

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

KARLA MALHEIROS SCANDIANI

**QUEDA EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UM CENTRO DE
FISIOTERAPIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO:**

Análise sob o olhar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

VITÓRIA

2024

KARLA MALHEIROS SCANDIANI

**QUEDA EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UM CENTRO DE
FISIOTERAPIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO:**

Análise sob o olhar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S321q Scandiani, Karla Malheiros
Queda em pessoas idosas assistidas por um Centro de Fisioterapia de um município da Região Sul do Estado do Espírito Santo : análise sob o olhar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa / Karla Malheiros Scandiani - 2025.
75 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Idosos - quedas. 2. Qualidade de vida - idosos - Presidente Kennedy (ES). 3. Saúde do idoso. 4. Quedas – idosos - prevenção. 5. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.26

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

KARLA MALHEIROS SCANDIANI

QUEDA EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UM CENTRO DE FISIOTERAPIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: Análise sob o olhar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 11 de dezembro de 2024.


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno

Documento assinado digitalmente
 **THAIANY PEDROZO CAMPOS ANTUNES**
Data: 13/12/2024 11:22:51-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Thaiany Pedrozo Campos Antunes
UFBC
Membro Titular Externo

Dedico esta dissertação a Deus, por me amparar nesta jornada para me tornar mestra, por alimentar minha busca por conhecimentos e fazer das minhas mãos um instrumento para ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todo amor e cuidado e por me permitir realizar este sonho, por estar sempre iluminando os meus passos e presente durante toda a minha caminhada.

Ao meu marido, que esteve sempre presente nos momentos difíceis, com uma palavra de incentivo, me encorajando a dar esse passo tão importante. Obrigada por acreditar em mim e por sempre me impulsionar com seu afeto e companheirismo. Te amo.

Aos meus filhos, pelo amor incondicional a mim demonstrado todos os dias, renovando minhas forças e trazendo alegria.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e cuidado constante e por ajudarem a cuidar dos meus filhos. Amo vocês.

A minha irmã e meu cunhado, por todo apoio. Mesmo distantes, sempre fizeram estar presentes.

A minha orientadora, Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame, pela dedicação, incentivo, apoio e carinho no decorrer de todo o meu trabalho. Muito obrigada por toda a paciência e dedicação. Sem sua orientação, nada disso seria possível.

Aos meus amigos, que me incentivaram e acreditaram nessa minha conquista.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, pelos ensinamentos, e à Coordenação do mestrado da Emescam, por todo o suporte e atenção.

Agradeço, ainda, à banca examinadora, pelas contribuições agregadas a este trabalho.

Minha gratidão aos participantes dessa pesquisa. Sem vocês não seria possível a concretização deste estudo.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

Introdução: As consequências das quedas na população idosa são de grande gravidade, podendo causar redução na funcionalidade. É um evento que não se limita ao desempenho funcional, mas afeta múltiplos aspectos da vida. **Objetivo:** Analisar o risco de queda em idosos assistidos por um Centro de Fisioterapia da cidade de Presidente Kennedy-ES, à luz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Métodos:** Pesquisa exploratória e descritiva de caráter transversal, realizada em um Centro de Fisioterapia de um município no estado do Espírito Santo. O estudo foi realizado com 50 idosos, no período de janeiro a julho de 2023. Foram coletadas informações quanto ao perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida e, para a avaliação do risco de queda, foi utilizada a escala de Tinetti. **Resultados:** Foi constatado que 66% da amostra apresentava risco alto e moderado, com baixas pontuações tanto na marcha e quanto no equilíbrio. Também se constatou que 24% dos idosos sofreu quedas nos últimos seis meses. Destes, a maioria era do sexo feminino (64%), com baixa escolaridade (56%) e renda (60%), doenças crônicas (100%) e multimorbidades (56%). Apesar de serem independentes, não fumarem, não beberem e praticarem atividades físicas, tinham limitações na coluna (52%) e/ou artrite/artrose (74%). Estes resultados apontam que são necessárias medidas multifatoriais para reduzir a sua incidência, com programas envolvendo os diversos setores da gestão municipal, como preconizado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Conclusão:** Verificou-se uma ocorrência importante de risco de quedas na população estudada, mesmo considerando que os idosos avaliados são independentes. Portanto, para um envelhecimento ativo, são necessárias ações e programas que busquem oferecer uma melhor qualidade de vida a essas pessoas, como descrito na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A fim de prevenir e reduzir as quedas na população idosa do município estudado, considera-se importante apresentar como sugestões, primeiramente, a identificação das pessoas com maior risco de quedas, para que possam ser implementadas intervenções. Nesse contexto, a avaliação do risco de queda deve ser proposta em todas as Estratégias Saúde da Família, com foco específico nas pessoas idosas, avaliando distúrbios da marcha e equilíbrio.

Palavras-chave: Política de Saúde, Idoso, Risco, Quedas.

ABSTRACT

Introduction: The consequences of falls in the elderly population are very serious and can cause reduced functionality. It is an event that is not limited to functional performance, but affects multiple aspects of life. **Objective:** To analyze the risk of falls in elderly individuals assisted by a Physiotherapy Center in the city of Presidente Kennedy-ES, in light of the National Health Policy for the Elderly. **Methods:** Exploratory and descriptive cross-sectional research, carried out in a Physiotherapy Center in a municipality in the state of Espírito Santo. The study was carried out with 50 elderly individuals, from January to July 2023. Information was collected regarding the sociodemographic and economic profile, family arrangement, health conditions and lifestyle habits and, to assess the risk of falls, the Tinetti scale was used. **Results:** It was found that 66% of the sample presented high and moderate risk, with low scores in both gait and balance. It was also found that 24% of the elderly had suffered falls in the last six months. Of these, the majority were female (64%), with low education (56%) and income (60%), chronic diseases (100%) and multimorbidities (56%). Despite being independent, not smoking, not drinking and practicing physical activities, they had limitations in the spine (52%) and/or arthritis/arthrosis (74%). These results indicate that multifactorial measures are necessary to reduce their incidence, with programs involving the various sectors of municipal management, as recommended in the National Health Policy for the Elderly. **Conclusion:** There was a significant occurrence of risk of falls in the population studied, even considering that the elderly evaluated are independent. Therefore, for active aging, actions and programs are necessary that seek to offer a better quality of life to these people, as described in the National Health Policy for the Elderly. In order to prevent and reduce falls in the elderly population of the municipality studied, it is considered important to present as suggestions, first, the identification of people at greatest risk of falls, so that interventions can be implemented. In this context, the assessment of fall risk should be proposed in all Family Health Strategies, with a specific focus on elderly people, evaluating gait and balance disorders.

Keywords: Health Policy, Elderly, Risk, Falls.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide populacional de 1960 e 2023	22
Figura 2 – Regiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do estado Espírito Santo	36
Figura 3 – Pirâmide etária do município de Presidente Kennedy.....	37

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Avaliação do resultado da escala de Tinetti	41
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos atendidos no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024.....	43
Tabela 2 – Arranjo familiar dos idosos atendidos no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024	44
Tabela 3 – Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos atendidos no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024.....	46
Tabela 4 – Características das pessoas idosas que sofreram quedas, segundo a literatura consultada	49
Tabela 5 – Análise detalhada dos itens equilíbrio e marcha das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024, segundo os diferentes riscos de queda.....	54
Tabela 6 – Avaliação do risco de queda dos idosos atendidos no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024, segundo a Escala de Tinetti..	56

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCV	Doenças Cardiovasculares
ECV	Estratégia de Saúde Cardiovascular
ELSI	Estudo Longitudinal Brasileiro de Envelhecimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RPG	Reeducação Postural Global
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: UMA ABORDAGEM INICIAL	19
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, UMA ABORDAGEM NAS ESFERAS PÚBLICAS GOVERNAMENTAIS	21
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO ENVELHECIMENTO ATIVO	25
2.3.1 Atenção fisioterapêutica no cuidado da pessoa idosa	27
2.4 QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: DISCUTINDO FATORES DE RISCO E ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO	29
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODOS	35
4.1 TIPO DE ESTUDO	35
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	35
4.3 AMOSTRA	38
4.3.1 Critérios de Inclusão	38
4.3.2 Critérios de Exclusão	39
4.4 COLETA DE DADOS	39
4.4.1 Perfil sociodemográfico e econômico	40
4.4.2 Arranjo Familiar	40
4.4.3 Condições de saúde e hábitos de vida	40
4.4.4 Avaliação do risco de queda	41
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO	68

ANEXOS	70
ANEXO A – ESCALA DE TINETTI.....	70
ANEXO B – PARECER DO CEP.....	73

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos sociais mais transformadores do século, devido principalmente ao declínio simultâneo da mortalidade e da fertilidade e ao aumento da expectativa de vida, presentes na maioria dos países do mundo, e que está levando a um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade (Almeida; Meucci; Dumith, 2019).

Pela legislação brasileira, é considerada pessoa idosa o indivíduo com 60 anos ou mais, grupo que representava 9,7% da população, em 2004, 13,7% em 2014, e estima-se que represente 18,6%, em 2030, e 33,7%, em 2060, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023).

Esta conjuntura se deve à transição demográfica e epidemiológica, que são o resultado de uma série de fatores inter-relacionados, como a redução da mortalidade infantil, que leva à diminuição das taxas de fertilidade (Oliveira, 2019). Como consequência, uma porcentagem mais elevada da população atinge a idade adulta e desenvolve doenças relacionadas a esta fase da vida, especialmente as doenças crônicas (Silva, 2022).

Também ocorrem alterações nos fatores de risco para doenças, que incluem mudanças na prevalência, distribuição e/ou virulência de organismos patogênicos, alterações ambientais, frequentemente ligadas à atividade humana e que podem causar doenças, e fatores sociais e culturais, como estilo de vida e dieta (Cortez *et al.*, 2019). Outro fator é a prática da medicina moderna, com destaque para as vacinas, que evitam milhões de mortes por doenças, como a difteria, o tétano e a coqueluche, e que têm permitido a erradicação de doenças como a varíola. A descoberta da penicilina, no século XX, foi outro marco da medicina moderna e, desde então, os antibióticos salvaram centenas de milhões de vidas (Cortez *et al.*, 2019).

Nesse contexto, os fatores relacionados à transição demográfica e epidemiológica têm como resultado o aumento da expectativa de vida, considerado uma conquista para os seres humanos, mas, ao mesmo tempo, um desafio significativo para países de todo o mundo (Ferreira, 2021). Entretanto, viver mais não significa necessariamente viver com mais saúde. O envelhecimento saudável ocorre quando se mantêm o desenvolvimento e a manutenção do bem-estar e da

função física, mental (cognitiva e emocional), espiritual e social nas pessoas idosas (Ferreira, 2021). Como resultado, o referido autor observa que, apesar da esperança média de vida ter aumentado ao longo do último meio século, nem todos esses anos adicionais são saudáveis.

O envelhecimento normal acarreta alterações psicológicas, sociais e biológicas que podem comprometer a funcionalidade da pessoa idosa (Freitas, 2016). O envelhecimento psíquico refere-se à consciência humana e à sua adaptabilidade a esse processo. Com o avançar da idade, aumentam as dificuldades de adaptação a novas situações, ocorrem alterações adversas na esfera cognitiva e intelectual, o processo de percepção diminui, as sensações percebidas e as informações recebidas são reduzidas e os processos de pensamento mudam (Costa *et al.*, 2023). O envelhecimento social limita-se ao papel da pessoa idosa, é culturalmente condicionado e pode mudar à medida que os costumes mudam. O envelhecimento social refere-se à forma como o ser humano percebe o processo de envelhecimento e como a sociedade o vê (Chehuen Neto *et al.*, 2023).

O envelhecimento biológico é caracterizado por mudanças progressivas no metabolismo e nas propriedades físico-químicas das células, levando à autorregulação e regeneração prejudicadas, e a alterações estruturais e funcionais de tecidos e órgãos. É um processo natural e irreversível, que pode evoluir como um envelhecimento bem-sucedido, típico ou patológico (Costa *et al.*, 2023).

Assim, as perdas resultantes do envelhecimento podem reduzir a capacidade de realizar atividades da vida diária de forma independente, levando à dependência e à fragilidade, onde as quedas podem ser um marcador desta fragilidade e contribuem para a incapacidade (Freitas, 2016). Segundo Tinetti *et al.* (1986), a queda é definida como um evento em que uma pessoa inadvertidamente cai no chão ou em outro nível inferior e que não é resultado de um evento intrínseco importante ou de um perigo. As quedas estão associadas a resultados negativos em todas as idades, mas as consequências deste fenómeno nas pessoas idosas podem ser piores (Tinetti *et al.*, 1986). Primeiro, porque pode causar redução na funcionalidade, a ponto da pessoa idosa perder sua independência e, em segundo lugar, ainda de acordo com Tinetti *et al.* (1986), as consequências de uma queda não se limitam ao desempenho funcional, mas afetam múltiplos aspectos da vida, incluindo domínios psicológicos e cognitivos.

Segundo Gullich e Cordova (2017), uma em cada três pessoas idosas comunitárias, com idade ≥ 65 anos, e um em cada dois, com idade > 80 anos, sofrerão pelo menos uma queda no período de um ano. Muitas pessoas idosas são “caidoras silenciosas”, que não relatam a queda nem procuram assistência médica, a menos que estejam feridos.

As quedas podem ter consequências graves, como fraturas, lesões na cabeça, mobilidade reduzida, internamentos prematuros em cuidados de longa duração e até a morte (Rodrigues *et al.*, 2022). Quando um indivíduo cai, principalmente uma pessoa idosa, podem ocorrer alterações físicas, sendo uma causa de perda funcional e aumento da morbidade e mortalidade; psicológicas, pelo medo de cair, perda de confiança, expressa pelo aumento do medo de realizar atividades físicas ou mesmo de sair de casa (Rodrigues *et al.*, 2022). Da mesma forma os referidos autores afirmam que as quedas têm consequências econômicas para as administrações públicas, aumentando tanto os custos dos cuidados de saúde, como do apoio social para os cuidados aos pacientes. Assim, é um problema complexo e diversas estratégias devem ser aplicadas para prevenir e tratar as quedas e as lesões relacionadas (Rodrigues *et al.*, 2022).

A população idosa do município de Presidente Kennedy-ES foi anteriormente estudada por Machado, Pampolim e Sogame (2024), entretanto, naquela pesquisa, o objeto de estudo foi o desenvolvimento da multimorbidade, com ênfase na situação de saúde, não sendo abordada a ocorrência de quedas desta população. Os resultados demonstraram que o município tem apresentado um aumento constante no número de pessoas idosas, havendo 68,04 pessoas idosas para cada 100 jovens (Machado; Pampolim; Sogame, 2024). Este alto percentual contribui para uma maior prevalência de doenças crônicas na população, especialmente o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que podem acarretar incapacidades e influenciar diretamente para a ocorrência de quedas (Machado; Pampolim; Sogame, 2024).

Nesse contexto, este estudo buscará responder as seguintes questões-problema: Qual a ocorrência e o risco estimado de queda em pessoas idosas assistidas por um Centro de Fisioterapia em um município de pequeno porte¹ da

¹ Municípios com até 20.000 habitantes são considerados porte pequeno I; municípios com 20.001 até 50.000 habitantes são considerados de porte pequeno II; com 50.001 até 100.000 habitantes, de médio porte; e os com entre 100.001 a 900.000 habitantes são classificados como sendo de grande porte (Nascimento, 2021).

região sul do Espírito Santo? Como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pode promover o envelhecimento ativo e sem quedas?

1.1 JUSTIFICATIVA

Como fisioterapeuta atuante no centro de fisioterapia no município de Presidente Kennedy, venho observando, de forma não sistemática, as pessoas idosas que sofrem quedas, muitas vezes com consequências graves, que os levam a necessitar de auxílio para realizar suas atividades diárias ou mesmo os deixam acamados pelo resto de suas vidas. Esta situação me motivou a buscar e detectar os fatores que ocasionam um alto número de quedas na população idosa no serviço em que atuo, compreendendo a necessidade de se desenvolver ações que possam prevenir esses eventos.

Existem diversos estudos que se concentram em melhorar o conhecimento no que diz respeito à ocorrência das quedas na população idosa. Entretanto, apesar da crescente compreensão sobre este evento e os riscos que acarreta, as taxas continuam a aumentar, demonstrando a necessidade de levar o conhecimento científico para dentro dos lares e da comunidade. Também é relevante identificar as características da queda e as circunstâncias em que ocorrem, a fim de desenvolver e implementar novas estratégias preventivas que considerem as características e circunstâncias mais prevalentes, a fim de reduzir sua incidência e, assim, aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas (Rodrigues *et al.*, 2022).

Os fatores de risco para quedas podem ser intrínsecos ou extrínsecos, sendo estes últimos, na sua maioria, evitáveis e modificáveis (Sena *et al.* 2021). Os fatores de risco para quedas diferem de acordo com o estado de saúde do indivíduo, as condições subjacentes, a situação funcional e as características do ambiente. As quedas ocorrem com maior frequência à medida que as pessoas envelhecem, sendo considerados fatores extrínsecos quando moram sozinhos, têm menor escolaridade e/ou menor renda, dentre outras (Sena *et al.*, 2021). Por sua vez, os fatores intrínsecos incluem a presença de comorbidade, sintomas depressivos, problemas auditivos e visuais, polifarmácia e risco de desnutrição, bem como má qualidade de vida e distúrbios do sono, vinculados ao tratamento farmacológico. Ações eficazes focadas nesses fatores podem auxiliar na prevenção de quedas (Sena *et al.*, 2021).

Além disso, à medida que as pessoas envelhecem, elas sofrem com diversos problemas, o que leva a um aumento da procura pelos serviços de saúde, onerando consideravelmente os custos do sistema de saúde. Assim, considera-se relevante uma maior ênfase na prestação de cuidados preventivos, adaptados à realidade da população, compreendendo a necessidade de estudos com informações mais completas, que enfatizem essa informação (Ferreira, 2021).

Desta forma, este estudo se justifica diante da possibilidade dos seus resultados servirem de subsídios à gestão municipal para a realização de programas educativos de prevenção de quedas, bem como melhorias no espaço urbano, reduzindo os custos econômicos e sociais destes eventos. Os resultados também são importantes para a melhoria do protocolo de atendimento do Centro de Fisioterapia, com ações educativas para a pessoa idosa e a família, a fim de reduzir os fatores de risco evitáveis e modificáveis.

Destaca-se que essas medidas poderão diminuir o isolamento social que ocorre com a pessoa idosa, devido ao funcionamento físico comprometido, tornando difíceis algumas atividades sociais que antes eram realizadas com facilidade. Nesse sentido, avaliar o risco de quedas nessa população torna-se importante para o desenvolvimento de ações de prevenção naqueles que apresentam maior propensão a este evento.

A fim de oferecer uma melhor compreensão da pesquisa, apresenta-se, a seguir, a estrutura da dissertação e sua organização. O capítulo 1 é a Introdução, onde são apresentadas a contextualização do tema, sua justificativa, delimitação do problema, bem como a relevância do estudo. O capítulo 2 apresenta o referencial teórico que dá suporte ao tema, descrevendo, primeiramente, a transição epidemiológica e sua contextualização histórica no país. Em seguida, é apresentada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, bem como o papel da fisioterapia para um envelhecimento ativo. Por fim, o capítulo trata da questão central da pesquisa, que são os eventos de quedas em pessoas idosas, descrevendo os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos.

O capítulo 3 descreve o objetivo geral e os específicos do estudo. O capítulo 4 aborda o método utilizado para o desenvolvimento desta dissertação. Para tanto, foi descrito o percurso metodológico, os participantes da pesquisa, o local onde foi realizada e os instrumentos utilizados para a coleta dos dados. Na sequência, o

capítulo 5 apresenta os resultados e a discussão dos mesmos, reunindo os dados obtidos a partir das avaliações realizadas e apresentando o perfil das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia, bem como o risco de queda nesta população. Os resultados obtidos foram, então, apresentados e discutidos com a literatura disponível sobre a temática, bem como com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de descrever as condições desta população e de que modo o município tem implementado a referida política para minimizar essa conjuntura.

Por fim, são feitas as considerações finais, onde se confirmou que as quedas são um problema de saúde que deve ser abordado de forma intersetorial, a fim de implementar medidas preventivas eficazes para reduzir sua incidência na população idosa. Também são apresentadas as limitações do estudo, bem como sugestões de ações a serem desenvolvidas. Em seguida, são apresentadas as referências, apêndice e anexos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo busca compreender a dinâmica complexa deste tema, para uma compreensão dos processos e resultados do envelhecimento que culminaram com a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Para isso, primeiramente, aborda a transição epidemiológica e suas consequências, com enfoque no envelhecimento da população.

Em seguida, o capítulo discute o envelhecimento ativo, resultado de hábitos saudáveis e escolhas de estilos de vida e o papel da fisioterapia neste processo, auxiliando as pessoas idosas a permanecerem ativas à medida que envelhecem. Por fim, este referencial teórico aborda as quedas na população idosa, um importante problema de saúde pública, apresentando sua prevalência, fatores de risco e consequências para os indivíduos, sociedade e sistema de saúde.

Para alcançar este objetivo, foi realizada uma revisão narrativa, com busca nos bancos de dados/biblioteca eletrônicas Pubmed, LILACS, MedLine, utilizando os seguintes descritores: *epidemiological transition*, *aging*, *physiotherapy* e *health policies*, em um período de busca que compreendeu os anos de 2013 até 2024, com estudos disponíveis em Língua Portuguesa e Inglesa. Também foi realizada uma análise de documentos do Ministério da Saúde, leis, portarias, normas e decretos que abordam a evolução e desenvolvimento das políticas voltadas à população idosa, culminando com a instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

2.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: UMA ABORDAGEM INICIAL

De acordo com Schramm (2004), a transição epidemiológica refere-se a um processo no qual a incidência e a prevalência de doenças em uma população mudam os padrões, caracterizados por altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, para padrões dominados por doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas. Ainda fortalecendo essa conceituação, Omram (2005) e Santos-Preciado *et al.* (2003) entendem por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma

população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Segundo Vanzella (2019), esse processo é geralmente dividido em três fases distintas: a primeira é marcada por altas taxas de mortalidade infantil e onde as doenças infecciosas, como pneumonia, diarreia e tuberculose, são as principais causas de morte; na segunda fase, ocorre uma redução significativa da mortalidade infantil e um aumento na expectativa de vida, graças a melhorias nas condições de vida, saneamento básico e avanços na medicina. Nesta fase, começam a surgir doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes, como principais causas de morbidade e mortalidade. E por fim, na terceira fase, as doenças crônicas não transmissíveis se tornam predominantes, com um aumento na incidência de câncer, obesidade, doenças respiratórias crônicas e problemas de saúde mental (Vanzella, 2019).

A transição epidemiológica reflete mudanças nas principais causas de morbidade e mortalidade de uma população ao longo do tempo, geralmente acompanhada pela urbanização, avanços na medicina, envelhecimento da população e mudanças nos estilos de vida (Murray *et al.*, 2020). Os avanços na medicina incluem o desenvolvimento de vacinas, antibióticos e tratamentos mais eficazes, que desempenham um papel importante na redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas. Omran (2005) destaca que as mudanças demográficas, como o envelhecimento da população e a urbanização, também contribuem para a transição epidemiológica.

De acordo com Vanzella (2019), todo esse contexto acarreta várias implicações para os sistemas de saúde e as políticas públicas. Com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, há uma demanda crescente por serviços de saúde especializados no diagnóstico e tratamento dessas condições. Sendo assim, as políticas públicas de saúde devem se adaptar às mudanças nos padrões de saúde e doença, direcionando recursos para áreas prioritárias e desenvolvendo estratégias de prevenção eficazes (Vanzella, 2019).

Conforme Ferreira (2021), o processo de transição epidemiológica é um fenômeno complexo e multidimensional que reflete o progresso e o desenvolvimento de uma sociedade. Assim, compreender suas fases, causas e consequências é fundamental para a formulação de políticas de saúde eficazes e para o planejamento

de serviços de saúde que atendam às necessidades em transformação da população. À medida que mais países passam por esse processo, é essencial aprender com suas experiências e adaptar abordagens, de acordo com o contexto local, a fim de alcançar melhores resultados em saúde para a população (Ferreira, 2021). Com isso, o próximo item trará uma abordagem da transição epidemiológica no Brasil e no estado do Espírito Santo.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, UMA ABORDAGEM NAS ESFERAS PÚBLICAS GOVERNAMENTAIS

No Brasil, o processo de transição epidemiológica tem sido marcado por várias fases distintas, ao longo das últimas décadas. Para tanto, será apresentado um resumo geral da transição epidemiológica no país, destacando as principais mudanças registradas.

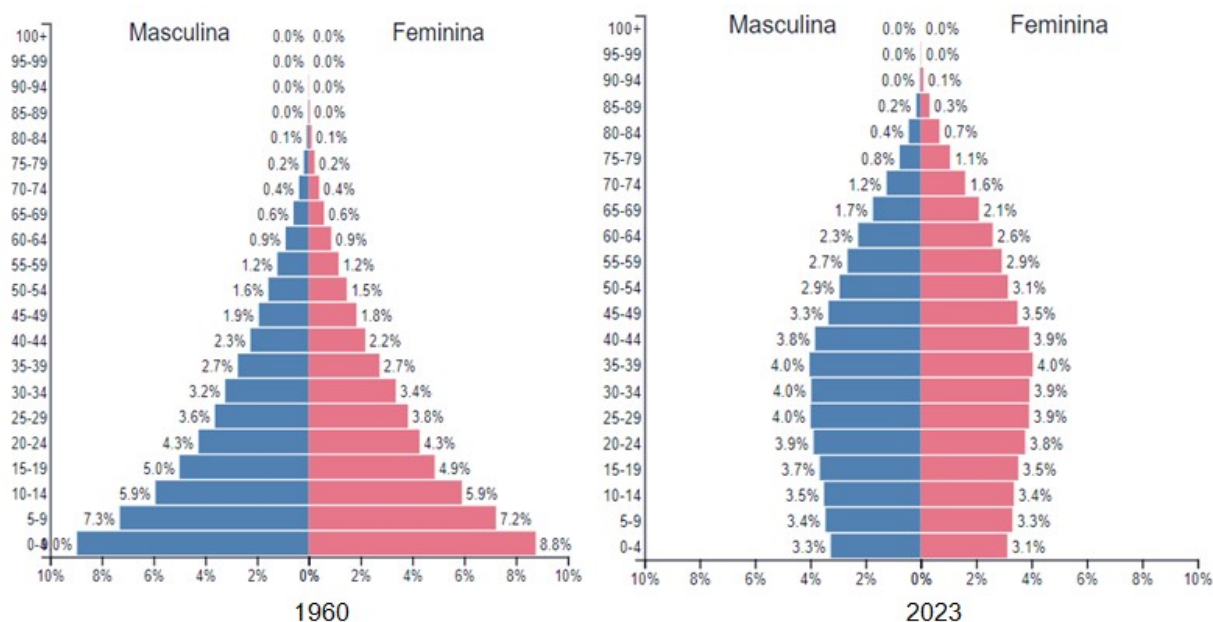
Segundo Chaimowicz (1997), em meados do século XX, o Brasil enfrentava uma elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Malária, tuberculose, febre amarela, doença de Chagas e outras doenças transmitidas por vetores eram comuns. As condições precárias de saneamento básico e saúde contribuíam para a propagação dessas doenças (Chaimowicz, 1997).

Duarte e Barreto (2012) afirmam que, a partir dos anos 1940, o Brasil passou por uma rápida transição demográfica, caracterizada por uma queda acentuada nas taxas de mortalidade e natalidade. O acesso a melhores condições de vida, avanços na saúde pública e melhorias no saneamento básico contribuíram para essa mudança. A expectativa de vida aumentou significativamente e a estrutura etária da população começou a se modificar (Duarte; Barreto, 2012).

A partir dos anos de 1960, a taxa de natalidade diminuiu de forma ainda mais significativa, passando de 44 nascimentos a cada mil habitantes, para 12,87 nascimentos a cada mil habitantes, em 2020. Ao mesmo tempo, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade passou de 3,3 milhões (4,7%) para 33 milhões (15,1%) no mesmo período (IBGE, 2023).

Estes dados podem ser observados nas pirâmides populacionais dos anos de 1960 e 2023 (figura 1), onde pode ser constatada uma mudança em sua base, que ao longo dos anos foi se tornando menor, enquanto o seu topo tem se alargado.

Figura 1 – Pirâmide populacional de 1960 e 2023



Fonte: IBGE (2023)

A expectativa de vida no país apresentou aumento constante desde 1940, quando a estimativa era de 45,5 anos, chegando a 76,8 anos, em 2020. Entretanto, em função da pandemia da Covid-19, a expectativa de vida no Brasil teve uma queda de 72,8 para 68,2 entre os homens, e de 80,1 para 75,6 para as mulheres. Ressalta-se ainda que, a partir de 2030, o Brasil passará a apresentar um superenvelhecimento da população, como já se verifica em alguns países europeus (Camarano, 2023).

Um outro fator que contribui para a transição epidemiológica no Brasil é a transição nutricional. De acordo com Omran (2005), o Brasil também passou por uma transição nutricional, com mudanças significativas nos padrões alimentares da população. Houve um aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, enquanto a ingestão de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras diminuiu. Esses padrões alimentares inadequados contribuíram para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Omran, 2005).

Com o processo de urbanização acelerada, as pessoas passaram a viver em ambientes urbanos mais densos, enfrentando novos desafios em relação à saúde. Além disso, falta de atividade física, a exposição à poluição do ar, o estresse urbano e a falta de espaços verdes afetaram negativamente a saúde da população. Isso

levou ao surgimento de problemas de saúde relacionados ao estilo de vida, como obesidade, doenças cardiovasculares e transtornos mentais (Omram, 2005).

Em resumo, Ferreira (2021) aponta que a transição epidemiológica no Brasil envolveu a redução das doenças infecto parasitárias, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e dos problemas relacionados ao estilo de vida. A melhoria das condições socioeconômicas, o avanço na saúde pública e a urbanização foram fatores-chave nesse processo. No entanto, é importante destacar que o país ainda enfrenta desafios significativos em relação à saúde, como a necessidade de enfrentar as doenças crônicas, promover estilos de vida saudáveis e garantir acesso equitativo aos serviços de saúde (Omram, 2005).

Nesse sentido, ao longo dos anos, vem sendo publicado um arcabouço de legislação que envolve vários setores da sociedade, dentre as quais podem ser citadas a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV), instituída por meio da Portaria nº 3008/2021, que busca prevenir e controlar as doenças cardiovasculares (DCV), por meio de educação em saúde, rastreamento, diagnóstico precoce, acompanhamento do tratamento, com ênfase nos fatores de risco (Brasil, 2021); a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que tem por objetivo prevenir, detectar precocemente e tratar a doença, a fim de reduzir a incapacidade e mortalidade, diminuir a incidência de alguns tipos de neoplasias e oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes diagnosticados (Brasil, 2013).

Também podem ser citadas a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001, que estabelece ações sistemáticas para prevenir e reduzir estes agravos (Brasil, 2001) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), voltada ao combate à desnutrição materna e infantil, por meio de ações de monitoramento e garantia da segurança alimentar e nutricional, bem como prevenção de doenças e promoção de estilos de vida saudáveis (Brasil, 1999).

Assim como em outras partes do país, o Espírito Santo enfrentou um período em que as doenças infecciosas e parasitárias, como a malária, febre amarela, dengue, leishmaniose e outras doenças transmitidas por vetores eram prevalentes (Ferreira, 2021), e a falta de saneamento básico adequado e condições precárias de saúde contribuíram para a disseminação dessas doenças (Oliveira; Sogame, 2023).

Ao longo das últimas décadas, o estado do Espírito Santo passou por uma transição demográfica semelhante à do restante do país, com redução nas taxas de mortalidade e natalidade, resultando em um aumento da expectativa de vida e em mudanças na estrutura etária da população (Duarte; Barreto, 2012).

Dados do Censo 2022 mostram que, no Brasil, 15,1% da população possui mais de 60 anos, enquanto no Espírito Santo este percentual é de 14%, apresentando aumento de 5,5% em relação ao Censo de 2010, quando possuía 9,5% da população total (IBGE, 2023). De acordo com o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN, 2015, p. 14), “a população capixaba vem passando por uma fase de transição demográfica na qual a população deixa de ser predominantemente jovem e passa a se tornar progressivamente envelhecida”.

Vale ressaltar os desafios relacionados ao estilo de vida e às características geográficas e climáticas do estado, onde algumas doenças tropicais negligenciadas têm impacto significativo na saúde da população capixaba, além da falta de saneamento básico ser um outro fator que merece destaque (Oliveira; Sogame, 2023).

Corroboramos com Oliveira e Sogame (2023), ao discorrer sobre os desafios que o Espírito Santo enfrenta na prestação de serviços de saúde, especialmente nas regiões mais remotas e de difícil acesso. A falta de infraestrutura adequada, a distribuição desigual de recursos de saúde e a falta de profissionais médicos em algumas áreas, são questões importantes a serem abordadas nas políticas públicas que envolvem a saúde.

É importante ressaltar que as ações governamentais, melhorias na infraestrutura de saúde, investimentos em prevenção e promoção da saúde são fundamentais para enfrentar os desafios da transição epidemiológica no estado do Espírito Santo. Além disso, a conscientização da população sobre a importância de adotar estilos de vida saudáveis e buscar cuidados médicos adequados também é crucial para melhorar os indicadores de saúde no estado (Chaimowicz, 1997).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO ENVELHECIMENTO ATIVO

As alterações fisiológicas dos sistemas, em função do envelhecimento, podem ocasionar na pessoa idosa uma condição de fragilidade, fazendo com que passem a necessitar de uma maior atenção. Tais fatores, aliados ao envelhecimento populacional evidenciado no país, fez com que a saúde como um direito fosse reforçada entre a população idosa e, com isso, as políticas públicas de saúde precisaram se reformular e passar por diversas modificações ao longo dos anos (Silva, 2022).

Com os avanços e as conquistas constitucionais no decorrer dos anos, foram criados programas como a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), por meio de uma Portaria, em 1999, e posteriormente, em 2006, promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a fim de garantir a participação efetiva das pessoas idosas na sociedade, proporcionando autonomia e qualidade de vida, com a promoção da saúde e da dignidade (Sanglard; Abreu; Sogame, 2019).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída pela Lei nº 8.842/94, que visa “garantir os direitos sociais, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994). A referida Lei especifica que estes direitos básicos devem ser garantidos nas políticas sociais nas áreas da saúde, assistência social, educação, trabalho, prestação social, habitação e planejamento urbano, justiça, cultura, desporto e lazer (Brasil, 1994).

Em 1999, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 1.395/99, que determina que o setor de saúde deve proporcionar o acesso das pessoas idosas a serviços e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1999).

A PNSI apresenta dois eixos principais: medidas preventivas, com especial ênfase na promoção da saúde, e assistência multidisciplinar específica. A política tem como foco central a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, valorizando a autonomia e a preservação da sua independência física e mental (Brasil, 1999).

Desta política deriva o conceito de capacidade funcional, ou seja, a manutenção da aptidão física e mental necessárias para uma vida independente e autônoma, garantindo que a atenção às necessidades de saúde das pessoas idosas seja desenvolvida em âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar (Gordillo *et al.*, 2001).

Em 2006, por meio da Portaria nº 2.528, a saúde da pessoa idosa foi considerada prioridade na legislação do Pacto pela Saúde, que propôs a reformulação da política então vigente, com as seguintes diretrizes, a saber:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006, s.p.).

A PNSPI considera que a saúde dessa população perpassa a interação entre saúde física e mental, independência financeira, capacidade funcional e apoio social. Essa política estabeleceu, entre suas prioridades, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2006).

A avaliação funcional individual e coletiva é considerada um instrumento imprescindível na PNSPI, como forma de conhecer, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as pessoas idosas que possuem alta dependência funcional, alguma incapacidade funcional e aquelas consideradas independentes, a fim de atender essa população por meio de cuidados preventivos e de reabilitação, promovendo sua inserção social (Brasil, 2006).

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2006, s.p.).

Observa-se, portanto, que a PNSPI estabelece e regula os direitos básicos das pessoas idosas, reconhecendo que não basta somente proporcionar proteção e cuidados, mas também deve ser garantida a sua intervenção e participação na sociedade, entendendo que a idade avançada pode se tornar um fator de risco para diversas fragilidades. Dessa forma, a PNSPI é um instrumento para a garantia dos direitos, estabelecendo como meta a proteção e promoção dos direitos humanos.

2.3.1 Atenção fisioterapêutica no cuidado da pessoa idosa

Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO, 2023), a fisioterapia é uma profissão da área da saúde que se dedica à prevenção, avaliação e tratamento de distúrbios do movimento e funcionalidade do corpo humano. Ela atua tanto de forma curativa quanto preventiva, buscando melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de seus pacientes e, com o aumento da expectativa de vida da população e o envelhecimento da sociedade, desempenha um papel fundamental na manutenção da funcionalidade e autonomia das pessoas idosas (CREFITO, 2023).

Com o processo de envelhecimento, é comum ocorrerem alterações físicas, como perda de massa muscular, diminuição da flexibilidade, alterações na postura e diminuição da capacidade cardiovascular (Pícoli *et al.*, 2011). O envelhecimento é caracterizado, segundo Cordeiro *et al.* (2014), como um processo onde são observadas alterações psicológicas, bioquímicas, morfológicas e fisiológicas, que acabam por influenciar a capacidade que o indivíduo possui de se adaptar ao meio externo.

O envelhecimento é acompanhado por mudanças graduais na maioria dos sistemas do corpo. No sistema esquelético, ocorre perda do tecido ósseo, reduzindo a sua espessura; no sistema nervoso, há perda neuronal; no sistema cardiovascular, ocorre uma acentuada redução da capacidade funcional; enquanto o sistema respiratório sofre com uma redução da capacidade pulmonar (Porto; Porto, 2017).

O sistema endócrino apresenta um hipofuncionamento; o sistema urinário sofre atrofia, que acarreta incontinência urinária, dentre outras alterações (Porto; Porto, 2017). É comum a perda auditiva e as alterações visuais e, segundo Freitas

(2016), essas alterações funcionais comprometem a independência da pessoa idosa, tornando-as mais predispostos a quedas.

Entretanto, de acordo com Matos (2020, p. 87):

Além das mudanças fisiológicas, também podem ocorrer alterações emocionais e psicossociais, entendendo que envelhecer não diz respeito somente a um conceito científico, mas também a uma construção mental que atua no sistema cognitivo. Assim, a vida dos idosos pode ser influenciada por seu estilo de vida, educação, cultura, percepção e crenças.

Assim, as experiências e os significados atribuídos ao envelhecimento ativo e saudável têm a ver com a forma como ocorrem as mudanças no papel social e no seu estado físico, bem como no sentimento de perda pelas ausências em todas as áreas da vida, seja de pessoas próximas, perdas econômicas, bem como das suas capacidades (Weber; Craveiro; Colussi, 2024).

Nesse sentido, Moura e Maciel (2020) ressaltam que a atuação do fisioterapeuta contribui diretamente para um envelhecimento ativo, auxiliando as pessoas idosas a manterem-se independentes, com qualidade de vida e engajadas em suas atividades diárias. Por meio de técnicas terapêuticas, exercícios físicos, orientações e cuidados individualizados, os fisioterapeutas têm como objetivo melhorar a qualidade de vida e promover a autonomia das pessoas idosas, contribuindo para um processo de envelhecimento mais saudável e funcional (Vanzella, 2019). A fisioterapia também age de forma preventiva, promovendo a prática de exercícios físicos adequados, reabilitando possíveis disfunções e trabalhando na melhoria da capacidade funcional (Siqueira *et al.*, 2004).

A manutenção de uma boa capacidade funcional é preconizada para promover um envelhecimento mais ativo e saudável e prevenir complicações importantes, como as quedas, que hoje representam uma das principais causas de internações entre as pessoas idosas. De acordo com o Estudo Longitudinal Brasileiro de Envelhecimento (ELSI-Brasil), realizado entre 2019 e 2022, a prevalência de quedas na população idosa neste período, foi de 25% entre os residentes em áreas urbanas (Lima-Costa *et al.*, 2023).

Outro estudo, desenvolvido por Gonçalves *et al.* (2022), constatou um aumento de 5,45% ao ano, de mortes por queda em pessoas idosas e que essas

taxas tendem a crescer com o aumento da idade, destacando os efeitos positivos de intervenções comportamentais, como atividade física, para auxiliar estes indivíduos.

Abreu *et al.* (2018) afirmam que uma série de estruturas e funções corporais estão envolvidas na manutenção do corpo e a sua coordenação adequada é essencial. Para evitar quedas, o indivíduo necessita de visão adequada para observar os desafios ambientais, como superfícies irregulares ou escorregadias; propriocepção; tempo de reação para responder a perturbações inesperadas; e força muscular, para estender as pernas contra a gravidade, com capacidade extra para permitir uma ativação mais forte para recuperar a posição vertical, em caso de tropeço (Abreu *et al.*, 2018).

A coordenação adequada destas funções permite que os músculos certos sejam ativados nos momentos corretos, com a quantidade certa de força, para realizar com sucesso tarefas como caminhar ou subir escadas (Souza, 2017). As funções cardiovasculares e respiratórias adequadas também garantem o transporte de oxigênio para os músculos e o cérebro, para permitir que essas funções ocorram (Souza *et al.*, 2017).

Muitas dessas funções podem ser melhoradas pela atuação fisioterapêutica, particularmente com a implementação de intervenções, por meio de exercícios estruturados (Oliveira *et al.*, 2017). Os fisioterapeutas também podem ter um papel importante no fornecimento de estratégias compensatórias e na decisão sobre quando tentar a reabilitação em vez da compensação (Oliveira *et al.*, 2017).

Assim, além da contribuição no envelhecimento ativo, a fisioterapia desempenha um papel importante na transição epidemiológica, na medida em que desenvolve um papel essencial na prevenção, tratamento e na reabilitação. Vale ressaltar ainda que, por meio da educação e orientação, os fisioterapeutas ajudam as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis, incluindo a prática regular de atividades físicas, controle do peso, melhoria da postura e prevenção de lesões, promovendo a saúde e o bem-estar e contribuindo para uma melhor qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (Leão *et al.*, 2020).

Diante do exposto, a valorização e o investimento na fisioterapia são essenciais para enfrentar os desafios impostos pela transição epidemiológica e melhorar a saúde da população.

2.4 QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: DISCUTINDO FATORES DE RISCO E ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) define uma queda como um evento que faz com que uma pessoa caia inadvertidamente no chão ou em outro nível inferior. As quedas entre as pessoas idosas podem resultar numa miríade de consequências adversas, incluindo incapacidade, perda de independência, diminuição do funcionamento diário e aumento da mortalidade e do medo de cair.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de quedas na população idosa é de 25%, apresentando um aumento significativo entre os indivíduos com 80 anos ou mais, com 40%. Entre as pessoas idosas institucionalizadas, o percentual sobe para 50% (Brasil, 2022).

As quedas, segundo Montero-Odasso et al. (2022), ocorrem em 30% dos adultos com mais de 65 anos anualmente, acarretando consequências graves, apesar dos esforços conjuntos de pesquisadores e clínicos para entender, avaliar e gerenciar seus riscos e causas. Além do sofrimento pessoal, as quedas e os ferimentos relacionados são um sério problema de saúde, devido à sua associação com morbidade, incapacidade, hospitalização, institucionalização e mortalidade subsequentes (Montero-Odasso *et al.*, 2022).

Entre 4% e 15% das quedas em pessoas idosas resulta em lesões significativas e de 23% a 40% das mortes relacionadas com lesões nesta população são causadas por esses eventos (OMS, 2018). Embora muitas quedas resultem em lesões leves, 10% a 20% desses eventos nessa faixa etária resultam em fraturas e todos os anos cerca de 684.000 pessoas idosas em todo o mundo sofrem quedas que resultam em morte, além de serem um motivo comum de internação em unidades de saúde e um fardo econômico significativo para os cuidados de pacientes internados (OMS, 2018).

Os fatores de risco relacionados a quedas entre as pessoas idosas podem ser modificáveis e não modificáveis. Enquanto idade, sexo e raça são fatores de risco não modificáveis, os fatores modificáveis incluem a polifarmácia, o consumo excessivo de álcool, a falta de exercício e os riscos ambientais, tais como um mau *design* do interior da residência, iluminação insuficiente e pisos ou superfícies irregulares (Falcão *et al.*, 2019). Fatores individuais, como ser do sexo feminino,

avançar da idade, vivenciar um elevado número de morbidades, problemas mentais, comprometimento cognitivo e má qualidade do sono, estão relacionados ao aumento do risco de quedas e quedas recorrentes (Falcão *et al.*, 2019).

Em pessoas idosas que moram sozinhas, o risco de quedas é aumentado, por estarem expostas a um maior número de atividades (em casa e em outros locais), apresentando maior probabilidade de incapacidade relacionada às atividades básicas e instrumentais e, portanto, maior vulnerabilidade em tarefas que produziram maior número de situações que apresentam risco de quedas (Rodrigues *et al.*, 2015).

As pessoas idosas que têm maior probabilidade de sofrer quedas, geralmente apresentam uma combinação de características físicas, cognitivas e ambientais, dentre as quais fraqueza muscular e diminuição da força, especialmente nos membros inferiores, o que pode levar a dificuldades para manter o equilíbrio e realizar atividades diárias, aumentando o risco de quedas. Também são observadas alterações no equilíbrio e na marcha, com passos mais curtos e lentos, que tornam as pessoas idosas mais propensas a tropeçar ou perder o equilíbrio, resultando em quedas (Almeida; Meucci; Dumith, 2019).

Dentre os fatores que podem aumentar o risco de quedas podem ser citados:

- a) Deterioração da visão e audição, que pode afetar a percepção do ambiente e a capacidade de detectar obstáculos (Vieira *et al.*, 2018; Soares *et al.*, 2014).
- b) Polifarmácia, pois muitas pessoas idosas tomam vários medicamentos para tratar condições crônicas, alguns dos quais podem causar efeitos colaterais como tonturas, sonolência ou confusão (Vieira *et al.*, 2018; Soares *et al.*, 2014).
- c) Condições médicas subjacentes como osteoporose, diabetes, doenças neurológicas e distúrbios cardíacos podem enfraquecer o corpo e comprometer o equilíbrio (Vieira *et al.*, 2018; Soares *et al.*, 2014; Guccione; Wong; Avers, 2013; Nunes *et al.*, 2017).
- d) Medo de cair, que pode acontecer mesmo com uma experiência de quase queda, e está associado à redução autoinfligida na atividade ou função, ansiedade e até depressão. Também conhecida como síndrome de ansiedade pós-queda, é mais comum em pessoas idosas que vivem

sozinhas, com deficiências cognitivas e de mobilidade, falta de equilíbrio e histórico de quedas (Pereira *et al.*, 2002; Soares *et al.*, 2014; Nunes *et al.*, 2017).

e) Distúrbios cognitivos como demência e comprometimento cognitivo leve, também podem afetar a capacidade de avaliar adequadamente os riscos e tomar decisões seguras, aumentando a vulnerabilidade a quedas (Pereira *et al.*, 2002).

f) A obesidade, que pode estar associada a um maior risco de quedas devido ao desequilíbrio postural, menor amplitude de movimento e maior torque na articulação dos tornozelos para manter o equilíbrio. Assim, um índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² pode reduzir o risco de lesões relacionadas com quedas, devido a limitações de mobilidade (Costa *et al.*, 2013).

g) A sarcopenia², que predispõe à redução da força muscular esquelética e do controle do equilíbrio corporal, contribuindo para a ocorrência de quedas. Este último tem sido associado à idade avançada, ao estilo de vida sedentário e ao grande consumo de medicamentos contínuos (Guccione; Wong; Avers, 2013; Silva; Pinto Júnior; Vilela, 2014).

Essas características são frequentemente inter-relacionadas e podem variar de um indivíduo para outro. Identificar e abordar esses fatores de risco é essencial para reduzir a incidência de quedas em pessoas idosas e promover um envelhecimento saudável e independente (Prato *et al.*, 2017). Uma queda não tratada pode levar a quedas recorrentes e, segundo Nunes *et al.* (2017), 30% dos que caem cairão novamente.

Dentre as consequências imediatas ou tardias da queda, Prato *et al.* (2017) considera que a mais perigosa são os traumas craniofaciais, que estão relacionados à alta mortalidade, mas os mais frequentes são as fraturas de quadril, que é muitas vezes secundária a uma alteração do equilíbrio estático e dinâmico e, para as pessoas idosas, é um dos eventos traumáticos mais debilitantes.

² Diminuição do número e tamanho das fibras musculares ou devido à morte dos nervos que estimulam a contração muscular. Tal perda, associada à redução da função muscular esquelética, é conhecida como sarcopenia, um fenômeno universal com causas complexas e multifatoriais, bem como resultados adversos, com efeitos negativos como mobilidade reduzida, declínio cognitivo e morte precoce (Silva; Pinto Júnior; Vilela, 2014).

A incapacidade determina sequelas diretamente proporcionais à idade, como repouso prolongado no leito, aumento do risco de eventos relacionados (pneumonia, escaras, eventos tromboembólicos, etc.), maior recurso ao uso de medicamentos, etc. Tudo isto leva a um aumento significativo dos custos individuais e sociais (hospitalização, cuidados domiciliários, institucionalização) e do risco de mortalidade (Prato *et al.*, 2017). A perda de confiança após as quedas também pode reduzir a atividade física da pessoa idosa e levar ao isolamento social, devido ao efeito psicológico, reduzindo a qualidade de vida (Almeida; Meucci; Dumith, 2019).

O Ministério da Saúde considera as quedas em pessoas idosas um importante problema de saúde pública, dada a sua elevada incidência e as possíveis consequências à saúde, como lesões, incapacidades, institucionalização e morte. Os episódios de quedas envolvendo pessoas idosas são mais frequentes do que questões de saúde e sociais e podem trazer consequências no ambiente familiar, no aspecto econômico, bem como na saúde física e mental dos indivíduos (Brasil, 2022).

No entanto, apesar do fardo significativo das quedas, as estratégias de prevenção não são priorizadas nas agendas políticas dos governos em países de baixa e média renda. Por tudo isso, Rodrigues *et al.* (2015) recomendam que é necessário propor uma estratégia de cuidados preventivos para enfrentar um problema com repercussões tão profundas, exigindo uma atualização do que está sendo feito, bem como os melhores resultados obtidos a partir das evidências geradas. Entre as estratégias preventivas propostas pela OMS (2018) para enfrentar as quedas, destaca-se uma recomendação para que o evento seja considerado um dos aspectos prioritários e esteja incluído entre os pilares básicos do sistema de saúde.

O número de quedas e lesões relacionadas provavelmente aumentará ainda mais, em parte porque há mais idosos, mas também devido à prevalência crescente de multimorbidade, polifarmácia e fragilidade nessa população. Desse modo, identificar as barreiras e os facilitadores potenciais para as mudanças necessárias para implementar as recomendações em níveis individuais, clínicos e de sistema de saúde deve fazer parte do desenvolvimento de uma estratégia de implementação bem-sucedida (Montero-Odasso *et al.*, 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência e o risco de queda em pessoas idosas assistidas por um Centro de Fisioterapia em um município de pequeno porte da região sul do Espírito Santo, sob o olhar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Na população estudada:

a) Caracterizar as pessoas idosas quanto ao perfil socioeconômico, arranjo familiar, hábitos de vida e condições de saúde.

b) Identificar a prevalência de queda no último mês e seis meses, bem como o seu risco atual.

c) Contextualizar a evolução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e sua influência para promover o envelhecimento ativo e sem quedas.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Segundo Yin (2015), estudos exploratórios são um meio valioso de entender o que está acontecendo; buscar novos *insights*; fazer perguntas e avaliar determinado fenômeno sob uma nova ótica, sendo caracterizada por sua flexibilidade.

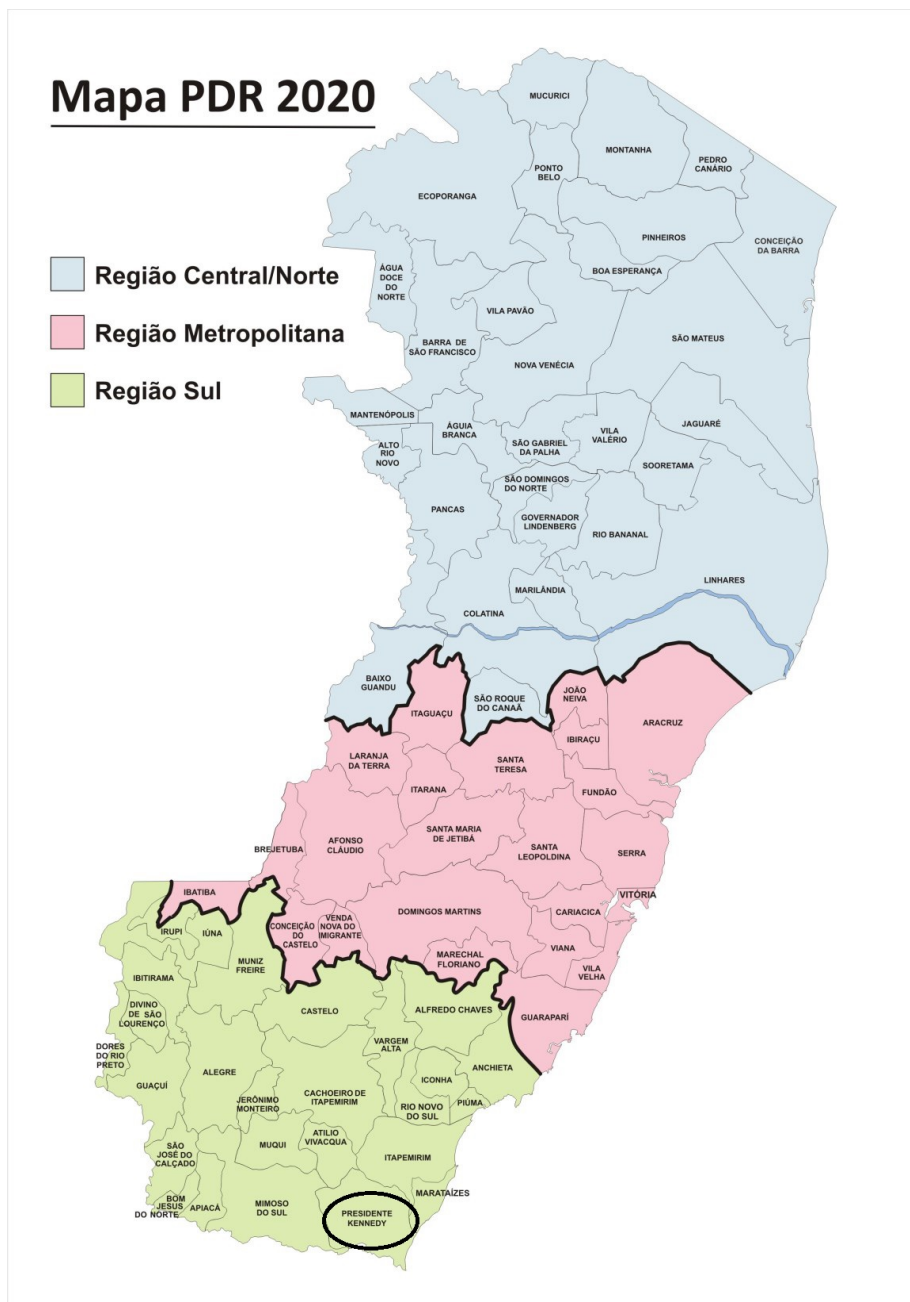
A pesquisa descritiva se aplica quando se busca descrever com precisão as características de um grupo, comunidade ou situações, aumentando a familiaridade do pesquisador com o fenômeno que deseja estudar, com base em dados coletados através de amostras e que requerem o uso de uma técnica de amostragem. Os dados da pesquisa descritiva podem ser qualitativos ou quantitativos e as apresentações dos dados quantitativos são normalmente limitados à distribuição de frequências (Saunders *et al.*, 2012).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Presidente Kennedy, que é um município de pequeno porte I³, localizado no litoral sul do estado do Espírito Santo, possuindo uma população de 13.696 habitantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), a densidade demográfica do município é de 23,02 hab/km², onde sua população percebe salário médio mensal de 2,3 salários mínimos, possuindo 40,6% da população vivendo com rendimento nominal mensal de até meio salário mínimo. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,657, considerado médio (IBGE, 2024).

³ Municípios com até 20.000 habitantes são considerados porte pequeno I; municípios com 20.001 até 50.000 habitantes são considerados de porte pequeno II; com 50.001 até 100.000 habitantes, de médio porte; e os com entre 100.001 a 900.000 habitantes são classificados como sendo de grande porte (Nascimento, 2021).

Figura 2 – Regiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do estado Espírito Santo



Fonte: Espírito Santo (2020)

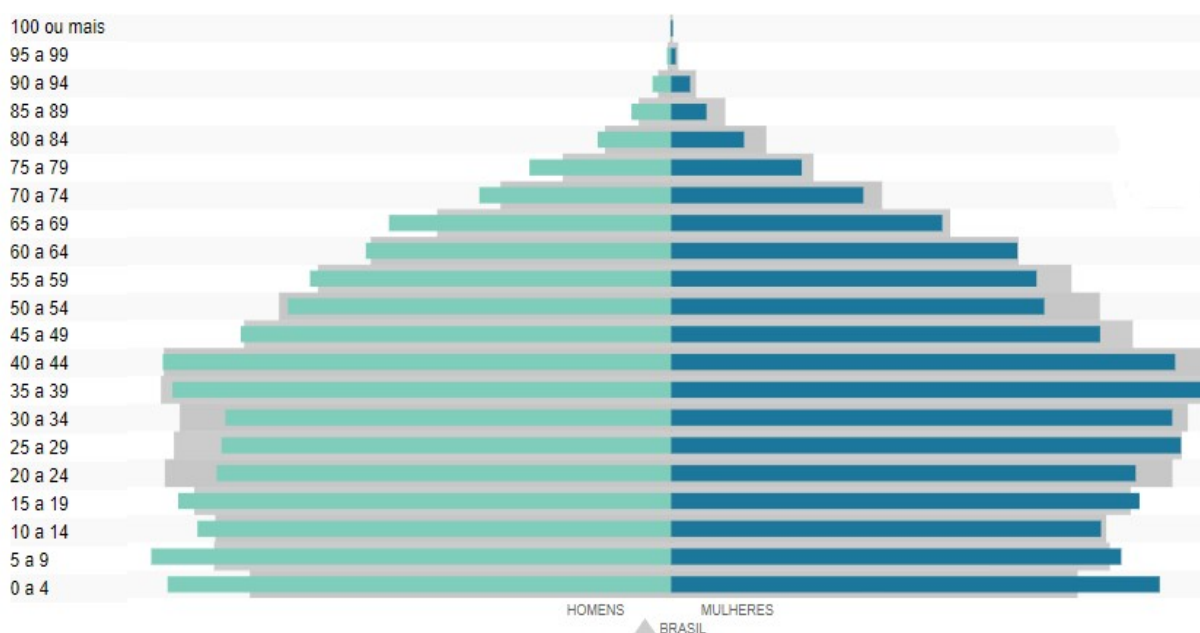
O município já representou o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país, devido aos repasses dos royalties do petróleo. Entretanto, esta situação mudou ao longo dos anos devido às flutuações dos preços dos barris do petróleo (IBGE, 2024).

Apesar do recebimento dessas quantias significativas de royalties, é um município que apresenta muita desigualdade social e pobreza, com sua economia

ligada principalmente às atividades agropecuárias, que responde por cerca de 70% da arrecadação municipal, com destaque para a pecuária leiteira (Presidente Kennedy, 2022).

É possível observar na figura 3 que a pirâmide populacional do município tem se alargado a partir dos 35 anos, e a partir dos 60 anos a população idosa feminina apresenta números superiores à media nacional, enquanto a masculina fica abaixo.

Figura 3 – Pirâmide etária do município de Presidente Kennedy



Fonte: IBGE (2024)

Diante desse crescimento da população idosa no município, é importante oferecer um atendimento integral, que busque proteger os direitos desses indivíduos, bem como oferecer atendimento que envolva a promoção da saúde.

Nesse contexto, esta pesquisa foi realizada no Centro de Fisioterapia, instituição ligada à Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES, que tem como objetivo oferecer atendimento à população da região central da cidade. O acesso ao serviço ocorre por meio de encaminhamento médico da rede pública ou privada e os atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo qualquer tipo de cobrança dos pacientes.

O atendimento é realizado mediante agendamento, presencialmente ou por telefone. Primeiramente se realiza uma avaliação fisioterapêutica, quando o profissional, mediante o encaminhamento médico e análise dos exames, define a

intervenção fisioterapêutica a ser desenvolvida. Neste momento, são definidos os dias e horários mais convenientes para o paciente, considerando a agenda de atendimentos do Centro de Fisioterapia.

Em caso de impossibilidade de locomoção da pessoa idosa, o que é indagado neste primeiro momento, o Centro de Fisioterapia dispõe de um carro com motorista para buscar e levar a pessoa idosa aos atendimentos. Os atendimentos são realizados duas vezes por semana, com exceção dos pacientes que se submetem à Reeducação Postural Global (RPG), que é feita uma vez por semana (Presidente Kennedy, 2022).

A equipe do Centro de Fisioterapia é composta por um coordenador, oito fisioterapeutas, uma recepcionista, um vigilante, um motorista e dois auxiliares de serviços gerais.

4.3 AMOSTRA

O estudo foi realizado com todas as pessoas idosas que estavam em atendimento no Centro de Fisioterapia no período de janeiro a julho de 2023, sendo estimadas, naquele período, 56 pacientes. Entretanto, em função questões administrativas, as avaliações ocorreram somente no mês de janeiro a abril de 2024, sendo incluídas 50 pessoas idosas. Foram excluídos, de acordo com os critérios apresentados abaixo, duas pessoas que haviam falecido e quatro que não aceitaram participar do estudo.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com condições cognitivas⁴ e físicas⁵ para realizar a avaliação e que estavam em atendimento no Centro de Fisioterapia e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

⁴ Quando as pessoas idosas possuíam capacidade de responder os questionamentos relacionados à própria vida.

⁵ Quando as pessoas idosas eram independentes, sem a necessidade de suporte, estando em plena condição física para a realização da avaliação.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as pessoas idosas que não compareceram ao centro em dia e horário previamente agendado, após 3 tentativas de agendamento, e aqueles que não consentiram com a utilização dos seus dados clínicos.

4.4 COLETA DE DADOS

A identificação das pessoas idosas que compuseram a amostra desta pesquisa foi obtida no mês de janeiro de 2024, a partir de uma planilha fornecida pelo responsável pelo sistema do Centro de Fisioterapia, contendo as informações de todas as pessoas idosas que estavam em tratamento fisioterapêutico no período de janeiro a julho de 2023.

O contato para o agendamento foi realizado pessoalmente com as pessoas idosas que ainda estavam em tratamento no período da coleta, que se realizou entre janeiro a abril de 2024, e por telefone com aqueles que já haviam recebido alta fisioterapêutica. Nos casos de impossibilidade de contato por telefone, a pesquisadora realizou visita domiciliar para o agendamento.

No primeiro contato, a pesquisadora explicou os objetivos e a importância da pesquisa, oferecendo todas as informações contidas no TCLE e tirando as dúvidas que surgiram. Após estas explicações, 50 concordaram em participar e assinaram o documento.

Para a coleta de dados foi elaborada uma ficha de avaliação (Apêndice A) com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, hábitos de vida e condições de saúde das pessoas idosas, que foi aplicada aos idosos independentes. Para avaliar o risco de queda foi aplicada a escala de Tinetti (Anexo A) e a identificação da ocorrência de quedas no último mês e últimos 6 meses foi realizada durante a avaliação, por meio de perguntas específicas realizadas aos idosos (Apêndice A).

4.4.1 Perfil sociodemográfico e econômico

Para a caracterização do perfil sociodemográfico e econômico das pessoas idosas foram avaliadas as seguintes variáveis: idade em anos, ciclo de vida (60-70 anos e 71 anos ou mais), sexo (masculino; feminino), etnia (branco, pardo, negro, indígena, amarelo), escolaridade (analfabeto; primário; fundamental; médio; técnico; superior), aposentado (não, sim), pensionista (não, sim), trabalha (não, sim; profissão), renda individual (até 1 salário mínimo (s.m.); entre 1.1 e 5 s.m.; não informado), recebe algum benefício ou apoio financeiro (não, sim), se sim qual?

4.4.2 Arranjo Familiar

O Arranjo familiar foi caracterizado com base nas variáveis: companheiro (não, sim), filhos (não, sim), quantidade de filhos (nenhum; entre 1 e 3; entre 4 e 6; 7 ou mais), mora sozinho (não, sim), quantidade de moradores (entre 1 e 2; entre 3 e 4; 5 ou mais), residência multigeracional (não, sim), apoio (não, sim).

4.4.3 Condições de saúde e hábitos de vida

Para a caracterização das condições de saúde e hábitos de vida foram utilizadas as variáveis: diagnóstico clínico (lombalgia, gonartrose, síndrome do manguito rotador, outras), diagnóstico funcional (limitações da coluna, do joelho, do ombro, outras) doenças crônicas (não, sim), se sim qual? (HAS, diabetes, artrite/artrose, osteoporose, outras), multimorbidades⁶ (não, sim), quedas no último mês (não, sim, quantas), quedas nos últimos seis meses (não, sim, quantas), possui cuidador (sim, não), sai sozinho (não, sim), fuma (não, sim), bebe (não, sim), pratica atividade física (não, sim), pratica atividade de lazer (não, sim), polifarmácia⁷ (não, sim).

⁶ É a presença de duas ou mais doenças crônicas de forma simultânea em um indivíduo, sendo uma situação frequente na população idosa (Pampolim *et al.*, 2022).

⁷ Consiste na utilização de cinco ou mais medicamentos, situação comum entre os idosos (Pampolim *et al.*, 2022).

4.4.4 Avaliação do risco de queda

Para a avaliação do risco de queda foi utilizada a escala de Tinetti (Anexo A), desenvolvida especificamente para o uso em pessoas idosas, amplamente utilizada para avaliar o equilíbrio, a marcha e o risco de quedas em pessoas idosas. Inclui uma avaliação do equilíbrio sob algumas condições, como levantar-se de uma cadeira, por exemplo, bem como uma avaliação das características da marcha, incluindo altura do passo, simetria, dentre outras. É uma ferramenta fácil e simples quando aplicada em ambientes clínicos e o observador pode completar a avaliação sem demandar muito tempo (Tinetti *et al.*, 1986).

O instrumento é composto por 16 itens, sendo nove relacionados ao equilíbrio e sete relacionados à marcha. O desempenho de todos os itens é pontuado de 0 a 1 ou de 0 a 2, com uma pontuação máxima de 28, sendo que a pontuação máxima no item equilíbrio é 16 e no item marcha é 12. A pontuação mais alta indica melhor marcha e equilíbrio e mais baixa indicando risco de queda, como apresentado na tabela 1.

Quadro 1 – Avaliação do resultado da escala de Tinetti

Pontuação Total do Paciente	Risco de queda
≤18	Alto
19-23	Moderado
≥24	Baixo

Fonte: Tinetti *et al.* (1986)

Este teste deve ser realizado em pessoas idosas e naqueles com sarcopenia, síndrome de fragilidade, demência, deficiência auditiva ou visual, doença de Parkinson, esclerose múltipla, traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral, incontinência urinária, diabetes, patologias cardiovasculares, distúrbios vasculares periféricos, ansiedade, distúrbios do sono, pessoas em hemodiálise e outros fatores de risco previamente identificados para queda. Além disso, deve ser realizado em qualquer paciente considerado com risco de queda (Piovesan *et al.*, 2015).

Todas as seções de pontuação e as três pontuações totais desta avaliação (equilíbrio, marcha e pontuação total) devem ser consideradas. Para Piovesan *et al.* (2015), a utilidade desta avaliação não reside apenas na avaliação do risco de

queda de um paciente, mas também pode evitar várias patologias subjacentes através da interpretação de cada categoria e subcategoria.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Software Microsoft Excel e posteriormente foi realizada uma análise descritiva, com frequência absoluta e percentual. Os resultados obtidos foram, então, confrontados e discutidos com a literatura disponível sobre a temática, bem como com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de descrever as condições desta população e de que modo o município tem implementado a referida política para minimizar essa conjuntura.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O acesso ao Centro de Fisioterapia e seus usuários foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, via Declaração de Anuência, e em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Resolução nº 466/12 e a inclusão dos participantes só ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EMESCAM, por meio do Parecer nº 6.538.922 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 50 pessoas idosas e a idade média foi de 72,5 anos, com variação de 60 anos a 82 anos. A seguir, são apresentadas as informações referentes ao perfil sociodemográfico e econômico das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e econômico das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024

Variáveis	N n = 50	% (100%)
Idade		
60 a 70 anos	43	86
71 anos ou mais	7	14
Sexo		
Masculino	18	36
Feminino	32	64
Etnia		
Branco	28	56
Pardo	17	34
Negro	5	10
Escolaridade		
Analfabeto	5	10
Ensino Fundamental 1º ao 5º ano	23	46
Ensino Fundamental completo	4	8
Ensino Médio	9	18
Ensino técnico	1	2
Superior	8	16
Aposentado		
Não	19	38
Sim	31	62
Pensionista		
Não	43	86
Sim	7	14
Trabalha		
Não	31	62
Sim	19	38
Renda individual		
Até 1 s.m.	12	24
Entre 1.1 e 5 s.m.	30	60
Não informado	8	16
Recebe algum benefício ou apoio financeiro		
Não	49	98
Sim	1	2

* s.m. – salário mínimo Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Ao se analisar a tabela 1, é possível constatar que houve predomínio de pessoas idosas com idade entre 60 e 70 anos, do sexo feminino, brancas, com ensino fundamental do 1º ao 5º ano, aposentadas e que não trabalham. Em relação à renda individual, a maioria recebe entre 1,1 a 5 salários mínimos e não possui outros benefícios ou apoio financeiro.

Quanto às variáveis descritas na tabela 1, esta pesquisa obteve resultados semelhantes na literatura. Soares *et al.* (2014), ao pesquisarem pessoas idosas com mais de 65 anos na comunidade, constataram que 57% eram do sexo feminino, com baixa escolaridade (67,3%) e renda (59,6%).

Pesquisa de Pampolim *et al.* (2022), ao analisar multimorbidades em pessoas idosas assistidas por uma Unidade de Saúde da Família, observaram uma prevalência do sexo feminino (61,4%), na faixa etária de 60 a 74 anos (72,2%) e com baixa escolaridade (58,1%). Almeida, Meucci e Dumith (2019), em uma amostra de pessoas idosas não institucionalizadas, constataram que a média de idade foi de 73 anos, resultado próximo ao obtido nesta pesquisa.

Entretanto, alguns estudos obtiveram diferentes resultados em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade e aposentadoria. Falcão *et al.* (2019), ao avaliarem o risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas, obtiveram um percentual superior do sexo masculino (52,5%), com média de idade de 68,4 anos. Em relação à aposentadoria, pesquisa de Souza *et al.* (2017) constatou que 90,91% das pessoas idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde eram aposentadas, percentual superior ao obtido neste estudo. Vieira *et al.* (2018) avaliaram a prevalência e fatores associados à quedas em pessoas idosas da comunidade e obtiveram um percentual de 80,4% que não trabalham, resultado superior ao deste estudo.

Quanto ao arranjo familiar, os resultados obtidos estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Arranjo familiar das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024

Variáveis	N n = 50	% (100%)
Companheiro		
Sim	33	66
Não	17	34

Filhos		
Sim	45	90
Não	5	10
Quantos filhos		
Entre 1 e 3	34	75
Entre 4 e 6	9	20
7 ou mais	2	5
Mora sozinho		
Não	39	78
Sim	11	22
Quantos moradores		
Entre 1 e 2	40	80
Entre 3 e 4	10	20
5 ou mais	0	0
Residência multigeracional		
Sim	15	30
Não	35	70
Tem apoio		
Sim	45	90
Não	5	10

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

A análise do arranjo familiar permite constatar, na tabela 2, que a maioria possui companheiro(a), têm entre 1 e 3 filhos, não moram sozinhos e vivem em residências com 1 ou 2 pessoas, onde, destas, a maior parte não é multigeracional e as pessoas idosas relataram ter apoio.

Estes resultados se assemelham aos obtidos por Pampolim *et al.* (2017), que pesquisaram pessoas idosas restritas ao lar, verificando que 90% tinha filhos e o mesmo percentual necessitava de apoio. Também avaliando pessoas idosas restritas ao lar, Côco *et al.* (2019) constataram que 89% tinha filhos, vivendo em residência com duas pessoas (37%), resultado próximo ao obtido nesta pesquisa.

Resultados diferentes foram obtidos por Silva, Pampolim e Sogame (2024), em sua pesquisa com idosos residentes na comunidade, ao constatarem que 50,5% tinha companheiro(a), resultado inferior ao desta pesquisa, e que 54% das residências era multigeracional, percentual superior a este estudo.

Diante destes resultados, apesar de não serem maioria, alguns idosos vivem sozinhos, sem companheiros e/ou filhos e não têm apoio para realizar suas tarefas cotidianas. Tal situação influencia diretamente a alimentação, o autocuidado, gerenciamento de medicamentos, as atividades da vida diária e questões

financeiras, que podem dificultar o acesso às suas necessidades (Guillich; Cordova, 2017).

Desse modo, necessitam de suporte dos profissionais da assistência social, que podem realizar avaliações residenciais, com acompanhamento e orientações para aumentar a segurança, fornecimento de barras de apoio, cestas básicas para aqueles com baixo rendimento ou outro tipo de apoio necessário, para que possam se manter livres das quedas.

Tal situação é descrita na PNSPI, ao recomendar que, diante das diferentes histórias de vida da população idosa, é necessária uma avaliação que leve em conta as peculiaridades e a realidade social dessas pessoas, a fim de prestar uma assistência que responda às suas necessidades (Brasil, 2006). A área da saúde pode desenvolver programas de atendimento domiciliar, oferecendo cuidados médicos regulares e tratamento oportuno das condições crônicas, bem como aplicativos de alerta médico para situações de emergência.

A seguir, na tabela 3, estão apresentados os resultados relacionados às condições de saúde e hábitos de vida das pessoas idosas pesquisadas. Ao se verificar o diagnóstico clínico que ocasionou o encaminhamento para o Centro de Fisioterapia, as patologias relacionadas à coluna, ombro e joelho foram: lombalgia (40%), cervicalgia (8%), pós-operatório da coluna lombar (4%), gonartrose (20%), pós-operatório do joelho (10%), pós-operatório do ombro (4%), bursite (4%) e síndrome do manguito rotador (6%).

Tabela 3 – Condições de saúde e hábitos de vida das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024

Variáveis	N n = 50	% (100%)
Diagnóstico funcional*		
Limitações da coluna	26	52
Limitações do ombro	15	30
Limitações do joelho	7	14
Outros**	6	12
Doenças crônicas		
Sim	50	100
Não	0	0
Multimorbidades		
Sim	28	56

Quedas no último mês		
Sim	3	6
Não	47	94
Quedas nos últimos seis meses		
Sim	12	24
Não	38	76
Possui cuidador		
Sim	2	4
Não	48	96
Sai de casa sozinho		
Sim	38	76
Não	12	24
Fuma		
Sim	2	4
Não	48	96
Bebe		
Sim	3	6
Não	47	94
Pratica atividade física		
Sim	34	68
Não	16	32
Pratica atividades de lazer		
Sim	11	22
Não	39	78
Polifarmácia		
Sim	23	46
Não	27	54

* Alguns pacientes apresentaram 2 diagnósticos: 1 paciente apresentava lombalgia e pós-operatório de ombro; 3 pacientes com lombalgia e gonartrose.

** Fascite plantar (6%); Síndrome de Guillain barre (2%); Pós-operatório oncológico de mama (2%); AVC (2%).

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Ao se analisar a tabela 3, é possível observar que as limitações da coluna foram os diagnósticos clínicos mais frequentes entre as pessoas idosas da amostra, todas possuem doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial (80%) e artrite/artrose (74%) as mais recorrentes, e 56% apresenta multimorbidades, mesmos resultados obtidos por Sanglard *et al.* (2023), **ao estudarem pessoas idosas assistidas em uma Estratégia Saúde da Família**. Entretanto, no mesmo estudo, Sanglard *et al.* (2023) constataram um grande percentual de não praticantes de atividades físicas, diferente desta pesquisa, onde a maioria pratica regularmente,

são independentes e, portanto, não possuem cuidador e saem de casa sozinhos. Entretanto, a maioria não pratica atividade de lazer.

Prato *et al.* (2017), ao pesquisarem pessoas idosas da comunidade para avaliar a prevalência e fatores associados às quedas, constataram que somente 22,8% praticavam atividade física, diferente desta amostra, onde o percentual foi de 68%. O alto percentual de praticantes de atividades físicas nesta amostra pode ser resultado das ações e programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), como a Olimpíada Municipal e Intermunicipal da Melhor Idade, com atividades que promovem a atividade física e as habilidades motoras dos participantes (Presidente Kennedy, 2023).

Também existe uma parceria da Secretaria Municipal de Cultura e da SMAS com a Federação Capixaba de Desporto Escolar, oferecendo hidroginástica em uma academia de Cachoeiro de Itapemirim, duas vezes por semana, com disponibilidade de transporte de ida e volta. Também é desenvolvido o Projeto Verão, neste período do ano, quando as pessoas idosas são levadas para a Praia de Marobá para a prática de atividades físicas (Presidente Kennedy, 2023).

Nesta pesquisa, poucos idosos fazem atividades de lazer, apesar do município possuir 3 grupos de convivência, onde são desenvolvidas palestras informativas com temas voltados a essa população, como violência contra a pessoa idosa, prevenção a doenças, etc., oficinas diversas (capoeira, balé, canto, dança, violão, artesanato, dentre outras) e rodas de conversa semanais na sede do município e nos distritos (Presidente Kennedy, 2023).

Sugere-se, portanto, que essas atividades sejam mais divulgadas, para que mais pessoas possam participar, ou que se busque verificar o motivo para a não participação, que pode ser devido à dificuldade de transporte, falta de acessibilidade aos locais, etc., **para atender o que é preconizado pela PNSPI** em relação à promoção do envelhecimento ativo e saudável. **A medida preconizada pela PNSPI** é que seja facilitada a participação dessa população a grupos de terceira idade, equipamentos sociais, atividade física, dentre outros, propondo o estabelecimento de parcerias para programas de atividades físicas e recreativas (Brasil, 2006).

No que se refere às quedas, 6% sofreu o evento no último mês e 24% nos últimos seis meses, resultado inferior, quando comparado a pesquisas como a de Gullich e Cordova (2017) e Prato *et al.* (2017), que obtiveram percentuais de 28,3%

e 38,5% respectivamente. Estes resultados podem estar relacionados à predominância de pessoas idosas independentes na amostra deste estudo, enquanto nas pesquisas mencionadas a população era formada por asilados ou com idades mais elevadas.

Todos que relataram queda no último mês informaram que esta ocorreu no domicílio e sofreram somente um evento, enquanto, dentre as 12 pessoas que relataram ter sofrido quedas nos últimos seis meses, 6 afirmaram ter caído somente uma vez, 2 caíram duas vezes e 4 caíram 4 vezes. As 3 pessoas que relataram ter sofrido queda no último mês informaram que também caíram nos últimos 6 meses. Desse modo, os resultados, analisados conjuntamente, estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Características das pessoas idosas que sofreram quedas, segundo a literatura consultada

Características da população estudada	Resultados semelhantes obtidos na literatura
Sexo feminino	Soares et al. (2014), Almeida, Meucci e Dumith (2019), Côco et al. (2019), Silva, Silva e Sogame (2022), Pampolim et al. (2022) e Paixão et al. (2022) e Amorim et al. (2021)
Possui companheiro(a)	Silva, Pampolim e Sogame (2024)
Baixa escolaridade e renda	Abreu et al. (2016), Silva et al. (2022), Stein Júnior e Sogame (2020), Sanglard et al. (2023) e Côco et al. (2019)
Multimorbidades	Mello e Rochedo (2023), Côco et al. (2019), Silva, Silva e Sogame (2022), Paixão et al. (2022) e Stein Júnior e Sogame (2020)
Polifarmácia	Chiabai et al. (2023)

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Dentre as pessoas que sofreram quedas, foi possível observar que todas que informaram ter caído no último mês e 11 das que caíram nos últimos seis meses são do sexo feminino. A maior ocorrência de quedas no sexo feminino é consistente com a literatura. As causas apontadas para justificar este fato são a maior fragilidade óssea em relação aos homens, maior ocorrência de algumas doenças crônicas,

maior exposição às atividades domésticas e declínio físico-funcional (Soares *et al.*, 2014). Entretanto, Barbosa *et al.* (2018) consideram que esta prevalência é decorrente de uma maior busca das mulheres pelos serviços de saúde.

Para Pereira e Kanashiro (2022), apesar das mulheres serem mais propensas a quedas, a diferença biológica pode contribuir para um risco maior em mulheres, pois elas apresentam sarcopenia mais rápida do que os homens. Por outro lado, os homens podem ter uma taxa de mortalidade maior, talvez por só procurarem assistência médica quando têm uma condição grave, além de estarem mais envolvidos em atividades e comportamentos perigosos e arriscados (Pereira; Kanashiro, 2022).

No que se refere a possuir companheiro(a), diferentes resultados foram observados nos estudos de Araújo *et al.* (2019), Almeida, Meucci e Dumith (2019) e de Prato *et al.* (2017), todos com pessoas idosas residentes na comunidade, onde morar sozinho esteve associado à maior ocorrência de quedas, situação que não foi observada nesta pesquisa, e no estudo de Gullich e Cordova (2017), que também não apresentou relação entre pessoas idosas casadas, vivendo com companheiros, com o risco aumentado de quedas.

Para Lage *et al.* (2022), uma possível ligação entre viver sozinho e quedas é a depressão, uma vez que o isolamento pode aumentar este problema, bem como desenvolver o medo de cair, o que acarreta menos interação social, perda de contato pessoal e redução da atividade diária. Isso, por sua vez, reduz a mobilidade e aumenta o isolamento e a depressão e, conseqüentemente, aumenta o risco de quedas.

As idades das pessoas idosas que sofreram quedas variaram entre 67 e 71 anos, para os que caíram no último mês, e entre 62 e 82 anos, para aqueles que sofreram o evento nos últimos seis meses, resultado semelhante aos obtidos por Silva *et al.* (2022), em pesquisa com idosos atendidos pelo SAMU, onde as vítimas possuíam entre 60 a 79 anos. Stein Júnior e Sogame (2020), ao verificarem a capacidade funcional de idosos atendidos por um plano de saúde, observaram que a incidência de quedas aumenta com a idade, especialmente entre aqueles que possuem baixas condições socioeconômicas.

Pereira e Kanashiro (2022) afirmam que muitos fatores, como problemas de equilíbrio, polifarmácia, deficiência sensorial e muscular, são mais comuns nas

peças idosas. Chaves *et al.* (2017) afirmam que o declínio funcional, bem como a perda cognitiva, estão associados a quedas frequentes.

Entre aqueles que caíram no último mês e nos últimos seis meses, houve predominância de baixa escolaridade e renda, com somente 2 pessoas idosas com relato de escolaridade e renda médias (entre 1.1 e 5 s.m., com ensino médio). Estudo de Abreu *et al.* (2016), ao estudarem pessoas idosas da comunidade, consideram que esses resultados podem ser explicados pelas dificuldades que enfrentam nos ambientes que frequentam, incluindo residências com condições precárias de infraestrutura. Quanto à escolaridade, sua associação com baixa renda, resulta em vulnerabilidade social, o que predispõe a mais eventos de queda nas pessoas idosas.

Todos os participantes do estudo apresentam multimorbidades, sendo as mais citadas a hipertensão arterial, diabetes e artrite/artrose. Uma pessoa declarou que possui apneia do sono e, por isso, cochila ao longo do dia e suas quedas foram da cadeira onde estava sentada.

Neste estudo, os resultados revelaram que as diversas situações crônicas estão significativamente relacionadas às quedas no último mês e nos últimos seis meses. As comorbidades mais recorrentes nesta pesquisa foram a hipertensão arterial, artrite/artrose, diabetes e osteoporose, enquanto os diagnósticos clínicos foram a lombalgia e gonartrose.

Segundo Silva *et al.* (2022), pessoas idosas que sofrem de hipertensão são mais propensas a sofrer isquemia cerebral transitória, devido a quedas ortostáticas agudas na pressão arterial, o que pode exacerbar uma diminuição crônica no fluxo sanguíneo cerebral e, conseqüentemente, levar a quedas. O diabetes, por si só, não está associado a quedas, mas os pacientes com retinopatia diabética são mais propensos. Entretanto, Amorim *et al.* (2021) não observaram a mesma relação, constatando, em sua amostra formada por pessoas idosas usuárias da Atenção Básica, uma prevalência de 62,8% de pessoas idosas caídas, sem multimorbidades.

Diante do perfil da amostra, entende-se que o município necessita desenvolver ações educacionais destinadas às pessoas idosas, para que possam não somente compreender melhor as informações e orientações relacionadas ao autocuidado, oferecidas pelos profissionais de saúde, como também contribuir para

a utilização correta de medicamentos.

Tais ações também são importantes para a população adulta com baixa escolaridade, que comporão, futuramente, as faixas etárias mais avançadas e apresentarão as mesmas necessidades observadas no presente, caso não sejam desenvolvidos programas e/ou projetos destinados a melhorar a escolarização.

Os resultados deste estudo demonstraram que as pessoas que caíram apresentavam, em sua maioria, artrite/artrose e limitações na coluna. A literatura indica que distúrbios musculoesqueléticos, que resultam em rigidez e dor articular e processos inflamatórios crônicos, estão ligados à instabilidade na marcha e no equilíbrio. Segundo Dodt (2019), o aumento de doenças crônicas e a ocorrência de dores intensas são concomitantes à perda da capacidade funcional, ao aumento da imobilidade e da dependência física, que estão associados à maior probabilidade de quedas.

Nesse contexto, Pampolim *et al.* (2017) ressaltam que a funcionalidade deve ser pensada como um processo multifatorial e dinâmico, não devendo ser considerada um problema, mas como uma situação passível de prevenção, modificação ou de ser amenizado. Para tanto, os cuidadores devem conhecer as particularidades das pessoas idosas, bem como o manejo das doenças crônicas, a fim de manter sua funcionalidade.

Dentre os que fazem uso de polifarmácia estão todos os que caíram no último mês e 7 que caíram nos últimos seis meses. De acordo com Chiabai *et al.* (2023), a polifarmácia dobra o risco de consumo de medicamentos potencialmente inapropriados, incluindo medicamentos que aumentam o risco de quedas. Entretanto, há muitos casos em que o uso de múltiplos medicamentos pode ser considerado necessário e benéfico, especialmente no manejo de pacientes com multimorbidade, quando há prescrição adequada e análise de risco-benefício.

Carli *et al.* (2019) constataram que a utilização de antidepressivos, psicotrópicos (especialmente benzodiazepínicos), hipotensores, hipnóticos e antipsicóticos acarreta uma maior propensão a quedas recorrentes, devido ao ganho de peso, sedação, confusão, visão turva, dentre outras reações adversas que provocam. Entretanto, nesta pesquisa, não se verificou as classes de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas.

Também foi possível constatar que, dentre as pessoas que sofreram quedas, somente 2 não saem sozinhas e possuem cuidador, enquanto as demais saem sozinhas e são independentes. Assim, atenção especial deve-se ser dada às pessoas idosas que não saem de casa, entendendo que uma assistência de qualidade à saúde, demanda que os profissionais não tenham como foco somente a doença, mas também a prevenção de eventos como as quedas.

Nesse sentido, cabe destacar a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que permite aos profissionais da saúde da atenção básica acompanhar a situação de saúde dessa população, avaliando o risco de quedas e realizando ações preventivas. As recomendações básicas consideram alterações no acesso a casa e no seu interior (quarto, banheiro, cozinha, corredores, etc.), envolvendo a remoção de todos os tipos de obstáculos que possam afetar o movimento, como tapetes, móveis, cabos, brinquedos, melhoria da iluminação, limpeza, etc.

Somente 6 pessoas idosas que sofreram quedas praticam atividade física e nenhuma delas possui atividades de lazer. De acordo com Santos *et al.* (2015), atividades físicas são consideradas um fator protetor de quedas e diminuem a probabilidade de queda recorrente. A atividade física tem amplos benefícios para a saúde e o bem-estar e pode reduzir o risco de doenças e controlar condições crônicas como artrite, diabetes, problemas cardíacos e respiratórios.

Para Tiedemann *et al.* (2013), apesar de haver evidências sobre os exercícios desempenharem um papel fundamental na manutenção do equilíbrio e da mobilidade e na prevenção de quedas na velhice, não é possível prevenir estes eventos somente encorajando as pessoas idosas a serem mais ativas. As atividades devem ser específicas, de acordo com as condições de cada um, com supervisão de profissionais e realizadas regularmente por um período de tempo prolongado para que possam ser eficazes.

Destaca-se ainda que, para Souza *et al.* (2017), a participação em atividades de lazer pode melhorar a força, o equilíbrio, a densidade mineral óssea e a coordenação e, portanto, contribuir para uma diminuição do risco de queda, o que reforça a necessidade de atividades de lazer durante o tempo livre, com o propósito de relaxamento e entretenimento, o que reafirma o que já foi pontuado anteriormente.

Segundo Ribeiro *et al.* (2021), o envolvimento em atividades de lazer desempenha um papel fundamental entre as pessoas idosas, devido aos seus benefícios para a saúde e bem-estar, que incluem a redução dos sintomas de depressão e solidão, declínio mais lento da função cognitiva e física, bem-estar subjetivo melhorado e relacionamentos próximos com a família e amigos. Desse modo, apesar das atividades de lazer não contribuírem diretamente para a redução das quedas, afetam os fatores contribuintes. Assim, o envolvimento ativo em atividades de lazer tem sido considerado um componente importante do envelhecimento bem-sucedido.

Desse modo, neste estudo, entre as pessoas idosas que caíram, a maioria é do sexo feminino, possui baixa escolaridade e renda, faz uso de polifarmácia e apresenta multimorbidades. Também foi possível observar que as pesquisas desenvolvidas com pessoas idosas residentes nas comunidades e atendidas na atenção primária, como já analisado anteriormente, constataram maior risco de queda entre o sexo feminino (Vieira *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2017; Prato *et al.*, 2017; Almeida; Meucci; Dumith, 2019; Amorim *et al.*, 2021), com multimorbidades (Tomaz *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022; Amorim *et al.*, 2021), que não praticavam atividade física (Paula *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2015; Tiedemann *et al.*, 2013).

A polifarmácia também esteve associada ao risco de quedas nos estudos que envolveram amostras de idosos não asilados, como os de Chiabai *et al.* (2023) e Carli *et al.* (2019), enquanto a relação entre quedas e multimorbidades foi encontrada nas pesquisas de Silva *et al.* (2022), Amorim *et al.* (2021) e Tomaz *et al.* (2021). A relação entre baixa escolaridade e renda também foi constatada por Guillich e Cordova (2017), Araújo *et al.* (2019) e Prato *et al.* (2017).

As tabelas 5 e 6 apresentam os resultados da avaliação realizada por meio da Escala de Tinetti.

Tabela 5 – Análise detalhada dos itens equilíbrio e marcha das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024, segundo os diferentes riscos de queda.

Item	Alto risco n = 19			Moderado Risco n=14			Risco baixo n=17		
	Média	Min.	Max.	Média	Min.	Max.	Média	Min.	Max.
Equilíbrio	5	1 - 6		12	9 - 14		15	11 - 16	
Marcha	3	1 - 5		7	5 - 8		10	9 - 12	
Total	8	2 - 11		19	14 - 22		25	20 - 28	

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Ao se analisar a tabela 5 é possível observar que as pessoas idosas que apresentaram escores para alto risco obtiveram pontuações muito baixas na marcha e no equilíbrio, o que pode estar relacionado às limitações funcionais da coluna, como a lombalgia, que foram mais frequentes entre as pessoas avaliadas. Tais problemas levam os indivíduos a adotarem posturas que geram instabilidade e prejudicam a sustentação do corpo (Tomaz *et al.*, 2021).

Segundo Canever *et al.* (2022), distúrbios musculoesqueléticos exacerbam o efeito incapacitante e reduzem posturas corretas, ocasionando maior instabilidade articular, menor massa óssea, fragilidade e déficits de equilíbrio corporal, o que contribui para o risco de queda.

Problemas de marcha são comuns em pessoas idosas e podem ocorrer devido a diversos fatores, resultando em maior propensão às quedas. Assim, devem ser desenvolvidos protocolos para que os profissionais de saúde, em especial o fisioterapeuta, avaliem periodicamente essa população nos serviços de saúde e desenvolvam planos de intervenção naqueles que apresentam distúrbios. Também é importante que, na avaliação, seja detectado o fator que prejudica a marcha, para que seja tratado, prevenindo o aparecimento de complicações e melhorando a funcionalidade.

Um aspecto fundamental da reabilitação da marcha é a gestão do espaço onde a pessoa idosa reside, devendo ser realizada uma avaliação ambiental abrangente as características da pessoa, o ambiente físico e social, por meio de visita domiciliar (Paula *et al.*, 2020). Esta avaliação permite reconhecer barreiras ambientais e detectar riscos para, posteriormente, propor uma intervenção ambiental.

Quando analisados os resultados para cada um dos itens, observou-se que a pontuação média de equilíbrio e marcha para risco alto, moderado e baixo foi de 8, 19 e 25 pontos, respectivamente (tabela 4).

A diminuição no equilíbrio é parte do envelhecimento normal, entretanto, uma variedade de fatores aumentam o risco de desequilíbrio em pessoas idosas, o que é um fator de risco para quedas. Nesse sentido, sugere-se que sejam desenvolvidos programas de atividades físicas para um envelhecimento ativo, o que pode contribuir para a melhoria do equilíbrio, tornando-se uma ferramenta fundamental para preservar a funcionalidade e a autonomia das pessoas idosas. Além disso, os

mesmos cuidados ambientais especificados para a reabilitação da marcha devem ser tomados em relação ao equilíbrio.

Tabela 6 – Avaliação do risco de queda das pessoas idosas atendidas no Centro de Fisioterapia de Presidente Kennedy no ano de 2024, segundo a Escala de Tinetti

Risco de queda	N n = 50	% (100%)
Alto	19	38
Moderado	14	28
Baixo	17	34

Fonte: Elaborado pela Autora (2024)

Como pode ser observado na tabela 6, a maioria das pessoas idosas apresenta um risco de queda alto a moderado, totalizando 66% da população estudada. Ao se analisar este resultado com o percentual dos que sofreram quedas, constatou-se que, em relação aos que caíram no último mês, todos foram avaliados com risco alto pela Escala de Tinetti, enquanto entre os que caíram nos últimos seis meses, 10 apresentaram risco alto, 1 moderado e 1 baixo.

Ao se comparar os resultados obtidos pela literatura utilizando a escala de Tinetti com esta pesquisa, é possível encontrar uma grande variação dos resultados, devido às populações estudadas, havendo uma prevalência de estudos com pessoas idosas institucionalizadas e com idades mais avançadas, o que, segundo Tomaz *et al.* (2021), contribui para agravar ainda mais os declínios funcionais e, conseqüentemente, aumentar o risco de quedas.

Após levantamento da literatura, foi possível constatar que vários fatores estão envolvidos neste evento, ocasionados por alterações causadas pelo processo fisiológico e inevitável do envelhecimento e são mais pronunciados quando somadas a múltiplas variáveis, como as observadas nesta pesquisa.

Portanto, a gestão municipal de Presidente Kennedy já realiza ações que envolvem a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, como grupos de convivência, de atividade física e de lazer. Entretanto, existe a necessidade de ampliar essas ações, incluindo o fornecimento de educação para a população em geral sobre prevenção de quedas; garantir que os profissionais de saúde examinem rotineiramente as pessoas idosas, avaliando o risco de quedas e encaminhando, quando necessário, para programas de prevenção e assistência fisioterapêutica; promover a disponibilidade e o acesso a esses programas em todo o município.

Para isso, é necessário treinar os profissionais de saúde para empregar abordagens práticas de prevenção de quedas, expandindo suas habilidades para fornecer cuidados qualificados. Também é importante envolver os profissionais que atuam nas urgências e emergências, para que encaminhem as pessoas idosas vítimas de quedas aos serviços e programas de prevenção.

Intervenções eficazes podem incluir encaminhar os pacientes ao fisioterapeuta para treinamento de marcha, equilíbrio ou força ou a um programa comunitário de prevenção de quedas; abordar condições crônicas; revisar medicamentos; verificar riscos domésticos; e fazer um exame anual de visão e audição.

A educação sobre prevenção de quedas é uma parte necessária de toda a estratégia, a fim de reduzir os comportamentos considerados perigosos e conscientizar a família e as pessoas idosas sobre sua situação atual e como se ajustar. Portanto, a gestão do município deve abordar questões de moradia para idosos, estabelecendo políticas e implementando atividades de intervenção focadas em educação, resolução de problemas e treinamento dos profissionais envolvidos, para melhorar as condições de moradia inadequadas.

Propõe-se, portanto, ações interdisciplinares que contenham a promoção da saúde, inclusão e bem-estar para esta população, levando em consideração a perspectiva dos direitos das pessoas idosas e sua proteção.

Concluindo, este estudo confirma que as quedas em idosos representam um problema de saúde de elevada magnitude e, para abordá-la, é necessário aplicar medidas preventivas multifatoriais eficazes, que permitam reduzir a sua incidência na população idosa do município, bem como aliviar suas consequências, com programas abrangentes envolvendo os diversos setores da gestão municipal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional tem repercussões importantes em todos os aspectos da sociedade, havendo a necessidade da implantação de políticas para atender às demandas da população idosa na prestação de serviços, com uma maior intervenção não somente do setor de saúde, mas também de proteção social, educação, transporte, etc., que possam responder a este segmento cada vez mais numeroso da população.

Deve-se também ter em conta que o envelhecimento é um processo em que as capacidades físicas e mentais diminuem progressivamente e que a longevidade provoca o aparecimento de doenças crônicas e/ou degenerativas que requerem cuidados especiais.

O crescente envelhecimento populacional mundial desafia os governos e as instituições a adotarem medidas para fazer face aos seus efeitos e se prepararem para responder às necessidades das pessoas idosas, com soluções institucionais, sociais, econômicas, políticas e culturais que respondam à complexidade do fenômeno.

Nesse contexto, a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de riscos podem reduzir as incapacidades, manter a autonomia e aumentar a qualidade de vida desta população. Diante desta conjuntura, no Brasil, foi implantada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando a promoção, manutenção e recuperação da autonomia, por meio de ações e programas que buscam oferecer uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

A PNSPI é um marco importante para garantir o direito à saúde das pessoas idosas e sua implementação nos municípios é essencial, pois é nesse âmbito que as políticas públicas se concretizam e chegam diretamente à população. Para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional em Presidente Kennedy, garantindo qualidade de vida e acesso integral à saúde para as pessoas idosas, é necessário que as ações previstas na política sejam desenvolvidas e que alcancem toda a população idosa do município e que aquelas que já são realizadas tenham continuidade e sejam ampliadas, a fim de promover o envelhecimento saudável, a prevenção de agravos e a oferta de cuidados especializados.

Em relação à prevenção de riscos, um dos graves problemas de saúde pública são as quedas, estando associadas a resultados negativos em todas as idades, mas com consequências piores nos indivíduos com idades mais avançadas. Uma queda pode causar uma redução na funcionalidade, podendo ocasionar a perda da independência, não se limitando, porém, ao desempenho funcional, mas afetando múltiplos aspectos da vida.

As quedas representam um problema real e complexo e várias estratégias podem ser aplicadas para prevenir e controlar este evento. Assim, esta pesquisa se dedicou à análise da ocorrência e risco de queda de pessoas idosas assistidas em um Centro de Fisioterapia, constatando que 24% da amostra havia sofrido quedas nos últimos seis meses. Destes, a maioria era do sexo feminino, com baixa escolaridade e renda, possuem doenças crônicas, multimorbidades e fazem uso de polifarmácia. Apesar de serem independentes, não fumarem, não beberem e praticarem atividades físicas, essas pessoas idosas tinham limitações na coluna e/ou artrite/artrose.

Ao se avaliar o risco de quedas pela escala de Tinetti, foi constatado que 66% das pessoas idosas da amostra apresentavam risco alto e moderado, com baixas pontuações na marcha e no equilíbrio, o que pode ser considerado um problema de elevada proporção e que demonstra a necessidade de aplicação de medidas preventivas multifatoriais eficazes que permitam reduzir estes eventos.

Esta investigação constatou que as quedas, nesta pesquisa, apresentaram um comportamento semelhante ao descrito na literatura e que, apesar de terem sido intensamente investigadas nos últimos anos, continuam a ser causa de perda funcional, institucionalização precoce e de elevada morbidade e mortalidade, devendo, desta forma, ser uma prioridade para os profissionais de saúde que cuidam desse grupo populacional. Deste modo, conhecer os fatores de risco intrínsecos e ambientais que afetam as quedas é essencial para poder realizar uma correta intervenção preventiva.

A principal limitação deste estudo é que incluiu idosos encaminhados a uma clínica de fisioterapia devido a problemas que podem contribuir para instabilidade no equilíbrio e na marcha e os resultados podem ser diferentes para a população idosa em geral. Outra limitação do trabalho é o tipo de pacientes que frequentam a clínica, pois a variedade de doenças observadas faz com que o comprometimento da

funcionalidade possa ser variável. Por fim, o tipo de estudo, exploratório e descritivo, que tem como objetivo apresentar a realidade em que vive a pessoa idosa e, com base nessa análise, levantar hipótese para futuras pesquisas, foi outro fator limitante. Entretanto, a pesquisa permitiu ter uma visão geral da pessoa idosa e conseqüentemente propor ações específicas que podem mudar a assistência no município estudado.

A fim de prevenir e reduzir as quedas na população idosa do município de Presidente Kennedy, considera-se importante apresentar como sugestões, primeiramente, a identificação das pessoas com maior risco de quedas, para que possam ser implementadas intervenções. Nesse contexto, a avaliação do risco de queda deve ser realizada em todas as pessoas idosas, avaliando distúrbios da marcha e equilíbrio. A utilização da escala de Tinetti pode ser utilizada para a predição de quedas em residentes, com a determinação do escore de risco sendo utilizado para melhoria da segurança do destes indivíduos.

Também devem ser abordadas questões que afetam o risco de queda, como programas intersetoriais voltados à complementação da renda, de aumento da escolaridade, de segurança alimentar e de estímulo às atividades físicas e de lazer, especialmente para as pessoas idosas carentes, contribuindo para a redução das causas externas.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. R. O. M. et al. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3439-3446, 2016.

ABREU, D. R. O. M. et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1131-1141, 2018.

ALMEIDA, L. M. D. S.; MEUCCI, R. D.; DUMITH, S. C. Prevalence of falls in elderly people: a population based study. **Rev Assoc Med Bras**, v. 65, n. 11, p. 1397-1403, 2019.

AMORIM, J. S. C. 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, 2021.

ARAÚJO, I. V. S. et al. Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial. **Rev. Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 187-194, 2019.

BARBOSA, R. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 21, n. 2, p. 357-373, 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 26 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Disponível em: www.saude.gov.br/legislacao. Acesso em: 26 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Disponível em: www.saude.gov.br/legislacao. Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 3.008, de 4 de novembro de 2021**. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n. 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.008-de-4-denovembro-de-2021-356965606>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília; 2001 maio 18. Seção 1E, p. 3.

BRASIL. **Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União, v. 110, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

BRASIL. **Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília; 2013 maio 17. Seção 1, p. 129.

BRASIL. Todos os anos, 40% dos idosos com 80 anos ou mais sofrem quedas. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/todos-os-anos-40-dos-idosos-com-80-anos-ou-mais-sofrem-quedas>. Acesso em 26 jan. 2024.

CAMARANO, A. A. **A dinâmica demográfica e a pandemia: como andar a população brasileira?** Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

CANEVER, J. B. et al. Os padrões de multimorbidade estão associados ao medo de cair em idosos que vivem na comunidade? **BMC Geriatr**, v. 10, n. 22, p. 1-8, 2022.

CARLI, F. V. B. O. et al. Ocorrências de quedas em idosos e a polifarmácia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 37, n. 1, p. 1-9, 2019.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 184-200, 1997.

CHAVES, R. N. et al. Perda Cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 1-09, 2017.

CHIABAI, J. V. R. et al. Polifarmácia e risco de quedas em idosos. **Revista Foco**, v. 16, n. 5, p. 1-7, 2023.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

CORTEZ, A. C. L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, p. 700-709, 2019.

COSTA, A. G. S. et al. Identificação do Risco de Quedas em Idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Escola Anna Nery**, n. 14, p. 684-689, 2010.

COSTA, A. G. S. et al. Ocorrência de quedas e índice de massa corporal em idosos. **Rev Enferm**, v. 21, n. 4, p. 508-514, 2013.

CREFITO. **Definição de Fisioterapia e Áreas de Atuação**. Disponível em: <https://crefito4.org.br/site/definicao/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

DODT, A. C. C. F. **Fragilidade e risco de quedas em idosos de uma unidade de atenção primária à saúde**. 2019. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

ESPIRITO SANTO (estado). **Mapa PDR 2020**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Regionais%20de%20Sa%C3%BAdede/Mapa%20PDR%20Saude%202020.pdf>. Acesso em: 4 out. 2024.

FALCÃO, R. M. M. et al. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. Esp., p. 1-8, 2019.

FERREIRA, F. B. **Desafios do envelhecimento: a adoção de leis protetivas e projetos de acessibilidade no município Presidente Kennedy/ES**. 2021. 93 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desaenvolvimento) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAN, Vitória, 2021.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GONÇALVES, I. C. M. et al. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2022.

GORDILLO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio para a saúde saudável. **Análise e Dados**, v. 10, n. 4, p. 138-153, 2001.

GUCCIONE, A. A.; WONG, R. A.; AVERS, D. **Fisioterapia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GULLICH, I.; CORDOVA, D. D. P. Queda em idosos: estudo de base populacional. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 15, n. 4, p. 230-234, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2022**. Resultados preliminares. Brasília: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados**. 2024. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/presidente-kennedy.html>>. Acesso em: 28 jun. 2024.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo**. Vitória: ISJN, 2015.

LAGE, I. et al. Quedas em idosos que vivem sozinhos: o papel dos fatores individuais, sociais e ambientais. **Enfermería clínica**, v. 32, n. 6, p. 396-404, 2022.

LEÃO, G. C. et al. Papel do fisioterapeuta no envelhecimento ativo. **Cad. Edu Saúde e Fis**, v. 7, n. 13, p. 1-9, 2020.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cohort Profile: The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). **Int J Epidemiol**, v. 52, n. 1, p. 57-65, 2023.

MACHADO, K. R. F.; PAMPOLIM, G.; SOGAME, L. C. M. Situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy. In: CRUZ, C. A. M. et al. (Orgs.). **Políticas públicas e desenvolvimento local: suas expressões no município de Presidente Kennedy**. São Paulo: Athena, 2024.

MATOS, A. A. L. **A percepção do idoso sobre o envelhecimento humano em um grupo da terceira idade no município de Bom Jesus do Itabapoana/RJ**. 2020. 111f. Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, 2020.

MELLO, C.; ROCHEDO, I. E. **Associação entre padrões de multimorbidade e histórico de quedas em idosos comunitários**. 2023. 20 f. Artigo (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2023.

MONTERO-ODASSO, M. et al. Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. **Age and Ageing**, v. 51, n. 9, p. 1-36, 2022.

MOREIRA, B. C. et al. Correlação entre Risco de Quedas e Capacidade Funcional de Idosos no Ambiente Domiciliar. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. 347-363, 2020.

MOREIRA, M. F. et al. Fatores relacionados à queda em mulheres ativas a partir de 50 anos: aspectos clínicos e funcionais associados. **Mundo da Saúde**, n. 44, p. 183-192, 2020.

MOREIRA, V. G. Biologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MOURA, L.; MACIEL, T. Cidade amiga da pessoa idosa: uma utopia para a Brasília metropolitana na década do COVID-19. **Revista Do CEAM**, v. 6, n. 1, p. 50–63, 2020.

MURRAY, C. J. L. et al, Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, H. M. L. et al. Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: Revisão de Literatura. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 9, n. Esp., p. 43-47, 2017.

OLIVEIRA, M. S.; SOGAME, L. C. M.. Envelhecimento populacional e transição demográfica: um olhar sobre o estado do Espírito Santo. In: ARAUJO, S.;

CAVALCANTI, U. (Orgs.). **Saúde Pública e Saúde Coletiva: Agenda para debates**. Ponta Grossa: Atena, 2023.

OMRAN, A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Quedas**. Genebra: OMS, 2018.

PAMPOLIM, G.; VERZOLA, I. G.; OLIVEIRA, G. P. L.; FERRES, A. M.; DIAS, L. L.; SOGAME, L. C. M. Multimorbidade em idosos de uma comunidade de Vitória-ES: prevalência e fatores associados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, n. 3, p. 273-289, 2022.

PAULA, J. G. F. et al. Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos de três instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, n. 54, p. 1-8, 2020.

PEREIRA, C. B.; KANASHIRO, A. M. K. Falls in older adults: a practical approach. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 80, n. 5, p. 313-323, 2022.

PEREIRA, S. M. R. et al. **Quedas em idosos**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília; Conselho Federal de Medicina, 2002.

PÍCOLI, T. S. et al. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 455-462, 2011.

PIOVESAN, A. C. et al. Avaliação do Teste de Tinetti e Mini-Exame do Estado Mental em idosas moradoras da comunidade Roberto Binatto, Santa Maria (RS). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 341-352, 2015.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PRATO, S. C. F. et al. Frequência e fatores associados às quedas em adultos com 55 anos ou mais. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 10, p. 37-49, 2017.

PRESIDENTE KENNEDY (Município). **Manual de Orientações sobre o Serviço no Centro de Fisioterapia**. Presidente Kennedy: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

PRESIDENTE KENNEDY (Município). **Relatório anual do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV)**. Presidente Kennedy: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2023.

RIBEIRO, A. F. M. et al. Influência das atividades de lazer na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Cuid Enferm**, v. 15, n. 1, p. 82-89, 2021.

RODRIGUES, F. et al. Uma revisão sobre envelhecimento, sarcopenia, quedas e treinamento de resistência em idosos residentes na comunidade. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 2, p. 874-883, 2022.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Quedas em idosos domiciliados e sua associação com as atividades da vida diária. **Rev Enferm**, v. 23, n. 5, p. 589-95, 2015.

SANGLARD, C.; ABREU, G. K. P.; SOGAME, L. C. M. Contextualização das políticas públicas: dignidade e saúde para o idoso: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 7., 2019, vitória. **Anais...** Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

SANTOS, R. K. M. et al. Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3753–3762, 2015.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. 2003. La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. **Salud Pública de México**, v. 45, Supl 1, p. 140-152, 2003.

SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. **Métodos de Pesquisa para alunos de negócios**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2012.

SCHRAMM, M. D. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SENA, A. C. et al. Cuidados de enfermagem relacionados à prevenção de quedas em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 74, Suppl 2, p. 1-10, 2021.

SILVA, E. S. **Fatores econômicos, qualidade de vida e fragilidade de pessoas idosas residentes na comunidade**. 2022. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.

SILVA, I. T.; PINTO JUNIOR, E. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos residentes em estado de residência **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 17, n. 2, p. 275-287, 2014.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

SOARES, W. J. S. et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 17, n. 1, p. 49-60, 2014.

SOUZA, L. H. R. Queda em idosos e fatores de risco associados. **Rev. Aten. Saúde**, v. 15, n. 54, p. 55-60, 2017.

STETER, A. M. et al. Importância da avaliação do equilíbrio e marcha do idoso. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 1, p. 43-47, 2014.

TIEDEMANN, A. et al. The role of exercise for fall prevention in older age. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 19, n. 3, p. 541-547, 2013.

TINETTI, M. E. et al. Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. **Am J Med**, v. 80, n. 1, p. 429-434, 1986.

TOMAZ, A. C. S. et al. Análise do risco de quedas em idosos submetidos a avaliação da mobilidade, equilíbrio e marcha. **Arquivos do Mudi**, v. 25, n. 3, p. 10-14, 2021.

VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica, da população brasileira, e impacto nas internações no Âmbito do SUS. **Educere**, v. 1, n. 2, p. 144-158, 2019.

VIEIRA, L. S. et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 22, p. 1-14, 2018.

WEBER, L.; CRAVEIRO, I.; COLUSSI, C. F. Comprehensive and integrated care in healthy aging policies: comparison between Portuguese and Brazilian health systems. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, n. 1, p. 1-21, 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO

I - Perfil Sociodemográfico e econômico

Idade: 1. 60 a 70 anos 2. 71 anos ou mais

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

Etnia: 1. Branco 2. Pardo 3. Negro 4. Indígena 5. Amarelo

Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Primário 3. Fundamental 4. Médio 5. Técnico
6. Superior

Aposentado: 1. Não 2. Sim

Pensionista: 1. Não 2. Sim

Trabalha: 1. Não 2. Sim **Profissão:** _____

Renda individual: 1. Até 1 s.m. 2. Entre 1.1 e 5 s.m. 3. Não informado

Recebe algum benefício ou apoio financeiro: 1. Não 2. Sim

Se sim, qual? _____

II – Arranjo familiar

Companheiro: 1. sim 2. não

Filhos: 1. Não 2. Sim

Quantos filhos: 1. Entre 1 e 3 2. Entre 4 e 6 3. 7 ou mais

Mora sozinho: 1. Não 2. Sim

Qtd. Moradores: 1. Entre 1 e 2 2. Entre 3 e 4 3. 5 ou mais

Residência Multigeracional: 1. Não 2. Sim

Tem apoio: 1. Não 2. Sim

III – Condições de saúde e hábitos de vida

Doenças Crônicas: 1. Não 2. Sim

Diagnóstico clínico

1. HAS
2. Diabetes
3. Artrite/artrose
4. Osteoporose
5. Outras _____

Multimorbidades: 1. Não 2. Sim

Quedas no último mês: 1. Não 2. Sim Quantas vezes _____

Quedas nos últimos 6 meses: 1. Não 2. Sim Quantas vezes _____

Possui cuidador? 1. Não 2. Sim

Sai de casa sozinho? 1. Não 2. Sim

Fuma: 1. Não 2. Sim

Bebe: 1. Não 2. Sim

Pratica atividade física: 1. Não 2. Sim

Pratica atividade de Lazer: 1. Não 2. Sim

Polifarmácia: 1. Não 2. Sim

IV - Avaliação do risco de Queda

Pontuação Total do Paciente	Risco de queda
	Alto ()
	Moderado ()
	Baixo ()

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE TINETTI

Teste de Equilíbrio

(Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)

1) Equilíbrio sentado:	(0) Inclina-se ou desliza na cadeira (1) Estável, seguro
2) Levanta-se da cadeira:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, usa membros superiores para auxiliar (2) Capaz sem usar membros superiores
3) Tentativas para se levantar:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, requer mais de uma tentativa (2) Capaz de se levantar, uma tentativa
4) Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	(0) Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) (1) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Estável sem dispositivo de auxílio
5) Equilíbrio de pé:	(0) Instável (1) Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio (2) Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6) Desequilíbrio no esterno (sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas:	(0) Começa a cair (1) Cambaleia, se agarra e se segura em si mesmo (2) Estável

7) Olhos fechados:	(0) Instável (1) Estável
8) Girar 360°:	(0) Instabilidade (se agarra, cambaleia) (1) Passos descontinuados (2) Continuidade
9) Sentar-se:	(0) Inseguro (não avalia bem a distância, cai na cadeira) (1) Usa os braços ou não tem movimentos suaves (2) Seguro, movimentos suaves
Escore de equilíbrio:	/16

Teste de Marcha

(Instruções: Sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual e, em seguida, rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais):

1) Iniciação da marcha:	(0) Imediato e após o comando Vá (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) (1) Sem hesitação
2) Comprimento e altura do passo:	a) Perna D em balanceio: (0) Não passa o membro E (1) Passa o membro E (0) Pé D não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé D se afasta completamente do solo b) Perna E em balanceio (0) Não passa o membro D (1) Passa o membro D (0) Pé E não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé E se afasta completamente do solo
3) Simetria do passo:	(0) Passos D e E desiguais

	(1) Passos D e E parecem iguais
4) Continuidade do passo:	(0) Parada ou descontinuidade entre os passos (1) Passos parecem contínuos
5) Desvio da linha reta (distância aproximada de 3 m X 30 cm):	(0) Desvio marcado (1) Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Caminha em linha reta sem dispositivo de auxílio
6) Tronco:	(0) Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (1) Sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (2) Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dis- positivo de auxílio à marcha
7) Base de apoio:	(0) Calcanhares afastados (1) Calcanhares quase se tocando durante a marcha
Escore de marcha:	/12

Escore Total	/28
---------------------	------------

Fonte: Tinetti et al. (1986)

ANEXO B – PARECER DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO DE QUEDA EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UM CENTRO DE FISIOTERAPIA DA CIDADE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Pesquisador: KARLA MALHEIROS SCANDIANI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75701423.9.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.538.922

Apresentação do Projeto:

As consequências das quedas na população idosa são de grande gravidade, podendo causar redução na funcionalidade, a ponto do idoso perder sua independência, sendo um evento que não se limita ao desempenho funcional, mas afeta múltiplos aspectos da vida, incluindo domínios psicológicos e cognitivos. Por isso, o presente estudo se propõe a analisar o risco de queda em idosos assistidos por um Centro de Fisioterapia da cidade de Presidente Kennedy-ES, à luz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de caráter transversal, realizada com todos os idosos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estiverem em atendimento no Centro de Fisioterapia e que aceitem participar do estudo (atualmente são 56).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o risco de queda em idosos assistidos por um Centro de Fisioterapia da cidade de Presidente Kennedy-ES, à luz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nesta pesquisa o risco está associado à possibilidade de perda da confidencialidade dos dados. O

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.538.922

pesquisador se compromete a minimizar mediante o compromisso formal do pesquisador de não divulgar as informações obtidas, a não ser na apresentação dos resultados, preservando o sigilo e os nomes dos entrevistados.

Desse modo, a coleta de dados será realizada no centro de fisioterapia, em um consultório fechado, com a presença somente da pesquisadora, a fim de manter a privacidade do idoso e, caso solicite, do seu acompanhante. O risco de queda, devido à perda de equilíbrio durante a aplicação da escala de Tinetti será minimizado pela presença da avaliadora ao lado do idoso, amparando-o durante todo o tempo.

Benefícios:

Considera-se que esta pesquisa será de grande utilidade para que os profissionais de saúde, bem como familiares e cuidadores de idosos da cidade de Presidente Kennedy, possam desenvolver ações que possam reduzir e minimizar os riscos de quedas na população idosa.

O estudo pode também contribuir com a gestão municipal, para o desenvolvimento de programas de prevenção às quedas, incluindo ações de avaliação voltadas à identificação dos fatores de risco, bem como estratégias para reduzir a chance de lesões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo já está autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, via Declaração de Anuência, e o pesquisador se propõe, em todas as etapas da pesquisa, respeitar as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo

Seres Humanos, da Resolução nº 466/12, bem como a inclusão dos participantes só ocorrerá mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados, incluindo o TCLE. Há um erro de digitação no último "MANUTEÇÃO DO SIGILO", que deve ser adequado, mas não compromete o entendimento do TCLE

Recomendações:

Ajustar a palavra Manutenção no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ajustar a palavra Manutenção no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	CEP: 29.045-402
Bairro: Bairro Santa Luiza	
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586
	E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.538.922

Plataforma Brasil;

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2236796.pdf	10/11/2023 14:52:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.doc	10/11/2023 14:40:22	KARLA MALHEIROS SCANDIANI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/11/2023 14:27:56	KARLA MALHEIROS SCANDIANI	Aceito
Outros	Carta.pdf	31/10/2023 15:47:48	KARLA MALHEIROS SCANDIANI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	31/10/2023 15:36:37	KARLA MALHEIROS SCANDIANI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 28 de Novembro de 2023

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br