

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ DOMINGUES COÊLHO

QUEDAS DE IDOSOS COMUNITÁRIOS:
INCIDÊNCIA REFERIDA POR CONTATOS
TELEFÔNICOS

BRASÍLIA
2014

BEATRIZ DOMINGUES COELHO

QUEDAS DE IDOSOS COMUNITÁRIOS:
INCIDÊNCIA REFERIDA POR CONTATOS
TELEFÔNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): Prof^a. Dra. Ruth Losada de Menezes.
Coorientador (a): Prof^a. Ms. Leornado Petrus da Silva Paz

BRASÍLIA
2014

BEATRIZ DOMINGUES COELHO

QUEDAS DE IDOSOS COMUNITÁRIOS:
INCIDÊNCIA REFERIDA POR CONTATOS
TELEFÔNICOS

Brasília, ___ / ___ / _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Ruth Losada de Menezes
Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^aMs. Andréa Mathes Faustino
Faculdade de ciências da saúde-Universidade de Brasília-UnB

Prof. Dr. Juliana de Faria Fracon e Romao
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória:

*Dedico este trabalho aos meus pais meus maiores
incentivadores.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, porque se não fosse por sua benevolência, proteção e misericórdia, eu não seria cercada por pessoas que me ajudam a cada segundo do meu dia-a-dia.

Aos meus pais, meus incentivadores e meu exemplo de vida. Exemplo de como a vida pode ser completa quando se tem por perto, dois enviados por Deus para cuidar, ensinar e zelar por cada segundo da sua vida. Por todo sacrifício que fizeram para que eu conseguisse enfrentar e superar cada obstáculo colocado em meu caminho. Pedro e Carmem, nada que eu escreva resume todo amor e gratidão que eu tenho por vocês! Desejo, sinceramente que um dia eu consiga ser metade dos pais que vocês são. Meu amor por vocês supera qualquer significado descrito em um dicionário, afinal, vocês são minha vida.

A melhor amiga, minha irmã, Nathália, presente que Deus me concedeu desde o dia que nasci. Se existe alguém que eu divida todos meus desejos, vontades, medos e anseios esse alguém é você. E especialmente nesse momento, se tem alguém que me espelha a ser uma profissional competente e nunca deixar qualquer técnica se sobressair por uma ação humana, esse alguém é você. Muito obrigada por cada detalhe que você me ajudou a construir, você é essencial em cada etapa da minha vida.

Ao restante dos meus familiares e amigos, que foram essenciais em cada momento da minha vida, desde quando passei no vestibular até o momento da conclusão do curso. Em especial, a minha tia Eugênia, minhas amigas Níria e Nathália que fazem parte da minha vida há tantos anos, lembro do dia que soube do resultado do vestibular, vocês estavam presentes assim como meus pais e minha Irmã, portanto muito obrigada pelos ovos e farinhas daquele dia. Minha amiga, Priscilla que começou a fazer parte da minha vida, desde o primeiro semestre da graduação, a você meu muitíssimo obrigado por todas as vezes que você me ajudou, desde um simples relatório até a elaboração deste. Agradeço também ao Klinsman, por me encorajar em todos os momentos, especialmente aqueles em que a vontade de desistir era vigorosamente grande.

Aos mestres Ruth e Leonardo, que foram essenciais para elaboração e conclusão desse trabalho, os quais fizeram-se presente em cada desespero, procura de referências e momentos de alegria.

Em especial, a todos os idosos que foram voluntários nessa pesquisa, afinal foi através de todo carinho e disponibilidade de vocês que esse trabalho pôde ser concluído.

EPÍGRAFE

“Da felicidade quantas vezes a gente, em busca da ventura, Procede tal e qual o avozinho infeliz: Em vão, por toda parte, os óculos procura Tendo-os na ponta do nariz!”

Mário Quintana

RESUMO

DOMINGUES, Beatriz Coelho, PAZ, Leonardo Petrus da Silva, MENEZES, Ruth Losada. Quedas de idosos comunitários: incidência referida por contatos telefônicos. Curso de fisioterapia da Faculdade de Ceilândia. 2014. 12f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, graduação em fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014.

Introdução: As quedas em idosos são consideradas um importante problema de saúde pública, em função de sua incidência, complicações e custos ao sistema de saúde. **Objetivo:** identificar a incidência de quedas em idosos comunitários ao longo de doze meses e identificar o seu contexto de ocorrência. Os dados foram coletados utilizando-se um formulário próprio, seguido por meio de contatos telefônicos que foram realizados durante o período de um ano em intervalos de dois meses. Trata-se de um estudo clínico de segmento longitudinal prospectivo e observacional, com uma amostra composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros. Os idosos foram recrutados em grupos comunitários, vinculados à programas de prevenção e promoção de saúde dos três níveis de atenção da regional de saúde da cidade Ceilândia, DF. **Resultados:** Participaram da pesquisa 36 idosos com média de idade de 67,6 anos (± 4.4). A incidência de quedas nos últimos 12 meses foi de 27,8% o que corresponde a 10 relatos de quedas. 80% das quedas ocorreram uma única vez e 20 % das quedas em dois episódios, 70% ocorreram da própria altura do indivíduo, e 90% dos idosos relataram não fazer uso de medicação. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o rastreamento da incidência de quedas em idosos comunitários por contatos telefônicos mostrou-se um método eficaz, considerando seu baixo custo, e a identificação e contextualização das quedas.

Palavras-chave: Idoso, Contexto de Queda, Contato Telefônico.

ABSTRACT

DOMINGUES, Beatriz Coelho, PAZ, Leonardo Petrus da Silva, MENEZES, Ruth Losada. Community elderly falls: incidence reffered by telephone contact. E 2014. 12f.Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2014.

Introduction: Elderly fall is considered a major public health issue, regarding its incidence, complications and costs to the health system. Objective: identify the incidence of community elderly falls in a period of twelve months and identify the context of its occurrence. The datum was collected by the use of a proper form, followed by telephone contacts that were used during a year period with gaps of two months. This article, therefore is as observational clinic study with a longitudinal prospective, with a sample composed by elderlies over 60 years old, of both genres. The elderlies were recruited in community groups, linked to prevention programs and health promotion of three levels of attention from regional health of city Ceilândia, DF. Results: 36 elderly participated in the research, with an average of 67,6 years old (+- 4.4). The incidence of falls in the last 12 months was 27,8% that corresponds to 10 reports of falls. 80% of falls occurred only once and 20% occurred twice, 70% occurred from the height of the individual, and 90% of elderly reported not using medication. Conclusion: The results suggests that the tracking of incidence of community elderly falls through telephone contact showed itself a effective method, considering your low cost, and the identification and contextualization of falls.

Key Words: Elderly, Context of falls, Telephone Contact.

SUMÁRIO

1-LISTA DE ABREVIATURAS	10
2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS	11
3-INTRODUÇÃO	12
4-METODOLOGIA	14
5-RESULTADOS	15
6-DISCUSSÃO	17
7-CONCLUSÃO	20
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
9-ANEXOS	23
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA	23
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	30
10-APÊNDICES	31
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	31
APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO DE QUEDAS	33
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	36

1-LISTA DE ABREVIATURAS

UnB – Universidade de Brasília.

FCE – Faculdade de Ceilândia.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas da amostra estudada. Ceilândia, Distrito Federal, 2013. Página- 15.

Tabela 2 - Contexto de quedas dos idosos. Ceilândia, Distrito Federal, 2014. Página - 16.

Tabela 3 - Local de ocorrência das quedas. Ceilândia, Distrito Federal, 2014. Página- 16.

3-INTRODUÇÃO

As quedas em idosos são consideradas um importante problema de saúde pública, em função de sua incidência, complicações e custos ao sistema de saúde¹. Esses agravos estão associados às perdas da autonomia e da independência do idoso por estarem diretamente relacionados a fraturas, traumas, dor, incapacidades e perda da confiança². O envelhecimento representa a passagem do tempo, não a patologia³ sendo um processo natural e fisiológico, no qual as experiências emocionais, psicológicas e ambientais o tornam singular e individual⁴.

Um terço da população acima de 60 anos de idade cai pelo menos uma vez a cada ano, aumentando essa proporção para mais da metade em idosos acima dos 85 anos de idade que vivem na comunidade, e ainda mais para aqueles que vivem em instituições de longa permanência¹.

É conhecido que as quedas possuem origem multifatorial, não sendo possível isolar um único fator como determinante para seu acontecimento. As quedas recorrentes são frequentemente atribuídas a fatores intrínsecos, enquanto que as quedas esporádicas têm maior associação com fatores ambientais e diminuição da atenção⁵. A definição de quedas varia conforme o autor, porém a diretriz da associação médica Brasileira estabeleceu uma definição abrangente que a queda é um incidente no qual o idoso venha ao chão ou a um nível inferior independente de sua vontade, determinado por circunstâncias multifatoriais⁶.

Em relação à circunstância de ocorrência das quedas, sabe-se que as quedas que ocorrem na própria residência do idoso possuem maior incidência comparada às quedas que acontecem em ambiente externo às suas residências⁷.

Com o passar dos anos, pesquisadores começaram a usar cada vez mais o telefone móvel como plataforma para as realizações de intervenções de saúde. Visto que, a investigação tem como alvo uma ampla variedade de condições de saúde⁸. Um grupo de pesquisadores⁹, através de uma revisão bibliográfica, relatou os benefícios da orientação por telefone para indivíduos com condições crônicas. Que em seu resultado especificaram que a orientação por telefone para pessoas com condições crônicas pode melhorar o comportamento de saúde, auto-eficácia e estado de saúde. Isto é especialmente verdadeiro para as populações vulneráveis que tiveram dificuldades para acessar os serviços de saúde.

Levando em consideração a eficácia que os estudos científicos comprovam quanto aos benefícios que um seguimento simples como a de uma ligação, pode acarretar melhora na resposta da saúde do idoso, interferindo em seus hábitos e cotidiano, esse estudo tem por objetivo identificar a incidência de quedas em idosos comunitários ao longo de doze meses e identificar o seu contexto de ocorrência.

4- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de seguimento longitudinal prospectivo e observacional, desenvolvido com a participação de 36 indivíduos idosos com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, comunitários, recrutados em grupos de idosos vinculados à programas de prevenção e promoção de saúde dos três níveis atenção da Regional de Saúde de Ceilândia, DF.

Para a coleta de dados, foi estabelecido um formulário próprio para a pesquisa em que foram registrados os episódios de queda, referentes aos incidentes ocorridos nos doze (12) meses seguintes a uma primeira entrevista presencial. A queda foi auto-relatada pelos idosos por meio de contato telefônico que ocorreu em intervalos de dois meses. O contexto de ocorrência do episódio de queda abordou o período do dia de ocorrência; cômodo onde caiu; atividade que realizava quando caiu, superfície onde caiu; estado da superfície (molhado/seco); tropeço ou não em obstáculos; tipo de obstáculo; tipo de calçado que usava quando ocorreu a queda e ocorrência de fratura como consequência da queda.

A definição de queda considerada neste estudo foi a de qualquer incidente no qual o idoso venha ao chão ou a um nível inferior independentemente de sua vontade. A coleta de dados foi realizada individualmente com o idoso em um único encontro presencial inicial (na UnB/FCE) no qual nesse primeiro contato o idoso era apresentado à pesquisa e era explicado o porquê da sua participação. Depois de realizada sua identificação, o idoso respondia ao formulário de quedas como descrito no parágrafo anterior. E a partir disso foram efetuados, posteriormente, cinco contatos telefônicos realizados de dois em dois meses a partir do encontro presencial.

Os critérios de exclusão foram: Mini-Exame do estado mental com score menor que 18 pontos para analfabetos e menor que 25 pontos para alfabetizados; pessoas com idade inferior a 60 anos e idosos que não possuíssem telefone para contato, o qual impossibilitaria o seguimento do estudo.

Os componentes desta amostra realizaram durante a avaliação assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da FEPECS/SES-DF (ANEXO A). Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde: estudo longitudinal

de idosos no Distrito federal.” Que foi financiado pelo CNPq: Processo 480434/2011-5, contemplado no edital Universal de 2011 e edital apoio à Inclusão de Novos Docentes à Pesquisa (2011). O banco de dados foi organizado com a utilização de análise estatística descritiva utilizando Microsoft Office Excel.

5- RESULTADOS

Na amostra de 36 idosos, 41,2% (14) foram do sexo masculino, 58,8% (22) do sexo feminino, com média de idade 67,6 anos ($\pm 4,4$), conforme a tabela 1. Quanto à incidência de quedas, 27,8% (10) relataram a ocorrência de quedas após o contato telefônico inicial.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas da amostra estudada. Ceilândia, Distrito Federal, 2013.

<i>Variáveis</i>	<i>Amostra Total</i>	<i>Média de Idade</i>
<i>Demográficas</i>	<i>n (%)</i>	<i>(DP)</i>
<i>Sexo</i>		
Homem	14 (41,2%)	68,8 ($\pm 5,1$)
Mulheres	22 (58,8%)	66,9 ($\pm 4,1$)
Total	36 (100%)	67,6 ($\pm 4,4$)
<i>Faixa etária</i>		
60-69	19 (52,8%)	63,9 ($\pm 2,3$)
70-79	16 (44,4%)	71,8 ($\pm 1,4$)
80-89	1 (2,8%)	83,0 ($\pm 0,0$)
Total	36 (100%)	67,6 ($\pm 4,4$)

De acordo com a incidência de queda relatada, oito dos dez episódios foram relatados por mulheres e dois por homens. Cinco das dez quedas ocorreram nos primeiros dois meses da investigação telefônica, duas quedas após quatro meses, duas após cinco meses e uma queda nos seis meses depois.

O contexto de ocorrência de quedas nos últimos 12 meses entre os participantes do estudo pode ser verificado na tabela 2.

Tabela 2 - Ocorrência de quedas dos idosos. Ceilândia, Distrito Federal, 2014.

Sexo	Número de quedas		Caiu da			Faz uso de medicamento		Consequência da queda			
	1 (%)	2 (%)	Própria altura (%)	Cama (%)	Outro (%)	Sim (%)	Não (%)	Escoriações (%)	Ferimento com ponto (%)	Entorse e luxação (%)	Nenhuma (%)
Homens	1(10%)	1(10%)	1(10%)	1(10%)			2(20%)	1(10%)			1(10%)
Mulheres	7(70%)	1(10%)	6(60%)		2(20%)	1(10%)	7(70%)	4(40%)	1(10%)	1(10%)	2(20%)
Total:	8(80%)	2(20%)	7(70%)	1(10%)	2(20%)	1(10%)	9(90%)	5(50%)	1(10%)	1(10%)	3(30%)

Como observado na tabela acima, referente ao número de quedas, dos dez idosos que relataram terem sofrido queda, apenas dois desses idosos relataram mais de um evento de queda. Já quando avaliada a consequência da queda a prevalência de escoriações foi o efeito mais abordado pelos idosos.

Já quando questionados sobre o local de ocorrência da queda 40% dos idosos relataram o episódio de queda em área externa/quintal de suas residências; 20% no banheiro; 10% no quarto; 10% em jardim; 10% em calçada e 10% na rua. O que pode ser confirmado na tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Local de ocorrência das quedas. Ceilândia, Distrito Federal, 2014.

Sexo	Local da queda						Total (%)
	Quintal (%)	Banheiro (%)	Quarto (%)	Jardim (%)	Calçada (%)	Rua (%)	
Homens	1(10%)		1(10%)				2(20%)
Mulheres	3(30%)	2(20%)		1(10%)	1(10%)	1(10%)	8(80%)
Total	4(40%)	2(20%)	1(10%)	1(10%)	1(10%)	1(10%)	10(100%)

Quando questionados sobre a prática de atividade física, modalidade e frequência a qual era realizada, 27 dos 36 idosos avaliados, confirmaram realizar atividade física. Dos dez episódios de quedas descritos no estudo, seis quedas foram relatadas por idosos sedentários, não praticantes de nenhuma modalidade de exercício físico.

6- DISCUSSÃO

No presente estudo, foi investigado o contexto de ocorrência de quedas, incidência entre gêneros, e acompanhamento do episódio queda através do método de rastreio por contatos telefônicos. O rastreamento por contato telefônico não é um método muito utilizado pela fisioterapia, entretanto, é um método que possui eficácia quanto ao seguimento de doenças crônicas como comprovado por Dennis et al.,⁹ (2013) o qual realizou uma revisão bibliográfica avaliando os benefícios da orientação por telefone para indivíduos com condições crônicas que em seu resultado mostrou que a orientação por telefone para pessoas com condições crônicas pode melhorar o comportamento de saúde, auto-eficácia e estado de saúde. Isto é especialmente verdadeiro para as populações vulneráveis que tiveram dificuldades para acessar os serviços de saúde. O que esclarece a análise das quedas por contato telefônico utilizada nesse estudo. Os autores⁹ sugerem pesquisas adicionais para identificar quais modelos de comando e orientações por telefone são mais eficazes de acordo com o nível de risco e co-morbidade dos pacientes. Na presente pesquisa, a cada contato telefônico, o investigador fornecia orientações para a prevenção de quedas.

A incidência de mulheres que sofreram queda foi maior do que a de homens, uma vez que o número de participantes na pesquisa também obteve mais mulheres do que homens. O que nos faz ter dúvidas se mulheres sofrem mais quedas, realmente do que homens, conforme resultado de Silva et al.,¹⁰(2012) que comparando a incidência de quedas em idosos com relação a sua etnia comprovou a dificuldade de analisar a incidência de quedas entre homens e mulheres, uma vez que, o número de mulheres é sempre maior que o número de homens que participam de pesquisas para estudos de rastreio de quedas.

Investigando o perfil de idosos com internação por quedas estudos ^{11,12}, Paula et al., (2010), dividiu sua amostra em quatro grupos, o primeiro grupo era composto de idosos com melhores condições físicas: não fraturaram o fêmur, eram mais independentes, saíram mais de casa antes da queda, tinham boa visão, permaneceram menos tempo internados e saíram do hospital com alta para casa. Outro grupo apresentou indivíduos em piores condições físicas: os menos independentes, os que ficaram mais tempo internados e os que saíram do hospital por óbito. Ainda foi apontado um grupo dos que fraturaram o fêmur, não tinham boa visão e dos que saíram

de casa menos de uma vez por semana. O quarto grupo apontou os que saíam de casa uma a duas vezes por semana e os que ficaram internados de 11 a 30 dias. Sua pesquisa também foi composta por mais mulheres que homens como nos outros estudos ^{8, 9, 13, 14}. Entretanto, não foi comprovado existência de características similares já que não foi encontrado na literatura estudo que verificassem as relações multivariadas entre variáveis associadas a quedas. Conforme encontrado nesse estudo em que a consequência da queda foi diversificada, porém com maior relato de escoriações.

Decullier et al.,¹⁵, investigou os diversos tipos de etiologia de quedas com uma amostra significativa, de 727 mulheres, o qual realizou acompanhamento durante quatro anos com contatos telefônicos realizados a cada 4 meses. Para minimizar o viés de memória, o questionário específico sobre quedas foi feito somente, se a queda houvesse ocorrido na semana anterior ao contato. Depois de realizado o questionário prosseguiu-se a identificação e tipologia das quedas. Uma descrição de 662 quedas foi obtida durante o período de acompanhamento, e por meio disso, quatro grupos foram especificados de acordo com a tipologia da queda. Os grupos caidores foram caracterizados em: 1- fatores ambientais 16%; 2- falta de atenção 28%; 3- associação com fragilidade 44% e 4- queda da própria altura 11%. Foi comprovado também, que as quedas estavam correlacionadas com o estado geral de saúde ou estado funcional relacionado à dependência física e a prática de atividade física. Estes achados mencionados por este autor estão em concordância já que o contexto de ocorrência de queda foi o principal alvo do estudo, contudo o local de ocorrência não foi especificado.

A prática de atividade física pode ser uma justificativa para baixa incidência de quedas conforme encontrado também por Mazo et al.,¹⁶(2007) que avaliou a análise entre o nível de atividade física e a incidência de quedas com as condições de saúde dos idosos, constatando haver nível de significância entre as variáveis pouco ativo e quedas, o que justifica a importância de manter um nível de atividade física regular com a finalidade de minimizar a incidência de quedas.

Apenas seis idosos não foram encontrados no último contato telefônico realizado, fato este que comprova a efetividade do uso do telefone como ferramenta de seguimento. O contato telefônico é considerado um instrumento de baixo custo e a possibilidade dos idosos levarem seus telefones celulares a todo lugar e também, o acesso a essa tecnologia encontra-se cada vez mais universal, conforme estudo⁸, o qual analisou diversas bases de bancos de dados com o descritor telefone celular e aspectos

relacionados à saúde. Como ferramenta de auxílio na identificação do contexto de queda, é válido mencionar novas tecnologias como o sistema de detecção de queda baseado em sensores *wearable*¹⁷, no qual o uso de sistemas de um smartphone disponível no mercado é capaz de enviar automaticamente uma mensagem de alarme para o cuidador, no caso de queda. O monitoramento, com a finalidade de evitar falsos alarmes, se dá através de sinais de aceleração decorrentes das AVDS do próprio idoso.

7- CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que o rastreamento da incidência de quedas em idosos comunitários por contatos telefônicos mostrou-se um método eficaz, considerando seu baixo custo, e a identificação e contextualização das quedas. A baixa incidência de quedas pode estar relacionada ao tamanho da amostra e ou o fato da maior parte amostral ter sido praticante de atividade física, fato a ser confirmado por estudos posteriores com tamanho amostral maior.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harwood RH, et al. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *British Journal Ophthalmology* 2005 Jan; 89(1): 53-59
2. Rocha L, et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Escola Anna Nery* 2010 Dez; 14(4): 690-696.
3. Kauffman, TL. O Indivíduo como um todo: manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 416 p.
4. Duarte YAO. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: *Manual de enfermagem: programa saúde da família*. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p.185 – 196.
5. Morris M, et al. Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home. *The Australian Journal of Physiotherapy* 2004; 50(3): 153-159.
6. Buksman S, et al. Quedas em idosos: prevenção. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2008. p. 1-10.
7. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010.56 (2): 162-167.
8. Klasnjaa P, Pratt W. Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions. *Journal of Biomedical Informatics* 2012; 45: 184–198.
9. Dennis SM, et al. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Australian Health Review* 2013 jun. 37(3): 381-388
10. Silva A, et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo

etnia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2181-2190.

11. Paula FL, et al. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010; 13(4): 587-595.

12. Marin MJS, et al. Característica dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem* 2007 jun. 11(4): 369-374.

13. Cruz DT, et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública* 2012; 46(1): 138-146.

14. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ UERG; 1994.

15. Decullier E, et al. Falls and faller's profiles. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2010. 14(7): 601-604.

16. GZ, et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2007. 11 (6): 437-442.

17. Abbate S, et al. A smartphone-based fall detection system. *Pervasive and Mobile Computing* 2012. 8: 883–899.

9-ANEXOS

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Escopo e Política: A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Categorias de Artigos: *Artigos originais:* são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35) Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio Clínico: A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Autoria: O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

Avaliação de Manuscritos – PeerReview: Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as “Instruções aos Autores” serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada. O procedimento de avaliação por pares (peerreview) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações

no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Conflito de Interesses: Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.

Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”.

Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo dos Manuscritos – formato e partes: Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. *Tabelas:* deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. *Imagens:* o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. *Notas de rodapé:* deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade).

Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações. *Palavras-chave:* indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. *Introdução:* deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. *Metodologia:* deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. *Resultados:* devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. *Discussão:* deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. *Conclusão:* apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As

referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor: Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* 2005 jan-abr; 8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos: Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. *Cad Saúde Pública* 2004 fev; 20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar “et al” : Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *RevLatAm Enfermagem* 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física: Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador: Veras RP, Lourenço R, organizadores. Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição: Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, VeggiAB . Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 1999. p. 125-36.

4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. DISSERTAÇÃO E TESE

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. Material da Internet

Artigo de periódico: Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov2]; 8(3). Disponível em URL:[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext &pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso).

Livro: Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br> Documentos legais Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20i%20dosa.pdf>>

Documentos: *Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação:* Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Título do manuscrito:

1. Declaração de responsabilidade: Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.

3. Conflito de interesses: Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Data, assinatura e endereço completo de todos os autores

Autorização para reprodução de tabelas e figuras: Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do(s) autor(es), em conformidade com a legislação de Direitos Autorais.

Envio do Manuscrito: Os manuscritos devem ser encaminhados a revista no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores. Enviar, ainda, arquivo eletrônico do manuscrito, em Word. O arquivo pode ser em CD (enviado juntamente com a cópia em papel) ou apenas por e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã

20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: crderbgg@uerj.br e revistabgg@gmail.com

ANEXO B- PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde




COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF
PARECER Nº 0153/2011

PROTÓCOLO Nº DO PROJETO, 153/2011 – IMPACTO DA CIRURGIA DE CATARATA NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS E NOS ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS DA SAÚDE: ESTUDO LONGITUDINAL DE IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 18/05/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 18 de maio de 2011.

Atenciosamente,


 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

ALUCEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3025-4955 - e-mail: cep@ses.df.gov.br
 SMH - Q 501 - Bloco 98 - Brasília - DF - CEP: 71100-617
 BRASILIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

10 -APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – IDOSO SEM CATARATA

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: O impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde de idosos.

O nosso objetivo é descobrir se a cirurgia de catarata irá ajudar aqueles que dela operaram a fazer suas atividades do dia-a-dia com mais facilidade, como andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira. Queremos também saber se esta cirurgia irá melhorar o equilíbrio dos idosos que tiveram a correção de catarata quando eles estiverem parados ou andando, se eles deixarão de cair ou, pelo menos, cair menos depois da correção da sua catarata.

Para cumprir este objetivo, precisaremos comparar estes idosos que tem catarata e os que já operaram dela com o senhor (a) que farão parte do grupo de idosos sem catarata. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e asseguramos ao senhor (a) que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através de uma entrevista e avaliação no local onde o senhor (a) frequenta alguma atividade em grupo da sua regional e no laboratório da UNB-Campos Ceilândia na data combinada com um tempo estimado. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista e avaliação. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Oftalmologia do Hospital de Base, na Instituição Universidade de Brasília e na regional de Sobradinho, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Larissa de Lima Borges, na instituição GAPESF/HRS da Secretaria de Saúde telefone: 3487-9241 Terça (7-12hs) e Quinta (13-18hs); ou no NUFIRF/HRS – 3591.4044: 2ª (7-18hs), 3ª (13-18hs), 4ª (7-18 hs) e 5ª (7-12hs). Este projeto foi

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de ____

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO DE QUEDAS

Data da avaliação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Cidade: _____
4. Telefone: _____
5. Data de nascimento: _____
6. Idade: _____
7. Gênero: () masculino () feminino
8. Nome familiar, amigo ou vizinho para contato: _____
9. Telefone: _____

QUEDA NOS ÚLTIMOS DOIS MESES**QUANTAS VEZES CAIU NOS ÚLTIMOS DOIS MESES?** _____**Em relação a última queda, responder os itens abaixo (0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR**

Cama ()

Cadeira ou poltrona ()

Cadeira de banho e/ou vaso sanitário ()

Própria altura ()

Árvore ()

Escada ()

Telhado ()

Outro. Qual? () _____

Na última vez que caiu o Sr(a) fez uso de bebida alcoólica, pouco antes da queda?

(0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR

Antes do Sr(a) cair, usava algum medicamento?

(0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR

A causa da queda do (a) Sr(a) foi: responder com os códigos (0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR**Fatores intrínsecos**

() Dificuldade para caminhar

() Alterações de equilíbrio

() Fraqueza muscular

() Tontura/vertigem

() Hipotensão postural (pressão baixa)

() Confusão mental

Perda da rigidez do corpo sem perda da consciência

Desmaio (perda da consciência)

Outra, qual? _____

Fatores extrínsecos

Falta de iluminação adequada no domicílio

Tapetes soltos

Pisos irregulares ou com buracos

Pisos escorregadios ou molhados

Degrau alto e/ou desnível no piso

Objetos no chão

Animais domésticos

Subir em objeto/móvel para alcançar algo no alto

Escadaria sem corrimão

Banheiro sem apoio/barra

Outro, qual? _____

No momento da queda o Sr(a) estava com: (0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR

Roupas longas que atrapalhavam a marcha

Calçados inadequados (chinelos, outro calçado não preso ao pé, solado liso, etc.)

Acessórios de apoio (bengala, andador)

Outro, qual? _____

O local em que o Sr(a) caiu foi: (1) - Sim (2) - Não (99) – NS/NR

Pátio/quintal

Cozinha

Hall de entrada

Dormitório/quarto

Sala

Banheiros

Calçada

Rua/avenida

Jardim

Ao subir ou descer de veículos

Outro, qual? _____

Foi hospitalizado devido à queda? (0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR

Foi indicado fazer cirurgia? (0) – Não (1) – Sim (99) – NS/NR

Se sim, qual o tipo: _____

Consequências

Qual consequência mais grave: marque

- (0) Não se aplica
- (1) Nenhuma
- (2) Escoriações
- (3) Ferimento com ponto
- (4) Fratura tipo fechada
- (5) Fratura tipo exposta
- (6) Entorse e luxação
- (7) Lesão neurológica
- (99) NS/

Local da fratura: (0) Não se aplica (1) Local citado (2) Local não citado (99) NS/NR

- () MMSS
- () MMII
- () Cabeça
- () Face
- () Costela
- () Quadril
- () Coluna
- () Outro, qual?

Qual foi o resultado da consequência citada no item anterior? (1) - Sim (2) - Não (99) - NS/NR

- () Afetou o andar
- () Ajuda para atividades de vida diária
- () Mudança de domicílio
- () Institucionalização em asilos e similares
- () Rearranjo familiar (morar com outra pessoa)
- () Medo de cair novamente
- () Depressão (isolamento)
- () Ansiedade
- () Perda de decidir como organizar sua própria vida
- () Outro, qual?

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)(LOURENÇO RA & VERAS RP, 2006).

Instruções: Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	Certo	Errado
1. Que dia do mês é hoje?		
2. Em que mês estamos?		
3. Em que ano estamos?		
4. Em que dia da semana estamos?		
5. Que horas são agora aproximadamente? (correto =variação de + ou -uma hora)		
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão, andar)		
7. Que local é este aqui? (num sentido mais amplo para a casa, prédio)		
8. Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)		
9. Em que cidade nós estamos?		
10. Em que estado nós estamos?		
REGISTRO: Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr(a) vai repetí-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], TIJOLO [pausa]. Agora repita as palavras pra mim [permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira]		
11. CARRO		
12. VASO		
13. TIJOLO		
ATENÇÃO E CÁLCULO: Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse quanto é:		
14. 100 – 7	{93}	
15. 93 – 7	{86}	
16. 86 – 7	{79}	
17. 79 – 7	{72}	
18. 72 – 7	{65}	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: O (a) senhora (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Correto = única tentativa sem dicas; repetição das 3 palavras em qualquer ordem).		
19. CARRO		
20. VASO		
21. TIJOLO		
LINGUAGEM: [Aponte o caneta e o relógio e pergunte: o que é isto?]		
22. CANETA		
23. RELÓGIO		
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Correto = repetição perfeita, sem dicas.)		
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.		
25. PEGAR COM A MÃO DIREITA		
26. DOBRAR AO MEIO		
27. JOGAR NO CHÃO		
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).		
29. Gostaria que o (a) senhor (a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude-o dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.		
30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor (a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos formando uma figura de 4 lados ou com 4 ângulos)		

TOTALPontos de corte: analfabetos: 18/19; anos de estudo ≥ 1 : 24/25**FRASE:**

DESENHO: