

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ MARTINS STELUTI

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA  
ÁREA RURAL DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE, MS  
2023

BEATRIZ MARTINS STELUTI

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA  
ÁREA RURAL DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção de título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof.º Dr. Arthur de Almeida Medeiros.

CAMPO GRANDE, MS  
2023

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a oportunidade de realizar o curso e força para concluir essa etapa. Gostaria de agradecer aos meus pais, por todo incentivo, apoio e ensinamentos, fundamentais em todas as etapas de minha vida e a minha formação como pessoa. A minha irmã Letícia, que me apoiou e comemorou minha aprovação no vestibular e que hoje não está presente nesse plano para acompanhar essa etapa vencida, mas que sempre estará presente em meu coração. Ao meu namorado João Pedro que sempre me incentivou e esteve ao meu lado nas dificuldades, me apoiando e ajudando a vencer obstáculos. Aos amigos que conheci nessa trajetória e que se tornaram família, obrigada por todo o companheirismo e apoio, com vocês o caminho se tornou mais leve. Ao amigo Álvaro, que foi fundamental para que essa etapa fosse concluída.

Agradeço também ao professor Dr. Arthur de Almeida Medeiros pela sua orientação e ensinamentos, sem o senhor não seria possível. E a todos os participantes e equipe da pesquisa que possibilitaram a coleta dos dados e contribuíram para que a pesquisa fosse concluída.

## RESUMO

**Introdução:** A população mundial apresenta um aumento considerável no número de idosos, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que passam a apresentar mudanças fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, levando a diminuição da mobilidade e equilíbrio, fazendo com que o risco de quedas seja mais acentuado nessa população. Além disso, o processo de envelhecimento acontece de forma distinta na população que reside em área urbana e rural, cada qual com suas particularidades no modo de vida, trabalho e cultura. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de risco de quedas e os fatores de risco associados entre idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família na zona rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal com amostra final de 324 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes da área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul e devidamente cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2023 através de visitas domiciliares, utilizando um questionário específico, que englobou variáveis sociodemográfica e clínico-terapêuticas, além de questões relacionadas ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde, visando uma caracterização dos participantes da pesquisa. Além disso, foi aplicado o teste *Timed Up and Go* (TUG), para avaliação funcional das pessoas idosas. Realizou-se análise descritiva dos dados e na sequência foi aplicada regressão de Poisson com variância robusta para estimar a razão de prevalência e o nível de significância. **Resultados:** A idade média dos participantes do estudo foi de 71,5 anos, sendo identificado que a prevalência de risco de queda foi de 6,17%, correspondendo a 20 pessoas. Ademais, na análise bivariada foi identificado uma associação significativa do risco de queda em idosos com presença de dor crônica (RP: 3,66; IC95% 1,25 – 10,74; p=0,018), multimorbidade (RP: 5,26; IC95% 1,56 – 17,64; p=0,007) e histórico de internações no último ano (RP: 5,46; IC95% 2,39 – 12,45; p<0,001). Na análise multivariada permaneceram no modelo final multimorbidade (RP: 4,02; IC95% 1,18 – 13,73; p=0,026) e histórico de internações no último ano (RP: 4,21; IC95% 1,82 – 9,69; p<0,001). **Conclusão:** O estudo encontrou que o risco de quedas em idosos é aumentado quando há fatores associados, como multimorbidade e dores crônicas, assim como histórico de internações no ano anterior. No entanto, estudos com ênfase na população idosa residente em área rural ainda são pouco encontrados, sendo necessário mais pesquisas na área.

**Descritores:** Idosos; Risco de Quedas; Mobilidade; Área Rural.

## ABSTRACT

**Introduction:** The world population presents a considerable increase in the number of elderly people, individuals aged 60 years or over, who begin to present physiological changes arising from the aging process, leading to a decrease in mobility and balance, causing the risk of falls are more pronounced in this population. Furthermore, the aging process occurs differently in the population living in urban and rural areas, each with its own particularities in terms of way of life, work and culture. **Objective:** The present study aimed to identify the prevalence of risk of falls and associated risk factors among elderly people assisted by the Family Health Strategy in the rural area of Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Methodology:** this is a cross-sectional study with a final sample of 324 individuals aged 60 years or over, residents of the rural area of Campo Grande, Mato Grosso do Sul and duly registered with the Family Health Strategy (ESF). Data collection was carried out from January to July 2023 through home visits, using a specific questionnaire, which encompassed sociodemographic and clinical-therapeutic variables, in addition to questions related to lifestyle and access to health services, aiming to a characterization of the research participants. Furthermore, the Timed Up and Go (TUG) test was applied to assess the functional status of elderly people. A descriptive analysis of the data was carried out and Poisson regression with robust variance was subsequently applied to estimate the prevalence ratio and the level of significance. **Results:** The average age of study participants was 71.5 years, and the prevalence of fall risk was identified as 6.17%, corresponding to 20 people. Furthermore, in the bivariate analysis, a significant association was identified between the risk of falling in the elderly and the presence of chronic pain (PR: 3.66; 95% CI 1.25 – 10.74;  $p=0.018$ ), multimorbidity (PR: 5.26; 95%CI 1.56 – 17.64;  $p=0.007$ ) and history of hospitalizations in the last year (PR: 5.46; 95%CI 2.39 – 12.45;  $p<0.001$ ). In the multivariate analysis, multimorbidity (RP: 4.02; 95% CI 1.18 – 13.73;  $p=0.026$ ) and history of hospitalizations in the last year (RP: 4.21; 95% CI 1.82 – 9) remained in the final model.  $p<0.001$ ). **Conclusion:** The study found that the risk of falls in the elderly is increased when there are associated factors, such as multimorbidity and chronic pain, as well as a history of hospitalizations in the previous year. However, studies with an emphasis on the elderly population living in rural areas are still scarce, requiring more research in the area.

**Keywords:** Elderly; Risk of Falls; Mobility; Rural Area.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
3.1. Delineamento do estudo.....	11
3.2. Amostra e critérios.....	11
3.2.1. Amostra.....	11
3.2.2. Critérios de seleção.....	11
3.2.2.1. Critérios de inclusão.....	11
3.3. Instrumento para coleta de dados.....	12
3.4. Coleta de dados.....	13
3.5. Aspectos éticos.....	14
3.6. Organização e análise dos dados.....	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÃO.....	22
7. REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	29
APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico, Clínico-Terapêutico e Relacionado ao Estilo de Vida e ao Acesso aos Serviços de Saúde.....	32
ANEXO A - Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).....	37
ANEXO B - Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	38
ANEXO C - Avaliação da Multimorbidade.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é apontado como um fenômeno mundial, o que reflete o aumento da longevidade da população (GARCIA *et al.*, 2020). Em 2013, o Brasil apresentava uma população idosa de aproximadamente 20 milhões de pessoas, e as estimativas oficiais sugerem que até 2050 a quantidade de pessoas idosas seja superior ou igual ao de crianças e jovens (BRASIL, 2013).

O aumento da longevidade e, conseqüentemente, o próprio processo do envelhecimento acarreta ao indivíduo alterações biopsicossociais, neste sentido é necessário pensar em como promover o envelhecimento saudável de modo a contribuir com a manutenção das funções cognitivas e motoras, visto que estas interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas (JARDIM *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua o envelhecimento saudável como o processo de fomentar e preservar a capacidade funcional que sustenta o bem-estar em idades avançadas. Nesse sentido, é essencial assegurar a qualidade de vida dos idosos, o que implica manter sua autonomia e a capacidade de se sentirem produtivos e de realizar atividades cotidianas de forma independente. Tal abordagem deve constituir a pedra angular na elaboração de políticas públicas, conforme apontado por Valero *et al.* (2021).

Com o passar dos anos, o corpo humano passa por mudanças fisiológicas comuns devido à idade, e para as pessoas idosas essa mudança é chamada de senescência. Uma de suas alterações é a diminuição da força muscular, que resulta em mudanças posturais e alteração do equilíbrio, elevando o risco de quedas (TAVARES, ARAÚJO & NUNES, 2021). Essas intercorrências podem levar a internações, óbitos e acarretar perda da funcionalidade, o que gera diminuição na qualidade de vida, principalmente, entre os idosos jovens. Santos *et al.* (2019) identificaram em sua pesquisa que os idosos mais jovens foram os que mais sofreram quedas, muitas vezes associadas ao trabalho desenvolvido e a presença de doenças crônicas.

O processo de envelhecimento da população que reside em área rural e urbana acontece de forma parecida, no entanto, os moradores da primeira possuem suas particularidades no estilo de vida, trabalho e cultura. Grande parte dessa população possui baixo nível de escolaridade, o que restringe o acesso à informação e ao cuidado com a saúde, sem mencionar as distâncias entre a residência e os serviços de saúde e a falta de meio de transporte, em algumas áreas (BUSO *et al.*, 2020). No entanto, essas pessoas apresentam comportamentos ativos frente à execução de tarefas do seu cotidiano como o trabalho agrícola, a pesca e as caminhadas devido ao deslocamento para a realização dessas atividades, bem como mantém uma alimentação mais saudável (LLANO *et al.*, 2017).

Embora a maioria dessas pessoas seja ativa fisicamente, é preciso que se conheça a sua capacidade funcional (CF). A CF é definida como a habilidade que o indivíduo possui para desenvolver suas Atividades de Vida Diária (AVD) com autonomia e independência, fatores cruciais para a manutenção da saúde do indivíduo. Uma vez que a CF se encontra fragilizada, a pessoa idosa tende a se tornar dependente, apresentar quadros de quedas, institucionalização e até a hospitalização (MENDONÇA *et al.*, 2020).

O comprometimento da funcionalidade associado ao próprio processo de envelhecimento, faz com que o idoso seja mais suscetível a adquirir síndromes geriátricas que resultam em incapacidades, declínio intelectual e funcional, instabilidade, imobilidade, maior risco de fraturas em decorrência das quedas e até a morte (RAMIREZ *et al.*, 2020).

Alexandrino *et al.* (2019) identificaram vários fatores associados ao declínio da CF em idosos. Entre eles estão o analfabetismo funcional, a idade avançada, o sedentarismo, o etilismo, o estresse elevado, o uso contínuo de medicamentos e a presença de problemas de saúde. Os autores concluem que todos esses fatores contribuem para a vulnerabilidade clínico-funcional desses indivíduos.

A CF é apontada como um marcador de saúde em idosos sendo fundamental para a avaliação da saúde desse grupo populacional. Esse marcador é modificável e fator de risco evitável, sendo passivo de intervenções. Ele influencia na saúde mental,

interação social, apoio familiar e independência financeira desse grupo populacional (CONFORTIN *et al.*, 2020).

Dessa forma, avaliar a capacidade funcional em idosos é crucial, não apenas para manter a saúde, autonomia, independência, e vida social ativa dessas pessoas, mas também para identificar precocemente os fatores associados à incapacidade funcional, especialmente na presença de comorbidades. Esta avaliação ressalta a importância de sua implementação por meio da Estratégia Saúde da Família (MENDONÇA *et al.*, 2020). Além disso, entender os fatores que influenciam a incapacidade funcional ajuda no planejamento de ações para promover a qualidade de vida e para a reorganização das estratégias de saúde, proporcionando apoio e assistência mais adequados às pessoas idosas (MOTA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Uma das estratégias para avaliar a CF dessa população se dá pela avaliação do equilíbrio e risco de queda por meio do teste *Timed Up and Go* (TUG). Proposto por Podsiadlo e Richardson (1991) o TUG avalia a mobilidade, equilíbrio e desempenho locomotor em pessoas idosas de forma rápida e prática. De acordo com Cruz-Jentoft *et al.* (2019), idosos que demoram 20 segundos ou mais para realizar o teste estão sujeitos a um risco aumentado de quedas.

É preciso ressaltar que, frequentemente, a população residente em áreas rurais é negligenciada pelo poder público e pela academia. Isso é ainda mais evidente quando se trata da população idosa, uma vez que estudos direcionados a esse grupo são escassos e pouco aprofundados (LLANO *et al.*, 2017). Diante dessa lacuna, o presente estudo torna-se essencial para compreender de forma mais ampla as necessidades de saúde desses indivíduos e avaliar o impacto do declínio funcional na qualidade de vida dos idosos que vivem em áreas rurais.

## **2. OBJETIVOS**

Identificar a prevalência de risco de quedas e os fatores associados entre pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na zona rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Este estudo adota um desenho transversal e uma abordagem quantitativa para examinar a prevalência de risco de quedas em pessoas idosas atendidas pela Estratégia Saúde da Família na zona rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

O estudo foi realizado abrangendo quatro Unidades de Saúde da Família (USF) especificamente: USF Dr. Roger A. Buainain (Rochedinho), USF Dr. Bento Assis Machado (Anhanduizinho), USF Manoel Cordeiro (Aguão) e USF Dra. Maria José de Pauli (Três Barras). A coleta de dados ocorreu no intervalo de janeiro a julho de 2023.

### **3.2 Amostra e critérios**

#### **3.2.1 Amostra**

A população alvo deste estudo foi constituída por aproximadamente 946 indivíduos com idade igual e/ou superior a 60 anos, residentes na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O tamanho da amostra foi determinado utilizando a fórmula  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2(1-\alpha/2)^2(N-1) + p*(1-p))]$ , por meio da plataforma Open Epi. Este cálculo foi baseado em um nível de confiança de 95% e um erro amostral máximo de 5%. Adotou-se como referência uma prevalência esperada de 44% para o risco moderado de queda, conforme identificado no estudo de Fioritto *et al.* (2020). Com base nesses parâmetros, o tamanho amostral inicial calculado foi de 271 idosos. Para acomodar possíveis múltiplas análises e perdas, - incrementou-se 20% a este número, resultando em um total de 324 participantes para a amostra final.

A seleção da amostra foi realizada por meio de amostragem estratificada proporcional, assegurando que subgrupos ou estratos da população idosa fossem representados de maneira proporcional à sua presença na população total.

#### **3.2.2 Critérios de seleção**

##### **3.2.2.1 Critérios de inclusão**

Para inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios: ser brasileiro, ter idade igual ou superior a 60 anos; ser devidamente cadastrado na ESF, residir na zona rural, e ter domínio da língua

portuguesa para que pudessem ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e então decidir a respeito de sua participação na pesquisa.

### **3.3 Instrumentos para coleta de dados**

Para a efetiva coleta de dados neste estudo, utilizou-se um questionário específico, desenhado exclusivamente pelos pesquisadores para este projeto. Este instrumento englobou variáveis sociodemográficas e clínico-terapêuticas, além de questões relacionadas ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde, visando uma caracterização dos participantes da pesquisa. Além disso, foi aplicado o teste *Timed Up and Go* (TUG), para avaliação funcional dos mesmos.

O questionário utilizado neste estudo, rigorosamente elaborado pelos pesquisadores e dividido em cinco seções integradas, captura um espectro amplo de informações sociodemográficas, clínico-terapêuticas, de estilo de vida e acesso aos serviços de saúde. Abrange dados pessoais (idade, sexo, cor/raça, estado civil, configuração residencial), perfil social (religião, alfabetização, escolaridade, renda, ocupação), hábitos de vida (lazer, exercício, alimentação, acesso a água tratada, tabagismo, consumo de álcool), indicadores clínico-terapêuticos (estado de saúde, estresse, medicação, quedas, dor crônica) e uso de serviços de saúde (transporte, tipo de serviço utilizado, acompanhamento, plano de saúde, consultas médicas recentes, internações), além de medidas biométricas como peso, altura, IMC e circunferência da panturrilha. Este instrumento abrangente é descrito em detalhe no Apêndice B, desenhado para fornecer uma visão detalhada e completa do perfil dos participantes da pesquisa.

Para o rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos, foram utilizados o Inventário de Ansiedade Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory - GAI) (Anexo A) e a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS) (Anexo B), respectivamente. Indivíduos que alcançaram uma pontuação igual ou superior a 13 no GAI foram considerados como apresentando sintomas ansiosos significativos. Dessa forma, aqueles que obtiveram uma pontuação de 6 ou mais no GDS foram categorizados como tendo sintomas depressivos.

Para identificação da multimorbidade, utilizou-se o formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autorreferidos (Anexo C), com base nas informações

coletadas na 1ª e 2ª fase da pesquisa on-line destinada à construção da Lista Brasileira de Multimorbidade. Este instrumento investigou a autodeclaração de condições crônicas de saúde. Os participantes que relataram ter duas ou mais condições crônicas foram classificados como possuindo multimorbidade.

De acordo com Bastidas *et al.* (2023), o TUG é um teste simples, que avalia o equilíbrio dinâmico e a mobilidade funcional do indivíduo, podendo ser realizado em ambientes variados. No teste, o participante começa sentado em uma cadeira, de onde deve levantar-se e caminhar três metros em linha reta em um ritmo que lhe seja confortável e seguro, retornar e sentar-se novamente na cadeira, sentando-se.

Ao término do teste, o tempo que o participante leva para percorrer o percurso é registrado. De acordo com Cruz-Jentoft *et al.* (2019), idosos que demoram 20 segundos ou mais para realizar o teste estão sujeitos a um risco aumentado de quedas.

### **3.4 Coleta de dados**

Para coleta de dados, inicialmente foram agendadas visitas domiciliares às residências dos idosos selecionados de forma aleatória a partir dos cadastros disponíveis nos sistemas de informação das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As visitas foram organizadas e conduzidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são parte integrante da equipe de saúde da família. Estes profissionais, durante o atendimento domiciliar, informaram os idosos sobre a pesquisa, esclareceram dúvidas e estenderam o convite para participação no estudo.

Os idosos que expressaram interesse em participar foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos, os potenciais benefícios e os riscos, e sobre a voluntariedade da participação. Após receberem todas as informações pertinentes e terem suas dúvidas esclarecidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), formalizando sua concordância em participar.

As entrevistas e a aplicação dos instrumentos de avaliação foram realizadas pelos autores da pesquisa, seguindo estritas normas de biossegurança, incluindo a manutenção do distanciamento social recomendado, o uso obrigatório de máscaras

por todos envolvidos e a higienização das mãos com álcool em gel, visando a prevenção da transmissão da COVID-19.

### **3.5 Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi iniciada após receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atuando em estrita conformidade com as diretrizes éticas nacionais. Os procedimentos adotados estão alinhados com a Resolução CONEP nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece os padrões de ética para pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). O estudo foi avaliado e concedido um parecer favorável sob o número de registro 5.722.052.

Os dados coletados durante a pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade prevista: conhecer a condição de saúde das pessoas idosas residentes na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Todos os registros obtidos, tanto em formato físico quanto digital, serão armazenados com total confidencialidade e acessíveis somente ao pesquisador responsável por um período de 5 anos após a conclusão do estudo. As informações adquiridas durante a coleta de dados são sigilosas, não existindo nenhuma identificação dos participantes.

### **3.6 Organização e análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados e tabulados no *software* SPSS 25.0 para posterior processamento. Para análise descritiva, os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em valores absolutos e relativos.

Para a identificação dos fatores associados ao risco de quedas aplicou-se uma regressão de Poisson com variância robusta. Foi realizada análise bivariada para estimar a razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o nível de significância. Na sequência foi conduzida análise multivariada, pelo método Forward, na qual foram inseridas as variáveis que apresentaram  $p < 0,200$ . No modelo final permaneceram os preditores com  $p < 0,05$ .

## **4. RESULTADOS**

Neste estudo, participaram 324 idosos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A idade média dos participantes foi de 71,50 anos, com desvio padrão de  $\pm 0,40$  anos. Foi identificado que a prevalência de risco de queda entre essas pessoas foi de 6,17% (n=20), o que corresponde a 20 pessoas.

A tabela 1 detalha as características sociodemográficas e clínicas do grupo de idosos analisados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo. Campo Grande, 2023.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Características Sociodemográficas</i></b>		
<b>Idade</b>		
Até 79 anos	275	84,88
80 anos ou mais	49	15,12
<b>Sexo</b>		
Masculino	150	46,30
Feminino	174	53,70
<b>Raça/Cor da pele</b>		
Branco	134	41,36
Pardo	155	47,84
Amarelo	1	0,31
Preto	33	10,19
Indígena	1	0,31
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	19	5,86
Casado(a)	203	62,65
Divorciado(a)	26	8,02
Separado	2	0,62
Viúvo(a)	60	18,52
União estável	14	4,32
<b>Arranjo domiciliar</b>		
Mora sozinho	45	13,89

Mora acompanhado	279	86,11
<b>Sabe ler e escrever</b>		
Sim	234	72,45
Não	89	27,55
<b>Nível de escolaridade</b>		
Sem escolaridade	76	23,53
De 1 a 3 anos	99	30,65
De 4 a 7 anos	103	31,89
8 anos ou mais	45	13,93
<b>Possui plano de saúde</b>		
Sim	42	12,96
Não	282	87,04
<b>Características Clínicas</b>		
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sofreu alguma queda no último ano</b>		
Sim	92	28,48
Não	231	71,52
<b>Tem dor crônica</b>		
Sim	168	52,17
Não	154	47,83
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Muito bom	31	9,60
Bom	131	40,56
Regular	114	35,29
Ruim	31	9,60
Muito ruim	16	4,95
<b>Presença de multimorbidade</b>		
Sim	168	51,85
Não	156	48,15
<b>Sintomas Depressivos</b>		
Ausência de sintomas	264	81,48
Presença de sintomas	60	18,52
<b>Sintomas Ansiosos</b>		

Ausência de sintomas	258	79,63
Presença de sintomas	66	20,37
<b>Foi internado no último ano</b>		
Sim	50	15,48
Não	273	84,52

A análise bivariada revelou uma associação significativa do risco de queda em idosos com a presença de dor crônica, multimorbidade e histórico de internações no último ano. Esses achados estão detalhados na tabela 2.

A tabela 2 também apresenta os resultados da análise multivariada, os quais demonstram que o risco de quedas é significativamente maior entre as pessoas idosas com multimorbidade e entre aquelas que tiveram internações no último ano.

Tabela 2 - Associação entre o risco de queda entre as pessoas idosas residentes na área rural em relação a variáveis sociodemográficas e clínicas. Campo Grande, 2023.

Variável	Risco de Quedas		RP (IC95%)	p	RPa (IC95%)	p
	Sem risco	Com risco				
<b>Características Sociodemográficas</b>						
<b>Idade</b>						
Até 79 anos	261 (80,56)	14 (4,32)	1			
80 anos ou mais	43 (13,27)	6 (1,85)	2,40 (0,96 – 5,96)	0,058		
<b>Sexo</b>						
Masculino	140 (43,21)	10 (3,9)	1,16 (0,49 – 2,71)	0,732		
Feminino	164 (50,62)	10 (3,9)	1			
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branco	126 (39,13)	8 (2,48)	1			
Negro	176 (54,66)	12 (3,73)	1,06 (0,44 – 2,54)	0,880		
<b>Arranjo domiciliar</b>						
Reside sozinho	42 (12,96)	3 (0,93)	1,09 (0,33 – 3,58)	0,882		
Reside acompanhado	262 (80,86)	17 (5,25)	1			

**Sabe ler e escrever?**

Sim	223 (69,4)	11 (3,41)	1		
Não	80 (24,77)	9 (2,79)	2,15 (0,92 – 5,02)	0,077	

**Possui plano de saúde**

Sim	38 (11,73)	4 (1,23)	1,67 (0,58 – 4,78)	0,333	
Não	266 (82,10)	16 (4,94)			

**Características Clínicas****Sofreu alguma queda no último ano**

Não	220 (68,11)	11 (3,41)	1		
Sim	83 (25,79)	9 (2,79)	2,05 (0,87 – 4,79)	0,096	

**Tem dor crônica**

Não	150 (46,58)	4 (1,24)	1		
Sim	152 (47,20)	16 (4,97)	3,66 (1,25 – 10,74)	0,018	

**Autoavaliação estado de saúde**

Muito bom / Bom	156 (48,30)	6 (1,86)	1		
Regular	105 (32,51)	9 (2,79)	2,13 (0,77 – 5,83)	0,140	
Ruim / Muito ruim	42 (13,0)	5 (1,55)	2,87 (0,91 – 9,01)	0,070	

**Presença de multimorbidade**

Não	153 (47,22)	3 (0,93)	1	1	
Sim	151 (46,60)	17 (5,25)	5,26 (1,56 – 17,64)	0,007	4,02 (1,18 – 13,73) 0,026

**Sintomas Depressivos**

Ausência de sintomas	251 (77,47)	13 (4,1)	1		
Presença de sintomas	53 (16,36)	7 (2,16)	2,36 (0,998 – 5,69)	0,054	

**Sintomas Ansiosos**

Ausência de sintomas	243 (75,0)	15 (4,63)	1		
Presença de sintomas	61 (18,83)	5 (1,54)	1,30 (0,49 – 3,46)	0,595	

**Foi internado no último ano**

Sim	40 (12,38)	10 (3,10)	5,46 (2,39 – 12,45)	<0,001	4,21 (1,82 – 9,69) 0,001
Não	263 (81,42)	10 (3,10)	1		1

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; RPa: Razão de Prevalência ajustada

## 5. DISCUSSÃO

Estudos na literatura indicam um aumento significativo no risco de quedas em idosos: cerca de 28-35% das pessoas com mais de 64 anos sofrem quedas anualmente, percentual que pode atingir até 50% entre aqueles com mais de 80 anos (HAGER *et al.*, 2019). Além disso, observa-se uma redução anual de 1 a 2% na massa muscular e na força nessa faixa etária (PEREIRA, KANASHIRO, 2022). No presente estudo, constatou-se que o risco de quedas está associado e é agravado entre idosos com dores crônicas, multimorbidade e histórico de internações no último ano. Esse padrão de associação está alinhado com as conclusões de Amorim *et al.* (2021), que apontam fatores intrínsecos e extrínsecos como causas prevalentes de quedas, especialmente em idosos frágeis, com idade mais avançada, com declínio funcional evidente, múltiplas comorbidades e uso de múltiplos medicamentos.

Para avaliar a mobilidade e independência, consideram-se diversos indicadores que refletem o estado geral de saúde, tais como massa muscular, força, equilíbrio dinâmico e velocidade da marcha (FABIANI *et al.*, 2021). Segundo Fabiani *et al.* (2021), o teste *Timed Up and Go* (TUG) é uma ferramenta amplamente reconhecida para mensurar o equilíbrio e habilidade de marcha em idosos. No contexto, aplicou-se o TUG para determinar o risco de quedas e identificar seus fatores associados em uma população de idosos da área rural

Dores crônicas, definidas por Tinnirello, Mazzoleni e Santi (2021) como desconforto persistente que se estende por um período de três meses ou mais, podem comprometer significativamente a mobilidade dos idosos, elevando assim o risco de quedas em comparação àqueles sem tal condição (CAI *et al.*, 2020). Além de sua prevalência, a dor crônica apresenta complexidades adicionais entre os idosos, pois frequentemente está associada a sentimentos de tristeza, isolamento social, incapacidade funcional e o consequente aumento de custos para os sistemas de saúde, conforme relatado por Domenichiello e Ramsden (2019).

Uma pesquisa realizada em São Paulo, Brasil, indica que as principais queixas de dor estão relacionadas à redução da mobilidade e à limitada autonomia para executar atividades cotidianas. Essa dor não só tem repercussões neuromusculares, levando a fraqueza muscular em membros inferiores, mas também aumenta o risco

de quedas (LEVEILLE *et al.*, 2010). Além disso, pode provocar alterações na marcha devido a adaptações para evitar o desconforto, o que resulta em desequilíbrio e déficit na estabilidade. Portanto, os estudos mencionados corroboram os resultados encontrados, que apontam para um maior risco de quedas em idosos com dores crônicas (LEVEILLE *et al.*, 2010).

Há um aumento na prevalência de doenças crônicas entre os idosos, e a presença de duas ou mais dessas condições simultaneamente é conhecida como multimorbidade (YANG *et al.*, 2023). Indivíduos idosos afetados pela multimorbidade são frequentemente mais vulneráveis, experimentando uma redução na funcionalidade e maior dificuldade para realizar atividades cotidianas. Isso aumenta seu risco de quedas devido à deterioração de sua capacidade física (YOU *et al.*, 2023). Assim, esses indivíduos geralmente têm sua capacidade funcional reduzida, afetando adversamente suas atividades de vida diária (AVD). Há estudo que afirma que:

[...] idosos com baixo risco para quedas apresentam maior independência nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias, o que vai ao encontro do que a literatura evidencia sobre o comprometimento nas AVDs e AIVDs estar associado à dependência, à fragilidade, ao aumento do risco de quedas, problemas de mobilidade e institucionalização precoce (NADU, *et al.*, 2021, p. 5).

A hospitalização devido a quedas é um evento impactante entre os idosos, afetando negativamente sua funcionalidade (SOUZA *et al.*, 2022). Stolt *et al.* (2020) salientam que as consequências das quedas incluem custos elevados de internação e uma redução na expectativa de vida; estatísticas indicam que apenas 50% dos idosos hospitalizados por esse motivo sobrevivem ao ano seguinte. Ademais, o risco de readmissão hospitalar após a alta é quadruplicado para esses pacientes (TSAI *et al.*, 2023).

Conforme apresentado, a população idosa enfrenta um risco elevado de hospitalização, correlacionado diretamente com a quantidade de comorbidades. Skou *et al.* (2023) e Rodrigues *et al.* (2023) demonstram que o risco de hospitalização aumenta proporcionalmente com a idade, devido ao maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Além disso, idosos com múltiplas patologias têm, segundo Tsai *et al.* (2023), uma probabilidade aumentada de readmissão hospitalar por diversas causas dentro de um período de 30 dias, sendo esse risco ainda mais acentuado para

aqueles com mais de 80 anos. As internações possuem influência na diminuição da mobilidade em idosos, de acordo com Shuang *et al.* (2023), promover a mobilidade dentro do ambiente hospitalar apresenta benefícios no autocuidado e diminui o imobilismo de idosos após a alta.

No contexto da população idosa da zona rural, objeto de estudo deste trabalho, observou-se que há uma prevalência menor de fragilidade e, conseqüentemente, de quedas. Isso se deve, em parte, porque muitos estão engajados em atividades produtivas intensas, particularmente na agricultura. (LLANO *et al.*, 2017). Além disso, o mesmo autor supracitado refere que os idosos que residem em áreas rurais, apresentam um estilo de vida mais saudável e com incorporação de atividades físicas em sua vida diária, o que diminui a ameaça de quedas. No entanto, esses fatores não excluem alguns riscos que essa população pode vir a apresentar, sendo de extrema importância a identificação precoce dos mesmos, assim como fala o autor Soto-Varela *et al.* (2020), no qual enfatiza que a identificação de idosos com risco elevado de quedas é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas no aprimoramento do equilíbrio e na prevenção de quedas.

Diante disso, percebe-se a necessidade de estudos voltados para a população idosa residente em área rural, com a intuito de criar planejamentos para prevenção de quedas e manutenção da mobilidade. Como limitações deste estudo, destaca-se a baixa prevalência de idosos com risco de quedas, sendo escasso para execução de análises estatísticas expressivas, pois a amostra obteve em maioria idosos hígidos com idade igual e/ou inferior a 79 anos e que apresentaram uma boa percepção de saúde. Ademais, enfrentamos dificuldades no espaço para realização do teste *Timed Up and Go* (TUG), devido ao fato de ser realizado no ambiente domiciliar do participante, no qual, o espaço para a realização do teste não foi idêntico a todos os participantes, tendo que ser adaptado a realidade de cada domicílio.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma baixa prevalência de risco de quedas na população estudada e determinou que o risco de quedas entre idosos é significativamente ampliado quando possuem fatores associados. Dentre eles, a multimorbidade e as dores crônicas são notáveis, assim como históricos de

internações no ano anterior. O risco se intensifica quando possuem simultaneamente multimorbidade e internações prévias. No entanto, estudos com ênfase na população idosa residente em área rural ainda são pouco encontrados, sendo necessário mais pesquisas na área.

## 7. REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, Arthur *et al.* Evaluation of the clinical-functional vulnerability index in older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/93g9mVhZpZXdSVTvNtgWL4J/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

AMORIM, Juleimar Soares Coelho de *et al.* Prevalência de queda grave e fatores associados em idosos brasileiros: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 185-196, jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30542018>.

BRASIL. Constituição (2003). Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acesso em: 20 out. 2023.

BUSO, Ana Luisa Zanardo *et al.* Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 231-240, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/H4FKKcZ6bGQHFSYDzgD3Qrz/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

CONFORTIN, Susana Cararo *et al.* Risk factors associated with mortality in young and long-lived older adults in Florianopolis, SC, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 2031-2040, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n6/2031-2040/en>. Acesso em: 10 out. 2023.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

DOMENICHIELLO, Anthony F.; RAMSDEN, Christopher E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. **Progress In Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 93, p. 284-290, jul. 2019. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6538291/pdf/nihms-1528580.pdf>.

Acesso em: 12 out. 2023.

FABIANI, Ester *et al.* Correlation between timed up and go test and skeletal muscle tensiomyography in female nursing home residents. **J Musculoskelet Neuronal Interact**, S.L, v. 2, n. 21, p. 247-254, jan. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8185258/pdf/JMNI-21-247.pdf>.

Acesso em: 12 out. 2023

GARCIA, Luan Augusto Alves *et al.* Satisfaction of octogenarians with Primary Health Care services. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 11 maio 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190235>.

HAGER, Anne-Gabrielle Mittaz *et al.* Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. **Bmc Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 14 jan. 2019. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-1021-y>

HERNÁNDEZ-RAMÍREZ, Magdalena *et al.* Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. **Horizonte Sanitario**, v. 19, n. 1, p. 153-165, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-153.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva *et al.* Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. 1-10, 11 jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200173>.

LEVEILLE, Suzanne G. *et al.* Chronic Musculoskeletal Pain and the Occurrence of Falls in an Older Population. **Jama**, [S.L.], v. 302, n. 20, p. 2214-2232, 25 nov. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927855/pdf/nihms218458.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

LLANO, Patrícia Mirapalheta Pereira de *et al.* Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 520-530, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/S3Vg79cjqCYxB5DnRgr6RM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

MENDONÇA, Sarah de Souza *et al.* FUNCTIONAL CAPACITY IN THE OLDEST OLD: cross-sectional analysis based on a decision model. **Geriatrics, Gerontology And Aging**, v. 14, n. 1, p. 52-60, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

MOTA, Thaciane Alves *et al.* Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v24n1/pt\\_1414-8145-ean-24-01-e20190089.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190089.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

NADU, Alexandre de Andrade *et al.* Functional capacity: association with risk for falls, fear of falling and pain in the elderly. **Rev Rene**, v. 22, p. 1-8, 12 ago. 2021. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212262430>.

PEREIRA, Cristiana Borges; KANASHIRO, Aline Mizuta Kozoroski. Falls in older adults: a practical approach. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 80, n. 51, p. 313-323, maio 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9491436/pdf/1678-4227-anp-80-05-s1-s107.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

PODSIADLO, Diane; RICHARDSON, Sandra. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 142-148, fev. 1991.

RODRIGUES, Luciana Pereira *et al.* Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis. **Age And Ageing**, [S.L.], v. 51, n. 7, p. 1-16, 1 jul. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9308991/>. Acesso em: 12 out. 2023

SANTOS, Fernanda dos *et al.* Falls of elderly people living in rural areas: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 177-183, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0460>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kYtLJBhMF8JzD7zDk6d6r8G/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 05 out. 2023.

SHUANG, Wu *et al.* Progresso da pesquisa sobre incapacidade relacionada à hospitalização em pacientes idosos. *Journal Of Central South University*. [S.I.], p. 455-462. 28 mar. 2023. Disponível em: <http://xbyxb.csu.edu.cn/thesisDetails#10.11817/j.issn.1672-7347.2023.220333&lang=zh>. Acesso em: 18 nov. 2023.

SKOU, Søren T. *et al.* Multimorbidity. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-54, 14 jul. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7613517/>. Acesso em: 12 out. 2023.

SOTO-VARELA, Andrés *et al.* Modified Timed Up and Go Test for Tendency to Fall and Balance Assessment in Elderly Patients With Gait Instability. **Frontiers In Neurology**, [S.L.], v. 11, p. 1-9, 12 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303325/>. Acesso em: 12 out. 2023.

SOUZA, Maria Geracina de *et al.* Associação entre desempenho funcional e hospitalização de idosos adscritos à estratégia de saúde da família no município de Alfenas, Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 477-485, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rYPW95bdK3dXSPtqzQzcvHN/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2023.

STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes *et al.* Increase in fall-related hospitalization, mortality, and lethality among older adults in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p. 76-88, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416763/>. Acesso em: 12 out. 2023.

TAVARES, Zuleika Dantas do Vale; ARAUJO, Mayara Priscilla Dantas; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo. SEGURANÇA DO AMBIENTE DOMICILIAR E OCORRÊNCIA

DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 7, p. 1-15, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23018/14189><https://>. Acesso em: 10 out. 2023

TINNIRELLO, Andrea; MAZZOLENI, Silvia; SANTI, Carola. Chronic Pain in the Elderly: mechanisms and distinctive features. **Biomolecules**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 1-11, 23 ago. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8391112/pdf/biomolecules-11-01256.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

TSAI, Yu-Chieh *et al.* Multimorbidity and prior falls correlate with risk of 30-day hospital readmission in aged 80+: a prospective cohort study. **Journal Of The Formosan Medical Association**, [S.L.], v. 122, n. 11, p. 1111-1116, nov. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664623000761?via%3DiHub>. Acesso em: 12 out. 2023.

VALERO, Catherine Nicol Aravena *et al.* Significados de ser feliz na velhice e qualidade de vida percebida segundo idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. 1-16, 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/KjCtH6KydLvgSVkHVXGHKMQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2023.

YANG, Kaikai *et al.* Multimorbidity Patterns and Associations with Gait, Balance and Lower Extremity Muscle Function in the Elderly: a cross-sectional study in northwest china. **International Journal Of General Medicine**, [S.L.], v. 16, p. 3179-3192, jul. 2023. <http://dx.doi.org/10.2147/ijgm.s418015>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10392815/?report=reader>. Acesso em: 12 out. 2023.

YOU, Liuqing *et al.* Association between multimorbidity and falls and fear of falling among older adults in eastern China: a cross-sectional study. **Frontiers In Public Health**, [S.L.], v. 11, p. 1-8, 18 maio 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10234124/>. Acesso em: 12 out. 2023.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE MENTAL DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA ÁREA RURAL: ESTUDO POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, desenvolvida pelo pesquisador Arthur de Almeida Medeiros.

O objetivo central do estudo é conhecer a condição de saúde mental das pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS.

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser uma pessoa idosa, acima de 60 anos, que é assistida por uma das Unidades da Saúde da Família que atuam em áreas rurais da cidade.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação nessa pesquisa consistirá em responder perguntas de alguns questionários à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista e das respostas é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é que esta promoverá o conhecimento a respeito da saúde mental de vocês, idosos que moram em áreas rurais, para que estratégias eficazes sejam construídas para o cuidado e a

atenção à saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Caso seja identificado que você apresentou sintomas ansiosos e/ou depressivos com os resultados dos instrumentos, a Unidade da Saúde da Família mais próxima será informada e será realizado um encaminhamento para que você receba atendimento voltado a essas demandas. Devido ao conteúdo dos instrumentos, que envolvem aspectos psicológicos, caso haja impactos emocionais e o desejo da interrupção do processo, tais sujeitos receberão os encaminhamentos necessários à equipes de saúde mental. Diante de eventos danosos não previstos, a presente pesquisa será suspensa, sendo informado às instituições e participantes envolvidos, e ao Comitê de Ética de Pesquisa, para análise e devidos encaminhamentos de condutas posteriores necessárias.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para as(os) entrevistadas(os), artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma da(o) participante da pesquisa e outra da pesquisadora. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do email [amandagt2010@hotmail.com](mailto:amandagt2010@hotmail.com), do telefone (67)99101-2415, ou por meio do endereço [amanda.torres@ufms.br](mailto:amanda.torres@ufms.br).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: [cepconep.propp@ufms.br](mailto:cepconep.propp@ufms.br); telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos

humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

---

Nome e assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e data

---

Nome e assinatura da(o) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e data

**APÊNDICE B** – Questionário Sociodemográfico, Clínico-Terapêutico e Relacionado ao Estilo de Vida e ao Acesso aos Serviços de Saúde

Código do questionário:	
USF:	<input type="checkbox"/> <b>Aguão</b> <input type="checkbox"/> <b>Anhaduizinho</b> <input type="checkbox"/> <b>Rochedinho</b> <input type="checkbox"/> <b>Três Barras</b>
Nome:	
Telefones:	
Data da entrevista:	

<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>A1</b>	Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____	<i>AIDADE:</i> __
<b>A2</b>	Sexo (1) Masculino      (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> __
<b>A3</b>	Qual a sua raça/cor da pele? (1) Branca      (2) Parda      (3) Amarelo      (4) Preto      (5) Indígena	<i>ACOR:</i> __
<b>A4</b>	Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a)      (2) Casado(a)      (3) Divorciado(a)/Desquitado(a) (4) Separado(a)      (5) Viúvo(a)      (6) União estável	<i>AESTCIV:</i> _____
<b>A5</b>	Com quem o (a) Sr. (a) mora? (1) Sozinho (2) Somente com o companheiro (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique): _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
<b>A6</b>	Quantas pessoas moram na sua residência, incluindo você? _____	<i>AQMORA:</i> _____
<b>A7</b>	Quantos cômodos tem sua residência? _____ <i>Obs: Incluir banheiro(s).</i>	<i>ACOMO:</i> _____
<b>A8</b>	Qual sua religião? (1) Católica      (2) Evangélica      (3) Espírita      (4)	<i>ARELIG:</i> _____

	Candomblé (5) Umbanda (6) Ateu (7) Agnóstico (8) Outro/Qual:	
<b>A9</b>	O(a) Sr.(a) pratica a sua religião? / O(a) Sr.(a) tem frequentado? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>ARELIGPRA:</i> _____
<b>A10</b>	Peso: _____ kg	<i>APESO:</i> _____
<b>A11</b>	Altura: _____ cm	<i>AALT:</i> _____
<b>A12</b>	IMC: _____	<i>AIMC:</i> _____
<b>A13</b>	Perímetro da panturrilha (PP) esquerda? _____ Cm	<i>APPANT:</i> _____
<b>PERFIL SOCIAL</b>		
<b>B1</b>	O (A) Sr. (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Qual  Qual seu nível de escolaridade? (1) nenhuma (2) de 1 a 3 anos (3) de 4 a 7 anos (4) 8 anos ou mais (99) NS/NR	<i>BLERES:</i> _____  <i>BESCOL:</i> _____
<b>B2</b>	Qual é a sua renda <b>individual</b> em reais? Renda: _____ (99) NS/NR  (1) Até 1 SM (2) 1 SM (3) 2 SM (4) 3 SM (5) 4 SM (6) 5 SM (7) 6 ou mais SM	<i>BRENI:</i> _____  <i>BRENI_CAT:</i> _____
<b>B3</b>	Qual é a renda <b>familiar</b> em reais? (Incluindo o idoso) Renda: _____ (99) NS/NR  (1) Até 1 SM (2) 1 SM (3) 2 SM (4) 3 SM (5) 4 SM (6) 5 SM (7) 6 ou mais SM	<i>BRENF:</i> _____  <i>BRENF_CAT:</i> _____
<b>B4</b>	O (A) Sr. (a) trabalha atualmente e recebe salário por isso? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR  Qual a sua ocupação/O que o(a) Sr.(a) faz? _____	<i>BTRAB:</i> _____  <i>BOCUP:</i> _____
<b>ESTILO DE VIDA</b>		
<b>C1</b>	O (A) Sr. (a) participa de atividades de lazer ou sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CLAZER:</i> _____

<b>C2</b>	O (A) Sr. (a) praticou alguma atividade física ou esporte (caminhada, natação, dança, ginástica, etc) nos últimos três meses? Obs: Não vale a caminhada para o trabalho ou atividade do lar. (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CATIV: _____																						
<b>C3</b>	O (A) Sr. (a) faz pelo menos três refeições por dia? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CREFEI: _____																						
<b>C4</b>	O (A) Sr. (a) tem acesso a água tratada? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CAGUA: _____																						
<b>C5</b>	O(A) Sr.(a) tem acesso a rede de esgoto? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CESGOTO: _____																						
<b>C6</b>	O(A) Sr.(a) tem acesso a coleta de lixo? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CLIXO: _____																						
<b>C7</b>	O (A) Sr. (a) é fumante? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, há quanto tempo fuma? _____ Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____  O (A) Sr. (a) é ex-fumante? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, há quanto tempo parou? _____	CFUM: _____ CFUMTEMPO: _____ CFUMQTDADA: _____ CEXFUM: _____ CEXFUMTEMPO: _____																						
<b>C8</b>	O (A) Sr. (a) faz uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, com que frequência? _____  O (A) Sr. (a) fazia uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	CALCOOL: _____ CALCOOLFREQ: _____ CFAZIA: _____																						
<b>C9</b>	Como o (a) Sr. (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												CESTRESSE: _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
<b>PERFIL CLÍNICO-TERAPÊUTICO</b>																								
<b>D1</b>	De modo geral, como está o seu estado de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) NS/NR	DESAUDE: _____																						

<b>D2</b>	<p>O(A) Sr.(a) faz uso de algum medicamento?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não Qual(is)?</p>	<p><i>DMEDIC:</i></p> <p>_____</p> <p><i>DPOLIFAR:</i></p> <p>_____</p>
	<p>Se sim, os medicamentos são adquiridos pelo SUS?</p> <p>(1) Sim, todos      (2) Sim, a maioria      (3) Sim, a minoria      (4) Não, nenhum</p> <p>Se sim, como o(a) Sr.(a) tem acesso a estes medicamentos?</p> <p>(1) UBS                      (2) CEM                      (3) Farmácia Popular (4) Casa da Saúde.      (5) Pax.                      (6) Particular (7) Outro. Qual?</p> <p>Se sim, tem algum medicamento que o(a) Sr.(a) precisa, mas não tem acesso?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não</p> <p>Por quê?</p>	<p><i>DMEDICSUS:</i></p> <p>_____</p> <p><i>DMEDICONDE:</i></p> <p>_____</p> <p><i>DMEDICACESSO</i> : _____</p>
<b>D3</b>	<p>O (A) Sr. (a) sofreu alguma queda no último ano?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não                      (99) NS/NR</p> <p>Se sim, quantas quedas teve, mais ou menos? _____</p> <p>Se sim, como foi a última queda? _____</p> <p>Se sim, no último ano, em alguma queda teve fratura?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não                      (99) NS/NR</p>	<p><i>DQUEDA:</i></p> <p>_____</p> <p><i>DQUEDAQTDADE:</i> _____</p> <p><i>DQUEDAULTIMA</i> : _____</p> <p><i>DQUEDAFRATURA:</i> _____</p>
<b>D4</b>	<p>O (A) Sr. (a) tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não                      (99) NS/NR</p>	<p><i>DDOR:</i></p> <p>_____</p>
<b>D5</b>	<p>O (A) Sr. (a) já foi diagnosticado com algum transtorno mental (ex: depressão, ansiedade, esquizofrenia, etc)?</p> <p>(1) Sim                      (2) Não                      (99) NS/NR</p> <p>Quando o (a) Sr. (a) necessita de atenção para acompanhar a sua saúde mental, qual o tipo de serviço de saúde o (a) Sr. (a) utiliza como primeira opção?</p> <p>(1) Unidade Básica de Saúde                      (2) Hospital (3) UPA/PA/UM                      (4) Farmácia (5) Benzedeira                      (6) CAPS (7) Outro - Qual? _____ (99) NS/NR</p>	<p><i>DDIAG:</i></p> <p>_____</p> <p><i>DSMACCESSO:</i></p> <p>_____</p>



### ANEXO A – Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana.	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo	( 1 )	( 0 )
2. Tenho dificuldades em tomar decisões	( 1 )	( 0 )
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes	( 1 )	( 0 )
4. Tenho dificuldade em relaxar	( 1 )	( 0 )
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações	( 1 )	( 0 )
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante	( 1 )	( 0 )
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago	( 1 )	( 0 )
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada	( 1 )	( 0 )
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores	( 1 )	( 0 )
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)	( 1 )	( 0 )
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)	( 1 )	( 0 )
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante	( 1 )	( 0 )
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa	( 1 )	( 0 )
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior	( 1 )	( 0 )
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente	( 1 )	( 0 )
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida	( 1 )	( 0 )
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações	( 1 )	( 0 )
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago	( 1 )	( 0 )
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado	( 1 )	( 0 )
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)	( 1 )	( 0 )

## ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica - GDS

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.	De maneira geral, o(a) senhor(a) está satisfeito com a vida?	( 0 )	( 1 )
2.	O(A) senhor(a) abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?	( 1 )	( 0 )
3.	O(A) senhor(a) acha sua vida sem sentido atualmente?	( 1 )	( 0 )
4.	O(A) senhor(a) está geralmente aborrecido?	( 1 )	( 0 )
5.	O(A) senhor(a) está de bom humor a maior parte do tempo?	( 0 )	( 1 )
6.	O(A) senhor(a) se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	( 1 )	( 0 )
7.	De maneira geral, o(a) senhor(a) costuma se sentir feliz?	( 0 )	( 1 )
8.	O(A) senhor costuma se sentir desamparado?	( 1 )	( 0 )
9.	O(A) senhor(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?	( 1 )	( 0 )
10	O(A) senhor tem mais dificuldade para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	( 1 )	( 0 )
11	O(A) senhor(a) acha que vale a pena estar vivo hoje?	( 0 )	( 1 )
12	O(A) senhor(a) costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	( 1 )	( 0 )
13	O(A) senhor(a) se sente bem-disposto?	( 0 )	( 1 )
14	O(A) senhor(a) acha que sua situação não pode ser melhorada?	( 1 )	( 0 )
15	O(A) senhor(a/) acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o(a) senhor(a)?	( 1 )	( 0 )

### Avaliação:

**0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.**

**1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.**

**Total > 5 = suspeita de depressão**

### ANEXO C – Avaliação da Multimorbidade

<b>PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOREFERIDOS</b>			
O(a) senhor(a) tem algum problema de saúde? (1) Sim                      (2) Não                      (99) NS/NR			<i>PROBS:</i> _____
	<b>CONDIÇÃO/DOENÇA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>01</b>	Diabetes	1	0
<b>02</b>	Doença Cardíaca Isquêmica	1	0
<b>03</b>	Doença Renal Crônica	1	0
<b>04</b>	Depressão e problemas do humor	1	0
<b>05</b>	Doença Cerebrovasculares	1	0
<b>06</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Enfisema, Bronquite Crônica	1	0
<b>07</b>	Hipertensão	1	0
<b>08</b>	Asma	1	0
<b>09</b>	Doença de Parkinson	1	0
<b>10</b>	Insuficiência Cardíaca	1	0
<b>11</b>	Neoplasia sólidas	1	0
<b>12</b>	Osteoartrite e outras doenças articulares degenerativas	1	0
<b>13</b>	Osteoporose	1	0
<b>14</b>	Neoplasias hematológicas	1	0
<b>15</b>	Disfunção na Tireoide	1	0
<b>16</b>	Dislipidemias / Alteração do colesterol	1	0
<b>17</b>	Demência	1	0
<b>18</b>	Outras doenças cardiovasculares	1	0
<b>19</b>	Doenças Autoimunes (Lupus)	1	0
<b>20</b>	Outras doenças musculoesqueléticas e da articulação (tendinites, bursites, etc)	1	0
<b>21</b>	Artropatias inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartrites (espondilite) e artrite psoriásica)	1	0
<b>22</b>	Doenças crônicas do fígado (Hepatite, cirrose, etc)	1	0
<b>23</b>	Esclerose múltipla	1	0
<b>24</b>	Obesidade	1	0
<b>25</b>	Incontinência urinária	1	0
<b>26</b>	Doenças infecciosas crônicas (HIV, HTLV, etc)	1	0
<b>27</b>	Doença vascular periférica	1	0
<b>28</b>	Doenças inflamatórias intestinais (diverticulite, Crohn, etc)	1	0
<b>29</b>	Arritmia cardíaca	1	0
<b>30</b>	Doenças das válvulas cardíacas	1	0
<b>31</b>	Enxaqueca e dores faciais crônicas	1	0
<b>32</b>	Esquizofrenia e doenças delirantes	1	0