



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

BRENDA NATALLY SOARES FURTADO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS USUÁRIOS DE UBSF'S

**CAMPINA GRANDE
2017**

BRENDA NATALLY SOARES FURTADO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS USUÁRIOS DE UBSF'S

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo.

Coorientador: Prof. Mestrando Edivan Gonçalves da Silva Júnior.

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

F992i Furtado, Brenda Natally Soares.
Identificação do risco de quedas em idosos usuários de
UBSF's [manuscrito] / Brenda Natally Soares Furtado. - 2017
30 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo,
Departamento de Fisioterapia - CCBS."

"Coorientação: Prof. Esp. Edivan Gonçalves da Silva
Júnior, Departamento de Psicologia - CCBS.""

1. Envelhecimento. 2. Acidentes por quedas. 3. Fatores de
risco. 4. Medo. 5. Idosos.

21. ed. CDD 615.82

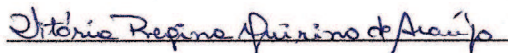
BRENDA NATALLY SOARES FURTADO

**IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS
USUÁRIOS DE UBSF'S**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado, na modalidade de artigo
científico, ao departamento de Fisioterapia
da Universidade Estadual da Paraíba
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 29/11/2017.

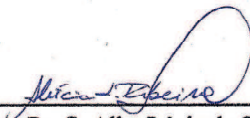
Banca Examinadora



Prof.ª Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo
Orientador(a) UEPB



Prof.ª Dra. Maria do Carmo Eulálio
Examinador(a) UEPB



Prof.ª Alba Lúcia da Silva Ribeiro

Examinador(a) UEPB

Ao meu pai, Meinardo Furtado (*in memoriam*) por ser
minha inspiração, amor, amigo e saudade diária,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu infinito amor, que me cerca por todos os lados, me proporcionando força e alegria para viver todos os dias. Quem me faz enxergar que viver sem propósito é apenas existir.

À minha família, por todo apoio dedicado. Em especial a minha mãe, Andreza, por ser uma mulher valente, que exala alegria e fé, àquela que mais acredita e torce por mim. E as minhas irmãs, Bianca e Anna Beatriz, pela amizade, e por dividir comigo as tristezas e alegrias, vocês são o motivo das minhas conquistas, a vocês dedico todo meu amor.

Ao meu pai Meinardo (*in memoriam*), dedico todo esse trabalho, pois reconheço a sua dedicação na minha formação, meu companheiro e amigo, àquele ao qual é reservada a saudade exponencial, ao passo que todos os dias me remeto as grandes lembranças que ficaram; nunca saberei descrever tamanha saudade e amor.

Aos amigos de perto, todos que dividiram pesos e multiplicaram alegrias. Em especial aos que me apoiaram durante esse trabalho e forneceram ajuda, Allef Buriti e Flávia Silva.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB, que contribuíram ao longo de toda a graduação, vocês me inspiraram, incentivaram, e forneceram conhecimento e experiência.

Aos mestres, a todos que transferiram conhecimento, saber científico e experiência prática, que ofertaram oportunidades, que ensinaram com a vida.

À minha orientadora, Prof. Dra. Vitória Quirino, pela oportunidade de trabalhar com a temática do envelhecimento, pela vivência compartilhada em pesquisa, por incentivar a produção do saber científico.

Ao meu coorientador, Edivan Gonçalves, por todo apoio, paciência e direcionamento.

Ao grupo do GEPES, ao qual compartilhei poucos momentos em tempo cronológico, entretanto foi de qualidade e parceria, a todos os colegas que contribuíram de forma direta para este trabalho. Em especial a coordenadora do grupo, a Prof. Dra. Maria do Carmo Eulálio.

À Prof. Alba Ribeiro, por ofertar conhecimento de forma bem humorada, demonstrando sempre informalidade e aproximação com os alunos, é um prazer tê-la como examinadora.

Aos colegas de curso por todos os momentos compartilhados, e pelas amizades firmadas, Katiuska, Adriele, Douglas, Wendell, Bruna, Sara, Larissa, Gisele, desejo à todos muito sucesso.

À todos que fizeram parte direta ou indiretamente da minha formação.

A vocês toda minha gratidão!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4. CONCLUSÃO.....	19
5. REFERÊNCIAS	21
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	25
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	26
ANEXO A – ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS- INTERNACIONAL-BRASIL.....	29
ANEXO B – TIMED UP AND GO (TUG)	30

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS USUÁRIOS DE UBSF'S

Brenda Natally Soares Furtado*

RESUMO

O envelhecimento causa declínios fisiológicos, determinando o agravamento dos fatores de risco para quedas, um evento que está relacionado à morbi-mortalidade do idoso. **Objetivo:** Identificar os riscos e ocorrências de quedas em idosos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 494 idosos adscritos em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Campina Grande- PB. Para avaliar o medo de quedas, foi utilizada a versão brasileira da *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I-Brasil), para avaliar mobilidade o teste *Timed up and Go* (TUG). Os dados foram analisados no SPSS 18.0, por meio de análise estatística descritiva, teste não paramétrico de Mann-Whitney e correlação de Spearman. **Resultados:** Da amostra estudada, 397 (80,3%) eram mulheres, a média de idade total foi de 71,11 anos ($\pm 7,08$). Destes idosos 163 (33%) relataram quedas nos últimos 12 meses e 324 (65,6%) relataram medo de cair. A média de quedas relatadas foi de 2,28 ($\pm 3,40$), o tempo gasto no TUG foi de 12,52 segundos ($\pm 4,13$). As mulheres apresentaram maior escore na FES-I-BRASIL. Os idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses apresentam maiores escores para o FES-I-BRASIL e para o TUG. Foi observado correlações positivas fracas entre idade e o FES-I-Brasil ($r=0,139$; $p=0,002$), entre o tempo gasto no TUG e o aumento do FES-I-Brasil ($r=0,248$; $p=0,001$). **Conclusão:** O presente estudo identificou alta prevalência de medo de cair nos idosos pesquisados nas Unidades Básicas de Saúde, e correlação entre o medo de cair e a mobilidade.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Fatores de risco. Medo. Acidentes por quedas.

* Acadêmica de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: brenda.natally@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um contexto amplo, pois se inicia ao passo que se cronometra ou contabiliza o tempo. Todavia quando nos relacionamos à população idosa temos em consenso um tempo estimado, sendo considerado idoso pela Organização mundial da Saúde (1984) aquele que tem 60 anos ou mais e em países desenvolvidos 65 anos ou mais. No Brasil dispositivos legais confirmam essa faixa etária para classificação da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

À medida que a idade avança desenvolver atividades habituais torna-se um desafio, associado a múltiplos fatores que interferem na autonomia e independência dos idosos. As quedas são destaque dentre os vários fatores, pois é um evento único que pode repercutir no âmbito social, econômico e de saúde do idoso, o que o torna um evento destaque (CAVALCANTE; AGUIAR; GURGEL, 2012).

O processo de envelhecimento causa declínio na força muscular, amplitude de movimentos, na velocidade de resposta da co-contracção muscular, déficit na capacidade visual e auditiva, podendo estar relacionadas aos declínios nos sistemas músculo-esquelético, neuromuscular e sensorial. Tais alterações físicas aumentam o risco de quedas, tendo como consequência ou gatilho para redução da independência funcional e a diminuição na qualidade de vida (ROSA et al. 2015).

Considera-se como queda um evento não intencional, caracterizado pela alteração da posição corporal, para uma posição inferior, a qual não tem possibilidade de correção. A mesma é determinada por causas multifatoriais, que de alguma maneira comprometem a estabilidade do indivíduo ou sua capacidade de corrigir uma postura. A queda tem grande relevância na saúde da pessoa idosa, pois está relacionada à morbimortalidade dessa população (MENEZES; VILAÇA; MENEZES, 2016).

As causas multifatoriais podem estar relacionadas a fatores intrínsecos ao indivíduo, como é o equilíbrio e a mobilidade. E os fatores extrínsecos que são os riscos ambientais ao qual o indivíduo está susceptível, são alterações decorrentes da interação dos idosos com o ambiente, como superfícies irregulares ou escorregadias, ambientes pouco iluminados, tapetes soltos (SANDOVAL et al. 2013; SMITH et al. 2017).

Outro fator que está constantemente relacionado a quedas é o medo de cair, tido como íntima relação com a fragilidade e o risco aumentado de quedas. Acreditava-se que esse sentimento estava relacionado apenas à ocorrência das quedas, sendo por fim uma consequência, contudo fica sabido que é presente também naqueles indivíduos que nunca

experimentaram a queda. O medo está relacionado com a baixa confiança e eficácia de evitar quedas, esses indivíduos tem a tendência de privar-se de atividades por visualizar obstáculos ameaçadores, impedindo o desenvolvimento de habilidades e fortalecendo o sentimento de medo (MOREIRA et al. 2013; CAMARGOS et al. 2010).

O medo pode causar limitações que tornam o indivíduo mais lento e receoso, o que pode desencadear barreiras para execução de suas atividades. Isso pode influenciar na redução da mobilidade, que por sua vez, pode comprometer a musculatura e equilíbrio. O não exercício das habilidades funcionais, que permitem o movimento livre, irá comprometer diretamente a capacidade física, o que por sua vez aumenta o risco para quedas. Por esse motivo entendemos que o sentimento de medo pode ser uma consequência de quedas, contudo pode também se comportar como um preditor delas, tornando um ciclo vicioso (SHIROOKA et al. 2017; AYOUBI et al. 2015).

Todavia tratando as alterações posturais, de mobilidade como um fator anterior ao sentimento de medo, podemos inferir que o envelhecimento é a causa para declínios sistêmicos. O equilíbrio postural dinâmico desenvolvido durante a marcha é um resultado da manutenção de uma postura sem oscilação, por meio da interação entre os sistemas sensorial, músculo esquelético e nervoso central. Nos idosos essas capacidades tornam-se diminuídas, sendo gatilhos para o desequilíbrio, instabilidades e quedas (DE CARVALHO et al. 2015)

A população idosa é vulnerável a ocorrência de quedas por multi-fatores, para isso é mais indicado a investigação sobre os fatores de risco, pois as causas são eventos passados, dos quais não se poderão intervir (LEIVA-CARO et al. 2015). É preciso entender que muitos dos fatores de riscos para quedas são modificáveis ou treináveis, para isso se vê necessário a identificação dos mesmos (VITORINO et al. 2017).

O avanço da tecnologia aliada à saúde já tem auxiliado para diagnósticos, sendo possível detectar fatores de riscos intrínsecos, como as doenças e suas complicações. O grande desafio é fazer com que todo esse avanço ultrapasse a barreira do diagnóstico e alcance a capacidade de conceder melhorias na qualidade de vida, de forma que consiga gerar autonomia e independência funcional nas atividades de vida diária, minimizando os riscos para a pessoa idosa (RIBEIRO, 2012).

As quedas relacionadas ao envelhecimento são consideradas uma temática muito importante, bem como um evento sentinela para a saúde da pessoa idosa. Portanto, a contribuição para o bem-estar dessa população deve ser uma preocupação coletiva visando a prevenção de tais eventos. Nesse sentido, faz-se necessário estimular a pessoa idosa a se redescobrir e tornar-se ativa no processo de cuidados com a saúde, com vistas à preservação

da sua autonomia e independência, à medida que a família, os profissionais de saúde e cuidadores em conjunto, reconhecem as potencialidades deste indivíduo e os estimulam para as atividades do dia a dia (PINHO et al. 2012).

O objetivo, portanto desse estudo foi identificar riscos e ocorrência de quedas em idosos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Campina Grande, Paraíba.

Este estudo fez parte de uma pesquisa de grande porte intitulada “**Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na Rede de Atenção Básica de Saúde – Campina Grande-PB**”, contemplada no Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa – PROPESQ, através do Edital 01/2015 da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB.

A amostra foi não probabilística, estratificada e por acessibilidade. Participaram idosos com idades a partir de 60 anos, adscritos nas Unidades Básicas de Saúde dos seis distritos sanitários urbanos de Campina Grande. A estratificação da amostra ocorreu através da indicação, por parte dos gestores de cada distrito, de algumas unidades de saúde em que fosse possível a realização da pesquisa com idosos.

O tamanho mínimo da amostra estimada para a pesquisa foi de 381, para um erro amostral de 5% e um $\sigma = 1,96$ (intervalo de confiança de 95%). Considerando uma população de 42.519 pessoas idosas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), foi utilizada a fórmula para populações finitas: $n = \sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N / e^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q$. Ao final da coleta de dados, a pesquisa contou com a participação de 494 idosos. O que corresponde a participação cerca de 82 idosos de cada distrito urbano.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idade a partir de 60 anos, que estivessem adscritos nas Unidades Básicas de Saúde do distrito em que reside, que conseguiram caminhar mesmo que com auxílio de bengala ou andador e que aceitassem participar livremente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: recusa em participar do estudo, idosos acamados, com comprometimento cognitivo grave, déficit auditivo e/ou visual graves, ou idosos pós-cirurgiados, com comprometimentos da marcha.

A coleta de dados se deu nos espaços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campina Grande. As equipes das unidades de saúde promoveram o recrutamento dos idosos através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que entregava convites com horário e dia previamente agendados para o comparecimento às unidades de saúde. Também foram feitos convites a pessoas idosas que estavam em atendimento nas unidades, mesmo sem terem sido captados pelos ACS anteriormente. Ao início das coletas, os idosos eram informados acerca dos objetivos da pesquisa e questionados quanto a sua

disponibilidade em participar da mesma. Após o aceite, os idosos assinavam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e seguiam para as diferentes estações de coleta de dados que eram montadas para cumprimento das medidas contempladas no protocolo de pesquisa, o qual contava com escalas e instrumentos diversos referentes ao estudo de origem. A aplicação de todos os instrumentos da pesquisa teve duração de 2 (duas) horas, aproximadamente.

Foi aplicado um Questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), onde se investigou aspectos relativos a sexo, idade e estado civil.

Para identificar a ocorrência de quedas e seus riscos, foi adotada a FES-I-Brasil uma adaptação transcultural da *Falls Efficacy Scale - International* (YARDLEY et al. 2005; CAMARGOS et al. 2010) que apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, sendo elas: limpando a casa, vestindo ou tirando a roupa, preparando refeições simples, tomando banho, indo às compras, sentando ou levantando de uma cadeira, subindo ou descendo escadas, caminhando pela vizinhança, pegando algo acima da cabeça ou do chão, indo atender ao telefone antes que pare de tocar andando sobre superfície escorregadia, visitando a um amigo ou parente, andando em lugares cheios de gente, caminhando sobre superfície irregular, subindo ou descendo uma ladeira, indo a uma atividade social (ANEXO A). Os itens foram pontuados de 1 a 4, sendo eles, nenhum pouco preocupado, um pouco preocupado, muito preocupado e extremamente preocupado. Os itens referentes a esta escala não foram analisados individualmente, mas pela categorização dos escores onde o total pode variar de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema), distribuídos em três categorias, “não caidores” (1 a 23 pontos), “caidores” (≥ 23 pontos), “caidores recorrentes” (> 31 pontos). A FES-I Brasil constitui um instrumento que funciona como um indicador da possível ocorrência de queda.

A fim de complementar as informações acerca da ocorrência e medo de quedas foram acrescentados três itens à pesquisa, 1. O senhor (a) sofreu quedas nos últimos 12 meses? 2. O senhor (a) tem medo de cair? 3. Quantas quedas o senhor (a) sofreu?

Para avaliar o risco de quedas por meio de uma medida física, foi realizado o teste de mobilidade funcional, o *Timed Up and Go* (TUG) (PODSIADLO e RICHARDSON, 1991; OLIVEIRA, GORETTI e PEREIRA, 2006). A técnica consiste em solicitar que o indivíduo se levante de uma cadeira (altura de 45 cm, sem braços de apoio) e deambular por 3 metros, retornando e sentando novamente, enquanto se cronometra o tempo entre o comando “já” e o retorno a posição sentada (ANEXO B). Foram considerados indivíduos com menor risco de

quedas os que realizaram o teste em até 20 segundos, e com alto risco de quedas aqueles que gastaram mais de 20 segundos (RAMOS et al. 2015).

Os dados coletados através da aplicação dos instrumentos foram digitados no SPSS, versão 18, e devidamente revisados. A análise estatística se deu por meio da estatística descritiva, com medidas de tendência central e dispersão dos dados. Para comparar as variáveis contínuas (idade, FES-I-Brasil e tempo gasto no TUG) com as variáveis de ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, sexo e “teve medo de cair?” foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foram realizadas ainda análises de Correlação de Spearman. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012 CNS/MS, as quais regem as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o protocolo de número: 1.675.115. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram informados previamente sobre todos os procedimentos aos quais foram submetidos, bem como sobre a finalidade da pesquisa, e assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra do estudo foi constituída por 494 idosos, dos quais 397 (80,3%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 71,11 anos ($\pm 7,08$; Min = 60; Máx = 92). Do total, 209 (42,3%) são casados ou vivem com companheira (o); e 153 (31%) são viúvos. Ao serem questionados se os participantes haviam sofrido alguma queda nos últimos 12 meses, 163 (33%) relataram que sofreram quedas. Dos idosos participantes, 324 (65,6%) manifestaram ter medo de cair. Quanto ao FES-I-Brasil 169 (34,2%) foram classificados como caidores, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil geral da amostra estudada. Campina Grande, 2016-2017.

Variável/ Categorias	N	%
Sexo		
Feminino	397	80,4
Masculino	97	19,6
Estado Civil		
Casado ou vive com companheira (o)	209	42,3
Solteira (o)	66	13,4
Divorciado (a) ou desquitada (o)	66	13,4
Viúva (o)	153	31,0
Idade		
60 – 69 anos	221	44,7
70 – 79 anos	205	41,5
80 anos ou mais	68	13,8
FES-I- Brasil - risco de quedas		
Não caidores	165	33,4
Caidores	169	34,2
Caidores recorrentes	160	32,4
TUG – risco de quedas		
Menor risco de quedas	475	96,2
Alto risco de quedas	19	3,8
Sofreu Quedas?		
Sim	163	33,0
Não	331	67,0
Teve medo de cair?		
Sim	324	65,6
Não	170	34,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Em concordância com os resultados alcançados na presente pesquisa, o predomínio do sexo feminino na amostra é visto em diversos estudos. Indicando uma possível feminização da população, provavelmente por uma maior expectativa de vida das mulheres em relação aos

homens, seu menor grau de mortalidade ou maior natalidade; fatores que possivelmente explicam a caracterização de uma população (PINHO et al. 2012; SOUZA et al. 2013; SANTOS et al. 2015; NOGUEIRA et al. 2017; TOMICKI et al. 2017).

Os dados concernentes aos idosos que relataram ter sofrido quedas foi de 163 (33%), diferentemente do que foi alcançado no estudo de Nascimento e Tavares (2016), que contou com uma amostra de 729 idosos, dos quais 28,3% relataram a ocorrência de quedas. Estudo com idosos residentes em Cuiabá- MT constatou predominância de quedas nos últimos 12 meses, de 37,5% (SOARES et al. 2014), e valores inferiores foram encontrados em Florianópolis- SC, de 18,9% (ANTES et al. 2013), em contrapartida em Natal- RN foi de 53,6% (SANTOS et al. 2015). Contudo em uma pesquisa realizada com 6.616 idosos em 23 estados brasileiros, a prevalência foi de 27,6% (SIQUEIRA et al. 2011). Portanto, não foram encontradas pesquisas ou indicadores médios de prevalência de quedas para estabelecer um parâmetro de comparação.

Apesar dos idosos nesse estudo serem ativos e funcionalmente independentes apresentam um elevado risco para quedas identificado pelo medo de quedas, além de relatarem a ocorrência das mesmas. O consequente aumento do risco de quedas na população pode estar relacionado a um evento pregresso de queda, visto que a mesma pode gerar impactos negativos impedindo a maior mobilidade do idoso, além de gerar ansiedade e medo de cair novamente (BRASIL, 2013).

As medidas das variáveis contínuas estudadas, idade, FES-I-Brasil - risco de quedas, TUG e número de quedas, estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis. Campina Grande, 2016-2017.

Variável	n	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	494	71,11	70,00	7,08
FES-I-Brasil – risco de quedas	494	27,66	25,00	9,14
TUG – Tempo gasto em segundos	494	12,52	11,57	4,13
Número de quedas	148	2,28	1,00	3,40

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Foi identificada uma média de quedas nos últimos 12 meses de 2,28 (DP \pm 3,40), valores inferiores foram obtidos em uma pesquisa no município de Chapecó, onde foi identificada uma média de 1,6 quedas no ano (DP \pm 0,97) (FERRETTI; LUNARDI; BRUSCHI, 2013). O relato de quedas no último ano pode ter sido superestimado ou

esquecido pelos idosos dessa pesquisa. Todavia é possível identificar que as quedas no último ano foram presentes na amostra estudada.

O número de idosos que referiram medo de cair foi superior aos que relataram ter sofrido quedas, sendo eles 324 (65,6%). Portanto o medo de cair pode ocorrer independente da ocorrência das quedas (CASTRO et al. 2015). O medo de cair também foi avaliado por meio da FES-1- Brasil, que demonstrou altos índices de idosos caidores e caidores recorrentes, confirmando o risco de quedas por consequência do medo, que causa limitações nas atividades funcionais do idoso, tornando-o mais lento e receoso (SILVA et al. 2012).

A média obtida para o TUG na amostra estudada foi de 12,52 segundos ($\pm 4,13$), o qual está caracterizado como a faixa de riscos de quedas para a população brasileira, isso porque um estudo recente identificou como ponto de corte preditor de quedas para o TUG um valor de 12,47 segundos (ALEXANDRE et al. 2012), sendo indicada presença de alteração de mobilidade.

Resultado semelhante para o TUG foi encontrado no estudo de Utida, Budib e Batiston (2016), onde analisou 201 idosos com média de idade de 70,85 ($\pm 7,72$), que obteve tempo médio de 12,00 segundos ($\pm 0,57$) para realização do teste. O mesmo estudo também apontou correlação positiva entre o risco de quedas proposto pela escala FES-I-Brasil e o tempo do TUG.

Na Tabela 3 é possível comparar os escores, da FES-I-Brasil, TUG e idade entre os grupos de idosos que apresentaram ou não queda nos últimos 12 meses. Observou-se, significativamente, que os idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses apresentaram uma tendência maior de medo de quedas e de maior tempo gasto no TUG. Não foi encontrada diferença significativa para a variável idade entre os dois grupos.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre idade e medo de quedas (FES-I-Brasil) para a variável sexo. Os dados apontam uma tendência de maior medo de cair para o sexo feminino, quando comparado ao masculino.

Quanto ao medo de cair foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o FES-I-Brasil e o TUG, de modo que aqueles que relataram ter medo de cair apresentaram maior risco de quedas.

Tabela 3 – Comparação entre escalas funcionais e a ocorrência de quedas. Campina Grande, 2016-2017.

Medida avaliada		N	Rank médio	P
Queda nos últimos 12 meses				
Idade	Sim	163	260,13	0,167
	Não	331	241,28	
FES-I-Brasil – risco de quedas	Sim	163	285,90	0,001*
	Não	331	228,59	
TUG – Tempo gasto em segundos	Sim	163	276,59	0,001*
	Não	331	233,18	
Sexo				
Idade	Masculino	97	286,08	0,003*
	Feminino	397	238,07	
FES-I-Brasil – risco de quedas	Masculino	97	203,38	0,001*
	Feminino	397	258,28	
TUG – Tempo gasto em segundos	Masculino	97	231,54	0,219
	Feminino	397	251,40	
Teve medo de cair?				
Idade	Sim	324	254,01	0,162
	Não	170	235,10	
FES-I-Brasil – risco de quedas	Sim	324	298,18	0,001*
	Não	170	150,91	
TUG – Tempo gasto em segundos	Sim	324	258,04	0,023*
	Não	170	227,41	

Resultados do teste Mann-Whitney para a comparação entre as médias dos ranks, p*: estatisticamente significativo (< 0,5). Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

As mulheres apresentaram maior risco de quedas, quando comparadas aos homens, apresentando maior tendência a maior risco de quedas. O que pode estar relacionado ao fato das mulheres serem mais susceptíveis a doenças crônicas, por estarem mais expostas a riscos e por realizarem mais atividades domésticas (SILVA FHON et al. 2012; PEREIRA et al. 2013).

O medo de cair apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o risco de quedas e o TUG, indicando que os que afirmaram ter medo, tem uma tendência maior de demonstrar risco de quedas e maior tempo gasto no TUG. O medo de cair restringe as atividades dos idosos, levando-os a um declínio funcional e da qualidade de vida, já que estes se privam de atividades sociais, ou qualquer outra atividade que forneça riscos (CASTRO, 2015).

A análise de Correlação de Spearman demonstrou correlações positivas entre a idade e o FES-I-Brasil ($r=0,139$; $p=0,002$), entre o tempo de realização do TUG e o aumento do FES-I-Brasil ($r=0,248$; $p=0,001$). Observa-se que quanto maior a idade maior é a medo de quedas (FES-I-Brasil) e quanto maior o tempo despendido na realização do TUG maior também é o escore indicativo da FES-I-Brasil. Não houve correlação entre o número de quedas e as variáveis elencadas. (Tabela 4)

Tabela 4– Correlação entre variáveis e escalas. Campina Grande, 2016-2017.

Relação	Correlação de Spearman	P
Idade x FES-I-Brasil	0,139	0,002**
Idade x N° de quedas	0,87	0,295
N° de quedas x FES-I-Brasil	0,84	0,309
N° de quedas x TUG	0,042	0,615
TUG x FES-I-Brasil	0,248	0,001**

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Portanto, este estudo observou que, quanto maior a idade maior o risco de quedas, e quanto maior o tempo de realização do TUG maior o risco de quedas. O que nos permite dizer que os instrumentos utilizados conseguiram descrever o risco para ocorrência de quedas nos idosos estudados. Não houve correlações entre o número de quedas e as variáveis elencadas.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados à luz de algumas limitações metodológicas. Um possível viés em relação à resposta sobre a ocorrência de quedas, uma vez que o período analisado foram 12 meses, o que pode ter sido confundida por alguns idosos, da mesma forma o número de quedas relatadas. Por ser um estudo transversal não podemos estabelecer relações causais. Contudo as diferenças estatísticas aqui encontradas corroboram para a confirmação de alguns dados. Portanto, os instrumentos utilizados nessa pesquisa contribuíram para a identificação do risco de quedas.

4. CONCLUSÃO

O estudo contemplou o objetivo proposto, permitindo avaliar o risco e a ocorrência de quedas em idosos adscritos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande-PB. Ressalta-se a importância dos resultados obtidos para elaboração do planejamento de ações que estabeleçam futuras intervenções que busquem minimizar os riscos de quedas em idosos.

Os resultados indicam necessidade de uma maior atenção para os idosos com risco de quedas, histórico de quedas e de medo de cair, sendo este um sentimento que restringe o idoso de realizar atividades de vida diária, causando diminuição da autonomia e possível dependência.

IDENTIFICATION OF THE RISK OF FALLS IN ELDERLY USERS OF UBSF'S

ABSTRACT

Aging causes physiological declines, determining the increase of risk factors for falls, an event related to the morbidity and mortality of the elderly. **Objective:** To identify the risks and occurrences of falls in the elderly. **Materials and methods:** This was a cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with 494 elderly people enrolled in Basic Health Units of the urban area of Campina Grande, PB, Brazil. It was applied the Brazilian version of the *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I-Brazil) to evaluate the fear of falls and the *Timed up and Go* (TUG) test for mobility. The data were analyzed in SPSS 18.0, using descriptive statistical analysis, non-parametric Mann-Whitney test and Spearman's correlation. **Results:** In the studied sample group, 397 (80.3%) were women and the mean age was 71.11 years (± 7.08). From those, 163 (33%) reported falls in the last 12 months and 324 (65.6%) reported fear of falling. The mean number of falls reported was 2.28 (± 3.40), the time spent in the TUG was 12.52 seconds (± 4.13). The women showed a higher FES-I-BRASIL score. The elderly patients who suffered falls in the last 12 months presented higher scores for FES-I-BRASIL and TUG. It was noticed positive correlations between age and FES-I-Brazil ($r = 0,139$; $p = 0.002$), between the time spent on TUG and the increase in FES-I-Brazil ($r=0,248$; $p = 0.001$). **Conclusion:** The present study identified a high prevalence of fear of falling in the surveyed elderly in the Basic Health Units, and a correlation between fear of falling and mobility.

Keywords: Aging. Risk Factors. Fear. Accidental Falls.

5. REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Tiago S. et al . Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 16, n. 5, p. 381-388, Oct. 2012 .

ANTES, Danielle Ledur et al . Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 758-768, Apr. 2013.

AYOUBI, Farah et al. Fear of falling and gait variability in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 1, p. 14-19, 2015.

BRASIL. Lei n. 57, de 23 de setembro de 2003 (n. 3.561, de 1997, na Casa de Origem). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 de setembro de 2003.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Protocolo Prevenção De Quedas: protocolo elaborado pela equipe técnica do Proqualis; 2013.

CAMARGOS, Flávia F. O. et al . Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 237-243, June 2010.

CASTRO, Paula Maria Machado Arantes et al . Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 129-140, mar. 2015 .

CAVALCANTE, André Luiz Pimentel; AGUIAR, Jaina Bezerra de; GURGEL, Luilma Albuquerque. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** , Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 137-146, 2012.

DE CARVALHO, Isabela Feitosa et al. Uso da bandagem infrapatelar no desempenho físico e mobilidade funcional de idosas com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 119-127, 2015.

FERRETTI, Fatima; LUNARDI, Diany; BRUSCHI, Larissa. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 4, p. 753-762, Dec. 2013.

LEIVA-CARO, José Alex et al . Relação entre competência, usabilidade, ambiente e risco de quedas em idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 6, p. 1139-1148, Dec. 2015 .

MENEZES, Carolline; VILACA, Karla Helena Coelho; MENEZES, Ruth Losada de. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro , v. 75, n. 1, p. 40-44, Feb. 2016.

MOREIRA, Mayle Andrade et al. A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 71-80, 2013.

NASCIMENTO, Janaína Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 2, e0360015, 2016.

NOGUEIRA, Leticia Veloso et al. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 15, n. 2, p. 90-3, abr./jun. 2017.

OLIVEIRA, DLC; GORETTI, LC; PEREIRA, LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 10, n. 1, p. 91-96, 2006.

Organização Mundial de Saúde. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984.

PEREIRA, Alexandre Alves et al. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 535-546, 2013.

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de et al . Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 320-327, Apr. 2012 .

PODSIADLO, Diane; RICHARDSON, Sandra. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

RAMOS, Gizele Carmem Fagundes et al . Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 2, p. 122-131, June 2015.

RIBEIRO, C. Envelhecimento e o Paradigma Funcional. In: RIBEIRO, Cristina. As 8 Premissas da Fisioterapia Gerontológica: A atuação fisioterapêutica sob a ótica da gerontologia. São Paulo: Andrei. 2012. cap.1, p. 23-34.

ROSA, Tábada Samantha Marques et al. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 59-69, 2015.

SANDOVAL, Renato Alves et al. Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 855-863, 2013.

SANTOS, Roberta Kelly Mendonça dos et al . Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3753-3762, dez. 2015.

SHIROOKA, Hidehiko et al. Cognitive impairment is associated with the absence of fear of falling in community-dwelling frail older adults. **Geriatrics & gerontology international**, v. 17, n. 2, p. 232-238, 2017.

SILVA, Alexandre da et al . Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 2181-2190, Aug. 2012.

SILVA FHON, Jack Roberto et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, 2012.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al . Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, p. 1819-1826, Sept. 2011.

SMITH, A. A. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2017.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza et al . Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 49-60, Mar. 2014.

SOUZA, Cibele Cardenaz de et al . Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013.

TOMICKI, Camila et al. Associação entre número de quedas e força muscular de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 101-116, 2017.

UTIDA, Karina Ayumi Martins; BUDIB, Mariana Bogoni; BATISTON, Adriane Pires. Medo de cair associado a variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande-MS. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 441-452, June 2016.

VITORINO, Luciano Magalhães et al . Medo de cair em idosos residentes no domicílio: fatores associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03215, 2017.

YARDLEY, Lucy et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). **Age And Ageing**, v. 34, n. 6, p.614-619, 1 nov. 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,

....., concordo em participar da pesquisa intitulada “Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde – Campina Grande-PB”, sob a responsabilidade da profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio. A referida pesquisa tem como objetivo principal analisar a resiliência, a qualidade de vida e a síndrome da fragilidade em idosos, visando à obtenção de dados acerca de fatores que oferecem risco ao estado de saúde dos idosos, assim como a investigação dos fatores psicossociais que atuam na proteção dos efeitos deletérios à saúde dos mesmos. Estima-se que o presente estudo forneça dados fundamentais para a efetivação de ações com o público idoso, de modo a nortear as práticas dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, considerando os perfis psicossociais e de saúde das diferenciadas demandas (declínios e mecanismos de proteção e adaptação frente às adversidades de vida) que surgem no processo de envelhecimento.

Declaro minha autorização para responder aos seguintes instrumentos: Questionário demográfico, de variáveis de saúde e acesso aos serviços médicos; Mine-Exame do Estado Mental; Escala de Eventos Estressantes, Escala de Resiliência, Questionário de Saúde Geral (QSG-12), Inventário da Rede de Suporte Social, Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF; Escala de Esperança; Escala de Gratidão; Escala de Depressão; Medidas de fragilidade, capacidade funcional (Índice de Katz, Escala de Lawton, *Timed Up and Go Test* (TUG) e risco de quedas (*Falls Efficacy Scale-International-FES-I*). Fui esclarecido e estou de acordo que num segundo momento da pesquisa poderei ser convidado para participar de uma entrevista semiestruturada ou de um grupo focal, em locais e datas informados previamente pelo pesquisador.

Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde. Estará garantido o sigilo e anonimato das informações cedidas por mim e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou qualquer constrangimento. O presente estudo não acarretará em gastos adicionais e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros para a minha pessoa.

No caso de haver alguma dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (083) 3315-3479.

Assinado Pesquisador Responsável

Assinado Participante

Impressão digital

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1. Qual é sua idade?

_____ anos

99. NR

2. Qual é sua data de nascimento?

____/____/_____

99. NR

3. Gênero

1. Masculino

2. Feminino

4. Qual é o seu estado civil?

1. Casado/a ou vive com companheiro/a

2. Solteiro/a

3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a

4. Viúvo/a

99. NR

5. Qual sua cor ou raça?

1. Branca

2. Preta

3. Mulata/cabocla/parda

4. Indígena

5. Amarela/oriental

99. NR

6. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?

99. NR

7. Trabalha atualmente?

1. Sim

2. Não (**ir para a questão B 10**)

99. NR

8. O que o/a senhor/a faz? _____

9. O/a senhor/a é aposentado/a?

1. Sim

2. Não

99. NR

B 10. O/a senhor/a é pensionista?

1. Sim

2. Não

99. NR

11. O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples?

1. Sim
2. Não
99. NR

12. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos
2. Curso de alfabetização de adultos
3. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)
4. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
5. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
6. Até o ____ ano do Curso Superior
7. Pós-graduação incompleta
8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
99. NR

13. Número de anos de escolaridade (**calcular sem perguntar**)

_____ anos

14. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem?

_____ filhos/as

99. NR

ARRANJO DE MORADIA

Com quem o/a senhor/a mora?

	Sim	Não
B 15. Sozinho	1	2
B 16. Marido/mulher / companheiro/a	1	2
B 17. Filho/s ou enteado/s	1	2
B 18. Neto/s	1	2
B 19. Bisneto/s	1	2
B 20. Outro/s parente/s	1	2
B 21. Pessoa/s fora da família	1	2

22. O/a senhor/a é proprietário de sua residência?

1. Sim
2. Não
99. NR

23. O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim
2. Não

99. NR

24. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

25. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

26. Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

1. Sim

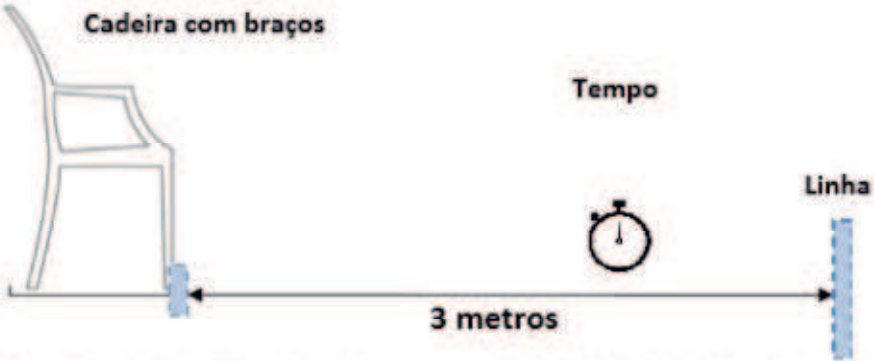
2. Não

99. NR

ANEXO A – ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS- INTERNACIONAL-BRASIL

Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-Brasil)					
<p>Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é a sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque o quadradinho que mais se aproxima de sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.</p>					
		Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
		1	2	3	4
1	Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	1	2	3	4
2	Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
3	Preparando refeições simples	1	2	3	4
4	Tomando banho	1	2	3	4
5	Indo às compras	1		3	4
6	Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
7	Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
8	Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
9	Pegando algo acima da cabeça ou do chão	1		3	4
10	Indo atender o telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
11	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12	Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
13	Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
14	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
15	Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
16	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4

ANEXO B – TIMED UP AND GO (TUG)

TUG – “TIMED UP AND GO”	
ESTIMA O RISCO DE QUEDAS	
1. COMO FAZER	
<p>Pede-se para o indivíduo levantar-se de uma cadeira com braços, estando com as costas apoiadas, andar com sua marcha habitual (incluindo dispositivos auxiliares de marcha) por três metros, fazer a volta e retornar para a posição inicial. O tempo para realizar a tarefa é mensurado através de cronômetro.</p>	
	
<p>Figura: Fita adesiva é utilizada para demarcar a posição de início do teste (cadeira) e final do teste (3 metros).</p>	