

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

IULLY INGRID PEREIRA DA SILVA ALVES

RELAÇÃO ENTRE A *FALLS EFFICACY
SCALE - INTERNATIONAL* E A CIF:
APLICAÇÃO EM IDOSOS COM CATARATA

BRASÍLIA
2018

IULLY INGRID PEREIRA DA SILVA ALVES

RELAÇÃO ENTRE A *FALLS EFFICACY SCALE - INTERNATIONAL* E A CIF:
APLICAÇÃO EM IDOSOS COM CATARATA

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.
Orientadora. Prof^a. Dr^a. Ruth Losada de Menezes

BRASÍLIA
2018

IULLY INGRID PEREIRA DA SILVA ALVES

RELAÇÃO ENTRE A *FALLS EFFICACY SCALE - INTERNATIONAL* E A CIF:
APLICAÇÃO EM IDOSOS COM CATARATA

Brasília, 04/07/2018

COMISSÃO EXAMINADORA

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

Prof^a. Dr^a. Juliana de Faria Fracon e Romão
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof. Dr. Hudson Azevedo de Pinheiro
Centro Universitário EuroAmericano-UNIEURO-DF

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus avós maternos, João e Manoela, que contribuíram para toda a minha formação e crescimento, aos meus pais amados e batalhadores, Genilda Pereira da Silva e Laércio Ricardo Silva Alves, a minha querida, preocupada e 'delicada' tia Ivani Alves da Silva, as minhas irmãs companheiras e parceiras Isadora Hanna e Emmanuely Lorrane, familiares e amigos que estiveram comigo desde o início dessa caminhada, que acreditaram em mim, me deram todo suporte, orientação, incentivo, força e contribuição para essa realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, o dono de tudo, que pôde me proporcionar a alegria de ingressar na UnB e aproveitar todos esses anos que foram de muito aprendizado e amadurecimento, que não me deixou desistir nos momentos mais difíceis e me deu muita força e persistência para prosseguir.

Aos meus pais, Genilda e Laércio, que se esforçaram tanto pela minha educação desde cedo, que estiveram sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos. A minha mãe, Genilda, pela paciência e tremendo amor, que diversas vezes se sacrificou por mim e pelas minhas irmãs, pelo incentivo, conselhos, carinhos e por não medir esforços para ver o meu crescimento. Ao meu pai, Laércio, pelo orgulho, incentivos e sonho de me ver como uma profissional de sucesso e reconhecida.

A minha tia e segunda mãe, Ivani, pelas cobranças, puxões de orelha, por toda ajuda, assistência, dedicação, preocupação e amor. Foi uma pessoa muito especial e essencial que nunca mediu esforços para ajudar qualquer uma de suas sobrinhas.

As minhas irmãs, Isadora e Emmanuely, que sempre estiveram comigo me proporcionando momentos de alegria, descontração, brincadeiras, conselhos e apoio.

Aos meus avós maternos, João e Manoela pelo amor, cuidado, carinho e que sem dúvida contribuíram para toda a minha formação e crescimento. Não posso deixar de destacar o quanto gostaria que minha amada avó Manoela estivesse presente, vivendo esse momento comigo, sei que ela se alegraria e se orgulharia muito de mim. A minha avó paterna, Idalice, por todo amparo, cuidado, companhia e amor.

A minha queridíssima orientadora Ruth Losada de Menezes que está comigo desde o primeiro projeto de Iniciação Científica, pela paciência, gentileza, disposição, amparo, inspiração, acolhimento e serenidade. Por me manter calma nos momentos de ansiedade e aflição, e por me direcionar para os melhores caminhos dessa jornada acadêmica e profissional. E aos demais docentes da universidade que compartilharam os seus conhecimentos, me influenciando e ensinando a ser melhor no que eu fizer, e como a fisioterapia depende de nós para ser reconhecida e valorizada.

As pessoas maravilhosas que conheci desde o início do curso, que foram companheiras nos estudos, agradeço por terem me auxiliado em cada matéria dificultosa, pelo carinho de cada encontro inusitado pelos corredores, por todos os momentos de descontração, leveza, apoio, conselhos e risadas. Nessas retas finais, em especial a minha amiga Mayara que esteve comigo e me acompanhou em boa parte dessa jornada, que suportou meus maus humores, minhas estranhezas, foi minha confidente, me ajudou a amadurecer e lidar com as dificuldades encontradas com uma palavra sábia e de conforto.

Aos preceptores de estágio obrigatório e projetos de extensão, pelos ensinamentos, direcionamentos, cobranças e disposição em compartilhar o que sabiam. Aos pacientes pela paciência, confiança e carinho em cada atendimento. Poder proporcioná-los uma melhora e vê-los felizes foi muito recompensador e satisfatório!

E por fim, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido durante os dois anos de iniciação científica.

RESUMO

ALVES, Iully Ingrid Pereira da Silva. e MENEZES, Ruth Losada de. Relação entre FES-I e CIF: aplicação em idosos com catarata. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: A catarata é o maior fator etiológico de déficit visual, influenciando o risco de quedas por fornecer menos pistas aos idosos. **Objetivo:** Relacionar e interpretar a avaliação do medo de quedas de idosos com catarata feita pela *Falls Efficacy Scale – International* (FES-I) com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Métodos:** Foi feita uma avaliação de medo de quedas com idosos (n = 42) pela FES-I e posteriormente dois juízes realizaram o *linking* dos itens que compõem a escala com as categorias da CIF, agrupando os códigos que mais se identificaram com os itens descritos na escala. Após avaliação de discordâncias, um consenso foi obtido com um terceiro juiz. **Resultados:** A avaliação do medo de quedas pela FES-I demonstrou por meio da CIF o componente Atividade e Participação dos idosos pelos seus qualificadores. A FES-I possui 16 itens, nos quais o qualificador 1 = dificuldade leve, foi mais utilizado nas respostas de 12 itens da escala, com exceção de 4 itens, cujo os idosos utilizaram o qualificador 2= nível de dificuldade moderada. **Conclusões:** Os itens da FES-I são compatíveis em parte com a perspectiva da CIF, pois não abordam totalmente os quatro componentes existentes. Pela avaliação do medo de quedas, é possível observar que os idosos, no geral, utilizaram qualificadores de desempenho com dificuldade leve. Foram pontuadas com dificuldade moderada as atividades de subir e descer, seguido por andar em superfícies diferentes e transportar objetos, atividades que exigem maior integridade funcional e estrutural das condições neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento.

Palavras- chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); *Falls Efficacy Scale - International* (FES-I); idosos; catarata; acidentes por quedas.

ABSTRACT

ALVES, Iully Ingrid Pereira da Silva. e MENEZES, Ruth Losada de. Relation between FES-I e ICF: application in elderly people with cataract. Course Conclusion Paper (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Introduction: Cataract is the major etiologic factor of visual deficit, influencing the risk of fall by providing fewer clues to the elderly. **Objective:** Relate and interpret the evaluation of the fear of falling of elderly with cataract made by *Falls Efficacy Scale – International* (FES-I) with the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF). **Methods:** An evaluation of the fear of falling was made with elderly (N=42) using FES-I and two judges did the linking of the items that compose this scale with the categories of CIF afterwards, grouping the codes that identified the most with the items described in the scale. After the disagreement evaluation, a consensus was obtained through a third judge. **Results:** The evaluation of the fear of falling by FES-I demonstrated through CIF the component Activity and Participation of the elderly by its qualifiers. FES-I has 16 items, in which qualifier 1= slight difficulty was used the most in the answers of 12 items of the scale, except for 4 items, where the elderly used qualifier 2= moderate difficulty level. **Conclusion:** The items of FES-I are in part compatible with the perspective of CIF, because they don't fully address the four existent components. With the evaluation of the fear of falling, it's possible to notice that, in general, the elderly used performance qualifiers with slight difficulty. The activities of moving up and down were punctuated with moderate difficulty, followed by walking on different surfaces and carrying objects, activities that require more functional and structural integrity of the neuromuscular and skeletal conditions and related to movement.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Falls Efficacy Scale – International; Aged; Cataract; Accidental Falls

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MÉTODOS.....	13
3. RESULTADOS	16
4. DISCUSSÃO.....	22
5. CONCLUSÃO	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
7. ANEXOS	31
ANEXO A - PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA.....	31
ANEXO B - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FALLS EFFICACY SCALE- INTERNATIONAL (FES-I)	32
ANEXO C – MINI EXAME DE ESTADO MENTAL	33
ANEXO D – ORIENTAÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	34
8. APÊNDICES	38
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
APÊNDICE B – FICHA DE REGISTRO DE DADOS	39
APÊNDICE C – FATORES CONTEXTUAIS – CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS	40
APÊNDICE D – FATORES CONTEXTUAIS – SAÚDE GERAL	42

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

FES-I - *Falls Efficacy Scale – International*

OMS - Organização Mundial de Saúde

HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 - Normas propostas por Cieza¹⁸.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra (n=42). Brasília-DF, 2018.

Tabela 2 – Dados clínicos relacionados à visão (n=42). Brasília-DF, 2018.

Tabela 3 - Associações realizadas pelos juízes entre os itens da FES-I e as categorias do componente Atividade e Participação da CIF. Brasília, 2018.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos (n=42) por nível de dificuldade nas tarefas relacionadas ao medo de quedas (desempenho), na perspectiva da CIF. Brasília – DF, 2018.

1-INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade que vem acompanhada de perdas graduais, que acarretam alterações fisiológicas nas quais favorecem a ocorrência de quedas, como declínio da força muscular, alterações na massa óssea, *déficit* de equilíbrio, lentificação do tempo de reação, declínio dos reflexos, redução do controle postural, da coordenação motora, da flexibilidade, além de deficiências visuais, proprioceptivas e vestibulares.¹

Queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.² Pode ser considerada uma síndrome geriátrica, dado que geralmente é um evento multifatorial, heterogêneo, frequente e determina complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas.³

As causas das quedas frequentemente estão associadas e podem ser variadas. Os fatores etiológicos podem ser classificados como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças e efeitos colaterais de medicamentos; e extrínsecos, que são circunstâncias sociais e ambientais de risco.⁴ A maior parte das quedas de idosos não está vinculada a atividades perigosas (por exemplo, subir em escadas ou cadeiras), mas sim a atividades rotineiras. A maioria das quedas é da própria altura, no período diurno e ocorrem no próprio lar do idoso.⁵

Os principais fatores de risco para quedas em idosos são: idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, sedentarismo, presença de doenças crônicas, limitação nas atividades de vida diária (AVD), depressão, incontinência urinária, histórico de quedas, prejuízos psicocognitivos, polifarmácia, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão postural.⁶

O medo de cair é caracterizado pela ansiedade de andar ou excesso de preocupação para cair. A restrição de atividades por medo de cair, em nível

excessivo, pode proporcionar perda de independência por reduzir a interação social e levar à inatividade física.⁷ O medo pode tornar-se um ciclo vicioso à medida que o indivíduo sofre a queda, fica apreensivo, para de movimentar-se com a desenvoltura anterior e assim reduz o equilíbrio e a mobilidade, predispondo-se a cair novamente.⁸

O sistema visual é um importante contribuinte para o equilíbrio, fornecendo informações sobre o ambiente e a localização, a direção e a velocidade de movimento do indivíduo.⁹ Associadas às mudanças fisiológicas que ocorrem na visão, as doenças oculares crônicas corroboram para o declínio da habilidade visual do idoso, caracterizando a relação de estreita intimidade entre visão e senescência.¹⁰

O déficit visual pode influenciar no risco de quedas por um mecanismo direto, fornecendo menos pistas para alertar aos idosos sobre potenciais riscos no tráfego, no ambiente doméstico e em locais de trabalho com iluminação inadequada.¹¹ Além disso, os déficits visuais podem aumentar o risco de quedas por mecanismos indiretos, que são: atenção e concentração, estabilidade postural, força muscular, mobilidade e marcha.¹²

Dentre as causas da perda ou diminuição da acuidade visual têm-se a catarata, o maior fator etiológico de cegueira no mundo. A catarata é definida como a opacidade do cristalino que ocorre progressiva e lentamente, diminuindo a passagem de luz, levando à diminuição da sensibilidade ao contraste, da percepção das cores, da percepção de distância e profundidade. E é responsável por aproximadamente 50% dos casos nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos.^{13,14}

Considerando as causas e fatores de risco para quedas, como as circunstâncias sociais, depressão, ambiente físico inadequado, medo de cair e restrição de atividades para a condição física e mental dos idosos, justifica-se que as avaliações não continuem sendo realizadas apenas com o olhar clínico e focado no corpo, vez que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se apresenta como ferramenta mais adequada e abrangente para uma avaliação funcional mais completa. A tendência atual é que a CIF se torne a base para a avaliação multiprofissional do paciente,

auxiliando na definição de metas, gerenciamento de intervenção e medida de resultados.^{15,16}

Portanto a partir de um estudo maior denominado “Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal”, o objetivo deste estudo é relacionar e interpretar a avaliação do medo de quedas de idosos com catarata feita pelo instrumento *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2- MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo transversal com delineamento prospectivo. Deriva-se de um projeto maior intitulado “Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais de saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal”, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília - DF, Brasil (Parecer nº 0153/11), assim como atendeu as recomendações para pesquisa envolvendo seres humanos. A seleção da amostra deu-se por idosos, de ambos os sexos, com catarata, provenientes de agendamento e lista de espera para cirurgia desta, recrutados no Departamento de Oftalmologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Inicialmente, a amostra foi composta por 59 indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão: idosos comunitários (≥ 60 anos), de ambos os sexos com diagnóstico confirmado de catarata bilateral por meio de exame oftalmológico e complementar. Utilizou-se como critérios de exclusão: doenças neurológicas, deficiência visual não corrigida por uso de lentes ou óculos, cirurgia de catarata prévia, deficiência cognitiva grave avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM <17 pontos)¹⁷, paralisias ou alterações ortopédicas (tais como amputações e fraturas), incapacidade de se manter em ortostatismo e de se locomover sem assistência.

Após serem aplicados os critérios de exclusão, a amostra final ficou composta por 42 indivíduos, nos quais 17 foram excluídos: 11 por terem realizado cirurgia prévia para correção de catarata, 5 por apresentarem deficiência visual não corrigida (glaucoma) e 1 por utilizar auxílio para marcha (bengala de uma ponta). Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa ocorreu em duas etapas, na primeira etapa foi realizada pesquisa de análise documental baseada no mapeamento cruzado utilizando o *Programa Microsoft Office Excel*, entre a CIF e as atividades relacionadas à funcionalidade e incapacidade expressos nos itens do instrumento FES-I. Foram realizadas as seguintes etapas: a) leitura e análise das questões da FES-I; b) mapeamento e cruzamento das atividades relacionadas à funcionalidade e incapacidade na FES-I com as categorias da CIF; c) verificação da abrangência de cada componente da CIF na FES-I e identificação dos códigos mais frequentes no mesmo.

Os resultados foram expressos por meio de análise estatística descritiva e expressos por tabelas.

Dois pesquisadores desempenharam separadamente o *linking* dos itens que compõem a FES-I com as categorias da CIF, agrupando aquelas categorias que mais se identificam com os itens descritos na escala. As discordâncias foram discutidas com um terceiro pesquisador e um consenso foi obtido. O procedimento de *linking* foi realizado seguindo as oito regras padronizadas por Cieza¹⁸ nas quais são descritas no quadro 1. Todos os pesquisadores tinham conhecimento prévio sobre o conteúdo teórico e taxonômico da CIF.

Quadro 1 - Normas propostas por Cieza¹⁸.

1.	Antes que se faça <i>linking</i> com a CIF, deve-se ter conhecimento dos fundamentos conceituais e taxonômicos da CIF, bem como dos capítulos, domínios e categorias, incluindo definições;
2.	Cada atividade deve está ligada a mais precisa categoria da CIF;
3.	Não utilizar a categoria da CIF chamada "outras especificadas", identificadas pelo número oito no final. Se o conteúdo de uma atividade não for explicitamente mencionado na categoria correspondente da CIF, a informação complementar deve ser descrita no processo de relação;
4.	Não utilizar as categorias chamadas "não especificadas", identificadas pelo número nove, mas a categoria de nível inferior;
5.	Se a informação fornecida pela atividade não for suficiente para selecionar a categoria CIF mais precisa, deve ser atribuído como "não definível";
6.	Se a atividade não estiver contida na CIF, mas é claramente um fator pessoal como definido na CIF, deve ser atribuído como "fator pessoal";
7.	Se a atividade não estiver contida na CIF e claramente não é um fator pessoal, deve ser atribuído como "não coberto pela CIF";
8.	Se a atividade se refere a um diagnóstico ou a uma condição de saúde, deve ser atribuído como "condição de saúde"

Em relação aos instrumentos de avaliação utilizados, a *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) foi empregada para avaliar o medo de quedas. A FES-I é um instrumento que possui questões acerca da preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com respectivos escores de 1 a 4. O escore total é obtido pela soma dos escores em todas as atividades, pode variar de 16 pontos (ausência de preocupação) a 64 pontos (preocupação extrema).¹⁹ Quanto maior a pontuação, maior a preocupação com a possibilidade de cair. O escore é alcançado após o idoso preencher como se sente ao realizar as atividades propostas a cada item. Onde os escores equivalem a 1 = nada preocupado, 2 = pouco preocupado, 3 = muito preocupado e 4 = extremamente preocupado, soma-se ao final e a nota é obtida.

A FES-I não constitui um instrumento preditivo para quedas no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível ocorrência do evento queda.¹⁹ As questões do instrumento foram relacionadas e interpretadas na perspectiva da CIF da Organização Mundial de Saúde.²⁰

A CIF constitui uma ferramenta fundamental para a descrição e a comparação da saúde das populações num contexto internacional, sendo aplicável a todas as pessoas (com incapacidades ou não) e abrangendo o contexto multidimensional da saúde a partir da classificação de “componentes da saúde”. Deste modo, a CIF assume uma abordagem diferente de “determinantes da saúde” ou “fatores de risco”, contemplando uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive.

O sistema de classificação da CIF é hierárquico e alfanumérico, dividido em duas partes: a primeira referente à funcionalidade e incapacidade, sendo representadas respectivamente pelas letras minúsculas “**b**” (*funções do corpo - body*), “**s**” (*estruturas do corpo - structure*) e “**d**” (*atividade e participação - domain*). A segunda sessão refere-se a fatores contextuais, representados pela letra minúscula “**e**” (*fatores ambientais - environment*), além de fatores pessoais que não são passíveis de classificação pela ferramenta.

3- RESULTADOS

Entre os idosos avaliados, a idade variou entre 63 e 83 anos, no qual 52,38% (n = 22) são pertencentes ao sexo feminino, 50% (n = 21) estão na faixa etária de 63 a 70 anos e 47,62% (n = 20) são casados ou vivem com o companheiro. Em relação à moradia, 90,48% (n = 38) moram com alguém, 61,90% (n = 26) são aposentados e 40,48% (n = 17) possuem escola primária, como mostra os dados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra (n = 42). Brasília-DF, 2018.

Características	n	%
Gênero		
Masculino	20	47,62
Feminino	22	52,38
Idade		
63 – 70 (anos)	21	50
71 – 75 (anos)	11	26
76 – 83 (anos)	10	24
Estado civil		
Casado ou vive com companheiro (a)	20	47,62
Solteiro (a)	7	16,67
Divorciado (a)	4	9,52
Viúvo (a)	11	26,19
Tipo de renda		
Trabalho	7	16,67
Aposentado (a)	26	61,90
Pensionista	4	9,52
Não informado	5	11,91
Escolaridade		
Nunca foi a escola	11	26,19
Alfabetização de adultos	3	7,14
Escola primária	17	40,48
Ginásio	7	16,67
Científico	4	9,52
Moradia		
Mora só	4	9,52
Mora com alguém	38	90,48

Em consonância aos dados clínicos relacionados à visão, apresentado pela Tabela 2, ressalta-se que 80,95% (n = 34) não apresentavam outro problema de visão e 47,62% (n = 20) não utilizavam óculos prescritos. Pode-se notar também que 97,62% (n = 41) dos idosos não utiliza dispositivo auxiliar para a marcha e 61,90% (n = 26) relataram queda nos últimos 12 meses.

Tabela 2 – Dados clínicos relacionados à visão (n = 42). Brasília-DF, 2018.

Dados Clínicos	n	%
Possui catarata		
Sim	42	100
Não	0	0
Nível de acometimento		
Apenas um olho	0	0
Os dois olhos	42	100
Realizou cirurgia		
Sim	0	0
Não	42	100
Outro problema de visão		
Sim	8	19,05
Não	34	80,95
Em uso de óculos prescritos		
Sim	14	33,33
Não	20	47,62
Não sabe	8	19,05
Utiliza auxílio para marcha		
Sim	1	2,38
Não	41	97,62
Caiu nos últimos 12 meses		
Sim	16	38,10
Não	26	61,90

Os itens da escala FES-I foram relacionados apenas com o componente Atividade e Participação da CIF, onde foram feitas associações com categorias de cinco capítulos: capítulo 4 (Mobilidade); capítulo 5 (Auto cuidados); capítulo 6 (Vida doméstica); capítulo 7 (Interações e relacionamentos interpessoais) e capítulo 9 (Vida comunitária, social e cívica).

Após a associação feita pelos dois juízes entre os itens da FES-I e os códigos da CIF, as discordâncias foram discutidas e chegou-se em um consenso com um terceiro juiz, onde foram obtidos os resultados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Associações realizadas pelos juízes entre os itens da FES-I e as categorias do componente Atividade e Participação da CIF. Brasília, 2018.

Itens avaliados pelo instrumento FES-I	Componente de Atividade e participação da CIF				
	Juiz 1		Juiz 2		Consenso
	Código	Descrição	Código	Descrição	Código
1. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	d640	Realizar as tarefas domésticas	d640	Realizar as tarefas domésticas	d640
2. Vestindo ou tirando a roupa	d540	Vestir-se	d540 d5400 d5401	Vestir-se Vestir roupa Despir roupa	d540 d5400 d5401
3. Preparando refeições simples	d6300	Preparar refeições simples	d6300	Preparar refeições simples	d6300
4. Tomando banho	d510	Lavar-se	d510	Lavar-se	d510
5. Indo às compras	d620	Aquisição de bens e serviços	d620 d6200	Aquisição de bens e serviços Comprar	d620 d6200
6. Sentando ou levantando de uma cadeira	d410 d4103 d4104	Mudar a posição básica do corpo Sentar-se Pôr-se em pé	d4103 d4104	Sentar-se Pôr-se em pé	d410 d4103 d4104
7. Subindo ou descendo escadas	d4551	Subir/descer	d4551	Subir/descer	d4551
8. Caminhando pela vizinhança	d4601	Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	d450 d4500	Andar Andar distâncias curtas	d4601 d450 d4500
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	d4105 d4452	Curvar-se Alcançar	d4300 d4301 d4305 d4105 d4452	Levantar Transportar nas mãos Pousar objetos Curvar-se Alcançar	d4300 d4301 d4305 d4105 d4452
10. Indo atender o telefone antes que pare de tocar	d4600	Deslocar-se dentro de casa	d4600	Deslocar-se dentro de casa	d4600
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	d450 d4502	Andar Andar sobre superfícies diferentes	d4502	Andar sobre superfícies diferentes	d450 d4502

12. Visitando um amigo ou parente	d4601	Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	d7500 d760	Relacionamentos informais com amigos	d4601 d7500
	d9205	Socialização	d9205	Relacionamentos familiares Socialização	d760 d9205
13. Andando em lugares cheios de gente	d4503	Andar contornando obstáculos	d4503	Andar contornando obstáculos	d4503
14. Caminhando sobre superfície irregular (ex: com pedras, esburacada)	d4502	Andar sobre superfícies diferentes	d4502	Andar sobre superfícies diferentes	d4502
15. Subindo ou descendo uma ladeira	d4551	Subir/descer	d4551	Subir/descer	d4551
16. Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	d9205	Socialização	d920	Recreação e lazer	d910
	d910	Vida comunitária	d9205	Socialização	d920 d9205

Pode-se observar nas informações apresentadas na tabela 3, que os juízes concordaram na maioria dos itens, com particularidades e diferentes formas de interpretação entre eles, no qual um foi mais minucioso na descrição dos códigos e o outro mais abrangente.

Os resultados da avaliação do medo de quedas realizada pela *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) permitiram demonstrar por meio da CIF o componente Atividade e Participação dos idosos estudados, utilizando os seus respectivos qualificadores de desempenho, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos (n = 42) por nível de dificuldade nas tarefas relacionadas ao medo de quedas (desempenho), na perspectiva da CIF. Brasília – DF, 2018.

Atividade e Participação		Nível de dificuldade			
Itens	Códigos	LEVE	MODERADA	GRAVE	COMPLETA
1.	d640 Realizar as tarefas domésticas	24	14	03	01
2.	d540 Vestir-se d5400 Vestir roupa d5401 Despir roupa	26	10	06	00
3.	d6300 Preparar refeições simples	38	02	02	00
4.	d510 Lavar-se	23	12	06	01
5.	d620 Aquisição de bens e serviços d6200 Comprar	25	10	05	02
6.	d410 Mudar a posição básica do corpo d4103 Sentar-se d4104 Pôr-se em pé	30	10	02	00
7.	d4551 Subir/descer	09	21	10	02
8.	d4601 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa d450 Andar d4500 Andar distâncias curtas	28	07	07	00
9.	d4300 Levantar d4301 Transportar nas mãos d4305 Pousar objetos d4105 Curvar-se d4452 Alcançar	20	17	05	00
10.	d4600 Deslocar-se dentro de casa	34	04	04	00
11.	d450 Andar d4502 Andar sobre superfícies diferentes	07	17	09	09
12.	d4601 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	29	08	04	01

	d7500 Relacionamentos informais com amigos				
	d760 Relacionamentos familiares				
	d9205 Socialização				
13.	d4503 Andar contornando obstáculos	27	09	06	00
14.	d4502 Andar sobre superfícies diferentes	09	15	14	04
15.	d4551 Subir/descer	12	16	13	01
16.	d910 Vida comunitária	27	11	04	00
	d920 Recreação e lazer				
	d9205 Socialização				

4 - DISCUSSÃO

As pesquisas na área de Gerontologia e Geriatria estão em desenvolvimento considerável, devido ao crescimento da população de idosos a nível mundial e a constatação do envelhecimento populacional faz da saúde do idoso um importante foco de cuidado.²¹

O estudo de Dias²² aponta que idosos que relataram restrição de atividades por medo de cair são mais lentos na marcha, apresentam pior desempenho na realização das AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária), maior número de doenças, pior autopercepção de saúde e maior presença de sintomatologia depressiva. Dentre as variáveis sócio-demográficas, clínicas, funcionais e psicológicas, a sintomatologia depressiva, a exaustão e a não participação em atividades sociais discriminam melhor os idosos que restringem atividades por medo de cair.

O modelo biopsicossocial proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode ser utilizado para subsidiar o cuidado ao idoso. A CIF, desenvolvida pela OMS, considera os fatores físicos, mentais, sociais e ambientais, mostrando-se adequada para direcionar o planejamento do cuidado de saúde em todas as faixas etárias.²⁰ Aspectos de saúde que não apresentam problemas são agrupados sob o termo funcionalidade e os aspectos negativos sob o termo incapacidade. Cada um desses componentes age e sofre a ação dos restantes. Essas interações são específicas, mas nem sempre ocorrem de forma previsível e linear.²³

A CIF proporciona uma base científica para a compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde. É um instrumento de grande relevância no cuidado do idoso, pois permite à equipe de saúde avaliar este sujeito na sua integralidade. Ela considera as suas capacidades e limitações e tem por subsídio uma linguagem comum entre diferentes áreas de conhecimento. E ainda possibilita a implantação do cuidado interdisciplinar de forma a contemplar as necessidades e a adaptação do idoso às condições de vida impostas pela idade.²⁴

Com base nos resultados apresentados, os códigos que mais se associaram ao instrumento FES-I foram os referentes ao capítulo 4: Mobilidade (15 códigos), capítulos 5: Auto cuidados, 6: Vida doméstica e 9: Vida comunitária, social e cívica (4 códigos). E os códigos que menos se associaram, refere-se ao capítulo 7: Interações e relacionamentos interpessoais (2 códigos).

Na tabela 3, foi visto que os juízes concordaram na maioria dos itens, com particularidades e diferentes formas de interpretação entre eles, no qual um foi mais minucioso na descrição dos códigos e o outro mais abrangente. O juiz 2, por exemplo, no item 2: Vestindo e tirando a roupa especificou os códigos d5400 e d5401 (vestir e despir roupa), no item 5: Indo às compras especificou o código d6200 (comprar) e no item 9: Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão os códigos d4300, d4301, d4305 (levantar, transportar nas mãos e pousar objetos).

Já o juiz 1 fez especificações abrangentes referentes ao código inicial, como no item 6: Sentando ou levantando de uma cadeira no qual utilizou o código d410 (mudar a posição básica do corpo) e no item 11: Andando sobre superfície escorregadia em que utilizou d450 (andar). Os itens que tiveram discordâncias entre os juízes foram o item 8: Caminhando pela vizinhança no qual os mesmo discordaram totalmente sobre os códigos empregados para este item. E os itens 12: Visitando um amigos ou parente e 16: Indo a uma atividade social nos quais houveram algumas diferenças.

A partir dos resultados apresentados na tabela 3, os itens do instrumento FES-I que receberam maior número de códigos foram o item 2: Vestindo ou

tirando a roupa, item 6: Sentando ou levantando de uma cadeira, item 9: Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão e o item 12: Visitando um amigo ou parente. Considerando os códigos relacionados a cada um dos itens da tabela 3, 6 códigos foram registrados em comum pelos juízes: d540 (Vestir-se), d4103 (Sentar-se), d4104 (Pôr-se em pé), d4105 (Curvar-se), d4452 (Alcançar) e d9205 (Socialização), respectivamente com os itens do instrumento FES-I supracitados.

A FES-I apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com escores de um a quatro, que indica o nível de dificuldade. O escore total é obtido pela soma dos escores em todas as atividades, sendo até 16 pontos ausência de preocupação; até 32 leve preocupação; até 48 preocupação moderada e até 64 preocupação extrema.

Segundo os dados apresentados na tabela 4, a maioria dos idosos utilizaram o qualificador 1= nível de dificuldade leve, quando questionados sobre o medo de queda nas atividades descritas em 12 itens, exceto nos itens 7: Subindo ou descendo escadas, 11: Andando sobre superfície escorregadia, 14: Caminhando sobre superfície irregular, e 15: Subindo ou descendo uma ladeira, em que percebe-se que a maior parte dos idosos utilizaram o qualificador 2= nível de dificuldade moderada.

Considerando o escore total da FES-I, dos 42 idosos avaliados, 5% dos idosos tiveram o escore até 16 indicando ausência de preocupação, 69% tiveram o escore até 32 indicando leve preocupação e 26% com a pontuação até 48 indicando preocupação moderada. A maioria dos idosos apresentaram um índice de leve preocupação de queda.

Desse modo, um escore maior ou igual a 23 pontos ensejaria uma associação com queda esporádica, apresentada por 12 idosos, ao passo que uma classificação superior a 31 pontos ensejaria uma associação com queda recorrente, apresentada por 11 idosos¹⁹, e escore maior ou igual a 16, apresentada por 19 idosos levaria a uma associação com quedas pouco frequentes.

A não ocorrência de queda pode ser explicada por 90,48% (n=38) dos idosos estudados morarem com alguém (tabela 1), 80,95% (n=34) não apresentavam outro problema de visão além da catarata e 47,62% (n=20) não utilizarem óculos prescritos (tabela 2). O que confirma a ocorrência de maior número de quedas em grupos com baixa visão.²⁵

Segundo a tabela 2, é notado que a maior parte dos idosos não utilizavam dispositivo auxiliar para a marcha, o que demonstra que os idosos são bem condicionados fisicamente para andar sem cair. Com relação à qualidade de vida relacionada à visão, foi observado no estudo de Macedo²⁶ que quanto maior o relato de medo de quedas, pior a qualidade de vida dos idosos, o que pode ser evidenciado pelo resultado de que 69% do total de idosos da amostra apresentaram leve preocupação de cair, que pode ser justificado pelo fato de 61,90% não ter caído nos últimos 12 meses. Esses dados estão de acordo com a literatura, que relata o impacto negativo na qualidade de vida dos idosos com problemas visuais e medo de cair.²⁷

O nível de dificuldade moderado foi bem pontuado nas atividades de subir e descer, seguido por andar em superfícies diferentes e transportar objetos. Foi apresentado nível de preocupação em sofrer queda, especialmente na execução de atividades que exigem maior integridade funcional e estrutural das condições neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento, como subir escadas, por exemplo. Tais informações estão de acordo com o estudo que verificou as principais causas da queda: barreiras arquitetônicas ou obstáculos e piso molhado.¹⁷

Essas atividades são descritas nos códigos do domínio relacionado à mobilidade, no qual os idosos geralmente apresentam maior vulnerabilidade para quedas. Da mesma forma, tarefas que as façam sair do ambiente já bastante conhecido e familiar aumentam a insegurança e o medo de cair.²² Dentre os fatores de risco intrínsecos que predispõem ao risco de queda tem-se a faixa etária mais elevada, como 76% dos idosos têm de 63 a 75 anos de idade, isso pode ser associado como um fator de proteção.

Dada a relevância da perspectiva da CIF para a área de reabilitação, observam-se esforços no sentido de criar recursos de avaliação congruentes

com o modelo proposto, além de estudos para verificar a consistência entre os testes e escalas existentes e a CIF. De acordo com Di Nubila¹⁵, as avaliações funcionais não podem continuar sendo realizadas apenas com o olhar clínico e focado no corpo, vez que a CIF se apresenta como ferramenta mais adequada e abrangente para uma avaliação funcional mais completa. A tendência atual é que a CIF se torne a base para a avaliação multiprofissional do paciente, auxiliando na definição de metas, gerenciamento de intervenção e medida de resultados.¹⁶

Ao associar o instrumento FES-I que avalia o medo de quedas, com a CIF, foi possível reconhecer e confirmar os aspectos importantes deste instrumento no processo de identificação de fatores que influenciam direta ou indiretamente o evento de queda em idosos. Tendo em vista que a possibilidade de agrupar códigos da CIF com itens da escala FES-I, permitiu fornecer uma melhor descrição destes itens, ampliando assim o entendimento dos fatores que influenciam o medo de cair.

Além de proporcionar uma melhor confiabilidade para o instrumento, uma vez que está sendo relacionado com a CIF, uma classificação mundialmente reconhecida por proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde.²¹

5- CONCLUSÃO

Pode-se concluir com os resultados achados neste estudo que o conteúdo e os itens da *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) é compatível em parte com a perspectiva biopsicossocial abordada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), visto que, não aborda em sua totalidade os quatro componentes existentes nesta classificação (funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais).

Entretanto, o instrumento oferece aos profissionais de saúde a oportunidade de contextualizar melhor a avaliação do medo de quedas, por meio da investigação do desempenho dos idosos em atividades e participação presentes em situações do cotidiano dessa população. Nesse sentido, ele fornece subsídios para adequações das intervenções multidisciplinares em saúde, de políticas de saúde e inclusão social para essas pessoas, por meio da identificação clara dos principais problemas enfrentados por elas.

Na avaliação do medo de quedas analisada por meio do instrumento FES-I, é possível observar que os idosos, no geral, utilizaram qualificadores de desempenho com dificuldade leve para a maior parte das tarefas questionadas. O nível de dificuldade moderado foi bem pontuado nas atividades de subir e descer, seguido por andar em superfícies diferentes e transportar objetos, atividades que exigem maior integridade funcional e estrutural das condições neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**. 2004; 38(5): 687-94.
2. STUDENSK, S.; WOLTER, L. Instabilidade e quedas. In: Duthie, EH, Katz PR, organizadores. **Geriatría práctica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; p. 193-200, 2002.
3. KAY, P. D.; TIDEIKSAAR, R. Quedas e distúrbios de marcha. In: Abrams WB, Berkow R. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Ed. Roca; 1995.
4. FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA, M. J. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**. 2004; 38(1): 93-9.
5. COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad Saúde Pública**. 2002; 18(5): 1359-66.

6. ANDES, D. L. et al. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2013; 29(4): 758-68.
7. DELBAERE, K. et al. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. **Age Ageing**. 2004; 33(4): 368-73.
8. LAUNAY, C., et al. Association of depressive symptoms with recurrent falls: a cross-sectional elderly population based study and a systematic review. **J Nutr Health Aging**. 2013; 17(2): 152-7.
9. SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole; 2005.
10. LUIZ, L. C.; REBELATTO, J. R. et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínicofuncionais em idosos da comunidade. **Rev Bras Fisioter**. 2009; 13(5): 444-50.
11. LEGGOD, R.; SCUFFHAM, P. et al. Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of the literature. **Inj Prev**. 2002; 8(2): 155-60.
12. PERRACINI, M.; RAMOS, L. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**. 2002; 36 (6): 709-16.
13. TEMPORINI, E. R.; KARA, J. N. et al. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. **Rev Saúde Pública**. 2012; 36(3): 343-9.
14. TIDEIKSAAR, R. **As quedas na velhice: prevenção e cuidados**. 2ª ed. São Paulo: Andrei; 2010.
15. DI NUBILA, H. B. V. **Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.
16. STUCKI, G.; EWERT, T. et al. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. **Disabil Rehabil**. 2002; 24(7): 932-38.

17. SILVA, S. L.; SILVA, V. G. et al. Comparação entre diferentes pontos de corte na classificação do perfil de fragilidade de idosos comunitários. **Geriatr Gerontol.** 2011; 5(3): 130-5.
18. CIEZA, A. et al. ICF linking rules: an update based on lessons learned. **J Rehabil Med**, 2005; 37(4): 212-8.
19. CAMARGOS, F. F. O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Revista Brasileira de Fisioterapia.** 2010; 14(3): 237–243.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde, 2004.
21. QUINTANA, J. M., et al. "A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos." **Revista de Enfermagem Referência.** 2014; 4(1): 145-152.
22. DIAS, R. C., et al. "Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários." **Rev Bras Fisioter.** 2011; 15(5): 406-13.
23. CAMPOS, T. F., RODRIGUES, C. A., FARIAS, I. M. A., RIBEIRO, T. S., & MELO, L. P. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Revista Brasileira de Fisioterapia.** 2012; 16(1): 23-29.
24. QUISPE MENDOZA, I. Y., e MANCUSSI E FARO, A. C. Soporte social del anciano quirúrgico: Revisión bibliográfica. **Enfermería Global.** 2009; 8(15): 1-10.
25. YAMADA M, MIZUNO Y, MIYAKE Y; Cataract Survey Group of the National Hospital Organization of Japan. A multicenter study on the health-related quality of life of cataract patients: baseline data. **Jpn J Ophthalmol.** 2009; 53(5): 470-6.

26. MACEDO, Barbara Gazolla de, et al. "Medo de cair e qualidade de vida em idosos com catarata." *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2013; 16 (3): 569-577.

27. DILLON CF, GU Q, HOFFMAN HJ, KO CW. Vision, hearing, balance, and sensory impairment in Americans aged 70 years and over: United States, 1999-2006. *NCHS Data Brief.* 2010; 31: 1-8.

7- ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

	<p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde</p> 	
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF</p> <p>PARECER Nº 0153/2011</p>		
<p>PROTOCOLO 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.</p>		
<p>Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.</p>		
<p>Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.</p>		
<p>Validade do Parecer: 18/05/2013</p>		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>Brasília, 18 de maio de 2011.</p>		
<p>Atenciosamente,</p>  <p>Maria Rita Carvalho Garbi Novaes Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF Coordenadora</p>		
<p>AL/CEP/SES-DF</p>		
<p>Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES Comitê de Ética em Pesquisa Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br SAMN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70 710-907 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE</p>		

**ANEXO B – FICHA DE AVALIAÇÃO DA FALLS EFFICACY SCALE-
INTERNATIONAL (FES-I)¹⁹**

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é 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 com sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

		Nada preocupad	Pouco preocupado	Muito preocupad	Extremamente preocupado
1	Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vestindo ou tirando a roupa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Preparando refeições simples.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Tomando banho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Indo às compras.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Sentando ou levantando de uma cadeira.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Subindo ou descendo escadas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Caminhando pela vizinhança	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	Ir atender ao telefone antes que pare de tocar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Visitando um amigo ou parente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Andando em lugares cheios de gente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Subindo ou descendo uma ladeira	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ANEXO C – MINI EXAME DE ESTADO MENTAL

Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

ANEXO D - ORIENTAÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Categoria de Manuscritos

Todos os artigos, independente da sua respectiva categoria, deverão ser elaborados de acordo com a orientação da RBGG, observando o desenho de estudo do artigo.

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, Método, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos. Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios clínicos será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios. Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 35 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Revisões: a) Revisão sistemática - É uma revisão planejada para responder a pergunta específica, objeto da revisão. É feita por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, e descreve o processo de busca dos estudos, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos; b) Revisão integrativa - Método de revisão amplo, que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos. Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 50 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Relatos de caso: Relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Esta categoria tem por função anunciar novas variações de processos de doença, tratamento ou resultados inusitados etc., enquanto ainda não houve tempo de uma análise com maior número de casos para submeter como "artigo original". Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Método, Resultados (relatando a experiência inédita), Discussão e

Conclusão. Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo e referências. Máximo de 25 referências e de total de 3 tabelas/figuras/quadros.

Orientação para preparação de manuscritos

Preparação de manuscritos: Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto: O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português. Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Nota de rodapé: Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo.

Resumo: Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 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 objetivo, método, resultado e conclusão com as informações 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 campo específico, de três e a 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: A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento. Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

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.

Método: Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise

utilizada. 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 autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

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: Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão. Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas. 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. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos: devem ter fonte 10, centralizados, espaçamento entre linhas simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos: devem ter fonte 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas. Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Conflito de interesses

Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores também deverão ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”, documento exigido pela RBGG para a submissão do artigo.

8- APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

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 o senhor (a) a fazer suas atividades do dia-a-dia com mais facilidade, como andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira e outras. Queremos também saber se esta cirurgia irá melhorar seu equilíbrio quando estiver parado (a) ou andando, se o senhor (a) irá deixar de cair ou, pelo menos, cair menos depois da correção da sua 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 setor de Oftalmologia do Hospital de Base e no laboratório da UNB-Campus 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 ao senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Oftalmologia do Hospital de Base, na Instituição Universidade de Brasília e na regional Ceilândia, 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: Ruth Losada de Menezes, na instituição Faculdade UnB Ceilândia (61) 3376-6042.

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
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B- FICHA DE REGISTRO DE DADOS**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Gênero: () masculino () feminino

Assinatura do TCLE () sim () não

Nome familiar, amigo ou vizinho para contato: _____

Telefone: _____

O(a) senhor(a) sofreu quedas nos últimos 12 meses?

 Sim Não

Quantas vezes?

 Uma vez Duas 3 e mais vezes

APÊNDICE C: FATORES CONTEXTUAIS - CARACTERÍSTICAS
SÓCIODEMOGRÁFICAS

<p>1. Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Casado (a) ou vive com companheiro (a) <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) / Separado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>2. Qual sua cor? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta/Negra <input type="checkbox"/> Mulata/cabocla/parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela/oriental <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>
<p>3. Trabalha atualmente? (se não, vá para questão 5) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>4. O que o (a) senhor (a) faz (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação)</p>
<p>5. O senhor (a) é aposentado (a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>6. O senhor (a) é pensionista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>
<p>7. O senhor (a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>8. Até que ano da escola o (a) senhor (a) estudou? <input type="checkbox"/> Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) <input type="checkbox"/> Curso de alfabetização de adultos <input type="checkbox"/> Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Ginásio (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso magistério, curso técnico) <input type="checkbox"/> Curso Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR</p>
<p>9. Quantos filhos (as) o (a) Sr/Sra tem? _____</p>	<p>10. O (a) Sr/Sra mora só? (Se não, vá para questão 11) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>11. Quem mora com o (a) senhor (a)? <input type="checkbox"/> Marido/mulher/companheiro (a) <input type="checkbox"/> Filhos ou enteados <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Bisnetos</p>	<p>12. O (a) Sr/Sra é proprietário (a) sua residência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS</p>

<input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Pessoas fora da família	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR
13. O (a) Sr/Sra é o principal responsável pelo sustento da família? (Se sim, vá para 15) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR	14. O (a) Sr/Sra ajuda nas despesas da casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR
15. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? <input type="checkbox"/> Até ½ salário mínimo <input type="checkbox"/> Mais de ½ a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> NR	16. Qual a renda mensal da sua família , ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o (a) senhor (a)? <input type="checkbox"/> Até ½ salário mínimo <input type="checkbox"/> Mais de ½ a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> NR
17. O (a) senhor (a) e sua (seu) companheiro (a) consideram que tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades de vida diária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR	18. O (a) senhor (a) tem algum parente, amigo ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, caso necessário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR

APÊNDICE D: FATORES CONTEXTUAIS - SAÚDE GERAL

DADOS CLÍNICOS – CATARATA E OUTRAS DOENÇAS

19. Possui Catara? () Sim () Não
20. Há quanto tempo foi diagnosticado Catarata? _____ (ano ou mês)
21. Catarata:
- () Um olho → Qual: () Direito () Esquerdo
- () Dois olhos
22. Já operou de Catarata? () Sim () Não
23. Se sim, operou:
- () 2 olhos ()
- () 1 olho → () Direito () Esquerdo
24. Aguardando cirurgia: () Sim () Não → Se sim, data agendada e Hospital:
- _____
25. Há quanto tempo aguarda cirurgia?
- () Menos de 6 meses
- () Há 6 meses
- () Há mais de 6 meses → _____ (Relatar quantos meses)
26. Possui algum outro problema de visão diagnosticado? () sim () não
- Se sim, qual? _____
27. A última vez em que retornou ao Oftalmologista:
- () Há menos de 1 ano
- () Há 1 ano
- () Há mais de 1 ano
28. Possui prescrição para uso de óculos? () sim () não
29. Óculos para corrigir qual problema? () Miopia () Hipermetropia () Astigmatismo () NS
30. Faz uso de óculos segundo prescrição médica? () sim () não
31. Algum médico já disse que o (a) senhor (a) tem:
- Problema de audição? () Sim () Não () NR
 - Problema do coração/doença do coração? () Sim () Não () NR
 - Pressão alta/hipertensão? () Sim () Não () NR
 - Embolia/Derrame? () Sim () Não () NR
 - Diabetes Mellitus? () Sim () Não () NR
 - Tumor maligno/câncer? () Sim () Não () NR
 - Artrite/Reumatismo? () Sim () Não () NR
 - Doença Pulmonar crônica? () Sim () Não () NR
 - Depressão? () Sim () Não () NR
 - Osteoporose? () Sim () Não () NR
 - Incontinência urinária (perda involuntária de urina)? () Sim () Não () NR
 - Incontinência fecal (perda involuntária de fezes)? () Sim () Não () NR
 - Doença do labirinto (labirintite)? () Sim () Não () NR
32. Auto-relato de deficiência visual e auditiva:
- a) Como o senhor (a) acha/considera que está sua capacidade de enxergar, mesmo quando usa óculos ou lentes:
- () sem problemas = sem deficiência/alteração
- () poucos problemas = deficiência/alteração moderada

- muitos problemas = deficiência/alteração severa
- b) Como o senhor (a) acha/considera que está sua capacidade de ouvir, mesmo quando usa aparelho auditivo:
- sem problemas = sem deficiência/alteração
- poucos problemas = deficiência/alteração moderada
- muitos problemas = deficiência/alteração severa
33. Quantos medicamentos o (a) senhor (a) está usando regularmente nos últimos 3 meses prescritos pelo médico ou que o (a) senhor (a) toma por conta própria?
- Nenhum
- 1 -2
- 3 – 5
- Mais de 5
- NR
34. Tipos de medicamentos em uso:
- Sedativos Hipnóticos Ansiolíticos Anti-depressivos Ação Cardiovascular
35. Hábitos de Vida
36. Etilista Ex-etilista Não etilista
37. Consumo diário: _____
38. Parou há quanto tempo: _____
39. Tabagista Ex-tabagista Não tabagista
40. Consumo diário: _____
41. Parou há quanto tempo: _____
42. Pratica atividade física SIM NÃO
43. Frequência (vezes/semana): _____
44. Modalidade: _____
45. Duração da atividade: _____
46. Há quanto tempo faz: _____
47. Faz uso de algum dispositivo de auxílio para marcha? Sim Não
48. Se sim, qual?
- Andador
- Bengala de uma ponta
- Bengala tipo Canadense
- Muleta Axilar
- Bengala de 3 ou 4 pontas
- Outro.
49. Realizou o Mini Exame de Estado Mental?
- Sim
- Não
50. Se sim, quantos pontos?