

Preocupação com quedas em pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral

Elizandro Correia de Araújo¹, Kaisy Pereira Martins²,
Raquel Janyne Lima³, Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa⁴

¹ Enfermeiro. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: correiaelizandro@gmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Universidade Federal da Paraíba. Professor Assistente do Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: kaisyjp@hotmail.com.

³ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: raqueljanine@hotmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br.

Recebido: 22/02/2016.

Aceito: 26/07/2016.

Publicado: 30/11/2016.

Como citar esse artigo:

Araújo EC, Martins KP, Lima RJ, Costa KNFM. Preocupação com quedas em pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1186. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39899>

RESUMO

As quedas são fatores preocupantes em pessoas idosas, por ocasionarem diversas complicações. O objetivo desta pesquisa foi identificar o nível de preocupação em cair, relacionando-o com as doenças autorreferidas e o histórico de quedas dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Integral. Tratou-se de um estudo descritivo com 80 idosos. Os resultados demonstraram que existe uma preocupação extrema a respeito da possibilidade de cair na maior parte dos idosos do sexo feminino, em sua maioria casados, entre 60-79 anos e com uma baixa renda mensal; há preocupação extrema também para aqueles que possuem hipertensão arterial e artrite e artrose. A enfermagem deve estabelecer ações de cunho integral que contemplem o mapeamento dos idosos com risco de queda e realizem uma conscientização desses idosos e familiares quanto às formas de prevenção deste evento, tendo como finalidade preveni-lo e ao mesmo tempo reduzir o medo de cair.

Descritores: Envelhecimento; Acidentes por Quedas; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem ganhado reconhecimento universal. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (2013), o Brasil é hoje um país envelhecido, uma vez que o número de pessoas com ≥ 60 anos é superior aos 24.856 mil, o que representa cerca de 12,6% da população total. O Brasil ocupa hoje a sétima colocação mundial em

número de idosos e estima-se que, em 2025, ocupará a sexta posição⁽¹⁾.

Uma das grandes preocupações relacionadas ao envelhecimento é que o aumento da expectativa de vida associa-se a uma alta taxa de comorbidades. A instabilidade postural e as quedas englobam as alterações de saúde mais comuns nos idosos, constituindo um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, às consequentes complicações para a saúde, aos altos custos assistenciais, podendo levá-los à incapacidade, injúria e morte⁽²⁻³⁾.

A queda é conceituada como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção de tempo hábil e é determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, ou seja, mecanismos envolvidos com a manutenção da postura, podendo apresentar diversos impactos na vida de um idoso, que podem incluir morbimortalidade importante, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde⁽⁴⁾.

Alguns fatores intrínsecos e extrínsecos podem ser indicativos para essa incidência, entre eles, os que mais se destacam são: sexo feminino, idade acima de 75 anos, quedas recorrentes, comprometimentos nas atividades de vida diária, inatividade, uso de medicamentos, lugares pouco iluminados, inseguros, mal planejados e com barreiras arquitetônicas⁽⁵⁾.

Após a queda, além das consequências diretas, as pessoas idosas restringem suas atividades devido às dores presentes, incapacidades, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde não capacitados, gerando uma preocupação a respeito da possibilidade de cair⁽⁶⁾. Este sentimento é definido como baixa autoeficácia ou confiança no próprio equilíbrio para evitar quedas, causando declínio no desempenho físico e funcional, alterações no equilíbrio e na marcha e impacto negativo na qualidade de vida, podendo ocasionar até mesmo a depressão⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, evitar o evento queda, assim como a preocupação na possibilidade de cair, atualmente é considerado uma conduta que requer o desenvolvimento de estratégias de prevenção, as quais são consideradas potencialmente úteis. Assim, atividades como melhorar a iluminação do ambiente, evitar tapetes soltos no domicílio e atentar para efeitos colaterais de diversas medicações são práticas que contribuem para a vigilância e prevenção de quedas⁽⁸⁾.

Diante da relevância do tema e da escassez de estudos nacionais e internacionais sobre a referida temática ao realizar uma busca rápida em bases de dados científicas, levantaram-se os seguintes questionamentos: Qual o nível de preocupação de quedas em idosos? As doenças autorreferidas e o histórico de quedas influenciam a preocupação com quedas? Na tentativa de responder esses questionamentos e na possibilidade de ampliar novos olhares acerca da temática, objetivou-se identificar o nível de preocupação sobre a possibilidade de cair e sua associação com doenças autorreferidas e o histórico de quedas dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Integral.

MÉTODO

O presente estudo é descritivo, exploratório e quantitativo. O local da pesquisa foi um Centro de

Atenção Integral à Saúde do Idoso, João Pessoa/PB, Brasil. Trata-se de uma unidade de média complexidade, onde oferta atendimento ambulatorial especializado, por meio de uma equipe multiprofissional.

A população investigada foi 16.495 pessoas idosas atendidas nos últimos três meses do ano de 2014 no referido centro. O cálculo amostral foi realizado com uma margem de erro de 5% (Erro=0,05), grau de confiabilidade de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$) e proporção $p=95\%$, resultando em um total de 73 idosos, no entanto foi possível entrevistar 80 idosos de ambos os sexos.

Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais com auxílio de instrumentos que continham questões pertinentes aos objetivos propostos. A avaliação do perfil sociodemográfico foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado no qual foram avaliados: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal, situação profissional; local e condições de moradia, se residia em casa ou apartamento, rua asfaltada, e aspectos internos da moradia relacionados à possibilidade de eventuais quedas, a exemplo de boa iluminação, presença de degraus, prateleiras muito altas ou baixas, superfícies escorregadias e outros; e dados clínicos, sendo questionado ao idoso se ele possuía alguma enfermidade, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), câncer, depressão, diabetes mellitus, entre outras, além de aspectos sobre mobilidade e histórico de quedas anteriores.

Para avaliação da preocupação com quedas utilizou-se a Escala Internacional de Eficácia em Quedas (FES-I-BRASIL), traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil. Ela investiga a preocupação com a possibilidade de cair em 16 atividades diárias pontuadas em uma escala de 1 a 4, a exemplo de limpar a casa, ir às compras, subir/descer escadas e andar em lugares cheios de gente. O escore total varia de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema)⁽⁹⁾.

Inicialmente, os dados foram compilados e armazenados no programa *Microsoft Office Excel* e posteriormente analisados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Realizou-se análise descritiva das variáveis, calculando-se medidas de distribuição e de tendência central. No que diz respeito à comparação das médias obtidas por meio do FES-I, foram realizadas análises bivariadas por meio do teste T-Student, levando em consideração a homogeneidade das variâncias, previamente testadas com auxílio do Teste de Levene. A fim de identificar associações entre os dados, utilizaram-se os Testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, considerando-se associação estatisticamente significativa quando $p<0,05$.

Durante a pesquisa foram cumpridos todos os aspectos éticos e legais que envolvem estudos com seres humanos, considerando-se as normas brasileiras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, nº 42620315.3.0000.5188, parecer nº 995.194. Foi garantido o anonimato, a privacidade e o direito a desistência em qualquer etapa da pesquisa e os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na amostra total, 81,2% idosos eram do sexo feminino, 51,3% possuíam de 60-69 anos de idade, 45%

eram casados, 41,2% estudaram por 4-5 anos, 85% possuíam entre 1,1 a três salários e 67,5% eram aposentados (Tabela 1)

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos idosos (n=80). João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	65	81,2
	Masculino	15	18,8
Faixa etária	60 a 69 anos	41	51,3
	70 a 79 anos	35	43,7
	80 anos ou mais	04	5,0
Estado civil	Casado	36	45,0
	Viúvo	21	26,2
	Solteiro	14	17,5
	Divorciado	09	11,3
Anos de estudo	Analfabeto	10	12,5
	4 a 5 anos	33	41,2
	12 a 13 anos	23	28,7
	Menos de 12 a 13 anos	07	8,8
	15 a 16 anos	07	8,8
Renda familiar	Sem renda	04	5,0
	Menos de 1 salário mínimo	02	2,5
	1,1 a 3 salários mínimos	68	85,0
	3,1 a 5 salários mínimos	05	6,2
	5,1 a 10 salários mínimos	01	1,3
Situação profissional	Aposentado	54	67,5
	Pensionista	10	12,5
	Do lar	08	10,0
	Desempregado	05	6,3
	Empregado	03	3,7
Total		80	100%

A variável arranjo domiciliar obteve um resultado multigeracional do total dos entrevistados (51,2%), ou seja, os idosos residiam com outros parentes de outras faixas etárias; a grande parte dos idosos residia em casa (91,2%); 100% da população estudada possuía água encanada; 80% dos entrevistados possuíam fossa séptica, o serviço e as ruas da maioria (63,8%) eram asfaltadas. A análise mostrou que uma boa parte das residências não possuía degraus (68,7%) e superfícies escorregadias (71,2%), e uma boa iluminação (93,8%).

Em relação às características clínicas, a HAS foi a doença autorreferida mais prevalente (30,8%), seguida pela osteoporose (20,3%) e artrose (13,7%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das características clínicas dos idosos. (n=80). João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Variável	Categorias	n	%
Doenças autorreferidas	Hipertensão arterial	56	30,8
	Osteoporose	37	20,3
	Artrose	25	13,7
	Diabetes mellitus	18	9,9
	Artrite	16	8,8
	Labirintite	14	7,7
	Cardiopatía	06	3,3
	Acidente vascular encefálico	04	2,2
	Depressão	03	1,6
	Câncer	02	3,3
	Hipotireoidismo	01	0,5
	Total		182

Na Tabela 3 observa-se que 73,8% dos idosos já tinham sofrido quedas, destes, 72,9% tiveram de um a três eventos anteriores e 27,1%, quatro ou mais. 66,1% dos idosos já tiveram algum tipo de alteração física ou psíquica, ou ambas, após a queda. Dentre as alterações físicas encontradas neste estudo, as mais citadas foram nos membros inferiores e superiores (66,7%); já nas alterações psíquicas, o medo de cair novamente teve alta frequência, correspondendo a 59,3% dos casos.

Tabela 3: Distribuição dos dados referentes a quedas anteriores. (n=80). João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Variável	Categorias	n	%
Quedas anteriores	Sim	59	73,8
	Não	21	26,2
Quantidade de quedas anteriores	1 a 3	43	72,9
	4 a 5	11	18,6
	6 ou mais	05	8,5
Total		59	100
Alterações físicas e psíquicas após a queda	Sim	39	66,1
	Não	20	33,9
Alterações físicas	Membros inferiores	12	36,4
	Membros superiores	10	30,3
	Cabeça	07	21,2
	Tórax e abdômen	04	12,1
Total		33	100
Alterações psíquicas	Medo de cair	35	59,3
	Nenhuma	22	37,3
	Ansiedade	01	1,7
	Tristeza	01	1,7
Total		59	100
Não		19	23,7

Segundo os escores totais obtidos com a escala FES-I-BRASIL, 55% dos idosos demonstraram preocupação extrema com quedas, 30% uma ausência de preocupação e apenas 15% uma preocupação moderada. A categoria que possuiu maior pontuação entre os indivíduos avaliados foi a “muito preocupado”, nas variáveis: Andando sobre superfície escorregadia, com 45% dos idosos; Tomando banho e Subindo ou descendo ladeiras, com 36,2%, e Subindo ou descendo escadas, 30% dos entrevistados.

Na Tabela 4 analisa-se que as mulheres apresentaram preocupação moderada com quedas (86,5%),

enquanto a maioria dos homens apresentou ausência de preocupação (33,3%), sem diferenças significantes ($P>0,05$). Os idosos que possuíam idade entre 60-79 anos apresentaram PE com quedas (45,5%), e em relação ao estado civil, os casados apresentaram também PE (45,9%), se comparado com outros estados civis. Em relação à renda mensal, constatou-se que os idosos que recebiam de 1,1 a três salários mínimos possuíam uma PE (81,8%), se comparado com os outros participantes (Tabela 4).

Tabela 4: Associação entre a preocupação de quedas em idosos conforme o FES-I BRASIL e variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Variável	FES-I Brasil			p
	AP*	PM**	PE***	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,084
Feminino	16 (66,7)	11 (91,7)	38(86,4)	
Masculino	08 (33,3)	01 (8,3)	06 (13,6)	
Faixa etária				0,192
60 a 69 anos	12 (50,0)	09 (75,0)	20 (45,5)	
70 a 79 anos	12 (50,0)	03 (25,0)	20 (45,5)	
80 ou mais	0 (-)	0 (-)	04 (9,0)	
Estado civil				0,486
Solteiro	04 (16,7)	03 (25,0)	07 (18,9)	
Casado	14 (58,3)	05 (41,7)	17 (45,9)	
Viúvo	04 (16,7)	04 (33,3)	13 (35,2)	
Divorciado	02 (8,3)	0 (-)	0 (-)	
Renda mensal				0,158
Sem renda	03 (12,5)	01 (8,3)	0 (-)	
Menos de 1 salário mínimo****	0 (-)	0 (-)	02 (4,5)	
1,1 a 3 salários mínimos	21 (87,5)	11 (91,7)	36 (81,8)	
3,1 a 5 salários mínimos	0 (-)	0 (-)	05 (11,4)	
5,1 a 10 salários mínimos	0 (-)	0 (-)	01 (2,3)	
Total	24 (100)	12 (100)	44 (100)	

* AP: Ausência de Preocupação.

** PM: Preocupação Moderada.

*** PE: Preocupação Extrema.

**** Salário mínimo: 788,00, ano de referência: 2015.

Em relação às variáveis clínicas, a HAS apresentou-se como a de maior prevalência entre as doenças autorreferidas, com 26,4% dos idosos tendo uma PE; a artrite e artrose foram as doenças que possuíram significância estatística, com nível de PE de 11,6% e 14,8%, respectivamente e $p<0,05$ (Tabela 5).

Tabela 5: Associação entre a preocupação de quedas em idosos conforme o FES-I BRASIL e variáveis clínicas. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Variável	FES-I Brasil			p
	AP*	PM**	PE***	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hipertensão arterial	15 (44,1)	07 (36,8)	34 (26,4)	0,282
Osteoporose	09 (26,3)	04 (21,0)	24 (18,7)	0,251
Artrose	04 (11,8)	02 (10,5)	19 (14,8)	0,039
Diabetes	04 (11,8)	02 (10,5)	12 (9,3)	0,528
Artrite	01 (3,0)	00 (-)	15 (11,6)	0,002
Total	34 (100)	19 (100)	129 (100)	

* AP: Ausência de Preocupação.

** PM: Preocupação Moderada.

*** PE: Preocupação Extrema.

Em relação às variáveis que compõem a escala, houve preocupação extrema a respeito da possibilidade de cair (55%), principalmente quando o idoso realiza as seguintes atividades: toma banho (36,3%), sobe/desce escadas (30%), anda sobre superfícies escorregadias (45%) e sobe/desce ladeiras (36,2%).

DISCUSSÃO

Na amostra estudada, houve prevalência de idosos do sexo feminino, de baixa renda e escolaridade, com idade entre 60-69 anos, o que acompanha o cenário do envelhecimento do Brasil^(4-5,10).

A elevada prevalência de quedas encontrada neste estudo (73,8%) diverge dos resultados encontrados em outra pesquisa⁽¹¹⁾, cujos achados apontam que em 23 estados brasileiros houve prevalência de apenas 27,6% de quedas em idosos. Uma investigação realizada no município de João Pessoa/PB encontrou um percentual de 41,2% de idosos que sofreram quedas⁽¹²⁾, valor bem próximo ao encontrado em Fortaleza/CE (41,9%)⁽¹³⁾. O envelhecimento acarreta redução da amplitude de movimentos, sendo essa diminuição da flexibilidade associada à ocorrência de quedas, principalmente devido à diminuição de mobilidade no quadril, joelhos, alterações do equilíbrio e fatores extrínsecos. Tais condições implicam uma maior possibilidade de quedas, ocasionando alterações físicas e psíquicas devastadoras.

O medo de cair pode acarretar menor confiança na capacidade de caminhar, contribuindo para declínio funcional, sentimentos de desamparo e isolamento social⁽³⁾. Essa preocupação com quedas pode ser explicada por um baixo nível de conhecimento sobre o assunto, o que torna os idosos ansiosos e com um medo elevado. Fato que justifica ainda mais a utilização da educação em saúde com intuito de prevenir o acontecimento.

Houve PE a respeito da possibilidade de cair (55%), principalmente tomando banho, subindo/descendo escadas, andando sobre superfícies escorregadias e subindo/ descendo ladeiras. 44,2% de idosos pertencentes a um grupo de convivência do Rio Grande do Sul também apresentaram medo de cair em pelo menos uma das atividades diárias da escala⁽¹⁴⁾.

Estudos revelam que a prevalência da preocupação em cair na população idosa varia de 20% a 85%^(5,14-15). Este dado pode ser visto como algo positivo, tendo em vista que o idoso que se preocupa em cair irá desenvolver estratégias de prevenção de quedas e eliminar os fatores de risco para o evento; bem como algo negativo, já que o idoso limitará suas atividades ao se sentir inseguro para realizar suas atividades. Essa preocupação tem sido apontada como um evento que depende de uma experiência passada de queda, e o aumento está mais associado ao tipo da queda e suas consequências que à queda propriamente dita.

A maioria das mulheres apresentou uma PE em cair. Isto pode ser justificado pelos maiores cuidados que as mesmas têm em relação à sua própria saúde e/ou por um maior conhecimento sobre os riscos e as complicações provenientes deste evento. Quanto à faixa etária, idosos com 60-79 anos tiveram uma PE elevada. Não sendo um resultado esperado, pois as alterações decorrentes do envelhecimento se acumulam progressivamente, levando a uma maior preocupação em cair na idade mais avançada e não em idosos

jovens.

A maior parte da população que possuía HAS apresentava PE com a possibilidade de cair. Em um setor de urgência/emergência, 77% das quedas atendidas decorreram de doenças cardiovasculares. Idosos que caíram por causas cardíacas possuem maior risco de morrer se comparado com aqueles que caíram por outros motivos. Embora não exista associação estatística significativa entre preocupação em cair e HAS, há de se preocupar com idosos que possuem doenças cardíacas⁽¹⁶⁾. Por isso torna-se importante que a equipe de saúde intensifique ações de promoção, prevenção e tratamento no processo saúde/doença, buscando uma melhor qualidade de vida para estes idosos.

A artrite e artrose obtiveram uma PE em cair estatisticamente significativa. Essa preocupação pode ser justificada pelas manifestações clínicas que estas doenças ocasionam, a exemplo de dores e dificuldades na locomoção que, ao serem associadas às consequências das quedas, comprometeriam ainda mais a capacidade funcional e qualidade de vida destes idosos. Estudo⁽¹²⁾ mostrou também que idosos que apresentam maior medo de cair são os que possuem doenças musculoesqueléticas, neuromuscular e sensorial, já que estas influenciam a mobilidade e o equilíbrio.

Tratando-se de quedas anteriores, a maioria obteve uma PE a respeito da possibilidade de cair e verificou-se que a PE também estava presente nos que caíram de 1-3 vezes. É importante destacar que a FES-IBRASIL não constitui um indicador para a ocorrência de quedas, sendo necessária uma avaliação multidimensional que considere o contexto do idoso⁽³⁾.

Uma nova proposta de ação na Enfermagem poderia ampliar o cuidado ao idoso, com um atendimento multidisciplinar envolvendo a prevenção de quedas, com esclarecimentos sobre os fatores de riscos, suas causas e as possíveis consequências. Desse modo, pode-se atenuar essa preocupação em cair, enfatizando a adoção de medidas para evitar esse acontecimento, a exemplo de evitar animais domésticos, brinquedos soltos no chão, degraus no domicílio, fazer uso de sapatos adequados, exame regular da visão, entre outros. Além disso, deve-se orientar quanto aos cuidados relacionados com a capacidade funcional e com a manutenção de suas habilidades motoras e cognitivas.

CONCLUSÃO

O presente estudo atendeu os objetivos propostos e permitiu observar que existe uma PE a respeito da possibilidade de cair na maior parte dos idosos, e essa preocupação esteve mais presente no sexo feminino, em idosos casados, entre 60-79 anos e com uma renda mensal de 1,1-3 salários mínimos; PE também estava presente naqueles que possuíam artrite e artrose e que tinham um histórico de uma a três quedas na velhice.

A abordagem preventiva da queda deve ser multiprofissional e multifatorial. Vale salientar que as atividades de prevenção e vigilância do evento devem ser realizadas em todos os níveis da assistência, desde o domicílio, na assistência básica à saúde, até os níveis de maior complexidade, como nas unidades de cuidados intensivos, que por si só apresentam um elevado risco para quedas, seja pelos ruídos incomuns

e/ou pelas medicações utilizadas pelos idosos.

Verifica-se que novas pesquisas relativas a essa preocupação como risco potencial ao idoso necessitam ser alvo de investigação, com abordagens qualitativas e também direcionadas aos profissionais de saúde em como atuar frente a estes acontecimentos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. É fundamental que políticas públicas e institucionais de prevenção de quedas sejam instituídas com urgência, para que o idoso não tenha medo de cair ou que esse acontecimento não se repita novamente. Acredita-se que, ao possuir conhecimento sobre os fatores de risco e as formas de prevenir a queda, o idoso consiga compreender o evento e assim diminuir a sua preocupação com o cair.

A enfermagem deve estabelecer ações integrais que contemplem o mapeamento do risco de queda e uma conscientização desses idosos e familiares quanto às formas de prevenção. Essa preocupação com as quedas deve estar presente em pesquisas na área da saúde, principalmente com a utilização da FES-I Brasil para comparações posteriores, e também no ensino, com capacitação dos profissionais que atendem esta clientela e com o fomento aos estudantes da graduação e pós-graduação para esta realidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011-2012. 2013 [acesso em: 18 jul 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>.
2. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. Cienc saúde colet [online]. 2012 [acesso em: 15 jan 2015];17(3):723-730. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300019.
3. Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, D'orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Públ [online]. 2013 [acesso em 15 jan 2015];29(4):758-768. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400013&script=sci_arttext.
4. Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. Rev Assoc Med Bras [online]. 2012 [acesso em 30 jan 2015];58(4):427-433. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000400012&script=sci_arttext.
5. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR; Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev Saúde Pública [online]. 2012 [acesso em: 30 jan 2015];46(1):138-146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017.
6. Toledo DR, Barela JA. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. Rev Bras Fisioter. 2010 [acesso em: 15 fev 2015];14(3):267-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000300004.
7. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. Fisioter Pesqui. 2009 [acesso em: 30 fev 2015];16(2):120-125. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000200005&script=sci_arttext.
8. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Rev Bras Enferm. 2011 [acesso em: 30 jan 2015];64(3):478-485. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300011&script=sci_arttext.
9. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale- International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). Rev Bras Fisioter 2010 [acesso em: 30 fev 2015];14(3):237-243. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
10. Bento JA, Lebrao ML. Suficiência de renda percebida por pessoas idosas no Município de São Paulo/Brasil. Ciênc

- saúde colet [online]. 2013 [acesso em 30 mar 2015];18(8):2229-2238. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n8/07.pdf>.
11. Siqueira FV et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a country wide analysis. *Cad. Saúde Pública*, 2011 [acesso em: 14 jul 2016]; 27(9):1819-1826. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/15.pdf>.
12. Pinho TAM et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2012 [acesso em: 14 jul 2016]; 46(2):320-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a08v46n2.pdf>.
13. Costa AGS, Souza RC, Vitor AF, Araujo TL. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 [acesso em 14 jul 2016];13(3):395-404. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a04.htm>.
14. Mezari MC, Avozani TV, Bruscatto NM, Moriguchi EH, Raffone AM. Estudo da funcionalidade e da prevalência de quedas em idosos da cidade de Veranópolis - RS: uma proposta para promoção da saúde. *RBCEH*, Passo Fundo, 2012 [acesso em: 14 jul 2016];9(1):129-142. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/1546/pdf>.
15. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioter Pesq*. 2009 [acesso em 14 jul 2016];16(2):120-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n2/05.pdf>.
16. Teixeira LEPP et al. Efeitos do exercício na redução do risco de quedas em mulheres idosas com osteoporose. *Rev Bras Geriatr Gerontol. [online]*. 2013 [acesso em 20 nov 2015];16(3):461-471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000300005&script=sci_arttext.