

Érica Guimarães Gontijo

**A PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE IDOSOS COM MEDO DE
CAIR RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG
2010

Érica Guimarães Gontijo

A PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE IDOSOS COM MEDO DE CAIR RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Terapia Ocupacional área de ênfase Gerontologia.

Orientadora: Profª Adriana M. Valladão
Novais Van Petten

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG
2010

G641p Gontijo, Érica Guimarães
2010 A participação em atividades de vida diária de idosos com medo de cair residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte. [manuscrito] / Érica Guimarães Gontijo – 2010.
31 f., enc.: il.

Orientadora: Adriana Maria Valladão Novais Van Petten

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 22-25

1. Idosos. 2. Acidentes por quedas. 3. Independência. 4. Autonomia. I. Petten, Adriana M. Valladão Novais Van. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.825

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	METODOLOGIA.....	10
2.1	Caracterização do Estudo	10
2.2	Amostra	10
2.3	Instrumentos	11
2.4	Análise dos dados.....	13
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	20
5	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	ANEXOS.....	28

RESUMO

O medo de cair é comum entre os idosos acima de 60 anos que vivem na comunidade e a prevalência é de 21 a 85%, sendo consideravelmente maior nas mulheres. No Brasil, o medo de cair é referido como a segunda consequência das quedas. É também considerado como uma preocupação constante em relação à queda que levar a evitar a execução de atividades diárias que, por sua vez, leva ao descondicionamento físico e, assim, aumenta o risco de quedas. Por outro lado, há evidências de que as pessoas que possuem medo de cair não evitam suas atividades necessariamente. O objetivo desse estudo foi avaliar se o medo de cair e sua intensidade podem interferir no desempenho de atividades no cotidiano de idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte. Realizou-se um estudo transversal, cuja amostra correspondeu à população idosa (acima de 60 anos) residente na área de abrangência de uma UBS da região de Belo Horizonte. Esses idosos foram divididos em dois grupos G1 (medo de cair) e G2 (sem medo de cair). Foram excluídos da pesquisa idosos acamados ou que apresentaram condições de saúde instáveis ou graves como sequelas de acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, artrite ou reumatismo, além de déficit cognitivo. Para este estudo foram utilizados Miniexame do Estado Mental (MEEM), as Atividades de Vida Diária, as Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton), as Atividades Básicas de Vida Diária (Katz), a Escala de Graduação do Medo de Cair e o teste Time Up and Go. Também foram analisadas as informações sociodemográficas e o histórico de quedas nos últimos 12 meses. O grupo G1 contou com 56 idosos, com idade média 72,1 anos e maioria do sexo feminino. O grupo G2 contou com 54 idosos com média de idade de 70,7 anos e maioria do sexo masculino. A parcela de idosos que sofreram quedas com fraturas foi similar nos dois grupos, bem como o risco de quedas. Em ambos grupos a maioria dos participantes era independente nas atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária. Foi confirmado que a maioria dos indivíduos que possuem medo de cair são do sexo feminino. Idosos de diferentes faixas etárias com medo de cair, como também, indivíduos com e sem histórico de quedas apresentaram medo de cair. Verificou-se alta prevalência de risco de quedas em idosos com e sem medo de cair. Foi observado um alto senso de auto-eficácia ou confiança em evitar quedas em quase a metade de idosos com risco de quedas. Os idosos com medo de cair, mesmo caracterizando seu medo como moderado, apresentaram o mesmo nível de participação nas atividades de vida diária que idosos sem medo de cair.

Palavras-chave: Medo de cair, Atividades Cotidianas, idosos, participação

ABSTRACT

Fear of falling is common among the elderly over 60 years, living in the community with a prevalence from 21 to 85%, being significantly higher in women. In Brazil, the fear of falling is referred to as the second consequence of falls. This is also described as an ongoing concern about falling that ultimately limits the performance of daily activities and subsequent losses in physical capabilities and thus increases the risk of falls. Moreover, there is evidence that people who have a fear of falling will not necessarily prevent their activities. The aim of this study was to measure whether the fear of falling and its intensity in the elderly living in an area of a Unidade Básica de Saúde (UBS) in the city of Belo Horizonte can interfere with the performance of daily activities. We conducted a cross-sectional study, whose sample corresponded to the elderly population (above 60 years) living in an area of a UBS of Belo Horizonte. These seniors were divided into two groups: G1 (fear of falling) and G2 (without fear of falling). Excluded from the study were those who showed that elderly bedridden or health conditions unstable or severe sequelae such as stroke, Parkinson's disease, arthritis or rheumatism, and cognitive impairment. For this study, we used Mini Mental State Examination (MMSE), Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living (Lawton), the Basic Activities of Daily Living (Katz), the Rating Scale and the Fear of Falling Test Time Up and Go were also analyzed demographic information and history of falls in the last 12 months. The G1 group was attended by 56 elderly, mean age 72.1 years and mostly female. The G2 group had 54 elderly patients with a mean age of 70.7 years and most were male. The share of elderly who have suffered falls and fractures was similar in both groups, as well as the risk of falls. In both groups the majority of participants were independent in basic activities, advanced instruments and everyday life. It was observed that most individuals who have a fear of falling are female, elderly in different age groups have a fear of falling, as well as individuals with no history of falls and had a fear of falling. There was a high prevalence of risk of falls in older people with and without fear of falling. We observed a high sense of self-efficacy or confidence in avoiding falls in almost half of elderly people at risk of falling. The elderly with fear of falling, even characterizing their fear as a moderate, had the same level of participation in activities of daily living that subjects without fear of falling.

Key words: fear of falling, Activities of Daily Living, aged, participation

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais importantes mudanças demográfica e social observadas em quase todo o mundo. No Brasil, o ritmo do envelhecimento populacional é maior do que aquele ocorrido nos países desenvolvidos (Carvalho e Garcia, 2003). Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (Carvalho e Garcia, 2003). Além disso, o país apresenta um aumento significativo na expectativa de vida da população (IBGE, 2006) e o aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária. Dentre esses eventos destaca-se a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências (Perracini e Ramos, 2002).

Queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial” (Moura et al, 1999). Os fatores causadores de quedas são classificados em intrínsecos e extrínsecos. Correspondem a fatores intrínsecos, as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, as doenças, os efeitos causados pelo uso de fármacos, entre outros. Os fatores extrínsecos são aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (Lopes et al, 2007). De acordo com pesquisa realizada por Fabrício e colaboradores (2004) sobre as causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público, a causa mais comum é o ambiente inadequado como problemas com degrau, atrapalhar-se com objetos no chão, trombar em outras pessoas, subir em objetos para alcançar algo, queda da cama e piso escorregadio. As consequências mais comuns de quedas são as fraturas e o medo de voltar a cair.

Em relação ao medo de cair, observa-se que é comum entre os idosos acima de 60 anos, que vivem na comunidade, com prevalência de 21 a 85% (Scheffer et al, 2008), sendo consideravelmente maior nas mulheres (Maki et al, 1991; McAuley et al, 1997; Vellas et al, 1997; Artken et al, 1994).

Por muito tempo, o medo de cair foi referido como consequência das quedas. Alguns autores indicavam que essa síndrome era resultante de um trauma psicológico devido a um episódio de queda, que levava a redução da participação em atividades e subsequente perda da capacidade física (Shumway-Cook et al, 1997; Mckee et al, 1999). Entretanto, outros estudos revelaram que indivíduos com medo de cair nunca sofreram quedas (Myers et al, 1996; Lawrence et al, 1998).

Segundo Shumway-Cook e colaboradores (1997) e Mckee e colaboradores (1999) quedas e medo de cair são síndromes comuns e com resultados potencialmente graves em idosos que vivem na comunidade. A correlação entre essas duas síndromes é evidente, porém a relação temporal entre essas não é nítida (Friedman et al, 2002). Portanto, o medo de cair pode ser tanto consequência como causa das quedas. Provavelmente, esta relação se comportará como um ciclo vicioso.

O estudo realizado por Lopes e colaboradores (2009) com idosos em Diamantina – MG - utilizou, entre outros materiais, a Falls Efficacy Scale – International Brasil (FES-I-Brasil) que apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades incluindo Atividades Básicas de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, atividades externas e de participação social (Camargos, 2007). Este estudo demonstrou que 90,48% dos idosos avaliados apresentaram medo de cair em, no mínimo, uma das 16 atividades propostas pela FES-I-BRASIL e apenas 54,42% apresentaram histórico de quedas (Lopes et al, 2009). Outro estudo demonstrou que a esquivia da participação em atividades é secundária ao medo de cair que, por sua vez, leva ao descondicionamento físico e, assim, aumenta o risco de quedas (Friedman et al, 2002).

Neste mesmo estudo, os autores indicaram as atividades presentes na escala FES-I- BRASIL que geravam maior preocupação em cair para os idosos, quais sejam: andando em uma superfície escorregadia, caminhar sobre uma superfície irregular, subir e descer escadas, subir e descer uma ladeira e tomar banho. A maioria das

atividades citadas pode simular uma situação extradomicílio. Há que se considerar, então, que idosos que manifestam o medo de cair podem evitar situações extradomiciliares e desafiadoras e acabaram restringindo-se ao ambiente domiciliar.

Tinetti e Powell (1993) descrevem o medo de cair como uma preocupação constante em relação à queda que leva a evitar a execução de atividades diárias. Bandura (1982) define medo de cair como baixa auto-eficácia ou confiança em evitar quedas. De acordo com Bandura (1977) e Cumming e colaboradores (2000), essa preocupação sobre as quedas limita o desempenho nas atividades do dia-a-dia. Lachman e colaboradores (1998) encontraram atividades que são evitadas devido ao medo de cair, tais como: sair quando está escorregadio, pegar objetos no alto, andar em ambientes externos. Por outro lado, relatam que há evidências de que as pessoas que possuem medo de cair não necessariamente evitam suas atividades.

Diante dessas questões, o presente estudo teve como objetivo avaliar se o medo de cair e sua intensidade, em idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Belo Horizonte, podem interferir no desempenho de atividades do cotidiano desses indivíduos.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização do Estudo

O presente estudo é um sub-projeto de estudo maior intitulado Avaliação da Situação de Saúde de Idosos Residentes na Área de Abrangência de Três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Belo Horizonte, realizado pelo PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretária Municipal de Saúde – Parecer nº 410203/09 (**Anexo A**).

Foi realizado um estudo transversal para analisar a relação entre medo de cair e participação nas atividades cotidianas de idosos da comunidade.

2.2 Amostra

Participaram do estudo 110 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos sexos, residentes na área de abrangência de uma UBS da região de Belo Horizonte. Esses idosos foram divididos em dois grupos G1 (medo de cair) e G2 (sem medo de cair).

Foram excluídos da pesquisa idosos acamados ou que apresentaram condições de saúde instáveis ou graves como sequelas de acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, artrite ou reumatismo, além de déficit cognitivo.

Os idosos da área de abrangência da UBS selecionada foram informados sobre o estudo, convidados a participar e, ao aceitar, assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Esses receberam os examinadores em domicílio, durante 1 hora e meia, no horário de conveniência do idoso, no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010. Os participantes responderam a um Protocolo de Coletas de Dados - Linha de Atenção ao Idoso que contem 13 áreas de investigação.

2.3 Instrumentos

Para este estudo, foram utilizadas algumas áreas do Protocolo de Coletas de Dados - Linha de Atenção ao idoso, a saber: (1) Miniexame do Estado Mental (MEEM), (2) Atividades de Vida Diária, (3) Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton), (4) Atividades Básicas de Vida Diária (Katz), (5) Escala de Graduação do Medo de Cair e o (6) Teste Time Up and Go. Também foram analisadas as informações sociodemográficas dessa amostra e seu o histórico de quedas nos últimos 12 meses.

O MEEM (**Anexo B**) consiste em um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo (Bruck et al, 2003) e foi utilizado como critério de exclusão da amostra. É um teste cognitivo breve composto por itens a respeito de orientação temporoespacial, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional (Diniz et al, 2007), cuja pontuação é influenciada pela escolaridade do indivíduo (Diniz et al, 2007). Os sujeitos alfabetizados apresentam escores de acordo com a quantidade de anos estudados, sendo de 1 a 4 anos, 24 pontos; 5 a 8 anos, 26 pontos; 9 a 11 anos, 28 pontos e superior a 11 anos, 27 pontos (Bruck et al, 2003). Bruck e colaboradores (2003) sugeriram que indivíduos analfabetos com escore inferior a 18 pontos apresentam perdas cognitivas. Para fins deste estudo idosos com escore abaixo de 18 pontos foram excluídos da pesquisa.

As Atividades Avançadas de Vida Diária (**Anexo C**) foram avaliadas por auto-relato através de um questionário estruturado baseado no Berlin Age Study (Ashworth, 1994; Reuben et al, 1990). Esse questionário conta com 12 itens que analisa a freqüência em que os indivíduos participam das atividades de natureza social. Cada

item possui uma graduação da frequência em que realizam as atividades que varia entre nunca fez / parou de fazer / ainda faz (Ashworth, 1994; Reuben et al, 1990).

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (**Anexo D**) foram avaliadas pela Escala de Lawton. Essa escala apresenta oito domínios que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de uso do telefone, uso do transporte, fazer compras, preparo de alimentos, tarefas domésticas, uso de medicação, manejo do dinheiro e andar fora de casa (Lawton e Brody, 1969). Cada domínio possui três itens que recebem as pontuações de: (1) dependente, (2) necessita de assistência e (3) independente. Seu escore total varia de 8 a 24, sendo que quanto menor o valor obtido pelo paciente, maior o grau de comprometimento do idoso para levar uma vida comunitária independente (Lawton e Brody, 1969).

As Atividades Básicas de Vida Diária (**Anexo E**) foram avaliadas pela Escala de Katz. Essa escala é um dos instrumentos mais utilizados na área de geriatria e gerontologia, e baseia-se no estado real e não na habilidade do indivíduo em realizar a tarefa com auxílio de terceiros (Lino et al, 2008). A Escala de Katz conta com seis itens, hierarquicamente relacionados que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de alimentação, controle esfincteriano, transferências, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (Duarte et al, 2007). Cada atividade que o idoso for incapaz de realizar recebe a pontuação 1, assim, o escore total pode variar de 0 a 6 e quanto maior o escore total mais dependente será o indivíduo (Lino et al, 2008).

A Escala de Graduação do Medo de Cair (**Anexo F**) mensura a preocupação constante em relação à queda. Neste estudo o medo de cair foi mensurado de forma dicotômica: ter ou não ter medo, que definiu a formação dos grupos. Essa forma de mensuração é crítica por limitar a capacidade de detectar a gravidade do medo (Legters, 2002), assim o medo, quando detectado, foi mensurado de acordo com sua intensidade, sendo dividido em quatro categorias: muito pequeno / pequeno / moderado / muito grande. Segundo Legters (2002), este formato tem a vantagem de ser simples e fácil para gerar as estimativas de prevalência (Legters, 2002).

O Teste Timed Up and Go (TUG) avalia o risco de quedas em idosos. Para realizá-lo é recomendado uso de cadeira, com apoio para braços (assento com altura de aproximadamente 46 cm) e encosto para tronco, que será posicionada a 3 m de uma

linha no chão. O idoso deve utilizar seus calçados habituais e poderá fazer uso de seu dispositivo de auxílio à marcha habitual (nenhum, bengala ou andador). O indivíduo será instruído para que, ao ser solicitado, levante da cadeira e ande em ritmo confortável e seguro até a linha, gire, retorne para a cadeira e se assente novamente. Será avaliado o tempo em segundos que o idoso leva para realizar o teste (Podsiadlo e Richardson, 1991). Para fins deste estudo foram realizados três testes, considerando-se a média de tempo das três tentativas. Os seguintes pontos de corte foram adotados para risco de quedas: idosos entre 60 e 69 anos escore menor que 8,1 segundos; idosos entre 70 e 79 anos escore menor que 9,2 segundos; idosos entre 80 e 99 anos escore menor que 11,3 segundos (Bohannon, 2006).

2.4 Análise dos dados

Os participantes foram divididos em dois grupos – com (G1) e sem medo de cair (G2) de acordo com as respostas dicotômicas fornecidas na Escala de Graduação do Medo de Cair. Quando o medo de cair foi detectado, houve sua mensuração de acordo com a intensidade: muito pequeno / pequeno / moderado / muito grande.

A análise inferencial foi realizada com base na comparação entre os grupos e a resposta à sua participação nas atividades do cotidiano. Os resultados obtidos sem medo de cair foram, então, comparados aos alcançados com medo de cair. Todas as observações feitas de forma descritiva tiveram sua significância testada estatisticamente. Os dados foram testados quanto à distribuição normal. Considerando-se que, em relação ao sexo, não se obteve a normalidade das diferenças, aplicou-se o Teste de Mann-Whitney, visando-se a estabelecer comparação entre os grupos. Considerando que em relação à idade obteve-se a normalidade das diferenças, aplicou-se o Teste t para amostras independentes, visando estabelecer a comparação entre os grupos. Em todas as análises desenvolvidas, utilizando-se o *software* estatístico SPSS for Windows, versão 17.0 e considerou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$.

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 110 (cento e dez) idosos divididos em dois grupos, G1 (com medo de cair) e G2 (sem medo de cair), de acordo com as respostas dicotômicas fornecidas na Escala de Graduação do Medo de Cair. A caracterização de cada grupo é apresentada na Tabela 1.

TABELA 1

Caracterização dos grupos segundo a média de idade, o gênero, o estado civil, com quem mora e a escolaridade.

	G1	G2
n	56	54
Idade (anos - média)	72,1 (±8,77)	70,7 (±7,0)
Gênero		
Feminino	37	24
Masculino	19	30
Estado Civil		
Casado	30	28
Solteiro	4	4
Separado	5	6
Viúvo	17	16
Com quem mora		
Sozinho	7	8
Acompanhado	49	46
Escolaridade		
Analfabeto	1	0
Fundamental Incompleto	21	17
Fundamental Completo	12	6
Médio Incompleto	4	3
Médio Completo	6	12
Superior Incompleto	3	3
Superior Completo	6	10
Pós-graduação Incompleta	1	0
Pós-graduação Completa	1	3
Não respondeu	1	0

Verificou-se que a maioria dos idosos que possuíam medo de cair foram mulheres, contabilizando 37 participantes. Os participantes que não possuíam medo de cair, na sua maioria foram de homens, com 30 participantes. Na análise das variáveis medo de cair e sexo foi verificado que a diferença entre os sexos possui relação significativa ($p= 0,037$).

Os idosos do grupo G1 apresentavam idade média de 72,1 anos, superior a do grupo G2 com 70,7 anos. Na análise das variáveis medo de cair e idade pelo T-test foi verificado que não houve relação estatística significativa entre as variáveis ($p= 0,165$).

Com relação à intensidade do medo de cair, no grupo G1, 3 (três) relatavam medo muito pequeno, 14 (quatorze) relatavam medo pequeno, 25 (vinte cinco) possuíam medo moderado e 14 (quatorze) possuíam medo muito grande. Verificou-se que a maioria dos idosos que apresentavam medo de cair foram mulheres (37) contra dezenove (19) homens. A maior parte das mulheres referiu seu medo de cair entre moderado (17) e muito grande (11), enquanto que a maioria dos homens referiu seu medo de cair como pequeno (6) e moderado (8).

As tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e ocorrência de fraturas resultantes das quedas. Verificou-se que apenas 7 (sete) idosos do G1 sofreram quedas nos últimos 12 meses, sendo que todos sofreram fratura. Desses, 6 (seis) foram do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. Dos idosos do G2, apenas 5 (cinco) sofreram quedas nos últimos 12 meses, todos com fratura e 1 idoso teve fratura não relacionada a queda, sendo 3 (três) do sexo feminino e 3 (três) do sexo masculino.

TABELA 2
Distribuição dos Grupos em Relação a Quedas

		Queda		Total
		sim	não	
Medo Cair	G1	7	49	56
	G2	5	49	54
Total		12	98	110

TABELA 3
Distribuição dos Grupos em Relação a Fraturas

		Fratura		Total
		sim	não	
Medo Cair	G1	7	49	56
	G2	6	48	54
Total		13	97	110

A tabela 4 apresenta os resultados da aplicação do Teste Time Up and Go entre os participantes dos grupos distribuídos em relação ao gênero, verificou-se que 48 (quarenta e oito) idosos do G1 apresentavam risco de quedas, sendo 33 (trinta e três) mulheres e 15 (quinze) homens. Em relação ao G2, esse teste indicou que 44 (quarenta e quatro) idosos apresentavam risco de quedas, sendo 18 (dezoito) mulheres e 26 (vinte e seis) homens. Em ambos grupos, a maioria de seus participantes foi independente nas Atividades Básicas, Instrumentais e Avançadas de Vida Diária. No grupo G1 apenas 6 (seis) participantes do sexo feminino necessitavam de auxílio de bengala, andador ou outra pessoa para andar fora de casa, enquanto no grupo G2 apenas um participante, do sexo masculino, necessitava desse tipo de auxílio.

TABELA 4
Risco de quedas entre os Participantes
dos Grupos Distribuídos em relação ao gênero

TUG			Sexo		Total
			feminino	masculino	
Risco de queda	Medo Cair	G1	33	15	48
		G2	18	26	44
	Total		51	41	92
Sem risco de queda	Medo Cair	G1	4	4	8
		G2	6	4	10
	Total		10	8	18

Foi verificado se o medo de cair estava relacionado à ocorrência de quedas e fraturas nos participantes. Observou-se que 7 (sete) idosos com medo de cair e 6 idosos sem medo de cair sofreram quedas que resultaram em fraturas nos últimos 12 meses. Verificou-se que nesta amostra não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,587$), assim, idosos que sofreram quedas e os que não sofreram possuem medo de cair. Também não foi observada diferença significativa ($p = 0,822$) entre os grupos cujos participantes sofreram fraturas.

A tabela 5 apresenta a comparação entre os grupos em relação ao medo de cair e o desempenho nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, bem como com o risco de quedas. Considerando essas avaliações, o medo de cair não interferiu na execução das atividades.

TABELA 5

Relação do medo de cair com o desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e risco de quedas

Testes	Asymp. Sig. (2-tailed).
Katz	0,328
Lawton	0,148
TUG	0,55

A tabela 6 apresenta a comparação entre os grupos em relação ao medo de cair e o desempenho nas Atividades Avançadas de Vida Diária, foi observado que não houve diferença significativa entre os grupos, exceto para as atividades relacionadas ao trabalho remunerado ($p=0,032$) e atividades de liderança ou políticas ($p=0,012$).

TABELA 6

Relação do medo de cair com o desempenho nas atividades avançadas de vida diária

Atividades avançadas de vida diária	Asymp. Sig. (2-tailed)
Fazer visitas	0,314
Receber visitas	0,941
Ir à igreja	0,112
Participar de centro de convivência	0,654

Participar de reuniões sociais	0,587
Participar de eventos culturais	0,568
Dirigir automóvel	0,133
Fazer viagens de um dia	0,891
Fazer viagens de longa duração	0,21
Fazer trabalho voluntário	0,531
Fazer trabalho remunerado	0,032
Desenvolve atividades de liderança ou políticas	0,012

Com relação à frequência com que os idosos participavam do trabalho remunerado, verificou-se que a maioria dos idosos parou de realizar tal atividade, sendo 42 dos 56 idosos do grupo G1 e 30 dos 54 idosos do grupo G2. Quanto à frequência com que os idosos participavam das atividades de liderança ou atividades políticas, observou-se que a maioria dos idosos nunca realizaram tal atividade sendo 44 dos 56 idosos do grupo G1 e 31 dos 54 idosos do grupo G2.

Comparando-se o risco de quedas entre os participantes dos grupos, distribuídos em relação ao sexo, verificou-se que no grupo G1, 48 idosos apresentavam risco de quedas, sendo a maioria do sexo feminino. Enquanto no grupo G2, 44 idosos apresentavam risco de quedas, sendo a maioria do sexo masculino. Na análise das variáveis risco de quedas e sexo pelo teste Mann-Whitney, foi verificado que nessa amostra não houve relação significativa ($p = 0,993$), assim, idosos do sexo masculino ou feminino possuem o mesmo risco de quedas. Como também, na análise das variáveis medo de cair e risco de quedas, a partir dos resultados do TUG, pelo teste Mann-Whitney, não houve relação significativa ($p = 0,549$).

4 DISCUSSÃO

De acordo com pesquisas realizadas por Zijlstra e colaboradores (2007), o medo de cair foi relacionado com a restrição da participação das Atividades de Vida Diária. Várias pesquisas verificaram que idosos com medo de cair apresentaram limitações na Atividade de Vida Diária correlacionando-as de forma independente com restrição das atividades (Kempen et al, 2009; Curcio et al, 2009; Cumming et al, 2000; Suzuki et al, 2002). Esse estudo apresenta resultados diferentes daqueles descritos acima, uma vez que os idosos com medo de cair apresentaram o mesmo nível de participação nas Atividades Instrumentais, Básicas e Avançadas de Vida Diária do que idosos sem medo de cair. Esses achados vão ao encontro daqueles apresentados por Lachman e colaboradores (1998) que verificaram que nem todos os idosos com medo de cair evitam suas atividades. Esses autores demonstraram que outros motivos além do medo de cair podem fazer com que os indivíduos restrinjam suas atividades, como as preferências, as limitações físicas e as restrições externas. Seria relevante destacar que a amostra do estudo aqui proposto foi composta apenas por idosos independentes, os testes utilizados para avaliar o desempenho nas Atividades de Vida Diária podem não ter sido sensíveis a pequenas variações de limitações na execução das atividades, uma vez que, de acordo com Andreotti e Okuma (1999), a maioria dos testes desenvolvidos para avaliar as Atividades de Vida Diária não são destinados ao nível de capacidade funcional de idosos independentes, mas sim destinados a indivíduos fisicamente dependentes ou fisicamente frágeis.

A maioria dos idosos com medo de cair caracterizou seu medo como moderado, e isso, não influenciou na participação das Atividades de Vida Diária. Os Idosos com medo de cair apenas apresentaram menor participação do que idosos sem medo de cair em duas Atividades Avançadas de Vida Diária, sendo essas referentes a trabalho remunerado e desenvolver atividades de liderança ou atividades políticas. Pela análise dos dados, verificou-se que nas atividades de liderança ou atividades políticas há uma

maior porcentagem de idosos do grupo G1 que nunca realizaram essas atividades, assim, o motivo pelo qual os participantes evitaram essas atividades se relacionavam com suas preferências individuais. Em relação à participação no trabalho remunerado, no Brasil, mulheres com 60 anos e homens com 65 anos se aposentam devido à idade. Observando que o grupo G1 apresenta uma porcentagem maior de mulheres (de 56 participantes 37 são mulheres) e a idade média (72,1 anos) maior que do grupo G2 (de 54 participantes, 24 são mulheres; idade média 70,7anos), a maioria dos participantes de G1 podem já estar aposentados e por isso apresentam menor participação na atividade fazer trabalho remunerado.

O medo de cair foi referido em diversas pesquisas como sendo consequência de uma queda anterior (Kempen et al, 2009; Lachman et al, 1998; Zijlstra et al, 2007; Suzuki et al, 2002). Nesse estudo, como também em pesquisas realizadas por Walker e Howland (1991); Lopes et al (2009); Cumming et al (2000), foi verificado que tanto idosos sem histórico de quedas como idosos com histórico de quedas, associadas ou não a fraturas, possuíam medo de cair.

Com relação ao risco de quedas, dos 110 idosos participantes desse estudo, 92 possuem risco de quedas, sendo 48 do grupo G1 e 44 do grupo G2. Verificou-se que quase a metade dos idosos apresentavam um alto senso de auto-eficácia ou confiança em evitar quedas, uma vez que 44 indivíduos possuíam risco de quedas e não possuíam medo de cair.

Os resultados desse estudo também indicaram que a maioria dos idosos que possuíam medo de cair são mulheres, resultados esses semelhantes aos apontados por Kempen e colaboradores (2009), Lachman e colaboradores (1998), Bertera e Bertera (2008), Zijlstra e colaboradores (2007), Suzuki e colaboradores (2002). Esse resultado pode estar relacionado com a dificuldade dos homens em registrar seus medos. De acordo com Maki e colaboradores(1991) e McAuley e colaboradores (1997), a provável subnotificação de medo de cair entre os homens é devido ao estigma da comunicação de seus medos.

Pesquisas realizadas por Lachman e colaboradores (1998) e Zijlstra e colaboradores (2007) verificaram que idosos mais velhos apresentaram maior medo de cair. Já as pesquisas de Cumming e colaboradores (2000) estavam de acordo com os

resultados do estudo proposto, que indica que o medo de cair independe da idade dos idosos.

A forma como o medo de cair foi avaliado nesse estudo possuiu a vantagem de ser simples e fácil de gerar estimativas de prevalência. A correlação entre os testes de Atividades de Vida Diária e a pergunta “você tem medo de cair” pode ter sido pouco sensível para detectar a relação entre medo de cair e restrição das atividades. Essa forma de correlação tem sido utilizada por vários pesquisadores, como Kempen e colaboradores (2009) e Curcio e colaboradores (2009). Para avaliar a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar Atividades de Vida Diária, vários instrumentos tem sido propostos, como the Fall Efficacy Scale (FES), the Activities-specific Balance and Confidence Scale (ABC) e Survey of Activities and Fear Of Falling in the Elderly (SAFFE). Entre esses, o FES possui uma versão adaptada e validada por Camargos no Brasil (Camargos, 2007). De acordo com Legters (2002) as causas do medo de cair são multifatoriais e pode ser difícil desenvolver um instrumento que reflita integralmente uma visão abrangente do medo de cair. Cada uma das ferramentas supracitados têm pontos fortes e deficiências em relação à população idosa (Legters, 2002).

Os resultados desse estudo foram obtidos a partir de uma amostra pequena, não podendo, assim, ser generalizado para todos idosos que vivem na comunidade.

5 CONCLUSÃO

Este estudo indicou que a maioria dos indivíduos que possuem medo de cair são do sexo feminino e que idosos de diferentes faixas etárias possuem medo de cair.

Foi observado que os idosos com medo de cair, independente do grau de seu medo, apresentam o mesmo nível de participação nas Atividades Instrumentais, Básicas e Avançadas de Vida Diária do que idosos sem medo de cair, exceto nas Atividades Avançadas de Vida Diária referentes a trabalho remunerado e desenvolver atividades de liderança ou atividades políticas. O motivo pelo qual os idosos com medo de cair participaram menos dessas atividades pode não estar relacionado ao medo de cair, mas com o perfil demográfico de indivíduos que possuem medo de cair - que são em sua maioria mulheres - e pelo contexto socioeconômico e cultural, que determina que as mulheres se aposentem com menos de 65 anos, e suas preferências pessoais que confere a escolha de desempenhar ou não atividades de liderança ou atividades políticas.

Além disso, verificou-se uma alta prevalência de risco de quedas em idosos com e sem medo de cair, sem que este aspecto fosse indicador do medo de cair. O histórico de quedas e fraturas nos últimos 12 meses também não foi significativo para o aparecimento do medo de cair com conseqüente diminuição do nível de participação dos idosos nas Atividades de Vida Diária.

Constatou-se, portanto, que o medo de cair não provocou limitações no desempenho ocupacional dos idosos participantes, porém a identificação da alta prevalência de idosos com risco de quedas aponta a necessidade de uma intervenção focada na prevenção de quedas.

REFERÊNCIAS

- ANDREOTTI; OKUMA. Validação de uma Bateria de Testes de Atividades da Vida Diária para Idosos Fisicamente Independentes. **Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo**, v.13, n.1, p.46-66, jan./jun. 1999
- ARFKEN *et al.* The Prevalence and Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons Living in the Community. **American Journal of Public Health**. v.84, p.565-570, 1994
- ASHWORTH *et al.* Functional profiles of healthy older persons. **Age and Ageing**, London, v.23, n.1, p 34-39, jan 1994.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Washington, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, Washington, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982.
- BERTERA, Elizabeth M; BERTERA, Robert L. Fear of Falling and Activity Avoidance in a National Sample of Older Adults in the United States. **Health e Social Work**, v. 33, n.1, p.54-62, 2008.
- BOHANNON, R. W. Reference values for the Timed Up and Go Test: A descriptive meta-analysis. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v.29, n.2, p.64-68, 2006.
- BRUCKI *et al.* Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquitr**. V.61, p. 777-781, 2003
- CAMARGOS FFO. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da falls efficacy scale-international: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003

CUMMING *et al.* Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. V.55, p.299-305, 2000

CURCIO *et al.* Activity Restriction Related to Fear of Falling Among Older People in the Colombian Andes Mountains : Are Functional or Psychosocial Risk Factors More Important? **J Aging Health**. v. 21, p. 460-479, 2009.

DINIZ, B.S.O. *et al.* Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade.. **Rev. Psiq. Clín.** V.34, n.1, p.13-17, 2007.

DUARTE *et al.* O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.**Rev Esc Enferm USP**. V.41, n.2, p:317-325, 2007.

FABRÍCIO *et al.* Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

FRIEDMAN *et al.* . Fall and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggest Strategies for Primary and Secondary Prevention. **The american Geriatrics Society**. v.50, n.8, aug 2002

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional Por Amostra Em Domicílio 2006, 2006

KEMPEN *et al.* Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. **BMC Public Health**, v. 9, p. 170- 177, 2009.

LACHMAN *et al.* Fear of falling and activity restriction: the Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE). **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**. V.53 p.43-50, 1998.

LAWRENCE *et al.* Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year: baseline findings from a Roybal Center fear of falling intervention. **J Aging Health**. v.10, p:267-286. 1998

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEGTTERS, K. Fear of Falling. **Phys. Ther.** , v.82, n.3, p.264-272, march 2002.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008

LOPES *et al.* Fatores Desencadeantes de Quedas no Domicílio em uma Comunidade de Idosos. **Cogitare Enferm.** v.12, n.4, p.472-477, Out/Dez; 2007

LOPES *et al.* Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 223-229, mai./jun. 2009

MAKI BE *et al.* Fear of falling and postural performance in the elderly. **J Geronto A Biol Sci Med Sci**. v.46, p.120-131, 1991.

MCAULEY *et al.* Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in the elderly. **Journal of Aging and Physical Activity**, v.5, p.329-340, 1997.

MCKEE *et al.* Predicting perceived recovered activity in older people after a fall. **Disabil Rehabil**. V.21, p.555-562, 1999.

MOURA *et al.* Quedas em idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia**, v.7, n.2, p.15-21, 1999

MYERS *et al.* Psychological indicators of balance confidence: relationship to actual and perceived abilities. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. V.51, p. 37-43, 1996

PERRACINI MR, RAMOS LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Públ**, v. 36, n. 6, p.709-716, 2002.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.39, n.2, p.142-148, 1991.

REUBEN *et al.* A hierarchical exercise scale to measure function at Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. **Journal of the American Geriatrics Society**, Ney York, v.38, n.8, p.855-861, Aug 1990.

SCHEFFER *et al.* Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. **Age and Ageing** , v. 37, p: 19–24, 2008.

SHUMWAY-COOK *et al.* Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. **Phys Ther**, v.77, p.812-819, 1997

SUZUKI *et al.* The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. **Nursing and Health Sciences**, v. 4, p. 155-161, 2002.

TINETTI ME, POWELL L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. **J Gerontol**. V.48, p:35-38, 1993.

VELLAS *et al.* Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. **Age Ageing**, V.26, p.189-193, 1997

ZIJLSTRA *et al.* Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. **Age and Ageing**, v. 36, p. 304-309, 2007.

WALKER, HOWLAND. Falls and Fear of Falling among Elderly Persons Living in the Community: Occupational Therapy Interventions. **The American Journal of Occupational Therapy**. V. 45, n.2, february 1991.

ANEXOS**ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte****Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos****Parecer: 0040.0.410.203-09A****Pesquisadora Responsável:** Amanda Duarte Barbosa

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 13 de agosto de 2009, após solução de pendências, o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da situação de saúde de idosos residentes na área de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte- PET SAUDE”, bem como seu termo de consentimento.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

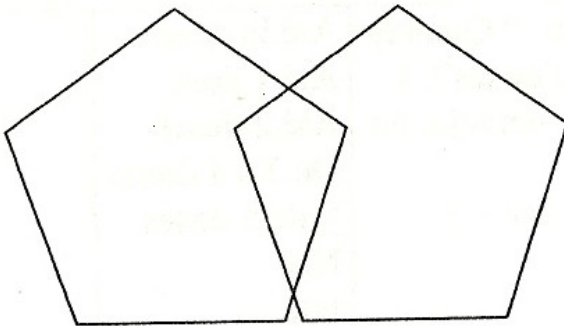
**Celeste de Souza Rodrigues**

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

ANEXO B - Miniexame do Estado Mental (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Pontos	Pontuação
Ano	1	<i>Orientação temporal: um ponto para cada resposta certa.</i> <i>Considere correrá até 1h a mais ou a menos em relação a horar/ focal.</i>
Mês	1	
Dia do mês	1	
Dia da semana	1	
Hora aproximada	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
Estado	1	<i>Orientação espacial: um ponto para cada resposta certa</i>
Cidade	1	
Bairro ou rua próxima	1	
Local genérico (instituição: hospital, residência, clínica)	1	
Local específico (apartamento ou setor)	1	
MEMÓRIA IMEDIATA		
Carro, vaso, tijolo	3	<i>Um ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa. Repita até as 3 palavras serem entendidas ou o máximo de 5 tentativas. (veja manual)</i>
ATENÇÃO E CÁLCULO		
100 – 7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65	5*	<i>Um ponto para cada resposta certa.</i>
OU soletrar MUNDO de trás para frente	5	<i>O primeiro erro determina a pontuação correta</i>
EVOCAÇÃO		
Recordar as três palavras	3	<i>Um ponto para cada uma das três palavras evocadas</i>
LINGUAGEM E FUNÇÕES EXECUTIVAS		
Nomear um relógio e uma caneta	2	<i>Um ponto para cada resposta certa.</i>
Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1	
Comandos: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”	3	<i>Um ponto para cada etapa correta.</i>
Ler e obedecer: “Feche os olhos”	1	<i>Um ponto caso obtenha sucesso na tarefa</i>
Escrever uma frase (NA PAGINA SEGUINTE)	1	<i>Um ponto se compreensível. A frase deve ser completa, com principio, meio e fim (sujeito, verbo e predicado)</i>
Copie o desenho (NA PAGINA SEGUINTE)	1	<i>Um ponto se houver 5 ângulos em cada figura E COM 2 ângulos sobrepostos</i>
TOTAL	30	[] [] (NA=77; NR=99)

DESENHO:



FRASE

ANEXO C - Atividades Avançadas de Vida Diária

Nós gostaríamos de saber qual é a relação do(a) Sr(a) com as seguintes atividades:	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
(a) Fazer visitas na casa de outras pessoas	(1)	(2)	(3)
(b) Receber visitas em sua casa	(1)	(2)	(3)
(c) Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	(1)	(2)	(3)
(d) Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso ou grupo	(1)	(2)	(3)
(e) Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	(1)	(2)	(3)
(f) Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	(1)	(2)	(3)
(g) Dirigir automóvel	(1)	(2)	(3)
(h) Fazer viagens de um dia para fora da cidade	(1)	(2)	(3)
(i) Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou país	(1)	(2)	(3)
(j) Fazer trabalho voluntário	(1)	(2)	(3)
(k) Fazer trabalho remunerado	(1)	(2)	(3)
(l) Desenvolver atividades de liderança (diretorias, conselhos, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centro de convivência), ou desenvolver atividades políticas	(1)	(2)	(3)

ANEXO D -Atividades Instrumentais de Vida Diária (lawton)

Funções (Registre o escore correspondente À opção na ultima coluna)	Opções	Escore
<p>Usar o telefone</p> <p>I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de responder as chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?</p> <p>D: É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Uso de transporte</p> <p>I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?</p> <p>D: É incapaz de tomar transporte coletivo ou táxi?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Fazer compras</p> <p>I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de fazer as compras, porém com algum tipo de ajuda?</p> <p>D: É incapaz de fazer as compras?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Preparo de alimentos</p> <p>I: Planeja, prepara e serve alimento sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?</p> <p>D: É incapaz de preparar qualquer refeição?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Tarefas domésticas</p> <p>I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?</p> <p>D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Uso de medicação</p> <p>I: É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda?</p> <p>A: É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?</p> <p>D: É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Manejo do dinheiro</p> <p>I: É capaz de pagar as contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de comprar sem ajuda?</p> <p>A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?</p> <p>D: É incapaz de realizar estas atividades?</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
<p>Andar fora de casa</p> <p>I: É capaz de andar sozinho sem nenhum tipo de ajuda?</p> <p>A: É capaz de andar, mas necessita de auxílio (bengalas, andador, ou outra pessoa)?</p> <p>D: É incapaz de andar fora de casa</p>	<p>(3)</p> <p>(2)</p> <p>(1)</p>	<p>[]</p>
ESCORE LAWTON [] (8 a 24 – NR=99)		

ANEXO E -Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

Área de Funcionamento	Pontos	Escores
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) (I) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho. (I) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (D) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	0 0 1	[]
Vestir-se (pegarroupas, inclusive peças íntimas, no armário e gavetas, e manuseia fechos , inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas (I) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (D) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (D) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	0 1 1	[]
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar ou urinar; higiene íntima e arrumação das roupas (I) vai ao banheiro ao local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengalas, andador e cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol a noite, esvaziando-o de manhã) (D) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol a noite (D) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica	0 1 1	[]
Transferência (I) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (D) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (D) não sai da cama	0 1 1	[]
Continência (I) controla inteiramente a micção e a evacuação (D) tem acidantes ocasionais (D)necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação: usa cateter ou é incontinente	0 1 1	[]
Alimentação (I) Alimenta-se sem ajuda (D) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (D) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	0 1 1	[]
ESCORE KATZ []		

ANEXO F -Escala de Graduação do Medo de Cair

O(a) senhor(a) tem medo de cair?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
Se SIM , como o(a) Sr(a) avalia esse medo?	(1) Muito pequeno (2) Pequeno (3) Moderado (4) Muito grande (7) NA; (8) NS; (9)NR	