

Risco de quedas em pessoas idosas assistidas por uma Unidade de Saúde da cidade de Palmas - TO

Risk of falls in elderly people assisted by a Health Unit in the city of Palmas - TO

Dayse Raquel Sousa da Silva¹, Karla Camila Correia da Silva², Sarah Tiane Joodsie Costa da Silva³

RESUMO

O estudo avaliou o risco de queda em idosos da região norte de Palmas (TO), cadastrados na Unidade de Saúde da Família ARNE 53. A amostra incluiu 39 idosos, com média de idade de 72,8 anos, sendo 74,3% mulheres. Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares, utilizando os instrumentos Fall Risk Score de Dowton, Timed Up and Go (TUG), Avaliação Geriátrica Compacta (AGC-10) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os resultados mostraram que 74% dos idosos tiveram pontuação abaixo do esperado no MEEM, indicando possível comprometimento cognitivo. Na escala Fall Risk Score de Dowton, 61,5% apresentaram alto risco de quedas. Já no teste TUG, 53% foram classificados com baixo risco, e na AGC-10, 71,7% também apresentaram baixo risco para eventos adversos. Houve discordância entre os instrumentos utilizados, pois enquanto a Fall Risk Score de Dowton e o MEEM indicaram alto risco de queda, o TUG e a AGC-10 apontaram baixo risco. Isso sugere a necessidade de avaliações complementares para um diagnóstico mais preciso da vulnerabilidade dos idosos às quedas.

Palavras-chave: Idoso. Risco de quedas. Envelhecimento.

ABSTRACT

The study aimed to assess the risk of falls in elderly residents of the northern region of Palmas (TO), registered at the ARNE 53 Family Health Unit. The sample included 39 elderly individuals, with an average age of 72.8 years, of whom 74.3% were women. Data were collected through home interviews using the following instruments: Fall Risk Score by Dowton, Timed Up and Go (TUG), Compact Geriatric Assessment (AGC-10), and Mini-Mental State Examination (MMSE). The results showed that 74% of the elderly scored below the expected cutoff for their education level in the MMSE, indicating possible cognitive impairment. In the Fall Risk Score by Dowton, 61.5% were classified as high risk for falls. Meanwhile, the TUG test classified 53% as low risk, and the AGC-10 indicated that 71.7% had a low risk of adverse events. There was a discrepancy between the instruments used, as the Fall Risk Score by Dowton and the MMSE indicated a high risk of falls, while the TUG and AGC-10 suggested a low risk. This suggests the need for complementary assessments to achieve a more accurate diagnosis of elderly individuals' vulnerability to falls.

Keywords: Elderly. Risk of falls. Aging.

¹ Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Família e Comunidade. E-mail: daysesaudedafamilia@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5568-5945>.

² Fisioterapeuta, Mestre em Bioengenharia com Ênfase na Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1538-7028>.

³ Fisioterapeuta, pós graduada em Gerontologia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-00090928-965X>

1. INTRODUÇÃO

Envelhecer corresponde a mudanças progressivas, inevitáveis e individuais ligadas à idade, mas que não impedem o indivíduo de desfrutar de boa saúde e um estilo de vida ativo e saudável dentro de suas limitações. Alguns conceitos tornam-se fundamentais para compreender o processo fisiológico do envelhecimento. Assim, surge a necessidade de saber distinguir o que é natural da idade e o que não faz parte desse processo.

Segundo Ciosak (2011), a senescência é o processo em que os declínios físicos e mentais ocorrem de forma lenta e gradual, acompanhado por uma redução da reserva funcional. Trata-se de uma fase normal na vida de um indivíduo saudável, sem representar uma manifestação patológica. Por outro lado, a senilidade é caracterizada por um envelhecimento com declínio físico intensificado e desorganização mental, configurando uma condição patológica que leva a uma incapacidade progressiva para a vida ativa. Ambos os processos exigem intervenções dos profissionais de saúde, com estratégias voltadas para essa população.

O processo de envelhecimento naturalmente promove mudanças corporais. No caso do idoso, é comum identificar a redução da massa muscular, o que diminui a força, assim como a diminuição da densidade óssea, enfraquecendo o componente esquelético e tornando o indivíduo mais frágil (Vries et al., 2013). Esses aspectos afetam a postura, a maneira de andar e o equilíbrio, fatores que podem aumentar o risco de quedas (Coppin et al., 2006; Ashburn et al., 2008).

A instabilidade e os desequilíbrios posturais decorrentes da fraqueza muscular acabam por comprometer a marcha, tornando-a lenta, cautelosa, arrastada, ocasionando maior propensão às quedas e suas conseqüentes sequelas, que retratam elevada morbidade, com a probabilidade de ocorrerem lesões graves, repercutindo na qualidade de vida dos idosos (Portella, 2018).

A queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para uma superfície inferior à posição inicial, sem a capacidade de correção em tempo hábil. Esse evento ocorre devido a múltiplos fatores que comprometem a estabilidade do indivíduo (Menezes & Bachion, 2008). Sua ocorrência resulta da interação entre fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas do envelhecimento e patologias associadas, e extrínsecos, que incluem riscos ambientais e fatores comportamentais, como o uso e percepção do espaço pelo idoso (Messias, 2009).

As quedas em idosos representam um grave problema de saúde pública, frequentemente subestimado por profissionais e gestores da saúde no Brasil (Maciel, 2010).

Estudos nacionais e internacionais apontam as quedas como uma das principais causas de mortalidade, morbidade e incapacitação nessa população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as quedas estão classificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), sob os códigos W00 a W19, pertencentes ao Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (Brasil, 1996).

É interessante, além de reconhecer quais são as alterações características do processo de envelhecimento e consequências advindas, buscar conhecer as condições de saúde dessa população. São dados importantes, e que permitem a criação de protocolos de reabilitação funcional, bem como contribuem na intervenção dos profissionais de saúde, e fundamentam a criação de políticas públicas que procurem prevenir os episódios de quedas.

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. De modo geral, esta ideia parte do pressuposto de que envelhecer significa possibilitar que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis e, ainda, realizar o controle da própria condição de saúde e melhorar sua qualidade de vida (Silva, 2010).

A autonomia e a independência são percebidas pelos idosos como componentes para o envelhecimento saudável. No entanto, autonomia e independência não são conceitos interdependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como acontece, por exemplo, nas demências. Ou então, ele pode ser autônomo e não ser independente, como no caso de um indivíduo com graves sequelas de um acidente vascular cerebral, mas sem alterações cognitivas: nessa situação, ele é autônomo para assumir e tomar decisões sobre sua vida, mas é dependente fisicamente (Guimarães, 2004).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é insuficiente em estudos na área, no entanto, é um campo apto a intervenções em fatores de risco modificáveis na própria residência do idoso, antes que esse chegue a ser institucionalizado ou hospitalizado (Carvalho, 2021). Dentre as possibilidades de estratégias no campo da atenção primária, existe a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que foi concebida como um instrumento de cidadania, e em 2015 foi iniciada a distribuição de sua 3ª edição (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

Estudos indica que informações provenientes da CSPI fazem parte de um importante contexto de saúde da população idosa e concebe dados que afetam diretamente na qualidade do atendimento a esse público, refletindo em seu bem-estar e melhorias de saúde (Ramos, 2019). A pessoa idosa portar consigo sua caderneta atualizada nas consultas

viabiliza aos profissionais o acompanhamento periódico de suas condições de saúde, conforme objetiva a CSPI.

A atenção básica tem a caderneta da pessoa idosa como um instrumento para auxiliar o cuidado, já que é uma importante ferramenta de acompanhamento e avaliação que pode ser determinante no controle de algumas comorbidades. Mais do que um simples registro de informações, a caderneta se configura como um instrumento de dignidade e inclusão para um grupo de pessoas que, frequentemente, são socialmente negligenciadas. (GOMES et al., 2018).

Na atenção básica é utilizado o sistema E-SUS, um banco de dados com informações pessoais e clínicas dos pacientes, que são armazenadas no sistema durante o atendimento, tendo como principal objetivo informatizar o fluxo do cidadão no serviço (Brasil, 2018). Com base nos dados colhidos nesse sistema através da enfermeira da unidade, foram registrados 37 atendimentos na Unidade de Saúde da Família (USF) ARNE 53 com CID W19, que corresponde às quedas sem especificação, no último ano (nov/2021 à nov/2022).

Tendo citado alguns dos fatores de riscos de quedas, é de grande relevância a avaliação dos fatores que podem levar a uma disfunção do sistema vestibular, como por exemplo as comorbidades e o uso de medicamentos numa população idosa. Uma forma de realizar essa avaliação é aplicando a escala Fall Risk Score de Downton e Timed Up and Go Test (TUGT) que visam avaliar o risco de quedas da população e verificar mobilidade funcional (Reis; Nunes; Flores, 2013).

Os testes TUG, AGC-10, MEEM e escala de Fall Risk Score, foram selecionados para esta pesquisa devido baixo custo e tempos de aplicação reduzidos. Vale enfatizar que a aplicação de um teste não anula a relevância de outro. Portanto, a utilização em conjunto destes testes visa uma avaliação multidimensional uma vez que a queda é de natureza multifatorial, podendo futuramente auxiliar na elaboração de um planejamento efetivo de reabilitação e prevenção (Karuka, 2011).

As escolhas desses instrumentos são justificadas pelo baixo custo, facilidade para reproduzi-los em tempo de duração e equipamentos, e também pelo papel diagnóstico e prognóstico atribuído a eles, uma vez que seriam fortemente preditivos do risco de quedas nos idosos.

Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar o risco de quedas em pessoas idosas cadastrados na USF ARNE 53.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo realizado com idosos cadastrados em

uma USF do município de Palmas-TO, sendo a amostra representada por 39 pessoas idosas. Amostra foi composta de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros. Os idosos foram selecionados pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsável por sua respectivo micro área. A atenção primária em toda a extensão da capital é dividida em oito territórios (Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu). A pesquisa foi realizada na pessoas idosas vinculadas a USF ARNE 53, fazendo parte do território Apinajé.

A abordagem com os ACS ocorreu na sala reservada para eles dentro da USF, foi realizado um momento onde foi explicado sobre os critérios de inclusão e exclusão, como funcionaria a coleta de dados, e o acompanhamento da pesquisadora durante as visitas domiciliares. As visitas foram realizadas no período matutino uma vez na semana, o período de coletas aconteceu nos meses de maio a agosto de 2023.

A amostra foi selecionada de forma aleatória simples. Com base nos critérios de exclusão, só participaram do estudo idosos que não apresentassem afasia, distúrbios de compreensão, déficit visual e auditivo, ausência de mobilidade ou marcha dependente de dispositivos auxiliares, além dos que se recusassem a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada na residência do indivíduo, por meio de entrevistas com aplicação dos instrumentos: escala de Fall Risk Score de Downton, que é um instrumento de avaliação de risco de quedas em idosos. TUGT (Timed up and go test) utilizado para verificar a mobilidade funcional. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), utilizado para avaliar as funções cognitivas. O escore varia de 0 a 30 pontos, sendo que valores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo. Para a avaliação do perfil global de saúde, foi utilizado a Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10), instrumento que permite identificar alterações em dez domínios de saúde do indivíduo (suporte social, uso do sistema de saúde, quedas, medicações, funcionalidade, cognição, auto avaliação de saúde, sintomas depressivos, nutrição e velocidade de marcha) (Aliberti, 2018, p.4).

AGC-10: cada domínio é pontuado como normal (0,0 pontos), alteração leve (0,5 pontos) ou alteração grave (1,0 ponto). No final, deve-se somar os pontos de cada parâmetro e dividir por 10. O índice AGC-10 é calculado pela média simples dos domínios avaliados no instrumento e classificado como baixo risco (0–0,29), médio risco (0,3–0,39) e alto risco (0,4–1) para déficits cumulativos no estado de saúde global (Aliberti, 2019). Quanto mais próximo de zero menor o risco e quanto mais próximo de um, maior o risco para ocorrência de desfechos adversos como perda funcional, quedas, hospitalização e morte (Aliberti *et al.*, 2019).

TUGT (Timed up and go test): Neste teste é mensurado em segundos o tempo gasto pelo indivíduo para levantar-se da cadeira sem auxílio dos braços estando o dorso apoiado por completo no encosto e os pés paralelos ao chão, andar uma distância de três metros até um demarcador, girar e voltar andando no mesmo percurso, finalizando a tarefa na posição inicial (Nascimento, Vareschi, e Alfieri, 2008). A classificação do teste é dada pelo tempo de execução. [Até 10 segundos - idoso sem alteração de equilíbrio e com baixo risco de quedas; entre 11 e 20 segundos - idoso sem alteração importante de equilíbrio, mas apresentando alguma fragilidade e médio risco de quedas; maior que 20 segundos e menor que 30 segundos- idoso com necessidade de intervenção maior que 30 segundos- idoso com alto risco de quedas e indivíduos dependentes em atividades de vida diária (AVD) e com mobilidade alterada (Almeida *et al.*, 2012).]

A escala Fall Risk Score de Downton utiliza cinco critérios para fazer a avaliação do risco de quedas da população idosa: se já sofreu quedas anteriormente, se utiliza alguma medicação, apresentação de algum déficit sensorial, avaliação do estado mental, e avaliação da marcha. A pontuação do instrumento varia de 0 a 11, e o idoso é classificado com alto risco de queda, quando apresenta uma pontuação igual ou superior a três.

No MEEN os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. O teste aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional. Devido a conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, as notas de corte são diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Assim, anota de corte proposta por Brucki *et al.*, 2003, é 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos. Pontuações abaixo destas citadas, por escolaridade, indicam déficit cognitivo e conseqüentemente maior risco de quedas (Folstein; Mchugh, 1975).

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados pela pesquisadora de maneira igual para todos os participantes do estudo, seguindo a mesma sequência de aplicação Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas sob o parecer nº 6.012.114.

Para participar da pesquisa os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido sigilo e anonimato aos participantes, atendendo os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos.

Os dados foram inicialmente inseridos em uma Planilha do Excel, sendo em seguida transportado para o software Graphpad Prism 5.0 (CA, EUA), sendo realizado análise

estatística descritiva.

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 39 indivíduos moradores da área de abrangência na USF arne 53 na cidade de Palmas- TO. A coleta de dados se deu nos meses de maio a agosto de 2023.

No quadro 1 se apresentam os resultados com as interferências das variáveis: idade, sexo e relato de eventos de quedas anteriores, indicando que o evento de quedas esteve associado com o avanço da idade e maior percentual no sexo masculino.

Quadro 1. Distribuição dos resultados das variáveis: idade, sexo e relato de eventos de quedas anteriores.

Sexo	n (%)	Média de faixa etária	Relato de quedas anteriores
Feminino	29 (74,3)	72,1	11 (37,9%)
Masculino	10 (25,6)	74,3	5 (50%)

Fonte: Elaboração própria.

Ao observar a frequência de quedas nessa população, 58,9% relataram não ter sofrido quedas no último ano. Dezesesseis idosos (41,1%) caíram nos últimos doze meses, sendo que 28% dos idosos caidores sofreram ≥ 2 quedas.

Por meio do MEEM, observa-se que 29 pessoas idosas (74%) ficaram abaixo da pontuação decorte dentro com seu nível de escolaridade.

Com a aplicação do Fall Risk Score de Dowton, constatou-se que 61,5% apresentavam risco para queda. Em relação à realização do Timed Up and Go Test (TUG) constatou-se que média de tempo dos idosos foi de 11,46 ($\pm 3,74$) segundos, sendo 53% dos idosos classificados como baixo risco de queda; treze (61,9%) pertencentes ao sexo feminino e oito (38%) pertencentes ao sexo masculino. Com risco médio: dezessete idosos (43,5%), dezesseis (94,1%) do sexo feminino e um (5,8%) do sexo masculino, e por fim com um risco alto: um (2,5%) idoso, do sexo masculino. Com aplicação da AGC-10 o resultado médio foi 0,24, sendo que 71,7% dos idosos apresentaram baixo risco de déficit cumulativo em saúde, 17,9% apresentaram médio risco e 10,2% alto risco. (Quadro 2)

Quadro 2. Dados referentes aos instrumentos TUG, Fall Risk Score de Downton e AGC-10.

Time UP and GO	N	%
----------------	---	---

Baixo risco	21	53
Médio risco	17	43,5
Alto Risco	1	2,5
Total	39	100
Fall Risk Score de Downton		
Sem risco	15	38,4
Com risco	24	61,5
Total	39	100
AGC-10		
Baixo risco	28	71,7
Médio risco	7	17,9
Alto risco	4	10,2

Fonte: Elaboração Própria.

4. DISCUSSÃO

O predomínio de idosos do sexo feminino neste estudo, representando 74,3% do total de entrevistados, confirma o estudo de Camanaro (2003), que aponta para um processo de feminização na velhice, demonstrando que a população feminina cresce com maior rapidez que a masculina, provavelmente, por um maior índice de mortalidade no sexo masculino e maior expectativa de vida na população feminina. Entretanto, o estado do Tocantins é contrário a essa proporção, no censo de 2022 apresentou percentual de população masculina de 50,1%, e feminina em 49,9% (Ibge, 2022).

Do total de idosos que participaram do estudo, a prevalência do número de relato de quedas no último ano foi de 0 quedas, representando 58,9%. Dos que 41,1% que tiveram quedas, 28% sofreram ≥ 2 quedas nos últimos doze meses. A maior porcentagem de relato de quedas esteve presente no sexo masculino, onde a média de faixa etária foi superior à média feminina, demonstrando que a incidência de quedas aumenta com o avançar da idade, concordando com outros estudos (Cruz, 2018; Ferreira, 2010; Pimentel *et al.*, 2005; Santos, 2005; Soares *et al.*, 2014).

Em relação à realização do Timed Up and Go Test (TUGT) constatou-se que a média de tempo dos idosos foi de 11,46 ($\pm 3,74$), sendo 53% dos idosos classificados como baixo risco. Há autores que determinam um desempenho de até 12 segundos como tempo normal de realização do teste para idosos comunitários (Bischoff, 2003). Na aplicação do TUGT e AGC-10 os resultados encontrados foram baixo risco para quedas, e baixo risco para situações adversas, respectivamente. Estudiosos afirmam que o TUGT se constitui como ferramenta confiável para avaliação da mobilidade funcional, apresentando também

correlação significativa com o risco de quedas, o medo de cair e o desempenho funciona (Martinez, 2015; Paula, 2016).

Nos resultados do MEEN, 74 % dos idosos ficaram abaixo da linha de corte de acordo seu grau de escolaridade. Apesar de grande utilização pela literatura, o TUGT e o MEEM não apresentaram associações com a amostra avaliada. Ambos apontaram resultados inversamente proporcionais. A baixa pontuação alcançada merece atenção, pois o déficit cognitivo indicado pelo MEEM está associado a idosos que podem apresentar respostas protetoras comprometidas e são expostos a mais acidentes por superestimação de suas capacidades motoras (Carvalho, 2021). Com o sucessivo declínio cognitivo, o idoso perde a capacidade de identificar e evitar uma situação de risco para quedas (Fagundes *et al.*, 2011).

Durante a avaliação, os indivíduos se mostraram bastante receptivos e interessados em saber o resultado do seu desempenho, demonstrando que existe uma preocupação com sua saúde, facilitando a prática de autocuidado, processo pode ser facilitado pelos profissionais da saúde. Autocuidado implica observar-se e compreender o estado de suas condições físicas, mentais e emocionais, perceber as origens de seus desconfortos, com o intuito de atuar sobre elas de um modo que seja saudável e benéfico. A manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa, aumenta a possibilidade de melhoria no autocuidado e conseqüente preservação da saúde, afetando de modo positivo o sistema de saúde pela prevenção da doença na população idosa e conseqüente redução de custos. A manutenção da capacidade funcional é importante para que não ocorra uma sobrecarga no sistema de saúde. (Morando; Schmitt; Ferreira, 2017).

Durante o processo de coleta de dados os indivíduos se mostraram bastante receptivos. A assistência a pessoa idosa dentro da atenção básica, gera um relação de otimismo, de amizade e atenção, proporcionando vínculos com a população idosa e suas famílias. A comunicação de forma interativa, resulta em proximidade entre profissional e usuário, contribuindo para a autonomia do idoso, possibilitando mudanças de comportamento (Araújo; Barbosa, 2010).

Com a aplicação do Fall Risk Score de Dowton, constatou-se que 61,5 % dos idosos apresentam um risco alto para queda. No grupo de idosos avaliados há uma correlação negativa entre as pontuações do Fall Risk Score de Dowton e o Timed Up andGo Test (TUGT) o indicando que as duas escalas não são diretamente proporcionais, concordando com o estudo de Reis, Nunes e Flores 2013. A relação negativa entre as escalas deve-se ao fato de que as incumbências avaliadas em cada escala são diferentes. Segundo Meyer *et al.*, 2005 a escala de Fall Risk Score de Dowton é bastante utilizada justificada por sua

fácil aplicação, tendo como tempo de realização aproximadamente 6,34 minutos, onde são avaliados cinco critérios, se já sofreu quedas anteriormente; utiliza alguma medicação; apresenta algum déficit sensorial; avaliação do estado mental e avaliação da marcha, sendo assim uma escala mais completa.

Também, verificou-se a associação entre o baixo risco encontrado na aplicação do TUGT e a baixa prevalência no relato de quedas, revelando concordância com estudos (Caixeta, 2012; Perracini; Ramos, 2002) que o apontaram como um bom teste para avaliar mobilidade e, conseqüentemente, predizer o risco de quedas e fragilidade. Um dos possíveis motivos para o TUGT ter boa acurácia para a determinação da fragilidade é a capacidade muscular associada ao teste. Estudos demonstraram que a diminuição da força muscular é mais perceptível do que a redução da massa muscular nos idosos, e essa é considerada como um bom indicativo de incapacidade (Nunes *et al.*, 2015). O desempenho físico vem sendo considerado indicador para a presença de sarcopenia, condição preditora para a síndrome da fragilidade, risco de quedas e outras comorbidades relacionadas ao envelhecimento (Tarazona et al. 2016).

O TUG e AGC-10, que tem testes físicos na sua aplicação, resultaram em um bom desempenho. O MEEN indica que os resultados estão aquém do limiar estabelecido, sugerindo possíveis preocupações ou áreas de melhoria, juntamente com o resultado da escala de Fall Risk Score indicando que há fatores identificados que aumentam a probabilidade de quedas.

No território Apinajé os instrumentos sociais executados pela atenção primária que podem ser utilizados pelos idosos são grupos operativos das USF's. Na USF da ARNE 53 é realizado semanalmente o grupo Mulheres Ativas, onde o público alvo são mulheres interessadas na prática de exercício físico. O perfil etário atual no grupo varia entre 50 e 76 anos. Embora não seja um grupo voltado apenas para idosas, a faixa etária das participantes demonstra o interesse das mulheres da terceira idade por busca por espaços que proporcionem os hábitos de vida saudáveis. Na USF ARSE 13, que também faz parte do território Apinajé, existe o Grupo Viver Melhor com frequência de três vezes na semana, aberto a todos indivíduos idosos, ocorrem atividade física e exercícios de memorização.

Na área de abrangência que compreende o território, existem praças e academias ao ar livre. Próximo ao território, existe a instituição privada que oferece serviços de academia, hidroginástica, e um grupo chamado para os idosos cadastrados na instituição que tenham interesse em participar. Na praça da arne 61 existe um grupo de zumba também gratuito com encontros às terças e quintas-feiras às 19h30min.

Com os resultados obtido no MEEN, é sugestivo que seja criados na USF ARNE 53,

grupo operativo que trabalhe memorização e atividades cognitivas com pessoas idosas. Também seria interessante a criação de um grupo focado no público masculino, visto que metade dos idosos entrevistados relataram a ocorrência de queda no último ano. Quanto mais espaços os idosos tiverem, e mais profissionais voltados para esse público, melhor esses indivíduos irão se manter, atenuandoos processos advindo do envelhecimento.

Pessoas de todas as idades podem sofrer queda. Porém, para os idosos, elas dispõem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte. Seu custo social é imenso e se torna maior quando a pessoa idosa tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a demandar de institucionalização (Maia *et al.*, 2011). Em 2022 no município de Palmas dentro do grupo CID10 quedas, foram registrados 15 óbitos contados segundo o local de residência do falecido, e 42 óbitos contados segundo o local de ocorrência do óbito, totalizando 57 óbitos em indivíduos com faixa etária à partir de 60 anos (Datasus, 2022).

O trabalho do ACS contribuiu de forma significativa para essa pesquisa, pois serviu de elo entre a fisioterapeuta e a comunidade, possibilitando a realização desse estudo. A relevância desse profissional para a equipe é inquestionável, devido sua proximidade com a população o tornando um mediador e organizador popular, aproximando a comunidade dos serviços de saúde.

O fisioterapeuta tem a competência para promover intervenções preventivas que vão evitar maiores incapacidades e garantir qualidade de vida e dignidade ao idoso, principalmente na Atenção Primária à Saúde, onde um dos objetivos é prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal, ao longo do tempo (Ministério da saúde, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo procurou avaliar o risco de quedas de pessoas idosas atendidas em uma USF de Palmas- TO, onde nos resultados encontrados, o TUGT e AGC-10 resultaram em baixo risco de quedas, enquanto escala de Fall Risk Score e MEEN em alto risco de quedas. Os instrumentos obtiveram uma diferença mediante os resultados. A amostra avaliada, ficou classificada em alto risco nos instrumentos que avaliam comorbidades e cognição, demonstrando um risco para autonomia, e 50% do sexo masculino relatou queda nos últimos doze meses.

Dessa forma, este estudo, mediante aos resultados encontrados, demonstra a importância da utilização de instrumentos de avaliação na rotina dos profissionais de saúde no cuidado com a população idosa para prevenção de queda, identificando prevenindo e

intervindo nesse tipo de alteração dentro da Atenção Primária à Saúde, afinal, deseja-se garantir que o envelhecimento ocorra de forma saudável com qualidade, independência funcional e autonomia.

Futuros estudos são necessários para progressos no planejamento para a prevenção dos eventos de quedas. Nessa pesquisa, como proposta de intervenção pós resultados, é sugestivo que seja criado um grupo para pessoas idosas que tenha em seu planejamento atividades cognitivas, além de um olhar da atenção primária para a saúde do homem.

REFERÊNCIAS

ALIBERTI, M.J.R. et al. 10-minute targeted geriatric assessment predicts disability and hospitalization in fast-paced acute care settings. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.74, p.1637-1642, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz109>. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/74/10/1637/5485916?login=true>.

ALIBERTI, M.J.R. et al. Targeted geriatric assessment for fast-paced healthcare settings: development, validity, and reliability. **J Am Geriatr Soc**, v.66, p.748-754, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15303>. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15303>. Acesso em: 23 dez. 2023.

ALMEIDA, S. T. et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.58, n.4, jul./ago. 2012.

ASHBURN A, STACK E, BALLINGER C, FAZAKARLEY L, FITTON C. The circumstances of falls among people with Parkinson's disease and the use of Falls Diaries to facilitate reporting. **Disabil Rehabil.** 2008;30(16):1205-12. doi: 10.1080/09638280701828930. PMID: 18608387.

ARAÚJO, M. A. da S., & Barbosa, M. A.. (2010). Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Escola Anna Nery**, 14(4), 819–824. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400023>.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 52, n.1, 1994.

BISCHOFF HA, Stähelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, von Dechend M, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. **Age Ageing**. 2003;32(3):315-20.

Brasil. (1996b). Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. **Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português**. (3 a ed.). São Paulo, SP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB**, 2018. [acesso em 2024 fev 06]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>

BRUCKI, S. M. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

BEARD JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. **The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing**. Lancet [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];387(10033):2145-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/pdf/nihms-737759.pdf> »
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/pdf/nihms-737759.pdf>.

CAIXETA GCS, Doná F, Gazzola JM. Processamento cognitivo e equilíbrio corporal em idosos com disfunção vestibular. **Braz. J. otorhinolaryngol**. 2012;78(2):87-95.

CAMARANO AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**. 2003;17(49):35-63.

CARVALHO MS de, Martins P, Santos FS, Queiroz DTS. Quedas em idosos comunitários atendidos por uma estratégia de saúde da família do município de São Leopoldo: prevalência e fatores associados. **Acta Fisiátr**. [Internet]. 31 de dezembro de 2021 [citado 29 de novembro de 2023];28(4):259-67. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/174519>.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2011, v. 45, n. spe2 [Acesso em: 23 dezembro 2023], pp. 1763-1768. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.

COPPIN AK, SHUMWAY-COOK A, SACZYNSKI JS, PATEL KV, BLE A, FERRUCCI L, GURALNIK JM. Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: analyses from the InChianti study. **Age Ageing**. 2006 Nov;35(6):619-24. doi: 10.1093/ageing/af1107. PMID: 17047008; PMCID: PMC2645642.

CRUZ DT, Leite ICG. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2018;21(5):551-61. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180034>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

FAGUNDES SD, Silva MT, Thees MFRS, Pereira MG. Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. **Sao Paulo Medical Journal**. 2011;129(1), 46-50.

FERREIRA DCDO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 991-997, 2010.

FOLSTEIN MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**. 1975;12(3):189-98. Doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

GOMES, Nataly Mayara Cavalcante; DA CUNHA, Amanda Maria Silva; DE ALMEIDA, Ana Beatriz. A caderneta de Saúde da Pessoa idosa no contexto da Atenção Básica. **Universidade Federal de Alagoas: Maceió, Brazil**, 2018.

GUIMARÃES RM, Cunha UGV. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2022

KARUKA AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev Bras Fisioter**. 2011; 15(6):460-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000600006>.

MAIA, B. C. et al.. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 381–393, abr. 2011.

MARTINEZ BP, Gomes IB, Oliveira CS, Ramos IR, Rocha MDM, Forgiarini LA Jr, et al. Accuracy of the timed up and go test for predicting sarcopenia in elderly hospitalized patients. **Clinics**. (São Paulo). 2015;70(5):369-72. doi: 10.6061/clinics/2015(05)11.» [https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(05\)11](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(05)11).

MACIEL, Arlindo. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(4): 554-557.

MESSIAS MG, Neves RF. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2009;12(2):275- 82.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados.; **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1209-1218, 2008.

MEYER G, Köpke S, Bender R, Mühlhauser I. Predicting the risk of falling--efficacy of a risk assessment tool compared to nurses' judgement: a cluster-randomised controlled trial [ISRCTN37794278]. **BMC Geriatr**. 2005 Nov 10;5:14. doi: 10.1186/1471-2318-5-14. PMID: 16285880; PMCID: PMC1312310.

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C.; FERREIRA, M. E. C. Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 353–374, 2017. DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p353-374. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2176-901X.2017v20i2p353-374>. Acesso em: 7 fev. 2024.

NASCIMENTO, F. A.; VARESCHI, A. P.; ALFIERI, F. M. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. **Arquivos catarinenses de medicina**. v.37, n.2. 2008.

NUNES DP, Duarte YA, Santos JL, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saude Publica*. 2015;49:2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>. PMID:25741658. » <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* World Health Organization. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**; 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf. » http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf.

PAULA JA, Wamser EL, Gomes ARS, Valderramas SR, Cardoso Neto J, Schieferdecker

MEM. Análise de métodos para detectar sarcopenia em idosas independentes da comunidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2016;19(2):235-46. doi: 10.1590/1809-98232016019.140233. » <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.140233>.

PERRACINI MC, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública.** 2002;36(6):709-16.

Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Andrade FB, Souza Júnior PRB, et al. Quedas entre Idosos Brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. **Ver Saúde Pública.** 2018;52(Supl 2):12s. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000635>.

PORTELLA, M. R., & de Lima, A. P. (2018). Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR,** 22(2). <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6366>.

REIS, L. A.; NUNES, N. O. S.; FLÔRES, C. M. R. Risco de quedas em idosos: comparação entre a Fall Risk Score e o teste de Timed up and go test. **InterScientia,** v.1, n.3, p.28-38, João Pessoa, Set./Dez., 2013.

Santos MLCD, Andrade MCD. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. **Rev. Baiana Saúde Pública.** 2005;29(1), 57-68.

Silva HS, Lima AMM, Galhardoni, R. **Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectiva.** Interface (Botucatu) 2010; 14(35):867-877.

Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini NR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes: estudo de base populacional. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2014;17(1):49- 60.

VRIES OJ, PEETERS GM, LIPS P, DEEG DJ. Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. **Osteoporos Int.** 2013 Sep;24(9):2397-403. doi: 10.1007/s00198-013-2303-z. Epub 2013 Feb 22. PMID: 23430104.

World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. **Geneva: WHO;** 2015 [acesso em 15 jun. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 » http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1