).

O processo de envelhecimento está mais evidente devido ao aumento da expectativa de vida, onde as pessoas podem esperar viver acima dos 60 anos, sendo um recurso valioso que depende fundamentalmente da saúde (WHO, 2015).

Diante dessa realidade, há uma necessidade de propostas que visem a manutenção da saúde dos idosos, visto que durante o processo de envelhecimento é comum a apresentação de modificações no corpo, como a redução da massa muscular, que por consequência reduzem a força, ou redução da densidade óssea, que causa fragilidade, além de uma diversidade de fatores que podem desfavorecer a saúde do idoso e facilitar eventos prejudiciais à qualidade de vida, como a queda (GASPAROTTO, FALSARRELA E COIMBRA, 2014).

A queda é um acontecimento definido como o contato não intencional de uma pessoa com a superfície de apoio, e resulta da mudança de posição inicial do indivíduo para uma superfície inferior (NASCIMENTO e TAVARES, 2016).

O risco de queda é prevalente em idosos, e é a suscetibilidade aumentada a quedas, podendo causar danos e comprometer a saúde (HERDMAN e KAMITSURU, 2018).

Diversos fatores do cotidiano podem facilitar e aumentar o risco de queda em idosos, dentre os fatores de risco há os intrínsecos, relacionados às características do indivíduo, e os extrínsecos, relacionados ao ambiente que o indivíduo vive (SMITH et al., 2017).

No Brasil, estudos indicam que há uma elevada prevalência de queda em idosos, especialmente na área urbana, e isso é significativo para a saúde pública. (NASCIMENTO e TAVARES, 2016).

Há diversos fatores de risco para quedas em idosos, e o enfermeiro é um profissional habilitado para identifica-los e propor intervenções de enfermagem, de modo a proporcionar uma melhoria da saúde e qualidade de vida do idoso.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais os riscos de quedas dos idosos que estão cadastrados no CRAS Esperança em Porto Nacional – TO?

1.2 HIPÓTESE

H0: Os idosos do Município de Porto Nacional - TO cadastrados no CRAS possuem baixo risco de quedas sendo somente a idade o fator que mais motiva a queda.

H1: Os idosos com idade mais avançada possuirão mais prevalência de queda e maiores riscos da mesma, acontece mais no sexo feminino em comparação com o sexo masculino. Os fatores de riscos de queda identificados nos idosos serão prevalentes nos que possuem mobilidade prejudicada, doenças cardiovasculares, uso de medicamentos controlados, problemas na visão, incontinência urinária, uso de calçados inadequados e ambientes inapropriados.

1.3 JUSTIFICATIVA

Considerando o aumento da população idosa e que as quedas são umas das principais causas de mortes e lesões nos idosos esse estudo se justifica no intuito de poder fornecer dados para pesquisas futuras sobre o assunto na cidade, além de contribuir para que intervenções possam ser feitas e caminhos possam ser abertos para o desenvolvimento de alternativas que proporcionem a diminuição das quedas em idosos e um envelhecimento saudável.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o risco de quedas nos idosos cadastrados CRAS Esperança em Porto Nacional – TO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil sociodemográfico do idosos;
- Avaliar riscos de quedas em idosos relacionadas aos fatores de riscos intrínsecos;
- Avaliar riscos de quedas em idosos relacionadas aos fatores de riscos extrínsecos ao domicílio;
- Caracterizar a ocorrência de quedas quanto a quantidade, tempo de ocorrência e possível sequelas físicas;
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados aos riscos de quedas em idosos;
- Propor ações de prevenção de quedas em idosos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Considera-se idoso o indivíduo que possui idade a partir de 60 anos. Entretanto, o envelhecimento não começa necessária e repentinamente aos 60 anos de idade, mas sim através do acúmulo de interações sociais, biológicas e comportamentais do indivíduo (SOARES e CORONAGO, 2016).

Há a previsão de um aumento demasiado no número de idosos no mundo, onde estima-se que a quantidade de pessoas com 60 ou mais anos de idade vai mais que dobrar até o ano de 2050 em comparação com o ano de 2015, onde passará de 900 milhões para cerca de 2 bilhões (OPAS, 2018).

No Brasil, a população idosa vem crescendo consideravelmente nos últimos anos, sendo que de 2012 a 2017 cresceu 18%, atingindo uma quantidade acima de 30 milhões de idosos (IBGE, 2018).

O crescimento da população idosa no Brasil é significativo, sendo o segmento que mais cresce, e há projeções de um aumento de 19% do número de idosos brasileiros para 2050, relacionado às melhores condições de vida e sobrevivência, acesso à informação e avanço das práticas de saúde (TOLDRÁ et al., 2014).

O aumento do número de idosos no Brasil faz com que a pirâmide estaria brasileira tenha uma base larga de idosos e uma base afunilada de jovens, isso se deve aos avanços tecnológicos e científicos das últimas décadas, do processo de urbanização, além da mudança das causas da morte, que antes eram apenas por doenças infectocontagiosas e atualmente por doenças crônico-degenerativas (SOARES e CORONAGO, 2016).

O Tocantins e o Pará são os dois estados com o maior envelhecimento da região Norte do país (NUNES E RODRIGUES, 2017).

3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento está acelerado e não existe um idoso “modelo” ou “típico”, isso porque existe uma diversidade de capacidade ou necessidade de saúde para diferentes tipos de idosos, cada pessoa possui suas

generalidades, entretanto o processo não é aleatório, pois advém dos eventos que ocorrem em toda a vida, o que leva ao conhecimento do ciclo da vida para conhecer o processo de envelhecimento (WHO, 2015).

No processo de envelhecimento são verificadas diversas alterações, entre elas: diminuição das funções imunológicas, declínio nas capacidades funcionais, alteração dos aspectos psicológicos, diminuição significativa da atividade motora, entre outros (CAVALLI et al., 2014).

Durante o processo de envelhecimento é comum a aparição de uma ou mais doenças crônicas e disfunções, que causam o declínio da autonomia e da capacidade funcional, devido a presença de distúrbios patológicos e perdas significativas das capacidades físicas (TOLDRÁ et al., 2014).

Dentre os problemas de saúde que afetam os idosos, há uma prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e causas externas, como acidentes e quedas, onde esses representam grandes causas de morbimortalidade (SMITH et al., 2017).

3.3 RISCO DE QUEDA EM IDOSOS

A queda é um evento que ocorre sem intenção a partir da mudança da posição do indivíduo que passa para o mesmo nível ou nível mais baixo (GASPAROTTO, FALSARELLA, COIMBRA, 2014).

Em idosos, a queda é um evento responsável pela principal causa de mortes e lesões, sendo que até 50% das quedas podem causar algum tipo de lesão, e as mais graves incluem fraturas da coluna vertebral, traumatismo do quadril e do crânio, podendo resultar em óbitos (WILLIAMS et al., 2015).

Um único evento de queda pode ter grandes repercussões na vida do idoso, seja no âmbito social, econômico ou de saúde, e, portanto, a queda é considerada uma síndrome geriátrica incapacitante e preocupante (NASCIMENTO E TAVARES, 2016).

A queda provoca não somente lesões físicas, mas também pode acarretar em problemas psicológicos, isso porque é comum haver o medo de uma nova queda, o que faz com que os idosos se restrinjam de suas atividades diárias, provocando o aumento da inatividade e o declínio da capacidade funcional, além do isolamento social (OLIVEIRA et al., 2014).

O risco de queda não é algo que acomete somente idosos, entretanto nesses indivíduos o risco de queda aumenta, os números são altos, onde cerca de 30% dos indivíduos com mais de 60 anos e 50% com mais de 80 anos de idade caem a cada ano, com 60% dos casos havendo uma queda subsequente no ano posterior (WILLIAMS et al., 2015).

A incidência de queda aumenta conforme o aumento da idade. Estudos referem que mulheres caem mais do que homens, devido a maior fragilidade feminina, maior longevidade em relação aos homens, prevalência de doenças crônicas e uso de medicações controladas (OLIVEIRA et al., 2014).

As quedas constituem um importante problema de saúde público visto que são episódios frequentes, causando morbidade e um alto custo social e econômico devido as lesões que provoca (JESUS, 2014).

Uma das mais importantes causas de queda em idosos é o distúrbio de mobilidade, caracterizada como o desvio do padrão da marcha, associado principalmente a baixa velocidade da marcha (WILLIAMS et al., 2015).

As causas das quedas podem ser agrupadas em dois grandes grupos: fatores de risco intrínsecos, relacionados as alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco extrínsecos, relacionados aos perigos ambientais externos (GOMES et al., 2014).

3.3.1 Fatores de Riscos Intrínsecos para quedas

Os fatores de risco intrínsecos são relativos ao próprio indivíduo, e estão relacionados com as alterações decorrentes do processo envelhecimento, como as biológicas e psicossociais, de exemplo tem-se as doenças e o efeito colateral causado pelo consumo de medicamentos (NASCIMENTO E TAVARES, 2016).

Como os fatores intrínsecos estão relacionados as doenças cardiovasculares, condições perceptosensoriais, uso de fármacos, incontinência/urgência miccional, reumatismo, neoplasias, hipertensão, neurológicos e endócrinos (FREITAS, CÂNDIDO E FAGUNDES, 2014).

Existem inúmeros fatores de riscos intrínsecos de queda ao idoso, e muitos desses fatores podem ser intensificados com o uso de drogas, conforme mostra a tabela 1 (CADER, BARBOZA E BROMERCHENKEL, 2013).

Tabela 1 - Fatores de risco de queda em idosos e drogas que intensificam o risco da sua ocorrência.

Fatores de risco comuns de quedas em idosos	Drogas que podem intensificar os fatores de risco
Alterações na marcha, distúrbios do equilíbrio ou fraqueza, dor associada à artrite.	Antidepressivos tricíclicos
Vertigem	Tranquilizantes maiores (fenotiazina e butirofenonas)
Uso de medicamentos ou álcool	Drogas anti-hipertensivas
Doença aguda	Medicamentos cardíacos
Confusão e comprometimento cognitivo	Corticosteroides
Hipotensão postural	Anti-inflamatórios não esteroides
Desordem visual	Anticolinérgicos
Distúrbio do sistema nervoso central, síncope, ataques de gota e epilepsia.	Hipoglicemiantes

Fonte: Adaptado de Cader, Barboza e Bromerchenkel (2013).

Os fatores de risco intrínsecos mais importantes para a queda e potencialmente modificáveis são: diminuição da força muscular, comprometimento da marcha e do equilíbrio e uso de medicação específica, e por serem modificáveis, há tratamento para os mesmos (WILLIAMS et al., 2015). O manejo adequado para esses fatores intrínsecos está disposto na tabela 2.

Tabela 2 - Tratamento recomendado para fatores de risco intrínsecos modificáveis.

Fatores de risco intrínsecos	Manejo
Visão	Avaliar a acuidade de catarata. Encaminhar para oftalmologista, se indicado; orientar para evitar lentes multifocais durante a caminhada.
Hipotensão postural	Reduzir os medicamentos, excluir desidratação, orientar para mudar de posição lentamente, considerar administração de fludrocortisona caso as três orientações não ajudem.
Cardiovascular	Manejo medicamentoso, considerar marca-passo de dupla câmara se houver pausas > 3 segundos induzidas por hipersensibilidade carotídea.
Neurológico	Considerar neuroimagem com RM/TC, manejo medicamentoso se necessário.
Artrite	Manejo medicamentoso, considerar encaminhamento para fisioterapia/terapia ocupacional, dispositivos de apoio se necessário.

Comprometimento do equilíbrio/marcha	Encaminhamento para fisioterapia/terapia ocupacional para treinamento progressivo da força, equilíbrio e marcha.
Insuficiência/Deficiência de vitamina D	Administrar vitamina D (mínimo de 800 UI ao dia)
Medicamentos psicoativos	Eliminar ou reduzir as doses de tantos medicamentos sedativos, antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos quanto possível, uma vez que estão associados com aumento do risco de quedas.
Outros medicamentos	Suspender ou reduzir as doses de tantos medicamentos quanto possível, com especial atenção a: a) anti-hipertensivos que podem levar à hipotensão ortostática/vertigens e b) anti-histamínicos, anticonvulsivos e opiáceos que podem levar à confusão ou distúrbios do estado de alerta.

Fonte: Adaptado de Williams et al., (2015).

3.3.2 Fatores de Riscos Extrínsecos para quedas

Os fatores de risco extrínsecos são aqueles decorrentes da relação do idoso com o meio ambiente que o mesmo vive (NASCIMENTO e TAVARES, 2016).

São grandes causadores de queda em idosos, e isso se deve ao fato de estar ligado ao ambiente que o idoso convive e muitas vezes não pode adaptar, como as calçadas esburacadas, entretanto muitas vezes há fatores extrínsecos que podem ser adaptados, como o uso de calçados inadequados e presença de tapetes, e os idosos não os adaptam, sendo o chamado fenômeno da invisibilidade do perigo, mesmo quando o mesmo é reconhecido (MORSCH, MYKIW e MYSKIW, 2016).

Devido os fatores extrínsecos estarem relacionados ao meio ambiente, os mesmos podem ser evitados, diante disso há uma necessidade de identificar os fatores de risco para planejar estratégias de prevenção através da reorganização do ambiente, principalmente o doméstico, e auxiliar no aumento da autonomia do idoso (MAIA et al., 2015).

Dentre os principais fatores de risco extrínsecos que causam queda no idoso, há a prevalência dos seguintes: tapetes soltos, pisos escorregadios, iluminação inadequada, escadas sem apoio, móveis mal dispostos no ambiente, interruptores mal dispostos e calçados inadequados (FREITAS, CÂNDIDO e FAGUNDES, 2014).

O ambiente mais comum de queda do idoso é a sua própria residência, principalmente o banheiro, devido a presença de tapetes, box de vidro, espelhos, pouca iluminação, piso inadequado, privada baixa, e vaso e pia da mesma cor, devido

ao idoso poder escorregar nos tapetes, ter vertigem com as cores iguais, perder a noção de espaço com o box de vidro e isso levar a queda (JESUS, 2014).

Alguns fatores extrínsecos podem ser modificáveis, são eles o ambiente doméstico e o uso de calçados, para isso é necessária uma avaliação de ambos (WILLIAMS et al., 2015). O manejo adequado em relação a esses fatores é descrito na tabela 3.

Tabela 3 - Tratamento recomendado para fatores de risco extrínsecos modificáveis.

Fatores de risco extrínsecos	Manejo
Riscos ambientais domésticos	De modo ideal, um encaminhamento para fisioterapia/terapia ocupacional pode avaliar a segurança doméstica e recomendar ações para melhora da segurança (ex: barras de apoio no chuveiro, dispositivos para alcançar objetos, iluminação adequada).
Calçados	Orientação para usar sapatos bem ajustados, com baixo salto e solado com grande área de contato.

Fonte: Adaptado de Williams et al (2015).

3.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros são profissionais da saúde que lidam com respostas a problemas de saúde da vida de indivíduos ou grupo de indivíduos, são eles que tratam essas respostas e para isso usando a Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (HERDMAN e KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem, e fornece uma ampla fonte de conhecimento científico para a profissional, sendo que é fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (MARTINS, 2014).

Um diagnóstico de enfermagem pode ser de três tipos: com foco no problema, sendo este um julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejável a uma condição da saúde existente no indivíduo ou grupo; de risco, caracterizado como um julgamento da suscetibilidade do indivíduo ou grupo para o desenvolvimento da resposta humana indesejável a condição de saúde; ou de promoção da saúde, que é um julgamento clínico sobre a motivação e desejo em aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde (HERDMAN e KAMITSURU, 2018).

3.4.1 Diagnóstico de Enfermagem Risco de Queda em Idosos

O diagnóstico de enfermagem risco de quedas é definido como “susceptibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde” (HERDMAN e KAMITSURU, 2018).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) da Taxonomia da NANDA descreve que os fatores de risco de queda são ambientais ou fisiológicos, e pessoas acima de 65 anos são populações de risco para o DE, conforme a tabela 4.

Tabela 4 - Fatores de risco de queda Diagnóstico de Enfermagem.

Fatores de riscos ambientais	Fatores de risco fisiológicos
Ambiente cheios de objetos	Alteração da glicemia sanguínea
Cenário pouco conhecido	Ausência de sono
Exposição a condições atmosféricas inseguras	Desmaio ao estender o pescoço
Iluminação insuficiente	Desmaio ao virar o pescoço
Material antiderrapante insuficiente nos banheiros	Diarreia
Uso de imobilizadores	Dificuldades na marcha
Uso de tapetes soltos	Incontinência
	Mobilidade prejudicada
	Redução da força em extremidade inferior
	Urgência urinária

Fonte: Adaptado de Herdman e Kamitsuru – NANDA (2018).

Aliado ao Diagnóstico de Enfermagem NANDA, ainda existe a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NIC) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NOC), três aliados importantes para o atendimento ao paciente.

Referente ao risco de queda, o NIC destaca-se a identificação dos déficits cognitivos ou físicos do paciente, rever o histórico de quedas familiares, entre diversos outras, totalizando 65 intervenções, que são utilizadas a depender de cada caso (BULECHEK et al., 2016).

Já o NOC, propõe diversos resultados associados aos fatores de risco de queda, entre eles o ambiente domiciliar seguro, a aptidão física, cognição, equilíbrio,

envelhecimento físico, marcha, etc, a serem utilizados segundo as características pessoais de cada paciente (MOORHEAD et al., 2016).

3.5 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

O CRAS é um dos órgãos da proteção social básica da assistência social, e seu objetivo é a atuação preventiva no núcleo familiar, com ações preventivas, protetivas e proativas para a proteção dos indivíduos de situações de violação de direitos (ARAÚJO, 2017).

O CRAS é uma unidade pública descentralizada da Política Nacional da Assistência Social (PNAS), destinada ao atendimento sócio assistencial de famílias através de serviços de proteção social básica, oferece, por meio do caráter continuado, a oferta do trabalho social com famílias para fortalecê-las e prevenir a ruptura de seus vínculos, além de promover o acesso e utilização dos direitos e melhoria da qualidade de vida, através de serviços gratuitos (SILVA E FERREIRA, 2015).

O objetivo do CRAS é prevenir a ocorrência de riscos sociais e situações de vulnerabilidade nos territórios, e isso é feito através da ampliação do acesso aos direitos de cidadania, do fortalecimento dos vínculos, sejam eles familiares ou comunitários, bem como através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições (CRAS, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa é caracterizada como descritiva e exploratória, com abordagem quali-quantitativa.

As pesquisas descritivas são aquelas que buscam conhecer e descrever aquilo que é pesquisado, bem como as características e os problemas (ZANELLA, 2013). Utiliza questionários, observações e levantamento de dados para ser desenvolvida (PRAÇA, 2015).

As pesquisas exploratórias são utilizadas para ampliar o conhecimento sobre o pesquisado (ZANELLA, 2013). Familiarizam com os fenômenos que surgem ao longo da pesquisa, e se baseia em bibliografias referentes ao tema pesquisado (PRAÇA, 2015).

A pesquisa com o método qualitativo busca a descrição da relação entre os objetivos e resultados por meio de interpretações descritivas, sem utilização de representatividade numérica (PRAÇA, 2015).

A pesquisa de método quantitativo classifica e analisa seus resultados através de dados numéricos e técnicas estatísticas (PRAÇA, 2015).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada em Porto Nacional – TO, no CRAS Esperança, localizado no setor Brigadeiro Eduardo Gomes do município. A coleta de dados ocorrerá nos meses de agosto e setembro de 2019 nos dias e horários previamente agendados pelos pesquisadores com a coordenadora do CRAS.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população a ser estudada será de idosos que frequentam o CRAS Esperança em Porto Nacional, um total de 44 idosos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estar cadastrado e comparecer as atividades do CRAS Esperança, ter 60 anos ou mais de idade e aceitar participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos com déficit cognitivo caracterizado pela incapacidade de compreender comandos e estabelecer comunicação verbal e os que não comparecerem em pelo menos três encontros pré-agendados pela pesquisadora.

4.6 VARIÁVEIS

Relacionadas ao perfil sócio demográfico: nome, endereço, sexo, idade, estado civil, cor/raça, escolaridade, naturalidade, profissão, renda, participação nas atividades do CRAS.

Relacionadas aos fatores de riscos intrínsecos de queda aos idosos: uso de medicamentos, consumo de bebidas alcoólicas, problemas de saúde, ocorrência de Acidente Vascular Encefálico (AVE), uso de dispositivos para auxílio da caminhada, peso, altura, IMC, avaliação cognitiva através de mini exame do estado mental, avaliação das atividades diárias, avaliação da capacidade de realizar atividades da vida diária, avaliação da acuidade visual, avaliação da audição, avaliação de depressão geriátrica, avaliação de preensão palmar, avaliação dos pés, avaliação da força dos membros inferiores, avaliação do equilíbrio e marcha.

Relacionadas à ocorrência e características de queda: ocorrência, período, local do acidente, estado do piso, tipo de calçado, características do local do acidente, danos após a queda e medicamento consumido no dia da queda.

Relacionadas aos fatores de riscos extrínsecos de queda aos idosos: características do ambiente que vive, iluminação do ambiente, degraus, tapetes e animais.

4.7 INSTRUMENTOS A SEREM UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados por meio de um questionário semi-estruturado. O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras e organizado em quatro partes (Apêndice 1). A primeira possui a finalidade de levantar os dados do perfil sócio demográfico. Na segunda buscar informações sobre os fatores intrínsecos de saúde, estilo de vida e fatores relacionados ao risco de quedas. A terceira parte compõe a investigação da ocorrência de quedas. A quarta será relacionar o risco de quedas em relação aos fatores extrínsecos do domicílio.

4.8 ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

No primeiro momento a pesquisa terá o seu início através da identificação dos participantes do estudo seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Após, serão encaminhados para uma sala reservada para coleta de dados por meio de entrevista nos quais os idosos irão responder o questionário (APENDICE 1) referente ao perfil sócio demográfico, fatores intrínsecos para risco de quedas, os riscos de quedas determinadas pela ocorrência, quantidade, tempo e possíveis sequelas físicas e fatores de risco extrínsecos para quedas relacionados ao domicílio do idoso.

No segundo momento os participantes serão encaminhados para outra sala no qual serão submetidos ao exame físico utilizando os seguintes testes:

- Para coleta das medidas antropométricas será utilizado balança, régua antropométrica e fita métrica. Durante o protocolo de pesagem os participantes serão instruídos a subir na balança, colocando-se sempre no centro da mesma, em posição ortostática, braços estendidos ao longo do corpo. A verificação da estatura será utilizada uma régua antropométrica da própria balança e serão instruídos a permanecer em posição ortostática sem sapatos, braços estendidos ao longo do corpo e pés unidos.
- O índice de massa corporal (IMC) será obtido dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Para classificação dos valores será adotado as recomendações seguindo a Diretriz Brasileira de Obesidade (2010) e serão classificados em: IMC < 18,5 Kg/m² (baixo peso); IMC de 18,5 – 24,9 Kg/m² (normal); IMC de ≥ 25 Kg/m² (excesso de peso); IMC de 25 – 29,9 Kg/m² (pré-

obeso); IMC 30- 34,9 Kg/m² (obeso classe I); IMC de 35 – 39,9 Kg/m² (obeso classe II) e IMC ≥40 (obeso classe III).

- Para avaliação cognitiva será utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), validado por Folstein, Folsteins e McHugh em 1975. Compõe questões sobre orientação para tempo, espaço, registro de palavras, atenção, cálculo, lembrança de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total varia em até 30 escores.
- Para avaliação da capacidade funcional será utilizado o índice de Barthel, esse instrumento é validado e seu uso recomendado para avaliação da capacidade funcional da população idosa. Avalia itens básicos sobre as atividades de vida diária (alimentação, banho, cuidados pessoais, vestimenta, hábitos intestinais e urinários, uso do banheiro, transferência da cama/ cadeira e cadeira/ cama, mobilidade e uso de escadas. A pontuação pode variar de 0 a 100 e a interpretação sugerida é de 0-20 (dependência total); 21-60 (dependência severa); 61-90 (dependência moderada); 91-99 (dependência escassa); 100 (independência) (MINOSSO et al., 2010).
- Ainda para avaliação da capacidade funcional será utilizado a escala de Lawton e Brody (1968), avalia as atividades instrumentais de vida diária. Permite aos profissionais de saúde estabelecer o quanto um indivíduo é independente ou se necessita de ajuda no exercício de determinadas funções. Na interpretação valores menores que 5 (dependência total); 6-20 (dependência parcial); 21 (independência). Esta escala é validada no Brasil por Santos e Virtuoso Junior, na avaliação consta questões de como usar o telefone, fazer compras, prepara refeições, executar atividades domésticas, tomar medicamentos, controlar finanças e viajar (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).
- Quanto à avaliação da acuidade visual os pesquisadores irão utilizar a escala de Snellen. Esta escala verifica a limitação da visão por meio de optotipos como a letra E em diferentes tamanhos, correspondendo ao número decimal que varia de 0,1 a 1,0. Na interpretação valores inferiores ou iguais a 0,7 em qualquer olho indicam acuidade deficiente e indicação para consulta oftalmológica. O participante deverá estar sentado e a escala será posicionada a 5 metros de distância no nível dos olhos.

- Na avaliação auditiva os participantes serão submetidos ao teste do sussurro. Durante a técnica o examinador cobrirá o ouvido não testado com a palma da mão, em seguida sussurrará palavras a uma distância de 30 a 60 cm do ouvido não ocluído e fora da visão do paciente. Será considerado o teste de acuidade normal do participante que repetir as palavras com precisão (SMETLZER; BARE, 2009).
- Para avaliação da depressão será utilizado à escala de depressão geriátrica. Esse teste é preconizado pelo Ministério da Saúde e compõe quinze perguntas fechadas e pontuadas de 0 a 1 cada uma. É considerado ausência de depressão os resultados com pontuação de (0 a 5); depressão leve (6 a 10) e depressão severa (11 a 15) pontos.
- A força de preensão palmar será mensurada com o uso de um dinamômetro hidráulico com ponteiro variável até o ponto de força máxima do participante, ajustável e capaz de acomodar diferentes tamanhos de mãos e com leitura feita em quilograma força (Kgf). Para o teste os idosos permanecerão sentados, com braços aduzidos paralelos ao tronco, cotovelo flexionado a 90° e antebraço e punho em posição neutra.
- A força muscular dos membros inferiores será testada pela capacidade do idoso em flexionar e estender os membros contra uma resistência. Será observado os movimentos de flexão e extensão de joelho e coxa, assim como os movimentos de dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão de tornozelos e pés. Para graduar esta força a classificação será a adotada por Smetlzer e Bare (2009), que permite avaliar a função de um determinado músculo ao colocá-lo em desvantagem, contra uma resistência. A escala possui cinco pontos: 0 (nenhuma contração); 1 (força contrátil mínima); 2 (capacidade de mover, mas não de superar a força de gravidade); 3 (força apenas suficiente para superar a força de gravidade); 4 (força adequada mais não total); 5 (força plena de contração).
- Para verificação dos pés as pesquisadoras irão realizar a técnica de inspeção e palpação dos pés com os participantes sentados em uma cadeira.
- Na avaliação da marcha e equilíbrio será utilizada a escala de equilíbrio e marcha de Tinetti. Essa escala é considerada adequada para esse fim, por ser de aplicação simples e não requer treinamento e nem equipamentos sofisticados. O escore total é de 28 pontos, valores inferiores a 17 indicam risco cinco vezes maior de quedas.

Após a coleta de dados, os mesmos serão organizados e tabulados em uma planilha do *Microsoft Excel* 2016 e os resultados serão comparados, obtendo-se o Intervalo de Confiança de 95% e valor de p, por meio da significância determinada através do teste do QuiQuadrado (χ^2).

Será realizada uma análise descritiva dos dados e posteriormente fundamentados com outros estudos.

Após análise dos resultados encontrados a partir instrumentos aplicados os pesquisadores realizarão o processo de análise baseando-se nas necessidades humanas afetadas e suas respectivas características definidoras com base no diagnóstico de enfermagem da NANDA I e posteriormente propor estratégias de prevenção de quedas.

5 ASPECTOS ÉTICOS

5.1 RISCOS

Os riscos poderão estar relacionados ao estresse em relação ao tempo em que levaram para responder o questionário e o exame físico da condição de saúde através dos testes supracitados. Para minimizar esse risco será informado aos participantes antes de iniciar a pesquisa o tempo médio que levará para coleta das informações podendo assim se programar para participação no estudo.

5.2 BENEFÍCIOS

Os benefícios serão em identificar através do perfil sócio demográfico e condições de saúde dos idosos fatores que desencadeiam possíveis riscos de quedas em idosos e contribuir com propostas de ações que possam promover mais ações de saúde voltadas para medidas de prevenção a quedas.

5.3 RESPONSABILIDADE DOS ENVOLVIDOS

O estudo será submetido à Plataforma Brasil, um sistema eletrônico criado pelo o Governo Federal, que sistematiza projetos de pesquisas que envolvam seres Humanos. Deverá respeitar as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, que se trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de pesquisa. Devendo ser livre e esclarecido a todos os participantes e envolvidos no estudo. Somente após a aprovação acima será realizada a coleta de dados. Todos serão informados que a participação é voluntária, e se durante o desenvolvimento do estudo, desistir, não serão prejudicados e seus dados serão eliminados.

5.4 CRITÉRIO PARA ENCERRAR OU SUSPENDER A PESQUISA

Em cumprimento à Resolução 466/12, informamos que caso necessário, o estudo poderá ser encerrado/suspensão, caso haja recusa dos participantes da

pesquisa que inviabilize a constituição de uma amostra estatisticamente viável ou que em algum momento o pesquisador perceba algum risco ou dano à saúde do participante. Neste caso o CEP que o aprovou será comunicado na primeira oportunidade.

6 DESFECHO

6.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Com a realização da pesquisa, espera-se identificar os fatores de risco que possam determinar o risco de quedas na população em estudo.

6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Partindo dos principais resultados obtidos será elaborada uma proposta de um plano de ações de enfermagem, voltadas para prevenção de quedas, estabelecendo temas reflexivos baseados em bibliografias da área da enfermagem gerontogeriátrica.

7 CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma para desenvolvimento do projeto de pesquisa.

ATIVIDADE	ANO 2019											
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Escolha do tema e orientador	■											
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Execução do projeto	■	■	■	■								
Apresentação do projeto				■								
Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa					■	■						
Coleta dos dados							■	■				
Análise e interpretação dos dados								■	■	■		
Discussão dos dados									■	■		
Conclusão										■	■	
Redação final											■	
Apresentação do artigo científico											■	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

8 ORÇAMENTO

Quadro 2 - Orçamento.

Itens	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Sub Total (R\$)
Resma de Papel Sulfite A4	1	R\$24,00	R\$24,00
Impressões em folha A4	450	R\$0,25	R\$112,50
Caneta	2	R\$1,00	R\$2,00
Prancheta	2	R\$5,99	R\$11,98
Gravação em CD	2	R\$5,00	R\$10,00
Encadernação	6	R\$3,50	R\$21,00
Combustível para coleta de dados	15	R\$4,50	R\$67,50
Valor Total			R\$248,98

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

As despesas para a realização da pesquisa serão custeadas totalmente pelas pesquisadoras, Fabíola Guedes Monteiro e Letícia Gomes Henrique de Santana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BULECHEK, Gloria M; et al. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CADER, Samária Ali; BARBOZA, Jorge da Silva; BROMERCHENKEL, Adalgisa Ieda M. Intervenção fisioterápica e prevenção de quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, vol. 13, n. 2, 2013. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=472>. Acesso em 26 mar. 2019.

CAVALLI, Adriana Schüler; et al. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00255.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2019.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS. **Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf>. Acesso em 26 mar. 2019.

FREITAS, Thamis Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor; FAGUNDES, Iolando Brito. Queda em idosos: causas extrínsecas e intrínsecas e suas consequências. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/292/301>>. Acesso em 28 mar. 2019.

GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>>. Acesso em 28 mar. 2019.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti; et al. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa**. Ciência & Saúde coletiva, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n8/3543-3551>>. Acesso em 27 mar. 2019.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I**. 11 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência IBGE Notícias, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em 20 fev. 2019.

JESUS, Amanda Patrícia Almeida de. **Queda em idosos: causas, consequências e estratégias de prevenção**. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória –

ES, 2014. Disponível em: http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015_1-Amanda.pdf. Acesso em 27 mar. 2019.

MAIA, Francisco Eudison da Silva. Considerações sobre fatores extrínsecos em quedas de idosos. **Revista Científica da Escola da Saúde**, nº 3, p. 93-102, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/990>. Acesso em 27 mar. 2019

MARTINS, Simone Alves Gomes. **A importância do diagnóstico de enfermagem para o acadêmico**. Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás – GO, 2014. Disponível em: <http://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-DIAGN%C3%93STICO-DE-ENFERMAGEM-PARA-O-ACAD%C3%84MICO.pdf>. Acesso em 29 mar. 2019.

MINOSSO, Jéssica Spontonet al. Validação, no Brasil, do Índice de Berthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.** vol.23 nº 2. São Paulo Mar./Apr. 2010.

MOORHEAD, Sue; et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5 ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MORSCH, Patricia; MYSKIW, Mauro; MYSKIW, Jociane de Carvalho. **A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3565.pdf>. Acesso em 27 mar. 2019.

NASCIMENTO, Janaína Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. **Prevalência e fatores associados a quedas em idosos**. Texto Contexto Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0360015.pdf>. acesso em 29 mar. 2019.

NUNES, Daniella Pires; RODRIGUES, Bárbara da Glória. **Demografia e envelhecimento do município de Palmas, Tocantins**. Congresso Internacional Envelhecimento Humano, 2017. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA8_ID1375_11092017125011.pdf. Acesso em 27 mar. 2019.

OLIVEIRA, Adriana Sarmiento de; et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00637.pdf>. Acesso em 27 mar. 2019.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Brasil lança estratégia para melhorar vida de idosos com base em recomendações da OMS**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5625:brasil-lanca-estrategia-para-melhorar-vida-de-idosos-com-base-em-recomendacoes-da-oms&Itemid=820. Acesso em 19 fev. 2019.

PRAÇA, Fabiola Silva Garcia. Metodologia da Pesquisa Científica: Organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”**, nº 1, p. 72-87, 2015. Disponível em:

<http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170627112856.pdf>. Acesso em 23 abr. 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JR, J. S. **Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária**. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/575/2239>. Acesso em 13 mai 2019.

SILVA, Maisa Mariana da; FERREIRA, Sílvia Aline Silva. **O Centro de Referência da Assistência Social de Junqueirópolis, na resignificação das famílias acompanhadas**. I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos, 2015. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/27_o_centro_de_referencia....pdf. Acesso em 23 fev. 2019.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMITH, Adriana de Azevedo; et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf. Acesso em 26 mar. 2019.

SOARES, Sandra Maria Silva; CORONAGO, Virgínia Maria Mendes Oliveira. **Grupos de Convivência: Influência da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa**. *Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal*, v. 10, n. 33, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/603/827>. Acesso em 21 fev. 2019.

SUZMAN, Richard; et al. **Health in na ageing world – what do we know?** NCBI, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468156>. Acesso em 10 mar. 2019.

TOLDRÁ, Rosé Colom; et al. **Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais**. *O mundo da Saúde*, São Paulo, 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf. Acesso em 20 fev. 2019.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Ageing and Health**. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=7A9D2F4540C0AFEACEEF91ECC86E1CE4?sequence=1. Acesso em 10 mar. 2019.

WILLIAMS, Brie A.; et al. **CURRENT Diagnóstico e Tratamento: Geriatria**. 2 ed. – Porto Alegre: AMGH, 2015.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2. ed. reimp., 2013. Disponível em: http://arquivos.eadadm.ufsc.br/EaDADM/UAB_2014_2/Modulo_1/Metodologia/mate

[rial_didatico/Livro%20texto%20Metodologia%20da%20Pesquisa.pdf>.](#) Acesso em 23 abr. 2019.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico (Parte 1)
<p>1. Nome: _____</p> <p>2. Endereço: _____</p> <p>3. Bairro em que mora: _____</p> <p>4. Sexo: ¹() Feminino ²() Masculino</p> <p>5. Idade: _____ Data de Nascimento: _____</p> <p>6. Estado Civil: ¹() Solteiro ²() Casado ³() Viúvo ⁴() Divorciado ⁵() União Estável.</p> <p>7. Cor/ Raça: ¹() Amarelo ²() Negro ³() Parda ⁴() Branca ⁵() Indígenas</p> <p>8. Nível de Escolaridade: ¹() Primeiro grau completo ²() Primeiro grau incompleto ³() Segundo grau completo ⁴() Segundo grau incompleto ⁵() Nível superior completo ⁶() Nível superior incompleto ⁷() Não alfabetizado</p> <p>9. Naturalidade: _____</p> <p>10. Profissão: _____</p> <p>11. Renda Familiar: _____</p> <p>12. Costuma participar das atividades propostas pela Unidade Básica de Saúde: ¹() Sim ²() Não</p> <p>Caso sua resposta tenha sido SIM com qual frequência: _____</p> <p>13. Quanto tempo você participa das atividades do CRAS: _____</p> <p>14. Possui cuidador: ¹() Sempre ²() Às vezes ³() Nunca</p> <p>Caso a resposta seja SEMPRE ou AS VEZES informe quem é essa pessoa ou o parentesco: _____</p>
Variáveis relacionadas ao risco de quedas em idosos determinadas pelos fatores de riscos intrínsecos (Parte 2)
<p>15. Em geral como o/a senhor(a) considera que está sua saúde: ¹() Ótima ²() Boa ³() Regular ⁴() Péssima ⁵() Não sabe responder</p> <p>16. Faz uso de algum medicamento: ¹() Sempre ²() Às vezes ³() Nunca</p> <p>Especifique: _____</p> <p>17. Costuma fazer uso de bebidas alcoólicas: ¹() Sempre ²() Às vezes ³() Nunca</p> <p>Com qual frequência: _____ quantos copos: _____</p> <p>18. Costuma fazer o uso de cigarros: ¹() Sempre ²() Às vezes ³() Nunca</p> <p>Com qual frequência: _____ qual tipo: _____</p> <p>19. O/A senhor (a) possui no momento algum desses problemas de saúde:</p> <p>¹() Anemia ²() Catarata ³() Pressão baixa ⁴() Pressão alta ⁵() Labirintite ⁶() Alzheimer ⁷() Parkinson ⁸() Depressão ⁹() Artrite ¹⁰() Reumatismo</p>

¹¹() Osteoporose ¹²() Neuropatias ¹³() Doença Vascular ¹⁴() Falta de sono
¹⁵() Câncer ¹⁶() Asma ou Bronquite ¹⁷() Diabetes ¹⁸() Incontinência urinária
¹⁹() Doença na próstata ²⁰() Diarreia ²¹() Realizou cirurgia nos últimos 6 meses
²²() Outras: _____

20. **Faz uso de óculos de grau ou de sol:** ¹() Sim, com melhora total ²() Sim, com melhora parcial ³() Não, mas necessito ⁴() Não, e não tenho necessidade ⁵() Não sei responder

21. **Como o/a senhor(a) diria que está sua visão no momento:** ¹() Ótima ²() Boa ³() Regular ⁴() Péssima ⁵() Não sabe responder

22. **Já sofreu algum AVE (Derrame):** ¹() Sim ²() Não

Caso sua resposta seja SIM quais as consequências físicas que possam trazer limitações existentes hoje: _____

23. **Faz uso de dispositivos que auxiliam a caminhar:** ¹() Sim ²() Não

Caso sua resposta seja SIM especifique qual: _____

Variáveis relacionadas ao risco de quedas em idosos determinadas pelos fatores de riscos intrínsecos – avaliação através do exame físico utilizando as escalas (continuação parte 2)

24. **Peso:** _____

25. **Altura:** _____

26. **IMC:** _____

27. AVALIAÇÃO COGNITIVA SEGUNDO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pts):

Dia da semana () Sim () Não **Dia do mês** () Sim () Não **Mês** () Sim () Não
Ano () Sim () Não **Hora Aproximada** () Sim () Não

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pts)

Estado () Sim () Não **Cidade** () Sim () Não **Bairro** () Sim () Não
Setor () Sim () Não **Local** () Sim () Não

MEMÓRIA IMEDIATA (3 pts)

Repetir: **Gelo** () Sim () Não **Leão** () Sim () Não **Planta** () Sim () Não

ATENÇÃO E CALCULO (5 pts)

Falar MUNDO de traz para frente: **O** () Sim () Não **D** () Sim () Não **N** () Sim () Não
U () Sim () Não **M** () Sim () Não

Calcule: **100-7=93** () Sim () Não **-7=86** () Sim () Não

-7=79 () Sim () Não **-7=72** () Sim () Não **-7=65** () Sim () Não

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pts)

Quais as três palavras perguntadas anteriormente: **Gelo** () Sim () Não **Leão** () Sim () Não

Planta () Sim () Não

LINGUAGEM (8 pts)

Nomear dois objetos: **Relógio** () Sim () Não **Caneta** () Sim () Não

Repetir: **NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ** () Sim () Não

Obedeça ao comando: **Pegue esse papel com a mão direita** () Sim () Não

Dobre-a ao meio () Sim () Não

Coloque-o no chão () Sim () Não

Escrever ou dizer uma frase completa (1 pt): () Sim () Não

Ler e executar (fechar os olhos) (1 pt): 9) Sim () Não

ATIVIDADE REMOTA (1 pt)

Copiar diagrama (pesquisador irá definir) () Sim () Não

ESCORE: _____

28. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – ESCALA DE BARTHEL

Marcar um X de acordo com a escala

ALIMENTAÇÃO	0 - DEPENDENTE	5 – PRECISA DE AJUDA	10- INDEPENDENTE	
CAPACIDADE DE VERTIR-SE	0 - DEPENDENTE	5 – PRECISA DE AJUDA	10- INDEPENDENTE	
BANHO	0 - DEPENDENTE	5 - INDEPENDENTE		
USO DO BANHEIRO	0 - DEPENDENTE	5 – PRECISA DE AJUDA	10- INDEPENDENTE	
CUIDADES PESSOAIS	0 - PRECISA DE AJUDA	5 – INDEPENDENTE		
ELIMINAÇÕES URINÁRIAS	0-INCONTINENTE	5-OCASIONAL/ACIDENTAL	10- CONTINÊNCIA	
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS	0-INCONTINENTE	5-OCASIONAL/ACIDENTAL	10- CONTINÊNCIA	
SUBIR ESCADAS	0 - INCAPAZ	5 – PRECISA DE AJUDA VERBAL, FÍSICA OU SUPORTE	10- INDEPENDENTE	
DEAMBULAÇÃO	0 – IMÓVEL	5 – INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS	10- AJUDA MÍNIMA	15- MARCHA INDEPENDENTE
PASSAR DA CAMA PARA CADEIRA E VICE-VERSA	0 - INCAPAZ, NÃO TEM EQUILÍBRIO PARA SENTAR	5 – GRANDE AJUDA (1 OU 2 PESSOAS) PODE SENTAR	10- PEQUENA AJUDA VERBAL OU FÍSICA	15- INDEPENDENTE

Pontuação AVD: _____ Classificação AVD: _____

29. AVALIAÇÃO ATIVIDADE INSTRUMENTAL DE VIDA DIÁRIA – ESCALA DE LAWTON E BRODY

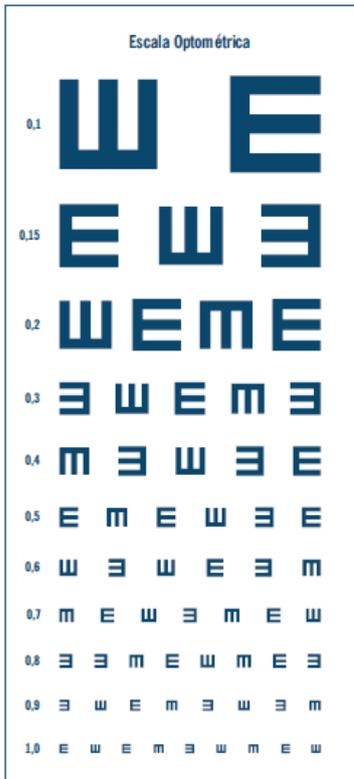
Marcar um X de acordo com a escala

VARIÁVEIS	CONSEGUE	AJUDA PARCIAL	SEM AJUDA
CAPACIDADE PARA USAR TELEFONE			
CAPACIDADE PARA FAZER COMPRAS			

CAPACIDADE PARA PREPARAR REFEIÇÕES			
CAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DOMÉSTICAS			
RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO SUA MEDICAÇÃO			
CAPACIDADE PARA CONTROLAR GASTOS			
CAPACIDADE PARA VIAJAR			

Pontuação AIVD: _____ Classificação AIVD: _____

30. AVALIAÇÃO ACUIDADE VISUAL



Pontuação: _____

31. AVALIAÇÃO AUDIÇÃO

Pontuação: _____

32. AVALIAÇÃO DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Os itens 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto.

Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Indicadores	SIM	NÃO
1 – Satisfeito com a sua vida?		
2 – Teve de abandonar muitas das suas atividades?		
3 – Acha que a sua vida é vazia?		
4 – Aborrece-se muitas vezes?		
5 – Está alegre a maior parte das vezes?		

6 – Tem medo de que lhe aconteça algo de mau?		
7 – Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8 – Sente-se frequentemente sem auxílio?		
9 – Prefere ficar em casa a sair para a rua e fazer coisas novas?		
10 – Acha que tem mais problemas de memória que os outros?		
11 – Acha que é bom estar vivo?		
12 – Acha que a sua vida, como está agora, já não tem valor?		
13 – Acha-se cheio de energia?		
14 – Acha que a sua situação não tem remédio?		
15 – Acha que a maior parte das pessoas está melhor que você?		

Escore: _____ Resultado: _____

33. AVALIAÇÃO TESTE DE PREENSÃO PALMAR

MÃO	PRIMEIRA TENTATIVA	SEGUNDA TENTATIVA	TERCEIRA TENTATIVA	MÉDIA
DIREITA				
ESQUERDA				

Impossibilidade de realização da medida em mão: () Direita () Esquerda

Motivo: _____

34. AVALIAÇÃO DOS PÉS

Presença de alterações nos pés (inspeção): ¹() Calosidade ²() Feridas ³() Unhas encravadas
⁴() Hálux valgo ⁵() dedos em garra ⁶() Não apresenta ⁷() Outros: _____

35. AVALIAÇÃO DA FORÇA MEMBROS INFERIORES

JOELHOS E COXAS	DIREITO () FLEXÃO, FORÇA MUSCULAR: _____ () EXTENSÃO, FORÇA MUSCULAR: _____
	ESQUERDO () FLEXÃO, FORÇA MUSCULAR: _____ () EXTENSÃO, FORÇA MUSCULAR: _____
TORNOZELOS E PÉS	DIREITO () DORSIFLEXÃO, FORÇA MUSCULAR: _____ () FLEXÃO PLANTAR, FORÇA MUSCULAR: _____ () _____ INVERSÃO, _____ FORÇA MUSCULAR: _____ () EVERSÃO, FORÇA MUSCULAR: _____
	ESQUERDO () DORSIFLEXÃO, FORÇA MUSCULAR: _____ () FLEXÃO PLANTAR, FORÇA MUSCULAR: _____

	() INVERSÃO, MUSCULAR: _____	FORÇA
	() EVERSÃO, FORÇA MUSCULAR: _____	

36. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E MARCHA – ESCALA DE TINETTI (1986)

O participante deverá estar sentado em uma cadeira sem braço

1. Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 () 1 ()
2. Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0 () 1 () 2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0 () 1 () 2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável sem suporte	0 () 1 () 2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 () 1 () 2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 () 1 () 2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 () 1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos Passos contínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 () 1 () 0 () 1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 () 2 ()

EQUILÍBRIO: TOTAL _____

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 () 1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo - ultrapassa o pé esquerdo - não sai completamente do chão - sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito - ultrapassa o pé direito - não sai completamente do chão - sai completamente do chão	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 1 () 0 () 1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 () 1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 () 1 () 2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 () 1 () 2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 ()

MARCHA: TOTAL _____
Escore total TINETTI: _____
Variáveis relacionadas ao risco de quedas em idosos determinadas pela ocorrência de quedas quanto à quantidade, tempo de ocorrência e possíveis sequelas físicas (Parte 3)
37. Sofreu alguma queda dos últimos 6 meses: ¹ () Sim ² () Não ³ () Não sabe responder Caso sua resposta tenha sido SIM quantas vezes caiu: _____
38. Qual a ocorrência da queda: _____
39. Período da ocorrência da queda: ¹ () manhã ² () tarde ³ () noite ⁴ () Não sabe responder
40. Local do acidente: ¹ () banheiro ² () quarto ³ () cozinha ⁴ () quintal ⁵ () rua ⁶ () Não sabe responder ⁷ () outros: _____
41. Estado do piso no local da queda: ¹ () molhado ² () seco ³ () com buraco ⁴ () encerado ⁵ () desnível ⁶ () Não sabe responder ⁷ () Outros: _____
42. Tipo de calçado usado na ocorrência da queda: ¹ () sapato fechado ² () chinelo ³ () sandália ⁴ () não sabe responder ⁵ () Outros: _____
43. No local do acidente possuía: ¹ () degraus ² () tapete ³ () rampa ⁴ () corrimão ⁵ () iluminação ⁶ () ausência de iluminação ⁷ () animais ⁸ () objetos diversos ⁹ () Não sabe responder ¹⁰ () outros: _____
44. A queda trouxe algum prejuízo? ¹ () Sim ² () Não ³ () Não sabe responder
45. Fez uso de algum remédio no dia da queda: ¹ () Sim ² () Não ³ () Não sabe responder Qual medicamento e dose: _____
Varáveis relacionadas ao risco de quedas em idosos determinadas pelos fatores de riscos extrínsecos (Parte 4)
46. O ambiente residencial possui excesso de móveis ou objetos? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
47. O ambiente residencial possui pouca iluminação? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
48. No banheiro possui piso antiderrapante? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
49. O ambiente residencial possui mobílias altas? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
50. O ambiente residencial possui tapetes nas portas ou pela casa? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
51. O ambiente residencial possui degraus? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca
52. O ambiente residencial possui animais? ¹ () Sempre ² () As vezes ³ () Nunca

APÊNDICE II – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS CADASTRADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL NO ESTADO DO TOCANTINS**, sob a responsabilidade da pesquisadora/orientadora Esp. Grazielly Mendes de Sousa, a qual pretende avaliar os riscos de quedas nos idosos cadastrados no CRAS Esperança do município de Porto Nacional – TO. Se você aceitar participar, estará contribuindo para identificação do risco de quedas.

Ao participar dessa pesquisa de forma voluntária, o senhor (a) vai precisar responder a um questionário com perguntas sobre idade, sexo, raça, naturalidade, estado civil, escolaridade e hábitos de vida. Vai ser necessário coletar dados sobre avaliação peso, altura, índice de massa corpórea, nível de orientação, memória, atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, acuidade visual, auditiva, depressão, preensão palmar, pés, equilíbrio e marcha. Essa avaliação consistirá em:

- Para verificação de peso, será utilizada uma balança antropométrica com unidade de medida em quilograma (Kg). Serão orientados a estar com roupas leves, o mínimo de acessórios, pois estes podem interferir nos resultados, caso o indivíduo não esteja trajando roupas leves, o mesmo será instruído a retirar objetos que possam interferir no resultado. Durante o protocolo de pesagem o indivíduo será instruído a subir na balança, colocando-se sempre no centro da mesma.
- Para a verificação da estatura será utilizada uma régua da própria balança. Os funcionários serão instruídos a permanecer sem os sapatos, braços estendidos ao longo do corpo e pés unidos.
- O índice de massa corporal (IMC) será obtido dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros.
- Para avaliação cognitiva será utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).
- Para avaliação da capacidade funcional será utilizado uma escala com itens básicos sobre as atividades de vida diária (alimentação, banho, cuidados pessoais, vestimenta, hábitos intestinais e urinários, uso do banheiro, transferência da cama/ cadeira e cadeira/ cama, mobilidade e uso de escadas.

- Para avaliação da capacidade funcional será utilizado a escala que avalia as atividades instrumentais de vida diária com questões sobre uso do telefone, fazer compras, prepara refeições, executar atividades domésticas, tomar medicamentos, controlar finanças e viajar.
- Quanto à avaliação da acuidade visual as pesquisadoras irão utilizar uma escala por meio de optotipos como a letra E em diferentes tamanhos, correspondendo ao número decimal que varia de 0,1 a 1,0. O participante deverá estar sentado e a escala será posicionada a 5 metros de distância no nível dos olhos.
- Na avaliação auditiva os participantes serão submetidos ao teste do sussurro. Durante a técnica o examinador cobrirá o ouvido não testado com a palma da mão, em seguida sussurrará palavras a uma distância de 30 a 60 cm do ouvido não ocluído e fora da visão do paciente.
- Para avaliação da depressão será utilizada a escala de depressão geriátrica.
- A força de preensão palmar será mensurada com o uso de um dinamômetro hidráulico. Para o teste os idosos permanecerão sentados, com braços aduzidos paralelos ao tronco, cotovelo flexionado a 90° e antebraço e punho em posição neutra.
- A força muscular dos membros inferiores será testada pela capacidade do idoso em flexionar e estender os membros contra uma resistência. Será observado os movimentos de flexão e extensão de joelho e coxa, assim como os movimentos de dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão de tornozelos e pés.
- Para verificação dos pés as pesquisadoras irão realizar a técnica de inspeção e palpação dos pés com os participantes sentados em uma cadeira.
- Na avaliação da marcha e equilíbrio será utilizada a escala de equilíbrio e marcha

Ao participar da pesquisa o (a) senhor (a) estará ajudando a identificar os fatores de risco que podem determinar o risco de queda em idosos, e após receberão orientações quanto à prevenção. A pesquisa apresenta riscos que poderão estar relacionados ao estresse em relação ao tempo em que levarão para responder o questionário e o exame físico da condição de saúde através dos testes supracitados. Para minimizar esse risco será informado aos participantes antes de iniciar a pesquisa o tempo médio que levará para coleta das informações podendo assim se programar para participação no estudo. Os benefícios serão em identificar através do perfil sócio demográfico e condições de saúde dos idosos fatores que desencadeiam possíveis

riscos de quedas em idosos e contribuir com propostas de ações que possam promover mais ações de saúde voltadas para medidas de prevenção a quedas.

O (a) senhor (a) tem garantido os seguintes direitos:

1. De ter resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. De retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, e isso não vai implicar em prejuízo de qualquer natureza para sua pessoa;
3. Deixar de responder as perguntas que julgar impróprias;
4. De ter uma sala reservada para responder as perguntas do questionário e avaliação de saúde para minimizar o risco de constrangimento;
5. De não assumir qualquer despesa ao participar da pesquisa;
6. De ter garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Solicitamos autorizar também a utilização das informações dessa pesquisa em publicações científicas sem que seu nome apareça.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora/orientadora Grazielly Mendes de Sousa e com as pesquisadoras Fabíola Guedes Monteiro e Letícia Gomes Henrique de Santana, nos respectivos contatos telefônicos: (63) 98449-6442, (63) 98435-2442.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FAPAC ITPAC PORTO, localizado na Rua 2 Quadra 07- Jardim dos Ipês – Centro – Porto Nacional – Tocantins CEP: 77500-00, através do telefone (63) 33639674. O horário de funcionamento é das 08:00 as 18:00 horas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar desse estudo, solicitamos que assine este documento, em duas vias, sendo uma delas de sua propriedade, afirmando que entendeu as explicações e que está de acordo.

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto,

sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante

Assinatura da coordenadora do projeto

Assinatura da pesquisadora 1

Assinatura da pesquisadora 2