

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SHEILA TORRES PINHEIRO DE ALMEIDA

O PERFIL DA CAIDORA CRÔNICA NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO ASSISTIDA
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

RIO DE JANEIRO
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SHEILA TORRES PINHEIRO DE ALMEIDA

O perfil da caidora crônica no período do climatério assistida pelo
Sistema Único de Saúde (SUS)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Saúde da Família.
Orientador Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Rio de Janeiro
2007

SHEILA TORRES PINHEIRO DE ALMEIDA

O perfil da caidora crônica no período do climatério assistida pelo
Sistema Único de Saúde (SUS)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Saúde da Família.
Orientador Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Joffre Amim Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

A uma grande mulher e um grande homem que marcaram de forma indescritível minha vida, ensinando-me a lutar por meus ideais e sonhos com coragem, perseverança e fé. A minha mãe e amiga, Maria Aldene Torres Pinheiro e o meu Pai Francisco Pinheiro Neto (In Memoriam), que com certeza encontra-se muito feliz nesse momento tão especial.

Ao meu grande Amor, amigo e companheiro de todas as horas meu marido Marcos José do Couto Ferreira. Aos meus Sogros Dilma e Carlos Alberto, que com suas palavras me confortaram nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTO

A Deus, que inspirou esse trabalho e me deu resignação nos momentos de difíceis (que não foram poucos), luz quando vaguei pela nebulosa estrada da dúvida, coragem quando pensei em desistir, força quando minhas pernas falsearam, paz de espírito para seguir a diante, me cercado de pessoas incríveis que agora gostaria de lembrar, agradecer e dizer com foi importante tê-los ao meu lado ao longo dessa jornada.

Ao grande Mestre e orientador Professor Dr. Luiz Guilherme Pessoa pela paciência, dedicação e sabedoria sem os quais jamais seria possível concluir essa dissertação.

Aos professores da pós-graduação em Saúde da Família que me acolheram nesse curso com extremo carinho, sempre pronto a ajudar, escutar e conosco dividir sua vasta experiência e saber. Foram verdadeiros facilitadores do processo de aprendizagem e exemplos a serem seguidos por mim por toda minha vida acadêmica.

Aos professores da banca examinadora Dr. Hesio Cordeiro e Dr. Joffre Amim Júnior agradeço a atenção dispensada a este trabalho e a sua valiosa contribuição.

Aos colegas mestrandos, pela convivência harmônica e agradável, que criou um ambiente de troca único, ajudando-me a superar as dificuldades, o cansaço e as agruras do caminho.

Por fim, não poderia de fazer menção da secretária Aline que se destacou pelo louvável profissionalismo e excelente qualidade do trabalho desempenhado ao longo desses dois anos de convivência.

RESUMO

Objetivo: O estudo visa estabelecer o perfil das caidoras crônicas no período do climatério atendidas em uma unidade do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro. **Material e método:** Através de estudo descritivo, observacional, do tipo transversal, foram analisados dados de entrevistas, obtidos de 413 questionários estruturados aplicados no período de janeiro a setembro de 2006, na faixa etária de 60 a 65 anos que apresentam interatividade com o meio e que procuraram de forma espontânea o ambulatório do climatério, o grupo da terceira idade e o setor de densitometria da Associação Pro Matre, sendo excluídas as hospitalizadas ou acamadas ou com alterações cognitivas. As variáveis cotejadas com o desfecho caidora crônica para fim de entendimento foram hierarquizadas da seguinte maneira: **Sócio econômicas e ambientais; Auto-percepção da saúde; Ambiente residencial.** Os dados foram submetidos à análise bivariada, sendo os valores que exibiam significância estatística ($p < 0,05$) submetidos à regressão logística na busca presumível de identificar variáveis que influenciavam independentemente o desfecho. **Resultados:** A idade das entrevistadas variou de 60 a 65 anos. A análise bivariada dos fatores associados ao desfecho caidora crônica mostrou os seguintes resultados: Variáveis **sócio- econômicas e ambientais:** as variáveis *ausência de companheiro* (1.57 [1.04-2.37] $p = 0.015$); *ausência de atividade laborativa extra-domiciliar* (2.29 [1.33-3.95] $p = 0.000$) e *morar só* (1.53 [0.97-2.41] $p = 0.032$) mostraram associação significativa com o desfecho. As variáveis *analfabetismo* (1.35 [0.75-2.43] $p = 0.155$); *agressões física ou verbal* (1.09 [0.59-2.00] $p = 0.381$) e *número de cômodos na residência ≤ 3* (0.73 [0.31-1.71] $p = 0.247$), não representaram no modelo bivariado associação com caidoras crônicas. **Auto-percepção da saúde:** as variáveis *obesidade* (1.64 [1.03-2.60] $p = 0.016$); *ITU* (2.26 [1.17-4.37] $p = 0.008$); *hipertensão* (1.81 [1.18-2.78] $p = 0.003$); *alteração postural* (1.83 [1.21-2.76] $p = 0.001$); *diabetes* (2.39 [1.38-4.12] $p = 0.000$); *cardiopatias* (2.39 [1.24-4.59] $p = 0.004$); *labirintite* (1.70 [1.08-2.68] $p = 0.010$); *problemas respiratórios* (2.48 [1.39-4.43] $p = 0.001$); *alterações neurosensoriais* (2.64 [1.74-4.02] $p = 0.000$); *doenças articulares* (2.25 [1.47-3.44] $p = 0.000$) e *incontinência urinária* (1.57 [0.94-2.62] $p = 0.041$) influenciaram o desfecho (caidora crônica), enquanto as variáveis *insônia* (0.72 [0.48-1.09] $p = 0.063$); *sintomas do climatério* (1.35 [0.87-2.08] $p = 0.0849$) e *etilismo* (0.74 [0.24-1.31] $p = 0.155$), não apresentaram associação estatística com o desfecho no grupo de caidoras crônicas. **ambiente residencial:** *tapete* (3.35 [2.08-5.38] $p = 0.000$); *escadas* (1.97 [1.28-3.02] $p = 0.001$); *piso encerado* (3.58 [2.31-5.53] $p = 0.000$) e *sapato mal adaptado* (3.86 [0.95-15.70] $p = 0.030$), representaram fatores de riscos para as caidoras crônicas: *roupa comprida* (0.61 [0.06-6.01] $p = 0.371$) e *sapatos altos* (0.93 [0.60-1.42] $p = 0.373$), não apresentaram relação com as quedas frequentes. Quando submetidas a regressão logística, tendo por base a estrutura hierarquizada, os principais fatores de risco que compuseram o modelo final, segundo critérios hierarquizados, foram: **Sócio- econômicas e ambientais:** *ausência de atividade laborativa extra-domiciliar* (2.452 [1.409 – 4.269] $p = 0,02$); **Auto-percepção da saúde:** *alterações neurosensoriais* (2.676 [1,760 – 4,068] $p = 0,000$), *doenças articulares* (1.827 [1,173 – 2,846] $p = 0,008$), *diabetes* (OR:1,884 [1,070 – 3,319] $p = 0,028$) e **Ambiente residencial:** *piso encerado* (3,581 [2,318 – 5,532] $p = 0,000$) e *tapetes* (2,372 [1,430 – 3,934] $p = 0,0001$). **Conclusões:** Ao cabo da análise das múltiplas variáveis hierarquizadas, cotejadas neste estudo, concluímos que os fatores que estabeleceram associação com a condição da mulher caidora crônica, foram: ausência de atividades laborativas extra-domiciliar que sugere imobilidades e o declínio da sua capacidade funcional; do diabetes por facilitar o aparecimento de

outras co-morbidades, além dos transtornos próprios da doença; de Doenças articulares, por restringir suas habilidades funcionais; de alterações neurosensoriais, que proporcionam alterações do equilíbrio e proprioceptivos; da utilização de piso encerado e de Tapetes, que quando utilizados incorretamente favorecem a perda da estabilidade corporal com conseqüente queda .

Palavras-chave: Climatério. Quedas. Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: This paper looked to establish the profile of chronic female fallers undergoing climacteric in one unit of the Health System of the city of Rio de Janeiro.

Methods: We performed a descriptive, observational, longitudinal type study, analyzing data from interviews, obtained from questionnaires applied to 413 women, age 60 to 65 years old, from January to September 2006, that have searched the per-menopause clinic, the old age support group, and the densitometry clinic, in the Pro-Matre Association. Women who were hospitalized, severely ill or presenting with cognitive dysfunction were excluded from this analysis. Variables compared to match de outcome chronic fallers were ordered in the following manner: Environment e socio-economic; well-being self evaluation; household environment. Data were submitted to bivariate analysis, and values having a p value < 0,05 submitted to logistic regression in a way to identify variables that would influence independently the outcome. **Results:** The age of women included ranged from 60 to 65 years old. Bivariate analysis showed the following: **Environment e socio-economic:** variables *absence of a companionship* (1.57[1.04-2.37] p= 0.015); *no labor outside the house* (2.29 [1.33-3.95] p= 0.000) and *living alone* (1.53 [0.97-2.41] p= 0.032) demonstrated significant association with outcome. Variables *lack of schooling* (1.35 [0.75-2.43] p= 0.155); *physical or verbal harassment* (1.09 [0.59-2.00] p= 0.381) and *number of rooms in the house ≤ 3* (0.73 [0.31-1.71] p= 0.247), did not demonstrated association with chronic fallers. **Well-being self evaluation:** variables *obesity* (1.64 [1.03-2.60] p= 0.016); *urinary tract infection* (2.26 [1.17-4.37] p= 0.008); *hypertension* (1.81 [1.18-2.78] p= 0.003); *postural changes* (1.83 [1.21-2.76] p=0.001); *diabetes* (2.39 [1.38-4.12] p=0.000); *cardiopathy* (2.39 [1.24-4.59] p=0.004); *labyrinthopathies* (1.70 [1.08-2.68] p=0.010); *respiratory problems* (2.48 [1.39-4.43] p=0.001); *neurosensorial alterations* (2.64 [1.74-4.02] p=0.000); *articular diseases* (2.25 [1.47-3.44] p= 0.000) and *urinary incontinence* (1.57 [0.94-2.62] p=0.041) significantly influenced the outcome chronic faller, while variables *insomnia* (0.72 [0.48-1.09] p= 0.063); *climacteric sysptoms* (1.35 [0.87-2.08] p= 0.0849 and *alcohol drinking* (0.74 [0.24-1.31] p= 0.155), failed to show statistical significance. **Household environment:** *rug* (3.35 [2.08-5.38] p=0.000); *stairs* (1.97 [1.28-3.02] p=0.001); *waxed floor* (3.58 [2.31-5.53] p=0.000) and *tight or loose footwear* (3.86 [0.95-15.70] p=0.030), represented factors of increased risk for falling: *overbig clothes* (0.61 [0.06-6.01] p=0.371) and *high heels* (0.93 [0.60-1.42] p=0.373), did not show the same correlation. When variables were submitted to logistic regression, in an orderly fashion, main risk factors that composed the final model, were: **Environment e socio-economic :** *no labor outside the house* (2.452[1.409 – 4.269] p= 0,02); **Well-being self evaluation :** *neurosensorial alterations* (2.676 [1,760 – 4,068] p= 0,000), *articular diseases* (1.827[1,173 – 2,846] p = 0,008), *diabetes* (OR:1,884[1,070 – 3,319] p= 0,028) and **Household environment :** *waxed floor* (3,581[2,318 – 5,532] p= 0,000) and *rugs* (2,372[1,430 – 3,934] p= 0,0001). **Conclusions:** Analysing multiple variables compared in this study, we concluded that risk factors for chronic-faller women were: no labor outside the house, what suggests immobility and functional incapacity; diabetes, being a risk in itself and facilitating the development of other comorbidies; articular diseases, compromising functional capacity; neurosensorial alterations, influencing balance and coordination; and having a waxed floor and rugs, which predispose to loss of body stability and consequent falling.

Key-Words: Climacteric. Falling. Old Age.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária no Brasil, 1950-2025	23
Tabela 2: Crescimento da população idosa Brasileira, conforme faixa etária.....	23
Tabela 3: Aumento projetado da população de 60 anos ou mais nos Países mais populosos, 1950-2025	24
Tabela 4: Diferença da situação conjugal entre idosos, por sexo no Brasil.....	27
Tabela 5: Distribuição percentual de visitas médicas e hospitalizações entre idosos brasileiros (60 ou mais anos de idade).....	28
Tabela 6: Distribuição das variáveis segundo níveis hierárquicos.....	52
Tabela 7: Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis de natureza sócio-econômico e ambientais. Análise de 413 casos.	57
Tabela 8. Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis auto-percepção da saúde. Análise de 413 casos.....	57
Tabela 9. Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis referentes ao ambiente residencial - Análise de 413 casos.....	58
Tabela 10: Análise bivariada dos fatores sócio-econômicas e ambientais que se relacionam com o desfecho caidora crônica.....	59
Tabela 11: Análise bivariada das variáveis auto-percepção da saúde com o desfecho (caidora crônica).....	60
Tabela 12: Análise bivariada das variáveis ambiente residencial com o desfecho (caidora crônica).....	61
Tabela 13: Análise multivariada das Variáveis Sócio-econômicas e ambientais relacionadas com o desfecho caidora crônica. Modelo final	62
Tabela 14: Distribuição das variáveis de Autopercepção de saúde da população estudada, segundo análise multivariada, tendo como referência a ocorrência de caidora crônica. Modelo final.....	62
Tabela 15: Análise multivariada das variáveis referente ao ambiente residencial relacionadas com o desfecho caidora crônica - modelo final.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estimativa Populacional por Gênero – período de 1980 a 2050.....	26
Figura 2: Excedente feminino (em milhares na população total) Brasil 1980/2050..	26
Figura 3 As influências multifatoriais no envelhecimento que desencadeiam alteração da mobilidade funcional.....	37
Figura 4: Ocorrência de quedas e acidentes entre idosos entre 60- 69 anos no Rio de Janeiro.....	39
Figura 5: Ciclo de tendência ás quedas.....	42
Figura 6: Algoritmo da estrutura da pesquisa	51
Figura 7: Proporção de pessoas com 60 anos ou mais por alfabetização no Brasil.....	71

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	12
2- REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ASPECTOS CRONOLÓGICOS..	19
2.1.1 A feminização no envelhecimento.....	25
2.1.2 Aspectos sociais, psicológicos e políticos do envelhecimento.....	29
2.2 QUEDAS E SUAS CONSEQUÊNCIA NO ENVELHECIMENTO.....	35
2.3- REPERCUSSÕES DO CLIMATÉRIO NA SAÚDE DA MULHER.....	45
3. METODOLOGIA.....	49
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	49
3.2 CAMPO DE PESQUISA.....	49
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	50
3.4 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	50
3.5 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	51
3.6 VARIÁVEL DESFECHO.....	53
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	53
3.8- CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA.....	54
4- RESULTADOS.....	56
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A – Questionário	116
ANEXO A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	121

1 INTRODUÇÃO

Antigamente, nas sociedades tradicionais, os velhos eram muito considerados, por serem sinônimos de lembranças e sabedoria. Atualmente o descaso e o desprezo os excluem da sociedade, que os julgam improdutivos. É comum encontrar idosos abandonados e ignorados dentro da própria família. (VELOZ *et. al.*, 1999)

A velhice por algumas pessoas ou pelo próprio idoso é vista como um período decadência física e mental. É um conceito equivocado, pois muitos cidadãos que chegam aos 60 anos, já que a partir desta idade considera-se a pessoa idosa, oficializada pelo estatuto do idoso. Lei 8.842 art. 2º de 04/01/1994, ainda são completamente independentes e produtivos. (AZEREDO, 2000).

Acreditamos na decadência sim, mas da sociedade que perde, não dando valor ou criando espaços adequados para as necessidades das pessoas que enfrentam o envelhecimento. A população idosa, em nosso País, cresce a cada dia e com ela as dificuldades e as necessidades de adequar soluções eficientes, junto aos órgãos públicos, com o objetivo de tornar digna a vida dos nossos idosos e do nosso próprio futuro.

Hoje podemos observar uma das maiores conquistas da humanidade foi à ampliação do tempo de vida, constituindo um dos maiores desafios para a saúde pública Brasileira. O envelhecimento populacional é um fenômeno novo, ao quais mesmo os países desenvolvidos estão tentando se adaptar. O que era no passado uma marca de alguns poucos países, passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo, com destaque o Brasil. Em 2025 estima-se que entre os dez países no mundo com maior número de idosos, serão países em desenvolvimento, o Brasil deverá passar da 16ª posição para a 6ª posição mundial no número absoluto de idosos. (PAPALÉO, 2005; LIMA-COSTA *et al.*, 2003; IBGE, 2003; CHAIMOWICZ, 1997)

De 1991 para 2002, observa-se no Brasil um crescimento em todos os grupos de idade, com um aumento maior nos grupos etários mais avançados de 70 a 74 anos, que passaria de 1,3 para 1,75 %, e de 75 anos ou mais, que passaria de 1,6 para 2,2% da população total de idosos. Esses percentuais são ainda maiores no Estado do Rio de Janeiro, com 2,6% em 2002 no grupo de idade de 75 anos ou mais, e ainda mais elevado no Município do Rio de Janeiro, 3,5% em 2002 para a mesma faixa etária. Portanto, ocorre não somente um aumento da população idosa, mas também um envelhecimento desta população. (NERI, 2001; VERAS, 2004)

Não podemos pensar que o envelhecimento é um acidente de percurso, mas sim um processo de vida, marcado por mudanças de caráter bio-psico-sociais específicas que ocorrem com a passagem dos anos. A pessoa que chega hoje aos 80 anos não é mais representado como um fato isolado; trata-se da experiência de milhões de pessoas. Adventos como declínio da taxa de mortalidade, propiciada pela implementação de medidas sanitárias, ampliação dos serviços de prevenção e assistência, associados a alterações nas taxas de natalidade geradas por melhorias tecnológicas e por desenvolvimento sócio-econômico-cultural, contribuiriam de maneira bastante significativa para o prolongamento da vida desta população.

Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder a 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando representar quase 13% da população (IBGE, 2002). A redução de filhos por mulheres em idade fértil, vem ocorrendo de forma rápida em todas as regiões do Brasil. Isso se deve ao processo de urbanização da sociedade Brasileira, a crise econômica, ao aumento da escolaridade das mulheres, a inserção da mulher no mercado de trabalho e, sobretudo a utilização de métodos contraceptivos (DRIUSSO & CHIARELLO, 2007).

Com a economia brasileira a mulher passa a assumir ou a complementar as despesas da sua família, as alterações de papéis da mulher na sociedade determinam a se voltarem mais para o trabalho fora de casa, diminuindo o tempo com a família, refletindo na redução do número de filhos.

As projeções demográficas vêm demonstrando que o envelhecimento é uma realidade presente na sociedade moderna, o aumento da população de idosos nesses últimos anos leva a uma maior preocupação da sociedade em relação à saúde no envelhecimento, sendo mais nas nações do Terceiro Mundo, que apresentam dificuldades de se adaptar a transição demográfica, em particular o Brasil (IBGE, 2001-2003).

Consoante artigo do Ministério da Saúde (2004), ainda que não se queira tratar o envelhecimento como doença, não se pode negar que o aumento do número de idosos como demonstrado em dados estatísticos (IBGE/CENSO, 2000), significa um maior número de problemas de longa duração, que necessitam de uma maior atenção dos serviços de saúde pública, principalmente ao nível primário, serviços esses que apresentam dificuldade de lidar com essa nova realidade.

A população idosa em qualquer parte do mundo é responsável pelo aumento de gastos com internações à medida que a faixa etária aumenta, tornando-se uma parcela da população que permanece mais tempo internada, portanto ao se constatar o aumento da população idosa e o envelhecimento populacional, devem ser planejadas ações voltadas para a melhoria real da qualidade de vida dos idosos, priorizando investimentos na promoção de saúde, buscando a qualidade de vida e não somente por tratamento de doenças quando já instaladas.

É importante destacar, a ampliação da expectativa de vida não ocorre de forma uniforme em ambos os sexos, com base nos dados dos últimos censos, observa-se uma expressiva predominância das mulheres no envelhecimento populacional, caracterizando o fenômeno de feminização da população idosa. Os pesquisadores atribuem o fato da “feminização na velhice” devido as mulheres em geral serem mais atentas as condições de saúde (auto-percepção da saúde) e as diferenças biológicas como, por exemplo, o fator de proteção conferido pelos hormônios feminino(GOLDANI, 1999; IBGE, 2000;VERAS, 2004).

Com a maior expectativa de vida da população feminina na terceira idade, as mulheres tendem a ficarem sozinhas, que pode contribuir para o isolamento social podendo resultar em grandes agravos a sua saúde física ou mental.

Em uma determinada fase da vida da mulher entre 40 e 65 anos, surge o climatério, é um período de grandes transformações físicas e emocionais. A assistência médica a mulher climatérica deve ser direcionada para a manutenção de saúde, da qualidade de vida e para os aspectos preventivos. O climatério e a menopausa acompanham o envelhecimento feminino, não representam doenças, porém são estados caracterizados pela crescente carência estrogênica. A carência estrogênica que ocorre no envelhecimento se exacerba no período do climatério e da menopausa que podem desenvolver processos patológicos. Calculando-se que em 2020 haverá mais de 1 bilhão de indivíduos acima de 60 anos e do sexo feminino (IBGE), A saúde da mulher no climatério passa a constituir um tema importante a ser discutido em Saúde Pública. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004; SOUZA; ALDRIGHI; FILHO, 2004).

O climatério para algumas mulheres torna-se um agravante a sua saúde, elas podem sofrer com os sintomas do climatério como depressão, falta de motivação ou atenção para as atividades diárias, e dessa forma torna-se suscetível a acidentes, doenças ou quedas. (LUNA & SABRA, 2006)

Devido as alterações fisiológicas desse período, algumas mulheres encontram-se deprimidas, ansiosas e irritáveis, que podem desencadear estados de estresse, depressão ou patologias que contribuirão para as condições como imobilidade, dependência física e redução da qualidade de vida.(SIZÍNIO & HEBERT, 2003)

O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais destaca-se a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas conseqüências. Cerca de 30% dos idosos em países ocidentais sofrem queda ao menos uma vez ao ano; aproximadamente metade sofre duas ou mais quedas. (BARRIE, 2000; PERRACINI & RAMOS, 2002)

As quedas na terceira idade tem sido um assunto bastante discutido por pesquisadores, talvez pelo fato desse evento contribuir para o declínio da saúde do idoso. Mesmo as quedas sem grandes intercorrências costumam trazer algumas repercussões como o sentimento de incapacidade que alguns idosos podem ter após o evento da queda e o medo de sofrer novos episódios de quedas, gerando a perda da confiança e limitações funcionais, contribuindo significativamente para o isolamento social o que poderá desencadear a perda da sua autonomia e independência.

Os fatores mobilidade, autonomia e independência são essenciais para a manutenção do envelhecimento saudável. A manutenção da mobilidade, a capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, é um componente de extrema importância, constituindo um pré-requisito para a execução das atividades diárias e a manutenção da independência. Qualquer fator que interfira nessas condições, gera prejuízos como dependências ou incapacidades. (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006; CHIARELLO; DRIUSSO; RADL, 2005)

A ocorrência de queda na terceira idade é um assunto que merece destaque na Saúde Pública, principalmente quando se trata de mulheres que sofrem varias episódios de quedas em um período curto de tempo. De acordo com Perraccini (2002) as caidoras crônicas, mulheres que caem mais de duas vezes em um ano, tendem a apresentar uma maior probabilidade de morbidades que geram a redução da capacidade funcional. Com o tempo se não for investigado a etiologia e tratado por uma equipe interdisciplinar, acabará provocando uma restrição total de suas atividades expondo a mulher a um maior risco de tornar-se frágil e dependente, que poderá reduzir a sua longevidade.

É importante lembrar que as quedas podem ocorrer com qualquer pessoa, sendo que em faixas etárias mais elevadas ou seja no envelhecimento e principalmente com a presença de fatores de riscos, as pessoas passam a ser alvo fácil de quedas e trazerem maiores conseqüências .

Identificando os possíveis problemas relacionados no período do climatério que podem vir a comprometer a saúde da mulher, acrescido de mudanças favoráveis no estilo de vida no que concerne aos hábitos alimentares, as drogas, o combate ao fumo, alcoolismo e a realização de atividades físicas ou laborativas, será possível levar orientações necessárias que possibilitem a prevenção específica para essa população, com a redução de processos patológicos, imobilidade ou a obesidade, permitindo o aumento da expectativa com qualidade de vida da mulher idosa

O grande desafio para a Saúde pública brasileira será cuidar de uma grande população idosa e do sexo feminino, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional. O acesso adequado à saúde, que inclui serviços preventivos, pode reduzir as morbidades, a dependência e a mortalidade, assim como preservar as funções físicas e mentais, contribuindo para o aumento da probabilidade de uma velhice saudável. O interesse dessa pesquisa será incluir novas abordagens da Saúde Pública na fase do envelhecimento em mulheres que estejam no período do climatério, período esse que possui grande impacto na vida das mulheres.

A pesquisa não pretende estabelecer relações causais entre as variáveis relacionadas ao evento, o que não impede que o levantamento destas informações traga novas percepções sobre as conexões entre elas, dando origem ao planejamento de novos estudos, com metodologias apropriadas para investigar as hipóteses que por ventura possam derivar deste estudo seccional de caráter exploratório.

Como benefício, acredita-se estar trazendo alguma contribuição para melhor conhecimento científico a respeito do tema através da análise das variáveis a ele relacionadas, permitindo o planejamento e administração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação tanto em nível coletivo quanto individual. Sendo, portanto, um retorno para a paciente e para o próprio serviço.

Acredita-se que as informações oriundas da pesquisa poderão servir como motivação aos provedores de saúde para dirigir recursos na área de informação às mulheres e de formação de serviços para assistência ao climatério dirigido para a realidade da mulher brasileira na tentativa de corresponder às suas expectativas e necessidades.

A pesquisa foi realizada no Hospital Maternidade Pró Matre no Rio de Janeiro, e pretendeu investigar-se, as variáveis que estabeleçam o perfil da caidora crônica, tendo por base uma população de mulheres carentes com 60 anos ou mais, que freqüentam o Grupo do Climatério.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ASPECTOS CRONOLÓGICOS

O envelhecimento populacional é o desafio enfrentado pelo País na busca de ações, para que a crescente população de idosos envelheça em condições adequadas e possa exercer a sua cidadania. Fazendo uma comparação do envelhecimento populacional com países ricos e bem sucedidos como a França, Alemanha, o Canadá e o Japão, observam-se que nesses países o envelhecimento populacional ocorreu de forma harmoniosa, quando esses países enriqueceram apresentando condições adequadas para acompanhar essa expectativa de vida. O Brasil é um País em desenvolvimento o envelhecimento ocorre de forma muito rápida e sem recursos que leva as condições precárias em boa parte da população idosa, são particularmente preocupante os milhões de idosos pobres, especialmente as mulheres, que lutam sozinhas para sobreviver, que não tem acesso a serviços básicos sociais e de saúde e que sofrem de violência ou abusos. Em 19 anos terá dobrado a população de idosos de 7% para 14%, o que a França levou 115 anos para atingir. Em uma geração, estamos alcançando os parâmetros europeus sem, nem de longe, termos recursos. (PASCHOAL, 2005; OPAS, 2003)

O desenvolvimento da população idosa brasileira resulta da combinação de altas taxas de fecundidade em épocas passadas, com a redução da mortalidade em idades baixas, ocorridas nas últimas décadas. A população de 60 anos ou mais de idade continuou crescendo gradativamente: representava 6,4% da população em 1981; subiu para 8,0% em 1993 e chegou a 9,6% em 2003. Em números absolutos, isso significa que, dos quase 174 milhões de pessoas, 16,7 milhões tinham, no mínimo, 60 anos de idade. Entre as regiões, as maiores participações de idosos de 60 anos ou mais estavam no Sudeste (10,5%) e no Sul (10,4%), seguidos do Nordeste (9,2%), Centro-Oeste (7,4%) e do Norte urbano (6,0%). (ROUQUAYROL; OMS, 2002)

O envelhecimento deve ser encarado como uma grande oportunidade do País crescer, pois há maior população adulta em idade produtiva, a crise demográfica poderá ocorrer em 50 anos, os países em desenvolvimentos da América Latina terão um quinto da sua população na terceira idade, só o desenvolvimento econômico e

social, encontrado nos países desenvolvidos impedirá que a América Latina entre em crise demográfica dentro de 50 anos. (ZIMEMRMAN, 2000)

O envelhecimento de uma população não pode e nem deve se resumir a uma mera análise demográfica, mas, sobretudo incluir os aspectos sócio-econômicos e culturais de um povo, a fim de que se possa perceber de forma mais nítida as conseqüências, mudanças, desafios e perspectivas que esse processo traz consigo e quais as medidas e as políticas sociais que devem ser adotadas diante desse novo fenômeno, que se apresenta à sociedade brasileira. (FREITAS, 2002; PAPALIA; OLDS, 2000)

Entre as necessidades de um grande grupo de indivíduos idosos, está à exigência de oportunidades de serem incluídos nas decisões a respeito da sociedade e de sua vida diária. Os indivíduos da Terceira Idade não desejam ser desligados e serem rotulados como objetos de cuidado somente. É preciso haver uma mudança de valores, sobretudo no que tange à imagem negativa que a sociedade propaga dos idosos, de fragilidade e dependência. Portanto, faz-se necessário refletir acerca do processo de envelhecimento no Brasil, a fim de que se possa aprimorar e levantar algumas reflexões sobre a temática. É tempo de reconhecer as significativas contribuições que as pessoas idosas trazem para nossas famílias, comunidades e sociedades. (PICKLES *et al*, 2002)

Para iniciarmos uma reflexão sobre o Envelhecimento é necessário conhecer a sua definição e dados demográficos que estabelecem o crescimento dessa população, destacando principalmente o aumento da população feminina.

O envelhecimento é um fenômeno marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas ao passar do tempo, logo não devemos considerar importante somente os aspectos relacionados ao envelhecimento biológico, mas também aqueles relacionados ao envelhecimento psicológico e social (DELIBERATO, 2002).

No entender de Paschoal (2005), o envelhecimento não é passível de ter definição única. O autor fala de envelhecimento como um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes.

Veras (1994) comenta em seu estudo, justamente sobre a difícil definição do envelhecimento, já que não se estabelece ser velho somente pela idade cronológica mais sim, pela associação de muitos fatores, tais como: fisiológicos, psicológicos e sociais.

Em outro estudo sobre o envelhecimento, o autor destaca a importância de reconhecer o envelhecimento como um fato heterogêneo, influenciado por aspectos biológicos, socioculturais, políticos e econômicos, que são importantes para a percepção da idade e do envelhecimento e influenciam na conquista para uma vivência mais favorável do processo de envelhecer. (SALDANHA; CALDAS, 2004; LIMA-COSTA, 2003)

É importante também considerar que o envelhecimento significa um conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade, o envelhecimento não é um processo de adoecimento porque enquanto envelhecemos estamos esperando mudanças normais esperadas, mais durante esse período a probabilidade de adoecer aumenta com a idade, porque essas mudanças normais do nosso organismo, nos tornam mais vulneráveis a doenças, que na juventude, seriam combatidas com maior facilidade. (JECKEL-NETO, 2001; FREITAS, 2002).

A evolução cronológica é importante para o conhecimento do estudo no envelhecimento, pois acompanha os indivíduos em toda a sua vida, para isso a literatura faz algumas considerações em relação a classificação cronológica no envelhecimento.

O aspecto cronológico também determina quantitativamente através dos anos as pessoas que devem ser consideradas jovens, adultas e velhas. Nas sociedades civilizadas, considera uma pessoa idosa entre 60 e 65 anos (JORDÃO NETTO, 1997). No Brasil existem dois documentos oficiais, a Lei no 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), que no seu art.2º considera-se idoso, a pessoa maior de 60 anos de idade, e a Política Nacional do Idoso , publicada no Diário Oficial em 13 de Dezembro de 1999, que define a idade a partir dos 60 anos para designar idoso.

A idade cronológica no envelhecimento é classificada em três sub-faixas etárias: de 60 a 69 anos, “jovens idosos”; de 70 a 79 anos, “meio idosos”; e acima de 80 anos, uma faixa de “idosos velhos” OMS (2000). Segundo Veras (1994), na França o termo quarta idade vem sendo utilizada para indivíduos acima de 80 anos em virtude da longevidade da população daquele País.

Para dimensionar o crescimento da população Brasileira, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgou tabela que demonstra o crescimento da população idosa, discriminada por faixas etárias (tabelas 1 e 2). Nelas, verifica-se que o grupo que se encontra na faixa etária entre 60 – 69 anos (idosos jovens) deve

ser mais bem assistido pela Saúde Brasileira, pois se mantiverem saudáveis nessa trajetória as probabilidades é passar para as outras faixas-etárias (70-79 / 80+) sem seqüelas que poderão ser adquiridas ao entrarem na terceira idade.

Tabela1 - Distribuição da População por faixas etárias no Brasil, 1950- 2025

	População em milhões					
	0-14	15 – 59	60 – 69	70 – 79	80 mais	total
1950	21.696	27.928	1.451	545	20	51.944
1960	29.912	36.849	2.190	850	290	70.191
1970	39.131	49.108	3.007	1.225	485	93.139
1980	45.461	66.197	4.475	2.147	593	119. 003
2000	56.988	108.147	8.229	4.620	1.503	179.487
2025	60.571	151.356	19.673	10.537	3.672	245.809

Fonte IBGE, 2000

Tabela 2 - Crescimento da População Idosa Brasileira, segundo a faixa etária

Faixa etária(anos)	Número de Habitantes		Crescimento (%)
	1991	2000	
60 – 69	6.412.918	8.182.035	27,6
70 – 79	3.180.136	4.521.889	42,2
80 ou mais	1.129.651	1.832.105	62,2
Total	10.722.705	14.536.029	35,6

Fonte: IBGE (1991, 2000)

O crescimento da população idosa é uma realidade, a assistência à saúde ao idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo, como demonstrado por pesquisas. A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos compreende cerca de 11% da população geral, com expectativa de aumento nas próximas décadas (IBGE, 2001).

No ano de 2000, os idosos , constituíam 9% da população brasileira. A expectativa de vida e o aumento da população idosa vêm ocorrendo de forma muito rápida no Brasil. O número de idoso passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980 e 14 milhões em 2000, significando um aumento de 500% em 40 anos, e estima-se que alcançara 32 milhões em 2020 (IBGE, 2003). Como curiosidade foi destacado pelos estudos estatísticos que países como a Bélgica, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

A cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, já perdemos muito tempo acreditando que ainda somos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que mostram e projetam o envelhecimento de nossa população (VERAS, 2004).

Um estudo projetando a população de idoso no mundo conclui que dez países no mundo com maior número de idosos, cinco serão países desenvolvidos, incluindo-se o Brasil na Sexta posição (IBGE, 2003).(Tabela 3)

Tabela 3 - Aumento projetado da população de 60 anos ou mais nos países mais populosos, 1950-2025

Regiões	População 60 + anos				Aumento	
	(milhões) 2025	2000	1975	1950		(%) 1950-2025
China		284,1	134,5	73,3	42,5	668,5
Índia		146,2	65,6	29,7	31,9	429,3
USSR		71,3	54,3	33,9	16,2	440,1
USA		67,3	40,1	31,6	8,5	363,8
Japão		33,13	26,4	13,0	6,4	517,2
Brasil		31,8	14,3	6,2	2,1	1514,3
Indonésia		31,2	14,9	6,8	3,8	821,1
Paquistão		18,1	6,9	3,6	3,3	548,5
México		17,5	6,6	3,1	1,3	1346,2
Bangladesh		16,8	6,6	3,3	2,6	646,2
Nigéria		16,0	6,3	2,6	1,3	1230,8

Fonte: IBGE, 2003

Os estudos epidemiológicos apresentam importante contribuição para a atuação da saúde pública, esses estudos investigam a distribuição das doenças e condições relacionadas a saúde da população idosa, buscando com isso, subsidiar o planejamento da atenção a saúde desta população que cresce muitas vezes de forma desorganizada.(ROUQUAYROL; FILHO, 2003)

No entender de Papaléo Neto (2005), o envelhecimento populacional é um fenômeno novo, onde mesmo os países desenvolvidos estão tentando se adaptar. O que era no passado uma marca de alguns poucos países, passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Com o aumento da população idosa e o envelhecimento dessa população, reforça-se a necessidade do investimento na saúde do idoso, que apresenta hoje maior expectativa de vida, buscando formas de promover o envelhecimento saudável, com a manutenção da sua independência e autonomia, garantindo manutenção da qualidade de vida na terceira idade, mais para se conseguir esse objetivo deve se saber as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e de se conhecer os processos do envelhecimento, como: aspectos fisiológicos, sociais, psicológicos, econômicos que serão descritos nesse trabalho, para que o desafio seja enfrentado por meio de planejamento adequado.

2.1.1 A Feminização no Envelhecimento

O crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascer, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de forma uniforme, o aumento para a mulher foi mais significativo do que para o homem. (GUCCIONE,2002).

A projeção realizada referente a população idosa em 1991,2000 e 2002 demonstrou que a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino. Era de 5,7 milhões em 1991, passando para 8 milhões em 2000, estimando-se um total de 8,5 milhões em 2002, contra um total de 4,9 milhões em 1991, 6,5 milhões em 2000 e 6,9 milhões em 2002 para o gênero masculino (PEREIRA; CURIONI & VERAS, 2003). A estimativa populacional realizada pelo IBGE (2000), por gênero em pessoas com 80 anos ou mais pelo período de 1980 a 2050, revelando importantes diferenciais por gênero entre os idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens e o envelhecimento populacional do grupo feminino (Figura 1). As elevações no excedente feminino na população total no Brasil que em 2000 era de 2,5 milhões de mulheres, poderá atingir mais de 6 milhões em 2050, caracterizando o fenomeno feminização na velhice (Figura 2).

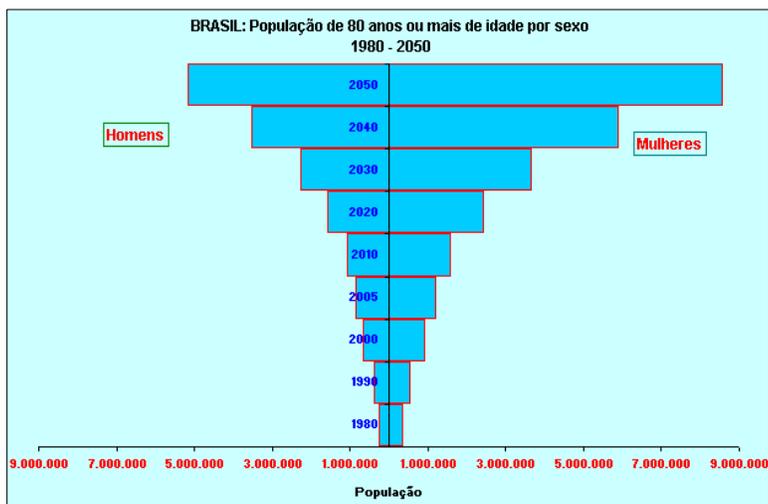


Figura 1 - Estimativa populacional do Brasil por gênero – Período de 1980 a 2050 (IBGE 2000)

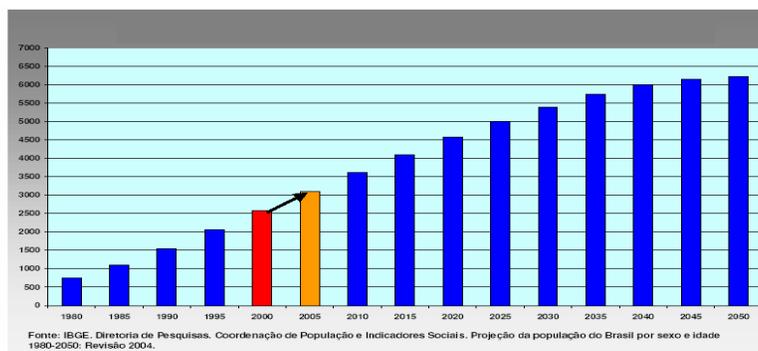


Figura 2 - Excedente feminino (em milhares na população total) Brasil 1980/2050. (IBGE, 2004)

Na feminização na velhice, como as mulheres vivem mais do que os homens, tendem a ter maiores possibilidades de viverem sozinhas na terceira idade, desencadeando várias complicações para a sua saúde, como exemplo a mulher que passa a apresentar um perfil depressivo, sem expectativas ou até mesmo agressivo, desencadeando o isolamento social que trazem riscos a sua saúde física ou mental. (CAPITANINI & NERI, 2002).

Segundo Papaléo Neto (2005), a condição de casados é duas vezes menos freqüente, e de viuvez quase quatro vezes maior no sexo feminino (tabela 4)

Tabela 4 - Diferença da situação conjugal entre idosos, por sexo no Brasil.

	Divorciados	Solteiros	Casados	Viúvos
Homens	4,6%	5,2 %	77,9%	12,3%
Mulheres	6,8%	9,0 %	38,5%	45,7%

Na Inglaterra, dois terços de 10 milhões de velhos são do sexo feminino, e no grupo etário acima de 85 anos, para cada homem existem 5 mulheres vivas. Mais com a tendência da mulher ficar sozinha, leva a atribuir doenças desencadeadas pela solidão principalmente nos primeiros meses de viuvez, sofrendo essa mulher de solidão na velhice. (NETO, 2005).

No Brasil as maiores taxas de mortalidade são observadas nos extremos da vida, sendo mais altas entre menores de 1 ano de idade e entre os idosos. Em todas as faixas etárias, as taxas de mortalidade são maiores entre os homens do que entre as mulheres (MS, 2000). O excesso de mortalidade entre os homens ao longo da vida é o fenômeno responsável pela feminização na velhice. A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostram, com clareza, a existência desse

diferencial, sendo a mortalidade maior para o gênero masculino (ROUQUAYROL; FILHO, 2003)

A percepção da própria saúde fator esse observado em mulheres, que procuram mais os serviços de saúde em relação aos homens, estando atentas para algum fator que possa comprometer a sua saúde e sua qualidade no envelhecimento favorece o diagnóstico precoce conferindo um melhor prognóstico, aumentando as chances de vida, minimizando os riscos de morbidades ou de internações, tabela 4 (MEDRONHO *et. al*, 2002).

Tabela 5 - Distribuição percentual de visitas médicas e hospitalizações entre idosos Brasileiros (60 ou mais anos de idade – Brasil, 1998)

Indicadores	Masculino	Feminino
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
0	34,6	22,4
1	15,0	13,0
2	13,6	14,4
3+	36,7	50,3
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses		
0	86,1	86,6
1	9,6	9,1
2+	4,4	4,3

Fonte: PNAD 98. in: Lima-Costa *et al.* (2003)

No envelhecimento ocorrem mudanças biológicas, sociais e psicológicos que aumentam o risco de morbidade, incapacidade podendo levar a morte, por isso a importância do idoso preservar pela sua saúde, ter cuidados e orientações necessários por profissionais e está em alerta para algum sintoma diferente em seu corpo, a auto-percepção da sua saúde representa a independência e autonomia dos idosos, contribuindo para um envelhecimento com qualidade.(KISNER & COLBY, 2005)

Como consequência dessa maior longevidade da mulher em relação ao homem, além de ficarem sozinhas, são portadoras em maior frequências de doenças crônicas. Em uma pesquisa verifica-se que no envelhecimento, sessenta e nove por cento dos idosos brasileiros relatam ter pelo menos uma doença crônica, sendo essa proporção maior entre as mulheres (75%), do que entre os homens (62%), esse estudo tem demonstrado que as doenças com maior prevalência entre os idosos são: a Hipertensão (43,9%), artrite/reumatismos e problemas osteoarticulares (37,5%) e doenças do coração (19,0%), seguida diabetes (10,3%), asma/bronquite

(7,8%), doença renal crônica (6,8%), câncer (1,1%) e cirrose (0,3%). (PNAD, 98; LIMA-COSTA *et al*, 2003, ROUQUAYROL, 2003)

As populações idosas, destacando-se a feminina, costumam apresentar proporcionalmente, mais doenças que a população em geral, doenças estas, em sua maioria, crônicas degenerativas. O envelhecimento, quando acompanhado por essas doenças que levam ao comprometimento da capacidade funcional do idoso, pode resultar na necessidade de intervenções e de adaptações para se manter as atividades e o estilo de vida. (FREITAS, 2002)

Segundo OMS (2002), para envelhecer ativamente é necessário manter a capacidade funcional, preservando a sua independência, a autonomia e o estilo de vida. A manutenção da independência e da autonomia da população idosa é uma questão importante e prioritária, não só para o próprio idoso, mais também para a família, serviços sociais e de saúde. Assim é fundamental que o idoso seja orientado e esclarecido em relação à importância de se manter física e mentalmente ativo, de fazer parte de grupos sociais, de empreender novos projetos e de realizar atividades prazerosas, para a garantia de um envelhecimento saudável.

2.1.2 Aspectos Sociais, Psicológicos e Políticos do Envelhecimento

A aposentadoria, passa a ser um grande fantasma para a maioria da população idosa na sociedade, no pensamento de uma pessoa que chega a essa fase muitas vezes indica a exclusão do meio social. O meio de trabalho para essas pessoas significa muito além de trabalho, mais sim a sua integração na sociedade. O impacto do afastamento do trabalho leva também perda de rendimentos e impõe uma redefinição do seu padrão de vida, ou a busca de nova ocupação como forma de renda complementar (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; JOÃO *et. al*, 2005).

No entender de Pochmann (2001) a aposentadoria no Brasil apresenta-se como entre os piores do mundo, assim, os rendimentos dos brasileiros não garantem uma condição de segurança econômica que possibilite tranquilidade e desfrute do seu tempo livre com qualidade merecida pelos muitos anos de trabalho, o que leva a permanência ou reingresso de idosos no mercado de trabalho.

Camarano (1999) e Zimerman (2000), defendem o pensamento que ao envelhecer o indivíduo é marcado pela perda do projeto de vida, pela falta de reconhecimento, pela cessação das suas responsabilidades, pela negação por

outras pessoas de realizar determinadas tarefas, tornando - se fácil o aparecimento de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão. Com esses sentimentos fazendo parte da vida do idoso é comum atribuírem doenças crônicas, sendo comum se entristecerem com a percepção de suas limitações, desenvolvendo distúrbios de ansiedade, hipocondria, fobia e depressão, fatores esse que só servirão para prejudicar a manutenção da sua saúde.

Percebe-se que o idoso passa por vários problemas durante envelhecimento, é necessário que seja compreendido e respeitado pela sociedade, sendo possível buscar alternativas e amparar a população crescente. O idoso precisa ser estimulado dentro dos seus próprios limites, é imprescindível que possibilitemos a ele a fazer suas próprias escolhas e assumir também a responsabilidade por isso, tratá-lo como um ser humano que pode passar sua experiência e seu conhecimento e não como alguém que se encaminha para o fim da vida (SALDANHA & CALDAS, 2004)

Na concepção de Neri (2001), as más condições de saúde dos idosos observadas em nosso meio retratam o alto grau de iniquidade social, poucos ainda são os serviços especializados na atenção integral do idoso, através do contexto interdisciplinar. A rede de Saúde Pública permanece com dificuldades para atingir a população idosa. A boa saúde da pessoa na terceira idade é o fator chave para que possam contribuir com a sociedade através de suas experiências individuais e diminuição de gastos com períodos de internações, resultando em maior oferta de vagas nos hospitais públicos.

Segundo os dados do IBGE, referentes ao ano de 2002, quase seis milhões de idosos têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Este dado é fundamental para desfazer a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes, e pode-se perceber que o mesmo desempenha um papel sócio-econômico de fundamental importância na família. Este fato pode contribuir para o rompimento de preconceitos e da falta de solidariedade com essa parcela da população, muitas vezes associada à carga e inutilidade social. (IBGE, 2002)

Em grande parte dos casos a aposentadoria traz o declínio do padrão de vida, acompanhado as vezes de sérias privações, sem contar que quando o idoso esta próximo a se aposentar não existe qualquer preparo emocional para esse momento, a angústia e a ansiedade inicia-se nos anos que antecedem, e a empresa e a sociedade tratam essa fase muitas vezes com descaso, e significando para os

idosos um fechamento de um ciclo importante na vida deles, que poderão gerar serias alterações psicológicas. (NERI, 2001)

Ao envelhecer, o indivíduo depara-se com diversos obstáculos como, dificuldades para aceitar o declínio das suas capacidades, deparam-se como a perda de pessoas queridas, doenças, viuvez, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento dificuldades financeiras, fatores esses que contribuem para a baixa auto-estima, que na maioria das vezes leva os idosos a crises ou a depressões, podendo constituir um grande problema a sua capacidade funcional. Ainda segundo o autor, se esses idosos tiverem acesso a tratamentos adequados, é provável que supere ou evite certas doenças, se tiverem amigos e familiares que o respeitem, será provável que não sinta os efeitos do preconceito e do isolamento marcado pela a sociedade (NERI, 2001).

Um grande número de quedas ou acidentes acontecem justamente quando há um período de estresse emocional transitório. Como resultado, os pacientes de tornam raivosos, ansiosos, desorientados ou deprimidos, e menos atentos aos perigos ambientais. Pessoas idosas com depressão freqüentemente se tornam confusas e desorientadas e com falta de percepção do ambiente. (BARRIE, 2000)

No entender de Papaléo Netto (2005), envelhecer e adoecer não são sinônimos, mais não se deve ignorar que nessa fase da vida determinadas enfermidades são mais freqüentes refletindo em limitações funcionais, no pensamento de algumas pessoas atendidas em um tratamento psicoterapêutico, expressam que essa fase da vida na qual se encontra foi reservada apenas para ficar doente e depender de alguém, queixando-se de angústia constante e solidão, em um desses tratamentos, uma paciente teve como história por conta da depressão, um período que não realizava mais suas atividades de vida diária sozinha, permanecia maior tempo acamada, e um certo dia sofreu uma queda na qual teve como seqüela uma fratura, tornando-se prejudicial a sua saúde.

Ainda segundo o autor em paralelo com os estados depressivos da terceira idade, há a vivência do preconceito, pelo próprio indivíduo, quando jovem assimilou que envelhecer significa algo negativo, que seria um peso, frágil, improdutivo, difícil de conviver, doente e na sua atualidade em que a vivência é real, influenciado por esses sentimentos antigos, o idoso passa a aceitar passivamente esta fase como improdutiva, sem realizações, sem perspectivas, deixando de lutar por uma vida mais completa, intensificando o quadro de crise emocional.

Faz-se acreditar que o potencial individual e a boa inserção familiar e social são de extrema importância na superação desse momento, caso contrário verão o idoso caminhar para um luto crônico que pode até levar na perda da sua vida. O idoso deve ser produtivo, interativo e ocupado para que ele se proporcione envelhecer com saúde. (POCHMAN, 2002)

Na visão de Jordão Netto (1997), a Sociedade é quase sempre responsável em limitar o idoso as suas funções diárias. Uma vez desqualificados psicologicamente para desempenhar determinadas funções, os idosos são excluídos do mercado de trabalho devido ao fato de atingirem determinada idade, dessa forma deixando bem claro que ele perdeu o seu lugar na sociedade, que se vê tendo que enfrentar mais uma perda. A maneira como o idoso percebe e lida com as situações de vida e com as transformações características do processo de envelhecimento, determina uma velhice saudável ou patológica.

Ainda segundo o autor o envelhecimento psicológico é marcado pela dificuldade do idoso em adaptarem-se as mudanças físicas e sociais do seu processo de vida e os choques provocados com uma sociedade pouco tolerante.

O desafio trazido pelo aumento da expectativa de vida no envelhecimento apresenta diversas repercussões na sociedade, com o crescimento dessa população se faz necessário a criação de políticas que garantam ao idoso a sua integração na comunidade. Hoje a população idosa reivindica seus direitos sociais, direitos esses que no passado não eram considerados tão importante. É necessária a mobilização da população idosa para que seus direitos estabelecidos pelo estatuto dos idosos, sejam colocados em prática (SALDANHA & CALDAS, 2004).

A Política Nacional do Idoso (PNI) representa, sem dúvidas, um avanço significativo para o movimento gerontológico, pois conseguiu levar a questão da velhice para agenda pública. A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa lei foi implementada pelo decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – BRASIL LEI 8.842)

O Estatuto do Idoso Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, avança em relação as ações públicas de responsabilidade do Estado e estabelece medidas específicas que promete trazer melhorias significativas para a vida deles, como atenção integral do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde. Entrou em vigor o Estatuto do Idoso, sancionado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva

depois de sete anos de tramitação no Congresso Nacional. (BRASIL, Lei 10.741/CNS). Ao sancionar o Estatuto em 2003, o Presidente Lula lembrou que a nova Lei paga uma antiga dívida da sociedade brasileira com os mais velhos. "Mas, para que tudo isso se materialize, é preciso que esse instrumento de cidadania tenha a adesão de toda a sociedade. Só assim as inovações que ele traz - e as leis que ele regulamenta irão se transformar, de fato, em direitos na vida dos nossos idosos", disse o Presidente.

A aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, representa um avanço em relação a própria Política Nacional do Idoso anteriormente citada. Várias lacunas deixadas pela PNI foram preenchidas pela PNSI.

Essa política tem o propósito "a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida"

Ao estabelecer como marco a promoção à saúde e a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, rompe com o paradigma ainda homogêneo de considerar saúde como ausência de doença, destacando uma visão interdisciplinar. Além disso considera a velhice inserida no ciclo vital. (SERRA Portaria 1395/GM – POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO)

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) Decreto nº 4.227, 13 de maio de 2002, é um órgão de caráter consultivo, na qual tem as seguintes competências:

- I - supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso;
- II - elaborar proposições, objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Nacional do Idoso;
- III - acompanhar a implementação da política nacional do idoso, no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- IV - estimular e apoiar tecnicamente a criação de conselhos de direitos do idoso nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios;
- V - propiciar assessoramento aos conselhos estaduais, do Distrito Federal e Municipal, no sentido de tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes estabelecidos na Lei de número 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- VI - zelar pela efetiva descentralização político administrativa e pela participação de organizações representativas dos idosos na implementação de política, planos, programas e projetos de atendimento ao idoso
- VII - zelar pela implementação dos instrumentos internacionais relativos ao envelhecimento das pessoas, dos quais o Brasil seja signatário;
- VIII - elaborar o seu regimento interno. (BRASIL, 4.227, 2002 - SBBG)

2.2 QUEDAS E SUAS CONSEQÜÊNCIA NO ENVELHECIMENTO

A instabilidade postural como ocorrência de quedas é uma característica do envelhecimento, representando um motivo de preocupação para os idosos e seus familiares, podendo muitas vezes acarretar a incapacidade física e perda da independência. A instabilidade da postura e as quedas são as maiores causas de incapacitação entre idosos. Aproximadamente um terço dos que tem 65 anos de idade, morando em casa, sofrem uma queda por ano, e cerca de um em 40 deles, será hospitalizado, somente metade dos pacientes hospitalizados devido à queda estará viva um ano após entre os idosos em casas de repouso, mais ou menos a metade sofrem queda todo ano, das quais 10% a 15% tem conseqüências graves. (GUIMARÃES *et al*, 2004; KISNER & COLBY, 2005)

Algumas pesquisas no Brasil revelaram que 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e sendo mais freqüente nas mulheres. As quedas têm uma relação com a população idosa, sendo bastante comum e podendo ser devastador a essas pessoas. O idoso que sofre uma queda pode ser apenas por falta de atenção para determinada atividade que está realizando ou pode está indicando algo mais sério, o início de fragilidade ou uma doença aguda, principalmente se esses idosos sofrerem quedas reincidivas no período de 6 meses a 1 ano, devem ser submetidos a uma avaliação médica completa para a identificação das possíveis causas das quedas. (YUASO, 1999; PERRACINI, 2002; GEIS, 2003; INTO, 2003)

A incidência de quedas na população aumenta rapidamente com a idade, constitui a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos e os pacientes hospitalizados decorrente de uma queda, o risco de morte no ano seguinte a hospitalização varia entre 15% a 50%. Estima-se que há uma queda para um em cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos e mais, 40% cai a cada ano. Dos que moram em asilos e casas de repouso, a freqüência de quedas é de 50%. (PEREIRA *et al*, 2001, INTO, 2003).

De acordo com artigo da ABRASCO, em 2005, ocorreram 61.368 hospitalizações por queda de pessoas com 60 anos ou mais de idade, representando 2,8% de todas as internações de idosos no País. No estado do Rio de Janeiro, as hospitalizações por queda entre os idosos, atingiram 3,7%. É importante sinalizar que esses índices foram referentes a quedas graves e que

exigiram cuidados especiais como a hospitalização. Mas na sociedade uma grande parcela cai e não procuram nenhuma assistência médica, por não apresentarem seqüelas como fraturas ou outro tipo de ferimento, ou ainda, existem alguns idosos que preferem omitir o acidente por medo. (ADALGISA *et al*, 2006)

Em relação à etiologia das quedas em uma pesquisa foi observado que as quedas são raras nas pessoas idosas que se encontram em boa forma, ou seja, aquelas que mantêm suas atividades diárias, assim como nos indivíduos que passam o maior tempo sentado ou deitado e que se acham incapaz de realizar suas atividades diárias devido à idade. Concluíram que o risco de quedas é maior naqueles pacientes que possuem maior restrição de suas atividades de vida diária, desencadeando um quadro de fraqueza muscular principalmente de membros inferiores e a perda do equilíbrio que contribuem para o risco de quedas.

Em um estudo populacional multicêntrico, a razão de chance bruta de idosos com dependências em quatro ou mais atividades de vida diária ou prática ter experimentado ao menos uma queda no ano anterior foi 1,9 vez a chance quando comparados ao idosos independentes, demonstrando a importância do idoso ativo para a manutenção da sua Saúde. (BODACHENE, 1998; PERRACINI, 2001, DANTAS & OLIVEIRA, 2003; CARVALHO FILHO & NETTO, 2006)

A Figura 3 demonstra a maneira pela qual as influências multifatoriais do envelhecimento prejudicam a mobilidade. Os principais sistemas abaixo identificados, são todos eles, altamente suscetíveis aos efeitos da falta de atividade. Portanto a pessoa da terceira idade que começa a se retirar as atividades regulares, em especial as mulheres que em alguns casos por alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento, assumem o perfil de serem incapazes ou perda do estímulo, inicia um processo que acarreta maior suscetibilidade a quedas e fraturas diante dos problemas com a mobilidade.

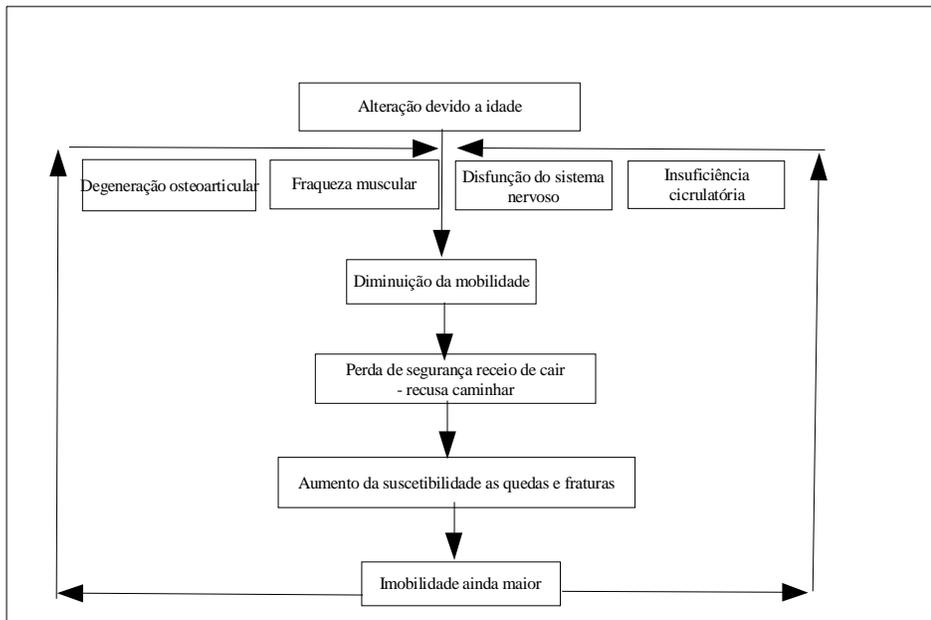


Figura 3 - Influências multifatorias do envelhecimento que comprometem a imobilidade (VANDERVOORT in: Pickles *et al*, 2002)

As quedas são consideradas um problema de saúde pública, que pode indicar um importante declínio da função ou um sintoma de uma patologia nova. A prevalência das quedas se dá com o aumento da idade de um indivíduo e que pode trazer graves conseqüências a sua vidas. É necessário conhecermos algumas definições e classificações das quedas com base na literatura. (BARRIE, 2000)

Queda pode ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil determinado por circunstâncias multifatorias comprometendo a estabilidade (CUCCIONE, 2002).

As quedas nem sempre resultam em contato súbito e violento com o piso ou com a mobília. São às vezes precedidas por movimentos vacilantes, agarrando-se a pessoa nos móveis ou contra a parede, antes de cair ao chão. Outras vezes, o indivíduo acaba deitado no piso ou no solo de maneira lenta, mais incontrolável. Por exemplo, ele pode deslizar sobre o chão depois de ter adormecido dentro de uma cadeira escorregadia. (ZINNI, 2003; PUSSI, 2003)

Conforme Simpson (2000); e Guimarães *et. al* (2004) a queda significa desequilíbrios em algum episódio que leva o indivíduo ao chão, com uma insuficiência do controle postural, quando o indivíduo tem o deslocamento do corpo e não tem a capacidade de corrigir esse desequilíbrio, ocorrendo o contato como o chão. A queda pode ser considerada uma síndrome, por ser um problema que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais.

Para uma melhor avaliação dos episódios de queda a Literatura faz uma classificação do indivíduo com tendências a quedas podendo ser divididas em três grupos: quedas ocasionais, intermitentes ou intercorrentes, recidivantes e casos de riscos. (PICKLES E COLS, 2002)

- **As quedas ocasionais:** são aquelas que costumam ter uma explicação extrínseca às situações, o estado geral da pessoa é bom, marcha e equilíbrio normais.

- **As quedas intermitentes:** é quando o indivíduo apresenta disfunção em virtude de alguma doença., as quedas podem ter uma explicação médica, deixando de ocorrer quando descoberto o problema e iniciado o tratamento específico.

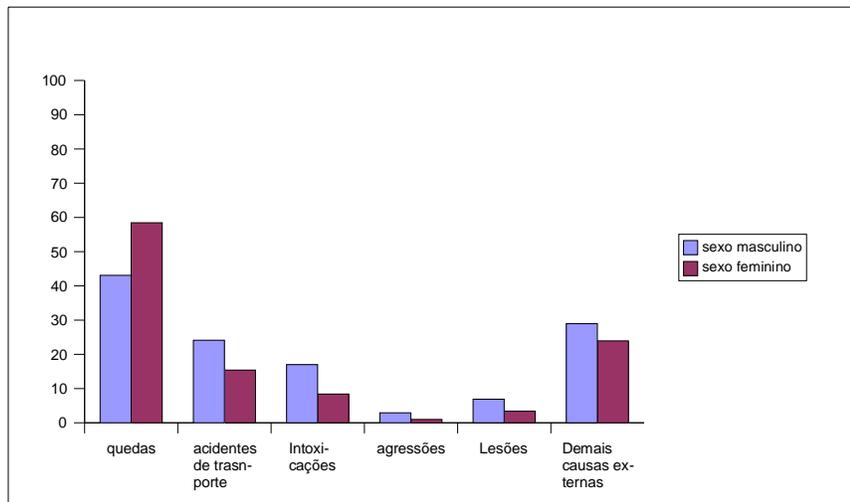
- **As quedas recidivantes:** Onde encontramos os chamados caidor crônico, são as quedas que se mais de duas vezes no prazo de 6 meses a 1 ano, o estado geral costuma ser precário, existem vários fatores que tendem a levar o indivíduo a queda que deverá ser investigado, uma vez descoberto poderá evitar novos episódios.

- **Casos de riscos:** São as pessoas que ainda não caíram, mas que aparentam correr alto risco, onde o tratamento preventivo deve ser feito de forma intensiva.(PICKLES *et al*, 2002)

O termo caidor crônico é pouco citada na literatura, no entender de Perracini (2002); Salgado, Guillen, RUIPÉREZ, (2002) caracteriza-se como pessoas vítimas de mais de duas quedas por ano, tornando-se importante rastrear as causas que possibilitem o número grande de quedas em indivíduos.

No Brasil, segundo os dados do sistema de Informações Médicas/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995 cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Ainda segundo os dados do Ministério da Saúde/Serviços de Informação Hospitalar, a taxa de mortalidade hospitalar por queda, em fevereiro de 2000 teve uma prevalência importante.

Dados fornecidos pelo DATASUS (2003), demonstram a ocorrência de quedas é maior entre idosos considerados jovens (60-69) do sexo feminino (figura 4), sendo 58,46% para as mulheres e 43,10 % a ocorrência de quedas para os homens. A população que sofre mais quedas são: na região sudeste, seguida pela região nordeste, sul e centro oeste.



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus-Sistema de Informações Hospitalares

Figura 4 – Região sudeste, Rio de Janeiro, ocorrência de quedas e acidentes entre idosos com a faixa etária entre 60 - 69 anos

Na realidade a frequência de quedas em pessoas idosas é muito mais alta do que se imagina, uma vez que os idosos as aceitam como um acontecimento inevitável do envelhecer e normalmente não as relatam, a não ser quando interrogados. Cabe ao profissional de saúde questionar sobre a ocorrência de quedas, uma vez que ocorrem quedas crônicas pode esta demonstrando manifestação de várias doenças importantes que devem ser diagnosticadas para uma resolução prévia, pois a queda é um sintoma e não um acontecimento isolado ou independente, normalmente são atribuídas a vários fatores, cuja a combinação afeta postura, reduzindo progressivamente a estabilidade e equilíbrio do indivíduo(BARRIE, 2000).

As quedas são de origem muito variadas que incluem desde fatores intrínsecos, como fraqueza generalizada dos músculos, distúrbios osteoarticulares e neurológicos, visão inadequada, imobilidade, uso de medicamentos entre outros e os de origem extrínsecos que são relacionados ao ambiente, como pisos escorregadios, tropeços em tapetes ou tacos soltos, prateleiras altas que levam o idoso em subir me bancos ou escadas para alcançar, iluminação inadequada, escadas, obstáculos na rua, chinelos mal adaptados ou roupas muito compridas (VIEIRA 1996). Segundo Simpson (2000) muitas quedas "acidentais" são causadas por um ou pela combinação desses fatores interagindo com os perigos ambientais.

Outro problema verificado na ocorrência das quedas é o receio de cair novamente, em uma pesquisa revela que mais de 50% das mulheres com

anteriores de quedas não tem medo de cair, ao passo de 25% sentem tanto receio que restringem suas atividades, as preocupações referentes a síndrome pós-queda, pois além de constituir a perda da qualidade de vida do indivíduo idoso, favorecem também a fraqueza muscular a instabilidade postural, a depressão com uso em quantidade de antidepressivos, perda da autoconfiança, agravando portanto o risco de mais quedas.

Segundo Papaléo Netto (2005) as causas da queda podem ser atribuídas ao próprio envelhecimento como os desequilíbrios e instabilidade postural, que apresentam-se nessa fase da vida com andar mais arrastado que dificulta a marcha frente aos obstáculos, pois não possuem a agilidade de levantar o pé suficientemente em um período de tempo desejado, aumentando a probabilidade de tropeçar e cair, esse déficit de movimento preciso durante a marcha tornam-se limitados devido a diminuição da amplitude de movimentos dos pés e a força muscular. As causas patológicas é outro tipo de fator atribuído pelo autor, onde se encontra as seqüelas de fraturas ou de doenças crônicas, estados depressivos, bastante freqüente nas mulheres, que levam a restrição de suas atividades funcionais causando déficit de força muscular, assim como as hipotensões posturais, facilitando a exposição de quedas, essa diminuição de movimentos proporciona uma hipotrofia muscular que pode contribuir para um andar instável e prejudicar a capacidade de endireitamento do corpo após a perda do equilíbrio. As causas ambientais também estão inseridas nesse contexto das causas de queda por fatores patológicos.

Além da morbidade advinda da queda, a mortalidade entre os idosos por esta causa externa é muito comum e seus registros podem ser encontrados em diversos estudos já realizados no país. Fabrício *et al* (2004), concluíram que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%). Uma proporção de 10% das quedas teve causa ignorada. A maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar em outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números.

Segundo Guimarães *et. al* (2002), em um artigo que compara a propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física em idosos sedentários, demonstra como resultado os idosos que mais sofrem quedas são aqueles que apresentam

alguma enfermidade, especialmente os que levam a alterações da mobilidade, equilíbrio e controle postural, comprovando nessa pesquisa que a ocorrência de quedas esta diretamente proporcional ao grau de incapacidade funcional, ou seja, principalmente aqueles grupos que entram no ciclo de tendências de quedas , enfatizando mais uma vez a importância de orientações e prevenção dos fatores de riscos a sua saúde.

Como visto através da exposição das idéias dos autores, as quedas ocorrem pela combinação de vários fatores. A identificação desses fatores é de grande importância para que se possa atuar, modificando o que for necessário, para reduzir a probabilidade de quedas em mulheres e conseqüentemente reduzir gastos hospitalares e com institucionalizações.

No entender de Deliberato (2002) pode-se verificar que os idosos que tendem a cair podem adquirir patologias secundárias a queda comprometendo a qualidade de vida na

terceira idade, passando muitas vezes a serem pessoas dependentes de seus familiares e criando um ciclo de tendência a queda como demonstrado na figura 5.

No ciclo de quedas Deliberato (2002), o idoso muitas vezes não relata os episódios de quedas por diversos motivos, como pelo medo de limitações ou da repressão de seus familiares. A queda pode constituir um grande choque para a pessoa que, embora seja cronologicamente idosa, se considera em forma relativamente boa e bastante ativa para a sua idade. Ela pode vir a sofrer perda da autoconfiança e passar a restringir a suas atividades diárias (NETTO,2005)

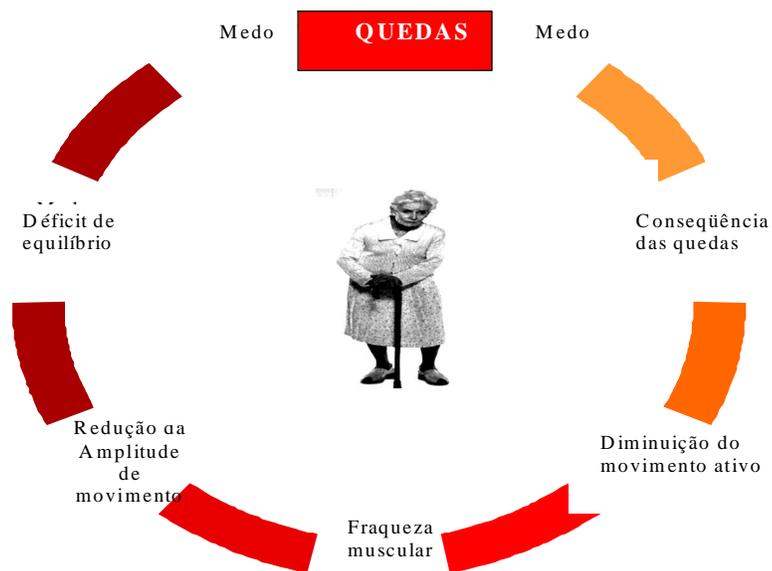


Figura 5 - Algoritmo da tendência da queda (DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia Preventiva**: 2002)

Para uma pessoa idosa, a queda pode levar as alterações psicológicas desse indivíduo, onde ele se engloba como um fracassado e decadência, gerados pela percepção da perda de capacidade do corpo potencializando sentimentos de vulnerabilidade, ameaça, humilhação e culpa, surgindo na maioria dos casos uma resposta depressiva. Esses que sofrem queda apresentam um grande declínio funcional, nas atividades de vida diária e nas atividades sociais, gerando um aumento do risco de institucionalizações. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001)

As fraturas são as principais conseqüências da queda em idosos e sua freqüência é devido a alterações clínicas elevadas nesse paciente, a fratura mais comum entre esses caidores é a do fêmur, sendo muito mais freqüentes nas mulheres principalmente no período do climatério, pois ocorre a diminuição da massa muscular e hormônios na mulher, que leva a instabilidade postural e as quedas. (THOMPSON, 2002)

O medo de cair como já descrito, é outra conseqüência da queda, na qual o idoso entra em um ciclo de imobilidade que pode gerar diversos problemas como trombose venosa, devido o déficit circulatório pela imobilidade prolongada, que poderá afetar a sua respiração levando a pneumonias, que se não tratadas adequadamente gera riscos a saúde do paciente

Conforme Vieira (2002) e Perracini (2005), cair portanto, tem de ser reconhecido como um problema extremamente sério para os serviços de saúde, para a sociedade e principalmente para o bem estar das pessoas que caem. Para que as estratégias preventivas de quedas em idosos tenham sucesso é necessário identificar, primeiro, as populações com risco aumentado e expor para a sociedade para que possam criar meios de intervenções padronizados para cada grupo ou indivíduo.

Segundo Deliberato (2002), infelizmente os idosos só procuram ajuda para evitar as quedas ou estabelecer um diagnóstico médico para as quedas, quando já vem sofrendo desse episódio de forma freqüente, na maioria das vezes com alguma seqüela. O ideal é evitar que chegue a esse quadro, para que se possa manter a independência do idoso.

Saldanha & Caldas (2004) observaram que as características multifatoriais das quedas como abordado nessa pesquisa, exigem vários níveis de atenção tanto nos seus aspectos clínicos, como psicológicos, sociais e comportamentais, exigindo uma estratégia da qual participarão equipes de profissionais habilitados e com perfil para lidar com essa população idosa. Esta estratégia montada por um time composto por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais entre outros, ilustra bem um conceito que é um dos pilares da gerontologia, o trabalho interdisciplinar .

Segundo Guimarães (1986), A promoção da saúde na terceira idade é tida também como prioridade, e as medidas criadas para a assistência a saúde dos cidadãos com 60 ou mais anos de idade, devem ser realizadas de acordo com diagnósticos epidemiológicos de modo a possibilitar um planejamento adequado as realidades socioeconômicas das diversas regiões brasileiras, implementando programas de prevenção específicos conforme os problemas observados em uma população.

Para isto é importante a participação de uma equipe multidisciplinar, para o paciente que cai, além do exame clínico totalmente indispensável, tem-se a necessidade também de uma avaliação fisioterapêutica minuciosa, avaliação do ambiente domiciliar e do seu estado psicossocial. As quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido a sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos custos assistências (TINETTI & SPEECHLEY, 1989; SALGADO; GUILLÉN & RUIPÉREZ, 2002)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico expõe, que a expectativa de vida para as mulheres brasileira é maior em relação aos homens. Esse dado demonstrado por estatísticas da feminização no envelhecimento, tópico esse descrito nessa pesquisa, pode significar um sofrimento terrível, caso não haja um investimento na qualidade de atendimentos e diagnósticos relacionados à saúde da mulher.

2.3 REPERCUSSÕES DO CLIMATÉRIO NA SAÚDE DA MULHER

O perfil da mulher se alterou sensivelmente nas últimas décadas. Nos dias de hoje, a mulher chega aos 50 anos no apogeu de sua atividade física, familiar e profissional. Com o envelhecimento da mulher surge o climatério e a menopausa.

Fernandes, Bacarat & Lima (2004), em seu manual, descrevem o climatério como um período de crise ou mudança, que abrange as mulheres de 40 aos 65 anos e tendo um significado de passagem entre a vida reprodutiva e menopausa. É uma fase na vida das mulheres encarada na maioria das vezes de forma negativa, deixando-as vulneráveis a frágeis.

Segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (1999), o climatério pode ser dividido em: Pré menopausa, onde inicia-se em geral após os 40 anos, em mulheres com ciclos menstruais regulares, Perimenopausa, começa-se 2 anos da última menstruação e estende até 1 ano após. As mulheres apresentam ciclos menstruais irregulares e alterações hormonais, Pós-menopausa, começa 1 ano após o último período menstrual, sendo dividida em precoce ou tardia.

No climatério os sinais e sintomas em sua maioria resultam da diminuição dos níveis de estrogênio circulantes, acarretando em modificações no metabolismo geral, no psiquismo e no comportamento da mulher. O climatério nem sempre é sintomático, e quando os sintomas estão presentes constitui-se a síndrome climatérica, que compreende por por tristeza, e diminuição da libido, ondas de calor (fogachos); a osteoporose, diminuição do brilho da pele e uma distribuição de gordura mais “masculina” (ou seja, na barriga); secura vaginal que acaba por alterar a vida sexual da mulher pelo fato do ato se tornar doloroso, desânimo, cansaço, falta de energia, depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, diminuição de atenção, concentração e memória, pensamentos negativos (morte, ruína e culpa), perda do prazer ou interesse pelas questões cotidianas e medo de envelhecer que podem

desencadear o isolamento social dessa mulher, levando a restrição da sua funcionalidade que a torna um grande alvo para sofrer quedas.(FERNANDES, 1999; RAMOS, 2006)

O contexto global de vida das mulheres deve ser analisado individualmente. Hábitos ruins de vida envolvendo alimentação inadequada, sedentarismo, ausência de lazer; aposentadoria precoce, relacionamentos familiares e conjugais conflitantes e pensamentos pessimistas, bem como todo o histórico de vida dessas mulheres, devem ser levados em consideração pelos profissionais. Mulheres com expectativas mais positivas em relação ao envelhecimento tendem a sofrer menos dos sintomas, ao adotarem hábitos de vida saudáveis, investindo nos equilíbrios físico e mental. (SGORJ, 2005)

Estudos demonstram que mulheres menopausadas têm chance maior de sofrerem ataques cardíacos ou doenças cardiovasculares, isso porque o estrogênio é relacionado ao equilíbrio de colesterol e hdl-colesterol no sangue; grande parte das mulheres passará a perder o cálcio dos ossos, isso porque é diminuída a sua fixação, doença chamada osteoporose, que ocorre predominantemente em mulheres após a menopausa. Se estimam que uma em cada duas mulheres e um em cada cinco homens acima dos 65 anos apresentarão , em algum momento da vida, pelo menos uma fratura relacionada a osteoporose.(MONTEIRO & GAVA, 2005)

A osteoporose na mulher climatérica encontra-se entre as maiores causas de quedas que podem levar a mortalidade ou morbidade, sua incidência aumenta de acordo com a tendência demográfica etária da população mundial e seu respectivo aumento na expectativa de vida. As conseqüências da osteoporose para um indivíduo são várias e tornaram-se o maior problema de saúde pública da atualidade, com enormes repercussões sociais e econômicas, com grande impacto na qualidade de vida e no grau de independência nas mulheres acometidas (MITCHELL, 1998, PEREIRA; SILVA, 2002).

A redução dos estímulos diários, como caminhar, realizar pequenas funções do dia-a-dia, realizar alguma atividade física e a diminuição dos níveis de estrogênicos para a mulher estão amplamente associado a reabsorção óssea (destruição gradativa do osso), deixando o frágil, suscetível a fraturas, desencadeando a queda. (MOREIRA, 2001)

O ideal é sempre a prevenção, com cuidados que envolvam as mudanças comportamentais necessárias. Quando os sintomas tornam-se significativos, prejudicando várias esferas da vida feminina, deve-se procurar um médico que

poderá indicar outros profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, endocrinologistas e nutricionistas, para a manutenção do seu bem estar físico, social e mental. (SALGADO ,2002; JOÃO, 2005)

As mulheres estão envelhecendo contribuindo para o aumento da expectativa de vida, essa população deve aprender a conviver e respeitar suas limitações funcionais, para a preservação da sua saúde, a manutenção da auto-estima é importante nessa etapa de vida, e pode ser mantida através de: segurança econômica; pessoas que a apoiem; saúde psicológica e física. Quando quaisquer desses fatores são afetados negativamente, comum ocorrer nessa fase climatérica, a pessoa torna-se incapaz de manter a auto-estima; resultando daí frustração, tensão, ansiedade, raiva e a depressão, deixando-a frágil propensa a acidentes ou doenças graves. (RAMOS, 2006)

No âmbito da Saúde Pública, chama a atenção a expectativa de que em 2020 haverá mais de um bilhão de indivíduos acima de 60 anos de idade. Assim sendo, a assistência prestada à mulher climatérica passa a constituir um desafio, já que se sabe que com a prevenção adequada dos riscos típicos desta fase, o nível de saúde e a qualidade dessas mulheres melhorariam consideravelmente.

Os informes da literatura amplamente explicitados no presente capítulo mostram a importância de se valorizar os problemas da população de idosos, sobretudo a do feminino, incluindo suas implicações de natureza psicológicas, biológica, sociais, culturais, sem esquecer os fatores que contribuem para possíveis acidentes ou quedas e que interferem na qualidade de vida no envelhecimento. Assim realizamos esta investigação com os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Estabelecer as variáveis que estabelecem o perfil das caidoras crônicas no período do climatério atendidas em uma unidade do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

- Estabelecimento da prevalência de caidoras crônicas no período do climatério da população estudada
- Avaliar possíveis associações entre variáveis de natureza Sócio-Econômicos e Ambientais, Auto-Percepção da Saúde, Ambiente Residencial e o desfecho caidora crônica no período do climatério

3 METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Através de estudo descritivo, observacional, do tipo transversal, foram analisados dados de entrevistas, obtidos de 413 questionários estruturados aplicados no período de Janeiro a setembro de 2006, a mulheres na faixa etária de 60 a 65 anos que procuraram de modo espontâneo um ou mais setores de assistência da Associação Pro Matre (Ambulatório do climatério, Grupo da terceira idade ou Setor de densitometria óssea).

3.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da Pro Matre, Instituição tradicional na prestação de assistência à população de baixa renda do Estado do Rio de Janeiro, vinculada ao Sistema Único de Saúde.

Há 82 anos a Associação PRO MATRE vem priorizando o atendimento da *mulher* carente, desassistida, excluída e tão pouco cônica de seus direitos elementares como cidadã.

Assim, a PRO MATRE consegue oferecer à mulher necessitada, mais sofrida, uma acolhida carinhosa e humanitária que a surpreende e supera todas as expectativas que ela possa ter quanto a um tratamento da mais alta dignidade, propiciando um resgate, ainda que não definitivo, de sua cidadania e auto-estima.

A Pro Matre sempre procurou adotar o parto humanizado em suas dependências, antes mesmo das recomendações do Ministério da Saúde. Localizada estrategicamente no centro da cidade do Rio de Janeiro, próximo da área portuária, atende pacientes dos bairros da Saúde, Centro, São Cristóvão, Bonsucesso, Laranjeiras e baixada fluminense, além de outros bairros ou municípios quando referenciadas ou trazidas em ambulâncias. O breve contato antes do parto exigiu aprimoramento das relações de cordialidade dos médicos e funcionários com pacientes e familiares. Com efeito, grande parte da clientela atendida relata ter conhecido o trabalho assistencial da Instituição, seja como paciente, acompanhante ou visitante.

Atualmente a Pro Matre dispõe de 105 leitos para internações, distribuídos em enfermarias amplas e arejadas, disponibilizados exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Consta ainda com aproximadamente 80 profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Farmacêutico, Assistentes Sociais) que convergem suas ações na assistência à saúde da mulher e da criança, atuando nos setores de pronto atendimento e internação hospitalar, além de atividades nos consultórios de obstetrícia (pré-natal de baixo-risco e de alto-risco) e de ginecologia (ginecologia geral, adolescente, patologia do trato genital inferior, uroginecologia, climatério, de mastologia, histeroscopia, cirurgia endoscópica e planejamento familiar, infertilidade)

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas nesta pesquisa Jovens idosas na faixa-etária entre 60 a 65 anos, independentemente da condição clínica, atendidas no setor de climatério da Pro Matre/densitometria da Pro Matre no período de tempo descrito.

Foram excluídas do estudo as mulheres com idade inferior a 60 anos ou superior a 65 anos, que estejam restritas ao leito ou que apresentem alterações cognitivas.

3.4 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Consideramos população fonte como toda paciente cadastrada no grupo da terceira idade, no ambulatório de climatério ou que realizarão investigação no setor de densitometria óssea da Pro Matre. A população base será representada pela população fonte após a validação dos critérios de inclusão (figura 6)



Figura 6: Algoritmo da estrutura da pesquisa

3.5 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis de exposição (independentes) foram agrupadas segundo critérios hierárquicos em: **Sócio-econômicas e ambientais; Auto-percepção da saúde e ambiente domiciliar** (Tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição das variáveis independentes segundo níveis hierárquicos

Indicadores	variáveis	medidas	resposta
sócio-econômicas ambientais	e Escolaridade	Alfabetizado	Sim/não
sócio-econômicas ambientais	e Conjugue	Presença do companheiro	Sim/não
sócio-econômicas ambientais	e Atividades Laborativas extra-residência	Diariamente	Sim/não
sócio-econômicas ambientais	e Mora solitária	Ausência de outras pessoas no domicílio	Sim/não
sócio-econômicas ambientais	e Menção de agressões	ocorrências	Sim/não
sócio-econômicas ambientais	e Número de cômodos	<ou = 3 cômodos ou > 3 cômodos	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da IMC > 30	Obesidade	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da ITU	Sintomatologia urinária	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da HAS	Menção da pressão $\geq 140 \times 90$ mmhg	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Alterações posturais	Mobilidade corporal que permita a sincronia entre o equilíbrio ortostático e marcha	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da diabetes	Alteração da glicemia	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da cardiopatia	Sintomas cardíacos que interferem em suas tarefas	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da labirintite	Deficit de equilíbrio	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Problemas respiratórios	Desconfortos respiratórios crônicos que diminuam tolerância as AVDS	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Esquecimento, tonteira, desmaios	Menção dos sintomas que interferem na sua independência funcional	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Doenças articulares	Aptidão motora	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Incontinência urinária	Perda de urina constante	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da insônia	Dificuldade de concentração ou atenção durante o dia	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Sintomas climatério	Fogachos, irritabilidade, cansaço excessivo, desânimo, secreta vaginal	Sim/não
Auto-percepção Saúde	da Etilismo	Ingestão de bebida alcólica	Sim/não
Ambiente domiciliar	Tapetes	Soltos pelos locais de transição na residência	Sim/não
Ambiente domiciliar	Escada	Em bom estado, presença de corrimão, degraus adequados	Sim/não
Ambiente domiciliar	Piso encerado	Utilização de ceras em pasta ou líquido diariamente na sua residência	Sim/não
Ambiente domiciliar	Roupas compridas	Roupas desajustadas (barras compridas ou descosturadas)	Sim/não
Ambiente domiciliar	Sapato mal adaptado	Chinelos, sandálias ou sapatos apertados, com numeração maior ou mal estado	Sim/não
Ambiente domiciliar	Sapato alto	Acessório utilizado diariamente	Sim/não

3.6 VARIÁVEL DESFECHO

Caidora crônico: considerada aquela que mais de duas vezes durante o ano. (PERRACINI, 2002)

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados da pesquisa foram tabulados e analisados, de forma a obter prevalência, estimativas de parâmetros como médias, proporções e dispersões (desvio-padrão e variância) das diversas variáveis relacionadas ao desfecho estudado.

Após processo de validação interna os dados serão submetidos à análise estatística subordinada as seguintes etapas:

1ª etapa: Análise descritiva

caracterização da população estudada, bem como a distribuição dos fatores já explicitados, estratificando e quantificando variáveis segundo critérios hierárquicos em: sócio-econômicas e ambientais; saúde-morbididade referida e ambiente domiciliar.

2ª etapa: Análise bivariada

Nesta fase do estudo as variáveis dependentes (de exposição) serão confrontadas uma a uma, em tabelas 2X2, com o respectivo desfecho. Os testes estatísticos freqüentemente elegíveis são o Qui-quadrado não corrigido ou o teste de Fisher bilateral, quando as exigências do teste Qui-quadrado não puderem ser satisfeitas, considerando ambos como significativos quando $p \leq 0,05$. Os resultados foram expressos através do cálculo da razão de chances (ODDS RATIO) e de seus intervalos de confiança a 95%.

3ª etapa: Análise multivariada:

Consistiu na utilização da análise multivariada através da construção de um modelo logístico, com base nas variáveis associadas ao desfecho, descritos na **etapa 2**, objetivando avaliar o poder destas associações, quando vigentes mais de duas variáveis com significância estatística ($p \leq 0,25$) na análise bivariada. A estratégia de construção de modelo logístico, na vigência de demanda deste trabalho, seguiu o procedimento *stepwise-backward* MANUAL do modelo completo, no qual foram retiradas, uma a uma, cada

variável com menor significância e/ou relevância, até que seja apurado o modelo desejado.

Para a elaboração dos cálculos estatísticos foram utilizados os softwares **EPI-INFO 6.0** ou **SPSS 13.1**.

A pesquisa não pretendeu estabelecer relações causais entre as variáveis relacionadas ao evento, o que não impede que o levantamento destas informações traga novas percepções sobre as conexões entre elas, dando origem ao planejamento de novos estudos, com metodologias apropriadas para investigar as hipóteses que por ventura possam derivar deste estudo seccional de caráter exploratório.

Na certeza de estar contribuindo para um entendimento mais transparente relacionado à queda do idoso usuário do Sistema Único de Saúde, umas ocorrências que preocupa o governo, próprio e seus familiares

3.8 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA

A confrontação teórica dos postulados científicos atuais da literatura médica consultada com os achados práticos dessa pesquisa deverá submeter cada variável das idosas caidoras dispostas nos itens anteriores, visando delinear as constatações científicas, alvo desse trabalho, condizentes ao tema em estudo.

Para a execução da presente investigação, o projeto foi apreciado e aprovado pela douta Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Do mesmo modo foi autorizado pela Chefia da Divisão Médica da Pro Matre, a qual foi lavrada em documento formal que esta disponível no anexo A.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhuma informação que atente contra o anonimato das pacientes envolvidas nessa pesquisa foi divulgada ou veiculada a quaisquer dados que permitam a identificação e caracterização das mesmas como pessoas físicas.

Esse trabalho não apresenta riscos envolvidos devido ao fato da pesquisa ser abastecida de informações prestadas pela própria paciente em ambiente tranquilo e acolhedor, enquanto aguarda a hora do atendimento médico ou da realização da densitometria óssea nas dependências da Pro Matre.

Foi pertinente a pesquisa em apreço a utilização de termo de **consentimento livre e esclarecido** (Anexo A), a fim de caracterizar que as informações foram prestadas espontaneamente pelos sujeitos da pesquisa .

A pesquisa realizada não tem objetivo prevenir as quedas e sim servir de dados importantes para conhecer o perfil da idosa caidora crônica no período do climatério, onde será exposto o resultado desse trabalho para a sociedade e estimulará as ações de promoção de saúde e prevenções específicas para esse ou demais grupos de idosas.

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 450 mulheres oriundas do Grupo do Climatério, do Ambulatório de Climatério e da Clínica de Densitometria Óssea da Associação Pro Matre, no período de janeiro a novembro de 2006. Deste universo, 413 constituíram o grupo de estudo por atenderem plenamente às exigências da pesquisa. O restante foi considerado como perda por não atender aos critérios metodológicos previamente definidos.

A idade das pacientes que integraram o estudo variou de 60 a 65 anos, média $62,65 \pm 3,1$ anos, sendo na maioria mulheres com algum grau de escolaridade. A prevalência da queda na população de idosas foi de 34,7% e a taxa de fratura em consequência da quedas foi estabelecida em 20%.

Os fatores de exposição foram devidamente hierarquizada em variáveis **sócio-econômico e ambientais, auto percepção de saúde e referente ao ambiente residencial.**

A Tabela 7– exibe a freqüência das variáveis pertencentes ao grupo sócio-econômico e ambiental, chamando a atenção que 77% das mulheres idosas não exercem nenhuma função laborativa extra-domiciliar, 51,7% das pesquisadas moram sozinhas e 27% não possuem conjugue. As variáveis encontradas indicam a tendência da solidão e isolamento social no envelhecimento feminino.

Tabela 7- Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis de natureza Sócio-econômico e ambientais- Análise de 413 casos.

Variáveis Sócio-econômicas e ambientais	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa (%)
Ausência de atividade laborativa extra-domiciliar	319	77,4
Ausência do conjugue	213	51,7
Morar só	109	27,0
Analfabetismo	54	13,11
Vítima de agressões física	53	12,9
Cômodos ≤ 3	28	6,8

Analisando as variáveis relacionadas à Percepção de saúde na população de idosas (tabela 8), observou-se o destaque da obesidade

(69,4%), seguida de hipertensão arterial crônica (59,2%), insônia (53,7%), alterações posturais (47,8%) e alterações neurosensorias (45,4%).

Tabela 8. Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis Auto-percepção da saúde - Análise de 413 casos.

Autopercepção de saúde	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
IMC – obeso	286	69,4
Sintomas climatério	267	64,8
HAS	244	59,2
insônia	221	53,7
Doenças articulares	220	53,4
Alterações posturais	197	47,8
Esquecimento, tonteira, desmaios	187	45,4
Labirintite	108	26,2
Incontinência urinária	78	18,9
Etilismo	68	16,7
diabete	64	15,5
Problemas respiratórios	54	13,1
Cardiopatía	42	10,2
ITU	40	9,7

No que concerne às variáveis referentes ao **Ambiente residencial**, expresso na Tabela 9, obteve destaque com 63% os Tapetes soltos pela casa; 36,7% relataram uso de sapatos altos; 33,8 % mantém o piso residencial sempre encerado e 32,8% declararam que utilizam Escadas.

Tabela 9. Distribuição dos casos da população estudada, segundo as variáveis referentes ao ambiente residencial - Análise de 413 casos.

Váriáveis referentes ao ambiente	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Tapetes	259	63,0
Sapato alto	151	36,7
Piso encerado	139	33,8
Escadas	135	32,8
Sapato mal adaptado	9	2,2
Roupas compridas	4	1

As variáveis selecionadas foram submetidas a análise bivariada, sendo cotejada, uma a uma, contra o desfecho caidora crônica, dicotomizadas em sim e

não, demonstrando seus resultados através dos níveis de significância estatística (p) $p \leq 0,05$ e da razão de chances (Odds médio e intervalo de confiança de 95%).

A tabela 10 apresenta a análise bivariada dos fatores Sócio-econômicas e ambientais que se relacionam com o desfecho caidora crônica. As variáveis atividades laborativas extra-domiciliar (OR: 2.29[1.33 – 3.95] $p= 0.000$); ausência do companheiro(OR: 1,57[1.04-2.37] $p= 0.015$) e morar só (OR: 1.53[0.97-2.41] $p= 0.032$) demonstraram apresentar associação com o desfecho da pesquisa (caidora crônica).

Tabela 10-Resultado da análise bivariada dos fatores Sócio-econômicas e ambientais que se associam com o desfecho caidora crônica

Variáveis Sócio-econômicas e ambientais	Cair freqüente		Total	Odds médio	Odds IC 95%	p
	sim	não				
Analfabetismo	22/54	119/354	408	1,35	0.75-2.43	0.155
Ausência de companheiro	58/197	84/212	409	1.57	1.04 – 2.37	0.015
Ausência de atividade laborativa extra-domiciliar	20/93	122/316	409	2.29	1.33-3.95	0.000
Morar só	46/109	94/292	401	1.53	0.97-2.41	0.032
Agressões físicas	19/52	123/357	409	1,09	0.59 – 2.00	0,381
Número de Cômodos ≤ 3	8/28	134/381	409	0.73	0.31-1.71	0.247

Na análise da categoria **Auto-percepção da saúde**, as variáveis que mostraram associação significativa com o desfecho caidora crônica foram: obesidade (OR: 1.64 [1.03-2.60] $p= 0.016$); ITU (OR: 2.26 [1.17-4.37] $p= 0.008$); hipertensão (OR: 1.81 [1.18-2.78] $p= 0.003$); alteração postural (OR: 1.83 [1.21-2.76] $p=0.001$); diabetes (OR: 2.39 [1.38-4.12] $p=0.000$); cardiopatias (OR: 2.39 [1.24-4.59] $p=0.004$); labirintite (OR: 1.70 [1.08-2.68] $p=0.010$); problemas respiratórios(OR: 2.48 [1.39-4.43] $p=0.001$); alterações neurosensoriais (OR: 2.64 [1.74-4.02] $p=0.000$); doenças articulares (OR: 2.25 [1.47-3.44] $p= 0.000$); incontinência urinária (OR: 1.57 [0.94-2.62] $p=0.041$). Ao revés, apenas as variáveis insônia (OR: 0.72 [0.48-1.09] $p= 0.063$) e etilismo (OR: 0.74 [0.24-1.31] $p= 0.155$), não apresentaram significância estatística com o referido desfecho (Tabela 11).

Tabela 11: Análise bivariada das variáveis auto-percepção da saúde com o desfecho caidora crônica.

Variáveis referente a auto-percepção da saúde	Caidora Crônica		Total	Odds médio	Odds IC 95%	p
	sim	não				
Obesidade	108/284	34/125	409	1.64	1.03-2.60	0.0168
ITU	21/40	121/369	409	2.26	1.17-4.37	0.0080
Hipertensão	97/242	45/167	409	1.81	1.18 – 2.78	0.0030
Alteração postural	82/196	60/213	409	1,83	1.21-2.76	0.0019
Diabetes	33/63	109/346	409	2.39	1.38 – 4.12	0.0009
Cardiopatia	22/41	120/368	409	2,39	1.24 – 4.59	0.0047
Labirintite	47/107	95/302	409	1.70	1.08-2.68	0.0109
Problemas respiratórios	29/54	113/355	409	2.48	1.39-4.43	0.0010
Esquecimento, Tonteira, desmaios	86/184	56/225	409	2,64	1.74-4.02	0.0000
Doenças articulares	94/218	48/191	409	2.25	1.47 – 3.44	0.0000
Incontinência urinária	33/76	109/333	409	1.57	0.94-2.62	0.0412
Insônia	73/189	69/220	409	0.72	0.48-1.09	0.0631
Sintomas do climatério	98/264	44/145	409	1.35	0.87-2.08	0.0849
Etilismo	20/68	122/340	408	0.74	0.24-1.31	0.1555

Quando cotejados os resultados das variáveis referente ao **Ambiente residencial** com a variável caidora crônica (tabela 12), observamos que as seguintes variáveis: tapete (3.35 [2.08-5.38] p=0.000); escada (1.97 [1.28-3.02] p=0.001); piso encerado (3.58 [2.31-5.53] p=0.000) e sapato mal adaptado (3.86 [0.95-15.70] p=0.030) apresentaram associação significativa com o desfecho, enquanto as variáveis como: uso de roupa comprida (0.61 [0.06-6.01] p=0.371) e uso de sapatos altos (0.93 [0.60-1.42] p=0.373), não apresentaram relação com as quedas frequentes (caidora crônica).

Tabela 12: Análise bivariada das variáveis ambiente residencial com o desfecho (caidora crônica)

Variáveis referente ao ambiente residencial	Caidora Crônica		Total	Odds médio	Odds IC 95%	p
	sim	não				
Tapete	113/256	29/152	408	3.35	2.08-5.38	0.0000
Escada	60/132	82/276	408	1.97	1.28-3.02	0.0010
Piso encerado	74/136	68/272	408	3.58	2.31-5.53	0.0000
Roupa comprida	1/4	141/403	407	0.61	0.06-6.01	0.3715
Sapato mal adaptado	6/9	136/399	408	3.86	0.95-15.70	0.0301
Sapatos altos	50/148	92/260	408	0.93	0.60-1.42	0.3738

ANÁLISE MULTIVARIADA

Com o objetivo de avaliar, em conjunto, o poder de associação das variáveis analisadas, os dados foram submetidos a ajuste multivariável, passo a passo, modulando as variáveis independentes que mostraram associação significativa com o desfecho caidora crônica. Foram realizadas diversas simulações no modelo, visando escolher o mais representativo do ponto de vista da predição. As análises foram realizadas isoladamente nos diversos grupos; a saber: **Sócio-econômico e ambientais, auto percepção de saúde** e referente ao **Ambiente residencial**.

Fatores Sócio-econômico e ambientais – análise multivariável

A análise multivariada dos fatores de natureza **Sócio-econômico e ambientais** associados à condição de caidora crônica que demonstrou associação estatisticamente significativa com diversas variáveis, quando da análise bivarida, revelou no modelo final da análise logística que, apenas a variável atividade laborativa extra-residencial permaneceu no modelo final, revelando associação independente com a condição caidora crônica (Tabela 13).

Tabela 13 -Análise multivariada das Variáveis Sócio-econômicas e ambientais relacionadas com o desfecho caidora crônica. Modelo final.

Variáveis Sócio-econômicas e ambientais	□	Odds	Odds Ic 95%	Valor de p
Atividade laborativa extra-domiciliar	0,897	2,452	1,409-4,269	0,002

Variável Autopercepção de saúde – análise multivariável

Das diversas modelagens das variáveis relacionadas a **Autopercepção de saúde** que compuseram o modelo inicial, permaneceram influenciando de modo significativo o desfecho caidora crônica as seguintes variáveis: Diabetes, Alterações neuro-sensoriais (Esquecimento, Tonteira, desmaios) e Doenças articulares (tabela 14).

Tabela14- Distribuição das variáveis de Autopercepção de saúde da população estudada, segundo análise multivariada, tendo como referência a ocorrência de caidora crônica. Modelo final.

Variáveis referente a auto-percepção da saúde	□	Odds	Odds Ic 95%	Valor de p
Diabetes	0,633	1,884	1,070 – 3,319	0,028
Alterações neuro-sensoriais (Esquecimento, Tonteira, desmaios)	0,984	2,676	1,760 – 4.068	0,000
Doenças articulares	0,603	1.827	1,173 – 2.846	0,008

Ambiente residencial- Análise multivariável

Os resultados da análise bivariada referente ao **Ambiente residencial**, quando submetidas a modelagem logística, revelou que das quatro variáveis arroladas no modelo inicial, apenas as variáveis uso de tapetes e piso encerado influenciaram independentemente no desfecho caidora crônica (tabela 15).

Tabela 15 - Análise multivariada das variáveis referente ao Ambiente residencial relacionadas com o desfecho caidora crônica -modelo final

Variáveis referente ao ambiente residencial	□	Odds	Odds Ic 95%	Valor de p
Tapete	0.864	2,372	1.430-3.934	0.001
Piso encerado	1.276	3.581	2.318-5.532	0.000

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Consoante pesquisa, nos dias de hoje a população de idosos brasileiros vem aumentando de forma rápida e dramática. Atualmente cerca de um milhão de pessoas cruzam a barreira dos 60 anos de idade, a cada mês em todo o mundo. A proporção de idosos é menor nos países em desenvolvimento, só que o processo de envelhecimento de suas populações vem se dando num curtíssimo espaço de tempo, o que faz com que a maioria da população idosa já esteja vivendo em condições que não favoreçam o envelhecimento saudável (NETTO, 2005; DRIUSSO & CHIARELLO, 2007)

Os indicadores econômicos dos Países (PIB) ou a renda *per capita* são indicadores importantes para a estimativa da demanda e para o planejamento do serviço de saúde em atenção aos idosos, mais outros fatores também influenciam o processo do envelhecimento como: meio ambiente, cultura, estilos de vida, hábitos alimentares, atividade física, atividades laborativas, suporte social e comunitário podem fazer a diferença. (ROUQUAYROL, 2003)

Dessa forma observamos através do estudo, que o Brasil encontra-se em desvantagens, pois dispõe de menos recursos e riqueza, para estarem influenciando positivamente esses fatores não econômicos (meio ambiente, cultura, estilo de vida, hábitos alimentares). De acordo com a nova realidade epidemiológica as idosas têm maior necessidade médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensiva os serviços de saúde.

Tomando-se por base a população estudada, onde a maioria vive em condições de extrema pobreza, se faz necessário que a agenda política priorize ações de atenção médico-social a população brasileira da terceira idade. Conforme Freitas (2006), na América Latina há cerca de 30 milhões de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, e pouco mais de 2% recebem atenção médica e social adequada .

Com essa nova realidade gera-se um grande desafio para a Saúde Pública Brasileira que é assistir uma grande população idosa e do sexo feminino que apresentam um baixo nível sócio-econômico e educacional. Os acessos adequados aos serviços médicos e de reabilitação, podem reduzir a morbidade e a mortalidade, preservando as funções físicas e mentais, contribuindo para o aumento da probabilidade de uma velhice saudável. (THOMSON; SKINNER; PIERCY, 2002)

O estudo foi dirigido para identificar os fatores que estabeleçam o perfil da caidora crônica no período do climatério, a população estudada foi constituída de 413 mulheres que procuraram de forma espontânea o grupo do climatério na Associação Pro Matre, instituição destinada ao atendimento da clientela feminina, de baixa renda do Estado do Rio de Janeiro, vinculada ao Sistema Único de Saúde.

Pelas características do atendimento e da população assistida, o presente estudo tende a exprimir um extrato genuíno do universo da população carente e pouco assistida do Município do Rio de Janeiro, onde os fatores de natureza sócio-econômico, clínico e ambiental tendem a ser diferente dos encontrados em extratos populacionais mais aquinhoados de riquezas e de educação

Considerou-se como participe da presente investigação mulheres na faixa-etária entre 60 a 65 anos, que apresentam interatividade com o meio, sendo excluídas as hospitalizadas ou acamadas ou com alterações cognitivas. Com efeito, o interesse maior da pesquisa é incluir novas abordagens da saúde pública na fase do envelhecimento em mulheres, identificando a prevalência dos principais agentes ou condições mórbidas passíveis de associação com o evento de quedas freqüente na população feminina ativa, tal iniciativa, visa o aspecto preventivo de quedas e agravos decorrentes, considerando a peculiaridade do período etário.

O conceito de queda instituída em nossa investigação foi baseado nos critérios de Perracini (2002), na qual utiliza em seus estudos o termo “caidor crônico” para caracterizar pessoas que sofrem mais de duas quedas por ano. O conceito de Perraccini nos parece o mais apropriado para demonstrar que uma pessoa que cai com essa freqüência pode estar apresentando algum problema que deve ser investigado, descartando dos eventos episódicos. Tal critério, ganha mais notoriedade por levar em consideração a população brasileira, com suas peculiaridades de natureza geográficas, urbana, habitacional, etc.

O conceito extraído do trabalho de Pickles et al (2002) contempla a freqüência de duas quedas no prazo de seis meses. O autor concebeu o conceito tomando por base a sociedade canadense que possui relação distinta da população brasileira. Do ponto de vista epidemiológico a classificação de Perraccini, que utiliza critérios menos elevados de quedas, permite ainda identificar maior número de indivíduos em risco, possibilitando ações de natureza preventiva.

A incidência de quedas na população aumenta rapidamente com a idade, constituindo a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos. Nos pacientes hospitalizados decorrentes de uma queda, o risco de morte no ano

seguinte a hospitalização varia entre 15% a 50%. Estima-se que há uma queda para um em cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos ou mais, 40% cai a cada ano. Dos que moram em asilos e casas de repouso, a frequência de quedas é de 50%. (PEREIRA et al, 2001, INTO, 2003). Outras pesquisas no Brasil revelaram que 30 % dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e sendo mais freqüentes nas mulheres (GEIS, 2003; INTO, 2003).

No presente estudo a prevalência de mulheres que sofreram mais de duas quedas em um ano (caidoras crônicas) foi de 34,7%. Esse resultado foi mais expressivo do que a verificada pelos autores acima, que consideram em seus estudos uma queda ao ano, constatando na população estudada o aumento do número de quedas por indivíduo em um ano, o que pode gerar grandes riscos a garantia do envelhecimento ativo.

Tinetti e Cols (1988) em uma pesquisa tipo prospectivo, realizada em uma comunidade dos Estados Unidos, revelou que 32% dos participantes com idade superior a 75 anos, sofreram pelo menos uma queda durante o período de um ano; 25% sofreram pelo menos três quedas em um ano.

Embora fuja ao escopo da presente investigação analisar a prevalência de quedas seguidas de fraturas na população estudada, é mister informar que das 413 mulheres entrevistadas houve relato de fraturas após a queda em 82 casos (20%), atingindo diversas localizações anatômicas como: clavícula, punho, arcos costais, fêmur, patela, tornozelo e bacia. As fraturas secundárias as quedas freqüentes, expressam uma conseqüência grave para as mulheres nessa faixa etária, impondo limitações em suas atividades diárias.

A nossa intenção através da pesquisa é informar a população feminina, a prevalência dos fatores responsáveis nesse grupo pela classificação da caidora crônica, identificando os riscos, poderemos orientá-las e minimizar ou prevenir as quedas freqüentes. Entendemos que as quedas é um assunto que deve ser bastante discutido e levado ao conhecimento das populações mais carente, pois a mulher que sofre quedas freqüentes, poderá desenvolver sérias conseqüências como: as fraturas ou outras morbidades que levam a uma maior procura por atendimentos ao serviço público de saúde ou as hospitalizações prolongadas. As quedas podem refletir de forma negativa na qualidade de vida da mulher idosa que poderá levar a perda da sua autonomia e independência funcional. Segue a discussão das variáveis hierarquizadas estudadas nessa pesquisa.

A discussão das variáveis hierarquizadas na pesquisa se inicia pelos fatores sócio-econômicas (analfabetismo, ausência do cônjuge, ausência de atividades laborativas extra-residencial, morar só, número de cômodos na residência e se sofreu agressões físicas), analisando nos chama a atenção à alta prevalência das seguintes variáveis: ausência do companheiro (51,7%); ausência de atividades laborativas extra-domiciliar (77,4%) e morar só (27,0%).

Muitas vezes, na velhice, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e pela pobreza. A falta de companhia ou viver sozinho não é necessariamente uma experiência negativa; muitas pessoas escolhem viver assim. No entanto, viver por longo período sem a companhia de alguém predispõe ao isolamento social. (PICKLES et al., 2002; THOMPSON; SKINNER; PIERCY, 2002)

Para dar um exemplo, na Inglaterra, entre o censo de 1961 e 1971, a proporção do grupo etário acima de 65 anos que morava só aumentou de 17% para 34%, e na população acima dos 75 anos foi observado que quase a metade estava morando desta maneira. Outro dado significativo é que 47% desses ingleses nunca recebem visita de amigos e, este é um dos fatores que predispõem aos problemas físicos e mentais. (NETTO, 2005). Essas informações nos sugerem, pessoas que vivem acompanhadas apresentam maior longevidade, a vida emocional e social ativa confere benefícios no aumento de anos de vida

Nesse universo feminino pesquisado onde a metade da população vive sem companheiro, demonstra a certeza da feminização no envelhecimento, já mencionado no capítulo de introdução desse trabalho. Logo se as mulheres vivem mais, tendem a ficar viúvas e sofrerem de solidão no envelhecimento, isolamento social ou a depressão que podem repercutir em suas condições física e psicossociais. (VERAS & CALDAS, 2004; OMS, 2000; IBGE, 2000, 2001, 2003).

Barrie (2000) verificou que um grande número de pacientes caem quando há um período de estresse emocional transitório, mulheres com depressão freqüente, que não realizam mais atividades fora da sua residência, isolamento social, se tornam confusas e desorientadas menos atenta aos perigos ambientais. Carvalho (2000), esclarece em relação aos dados demográficos, os idosos viúvos, vivendo só, e sem atividades laborativas (seqüência de atividades realizadas fora de casa) em sua pesquisa eram mais numerosos entre os pacientes que sofreram quedas, levando a fratura severa.

Concordando com os estudos citados, a atual pesquisa demonstra que depois de anos de casamento as mulheres enfrentam a viuvez, que altera seu estado psicológico e econômico. É importante destacar que o sentimento de viuvez atinge mais a algumas mulheres do que outras e dependem também dos papéis sociais que exerceram ao longo de sua vida, são mais frágeis àquelas que se dedicaram somente à vida doméstica, na qual sua identidade se concentrava nos papéis de mãe e esposa, ou seja, quanto mais dependente a mulher do marido para atividades rotineiras dentro e fora do lar, maior o seu grau de desorientação e alterações psicológicas com a perda do seu cônjuge.

Em relação ao nosso comentário, um estudo confirma que durante os seis primeiros meses de viuvez a mulher torna-se mais fragilizada, ocorrendo aumento da procura pela viúva para atendimentos médicos, hospitalizações, internações em asilos, suicídios e mortalidade por doenças. (NERI, 2001; POCHMAN, 2002).

O estudo demonstra que ocorre um declínio da saúde de algumas mulheres com a perda do marido, as mulheres que procuram ajuda médica quando percebem algo de errado(auto-percepção) com sua saúde nessa fase, terão um tratamento adequado e conseqüentemente possibilidades de enfrentar esse período difícil. Mais nem todas têm essa percepção ou condições econômicas para a manutenção de um tratamento e infelizmente desenvolvem graves problemas a sua saúde, podendo ser irreversível em alguns casos.

Quando cotejamos as variáveis ausência de companheiro (OR 1.57 [1.04-2.37 IC de 95%], $p=0.015$) ou morar só (OR 1.53 [0.97-2.41] $p=0.032$) com o desfecho caidora crônica houve associação estatisticamente significativa.

Portanto, o que se pode deduzir através da prevalência e da análise estatística desse estudo e da pesquisa dos autores, ser casado, viver em companhia de alguém, ter independência ou autonomia, parece ser um fator protetor para evitar quedas crônicas.

No cruzamento da variável ausência de atividades laborativas extra-domiciliar e caidora crônica, foi observado que a mulher que possui alguma atividade laborativa é mais independente, possui maior autonomia, possui menores riscos de quedas, sendo constatado pela análise estatística não realizar nenhuma atividade fora do lar diariamente constitui um fator de risco para as caidoras crônicas (OR 2.29[1.33-3.95] $p= 0.000$)

A importância dos estudos das variáveis sócio-econômicas significa o ponto de início para o desencadeamento de diversos problemas relacionados à saúde, por representarem as condições gerais de vida e de qualidade de vida. As mulheres estudadas apresentavam um baixo nível sócio-econômico e surpreendentemente apresentaram uma prevalência baixa de analfabetismo de 13,11%, o esperado era um índice maior. Os achados são concordantes com os da literatura, que aponta queda da taxa de analfabetismo ao longo do século, saindo de um patamar de 65,3% em 1900 para chegar a 13,6% em 2000 (INEP 2003; UNICAMP 2006). Os estudos do IBGE também comentam sobre a diminuição das taxas de analfabetismo, onde as pessoas de mais idade hoje não alfabetizadas procuram instituições para serem alfabetizadas, mais infelizmente não é uma realidade para todos os Estados no País.

O analfabetismo é um indicador sintético de más condições de vida, onde o analfabetismo se apresenta em alta proporção, encontra-se reduzida a expectativa de vida, ocupações de baixa ou nenhuma qualificação, rendimentos insuficientes para garantir as necessidades de nutrição, moradia, transporte, vestuário e saúde (FERRARO, 2002).

A educação é um dos fatores mais importantes em um País, pois gera oportunidades as famílias, influencia na qualidade de vida, na saúde, na economia e na busca da redução da desigualdade social entre as famílias Brasileiras. (IBGE, 2001).

Os autores Veras, Curione, Pereira (2003) analisaram o perfil demográfico da população idosa no Rio de Janeiro, abordaram a escolaridade como um fator crescente, tendo como base comparativa os anos de 1991, onde 44,2% dos idosos não sabiam ler ou escrever, havendo uma redução desse percentual para 35,2% em 2000 e 33,2% em 2002, como mostra a figura 7.

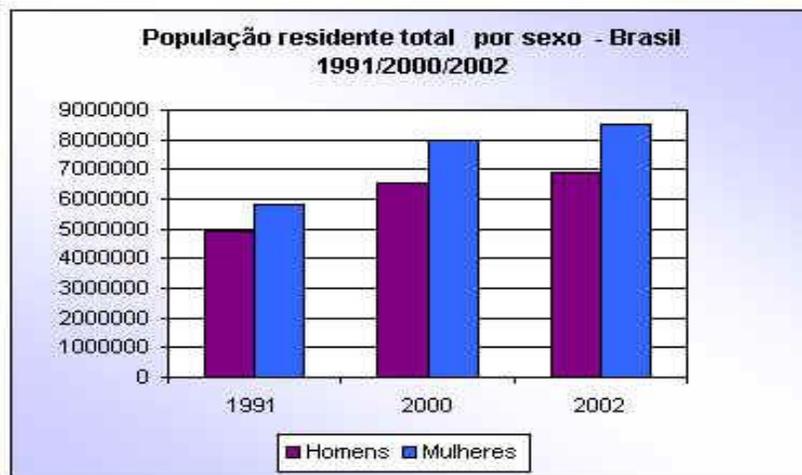


Figura 7: Proporção de pessoas com 60 anos ou mais por alfabetização no Brasil – (VERAS; CURIONE; PEREIRA, 2003)

Em um estudo transversal realizado no Nordeste do País no período de julho a novembro de 2002 com uma amostra composta por 310 idosos, com 60 anos ou mais, que investigou a prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos, alterações essas quando presentes em um idoso favorecem as quedas, verificou que um grande número de indivíduos analfabetos na região apresentava mais déficit de equilíbrio em relação aos alfabetizados, reforçou a idéia nesse estudo que pessoas com maior instrução têm maiores preocupações com sua saúde e capacidade de recuperação, em relação aos menos favorecidos, mantém sua integridade física e orgânica de uma forma satisfatória. (MACIEL; GUERRA, 2005).

Na presente investigação não houve concordância com o estudo dos autores Maciel e Guerra, houve pouca incidência de mulheres pesquisadas analfabetas, logo a prevalência de quedas teria que ser mais baixa do que o achado na pesquisa (34,7%), ou seja, de 409 pessoas entrevistadas 142 mulheres caem mais de duas vezes ao ano. O fator alfabetização, fruto da presente investigação, não contribui para uma prevalência mínima de quedas, não sendo encontrada associação estatística desta variável com o desfecho na análise bivariada (OR:[1.35 0.75 - 2.43] p= 0.155), não relevando relação estatisticamente significativa como fator de risco para caídas crônicas. Fato, talvez devido a baixa prevalência da variável.

As variáveis agressões físicas não influenciaram no desfecho queda freqüente (caidora crônica). O mesmo aconteceu com relação ao número reduzido de cômodos do domicílio.

Ao realizar a pesquisa esperava-se encontrar maior número de pessoas analfabetas e que habitassem em residências com 3 ou menor número de cômodos constituindo variáveis associadas a um maior risco de quedas entre as mulheres, pois corresponderiam a um grupo de mulheres com condições de saúde e vida desfavoráveis. Entretanto foi verificados um sentido inverso ao previsto, mulheres alfabetizadas e que vivem em residências com mais de três cômodos.

Das variáveis referente auto-percepção da Saúde nos alerta a alta prevalência para obesidade, sintomas do climatério, Hipertensão arterial sistêmica, insônia, doenças articulares, alterações posturais e neuro-sensoriais (esquecimento, tonteiras e desmaio)

A presente pesquisa demonstra que 69,4 % das mulheres entrevistadas apresentam-se obesas, a obesidade segundo relato dessas mulheres ocorreu de forma progressiva, após a aposentadoria, período do climatério e a menopausa. A obesidade é predominante nas mulheres e se acelera principalmente com o envelhecimento, concordando com Kayat (2006), onde expõe que vem havendo um aumento significativo da prevalência de pessoas obesas na população feminina , em todos os extratos sociais, sendo, porém, relativamente maior entre as famílias de menor renda.

A obesidade é atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência vem aumentando de forma alarmante nas últimas décadas não só nos países desenvolvidos como também nos países em desenvolvimento (MARINHO et al, 2003; OPAS, 2003). Em concordância com o autor, verificou-se nessa população estudada uma prevalência importante de mulheres obesas, o elevado peso corporal dificulta a realização de atividades diárias levando a mulher a restrição física, que poderá gerar conseqüências articulares, provocando diminuição da mobilidade dos seguimentos corporais por dor ou rigidez articular, gerando limitações funcionais.

A mulher que apresenta esse quadro terá dificuldade de vencer os obstáculos que podem ser encontrados diariamente no ambiente domiciliar (fios, tapetes, objetos, etc...)

O idoso muitas vezes entende que cair é normal, faz parte do envelhecer, por isso acha melhor não comentar esses eventos, principalmente se mora só, mais a omissão dessa informação, pode resultar em um ciclo de tendência as quedas, caminhando para o comprometimento geral da sua saúde.

Foi verificado que a obesidade se revelou um importante agente de associação com o evento de quedas freqüentes. O estudo encontra respaldo com as pesquisas de vários autores que demonstram em seus estudos que o sedentarismo e obesidade são responsáveis pelas limitações funcionais e que geram grandes riscos de perda de equilíbrio, restringindo suas atividades, caindo em uma síndrome da imobilidade que provocam descompensação física e funcional. (JACOB FILHO, 2006).

É importante destacar que a manutenção do movimento do corpo e o peso corporal são fundamentais na busca de preservação da autonomia da velhice em face das perdas fisiológicas próprias do envelhecimento, principalmente a mulher carente, que é o nosso público pesquisado, manter-se saudável no envelhecimento é necessidade já que são desprovidas de recursos para tratamentos de longa duração ou compra de medicamentos.

A fraqueza muscular ou o encurtamento muscular e a diminuição da amplitude de movimento podem levar a alterações no equilíbrio e dores articulares, com conseqüente restrição da capacidade funcional e aumento do risco de quedas. Portanto, manter o peso corporal e realizar exercícios sob orientação médica são indispensáveis para manutenção da capacidade funcional, podendo reduzir ou prevenir inúmeras incapacidades funcionais associadas ao envelhecimento feminino.

Quanto as alterações posturais, pode ser destacado que são processos fisiológicos no envelhecimento, mais essas alterações podem repercutir ao movimento humano levando a sobre cargas em outras áreas do corpo, aumento de tensões articulares, dificultando a marcha ou equilíbrio da mulher, causando instabilidade postural e quedas (APLEY & SOLOMON, 2002; KISNER & COLBY,2005;OLIVER & MIDDLEDICTH,1998)

Em uma pesquisa, o autor defende a importância do conhecimento prévio das alterações posturais nos idosos, pois aumentaria consideravelmente a capacidade da equipe de saúde responsável pelos idosos trabalhar preventivamente, impossibilitando alterações articulares crônicas que possibilitam as perdas funcionais, dessa forma reduziria a grande incidência de quedas comuns nesta faixa etária (KAUFFMAN, 2001)

A análise bivariada da variável alterações posturais, revelou das 196 mulheres que relataram alguma alteração postural 82 mulheres sofreram mais de duas quedas. As 213 mulheres que não relataram nenhuma alteração postural, 60 relataram mais de 2 quedas em um ano. Os resultados obtidos na análise bivariada (OR:1.83 [1.21 – 2.76] $p = 0.001$) apresentaram significância estatística referente ao desfecho (caidoras crônicas).

Imaginem um idoso que apresenta uma hipercifose, hiperlordose ou escoliose de grande amplitude e se encontra bem acima do peso esperado? Essas alterações posturais resultam em sobrecarga e tensão indevidas sobre ossos, articulações e músculos, desenvolvendo maior compensação articular em uma determinada área corporal, com certeza, levará a um círculo de problemas que afetará a sua mobilidade e percepção corporal aos obstáculos diários.

Os distúrbios músculo-esqueléticos originados pelas alterações posturais, podem ser dolorosos e reduzir a mobilidade e a vitalidade de uma pessoa, geralmente acarretam ausência de suas atividades rotineiras, incapacitando a pessoa e se não forem tratados contribuirá para aumentar os riscos de quedas freqüentes na mulher (FREITAS, 2002).

A obesidade é um fator real e preocupante observado nessa população de estudo, que pode favorecer ao declínio da saúde dessas mulheres, por apresentarem um perfil de obesidade, acabam desenvolvendo patologias secundárias que comprometem sua qualidade de vida, nesse momento estamos falando da HAS, dentre as mulheres entrevistadas, 242 (59,2%), relataram ser hipertensas.

Na análise bivariada a HAS apresentou um fator de risco importante na contribuição dos freqüentes eventos de quedas, (OR:1.81 [1.18 – 2.78] $p = 0.003$), demonstrando significância estatística, na relação hipertensão arterial e caidora crônica.

Demonstra-se em estudos nos últimos anos que a HAS é um dos importantes fatores de riscos cardiovascular, após 60 anos, seguramente 60% da população é hipertensa, explicando que a maior prevalência de HAS se relaciona com o excesso do peso corporal. (LUNA;SABRA, 2006).

Torna-se preocupante a prevalência encontrada nessa população na identificação do perfil para quedas, pois, a HAS é um dos fatores intrínsecos ligados a doenças crônicas, que devem ter um acompanhamento médico, para evitar

complicações proveniente do quadro hipertensivo, contribuindo para morbidades ou mortalidade feminina.

Guimarães et al (2002) em seu estudo compara a propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e têm vida sedentária, demonstraram como resultado os idosos que mais sofrem quedas são aqueles que apresentam alguma enfermidade, especialmente os que levam a alterações da mobilidade, equilíbrio e controle postural, comprovando nessa pesquisa que a ocorrência de quedas esta diretamente proporcional ao grau de incapacidade funcional, ou seja, principalmente aqueles grupos que entram no ciclo de tendências de quedas.

De encontro com a literatura constatamos que o sedentarismo e a obesidade tem aumentado muito na atualidade e principalmente entre as mulheres quando entram no climatério, contribuindo para acelerar as perdas funcionais no idoso. Esse público feminino com características sócio-econômicos menos favorecido, que se apresentam sedentárias ou obesas tendem a deterioração nas habilidades funcionais da vida diária levando a um grande impacto na qualidade de vida da mulher idosa e seus familiares, conseqüentemente influenciando em uma menor mobilidade corporal aumentando as chances de se tornarem caídas crônicas.

Referente ao grupo de variáveis auto-percepção da saúde foi verificado que 218 (53,4%) mulheres relataram ter problemas articulares. As mulheres pesquisadas que se encontram acima do peso, devem ficar atentas a sua saúde física, pois o aumento do peso corporal levará a uma maior sobrecarga em suas articulações, tendões, fâscias ou músculos, tendendo a quadros algícos e rigidez articular que limitam seus movimentos funcionais, isso quer dizer que a mulher torna-se dependente, pois apresentará grandes dificuldades de locomoção, estando mais sujeitas a sofrerem desequilíbrios constantes e quedas freqüentes

Netto, (2005); Pickles *et al* (2002) revelam que as doenças articulares especialmente da coluna cervical, lombosacra e membros inferiores podem causar dores articulares, articulações instáveis, fraqueza muscular, contribuindo para uma marcha instável prejudicando a capacidade de endireitamento do corpo após a perda do equilíbrio podendo ser um fator associado aos riscos de quedas

Diferentemente de alguns estudos, Anderson, (2003) em sua pesquisa relata que ter problemas articulares não mostrou um fator de risco para quedas e sim um fator de proteção, pois o idoso torna-se mais cuidadoso ao realizar suas tarefas, devido às próprias restrições advindas da patologia. Nessa discussão poderá ser levantado um problema o risco de imobilidades, muitas vezes essas restrições como:

a dor articular, a rigidez, o medo de sair de casa para realizar sua atividade, deixa o idoso confinado, no quarto, na cama, em casa, diminuindo cada vez mais suas atividades, que poderão comprometer muito a sua saúde, interferindo na sua independência e autonomia, levando aos riscos de patologias secundárias a imobilidade prolongada e quedas.

As mulheres entrevistadas segundo sua autopercepção de saúde, relacionaram o climatério/menopausa como uma fase que trouxe várias repercussões a sua saúde, dentre elas a obesidade, alterações emocionais, dores articulares e perda do rendimento físico. O Climatério, é um período fisiológico feminino que promove transformações na vida feminina. As mulheres podem estar no período climatérico, mais nem sempre possuem os chamados sintomas climatéricos, nessa pesquisa foi encontrado uma importante prevalência de pessoas com sintomas climatéricos 64,8% (264). O crescente relato de mulheres que relatam possuir algum sintoma climatérico, confere com a literatura que vem demonstrando em estudos a crescente sintomatologia climatérica e as repercussões na saúde da mulher (DE LORENZI et al,2004).

Dentre os sintomas climatéricos e demais doenças nesse período pode-se destacar os que apresentam maior repercussão na vida das mulheres como: Osteoporose, obesidade, doenças cardiovasculares, sintomas urogenitais, ondas de calor, tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, diminuição de atenção, concentração e memória, pensamentos negativos (morte, ruína e culpa), perda do prazer ou interesse pelas questões cotidianas e diminuição da libido, que podem desencadear o isolamento social dessa mulher, que leva a restrição da sua funcionalidade que a torna um grande alvo para sofrer acidentes , quedas ou fraturas. (FREITAS, 2002; RAMOS, 2006)

A osteoporose na mulher climatérica encontra-se entre as maiores causas de quedas que podem levar a mortalidade ou morbidade, sua incidência aumenta de acordo com a tendência demográfica etária da população mundial e seu respectivo aumento na expectativa de vida. (MONTEIRO & GAVA,2005)

Apesar da alta prevalência não foram encontradas associação estatisticamente significativa desta variável com o desfecho caidora crônica, na análise bivariada (OR:1.35[0.87-2.08] p= 0.084). Como os valores obtidos na análise bivariada estiveram próximos de uma possível associação com o desfecho estudado, esta variável foi analisada também no modelo multivariado, que poderá ser analisado posteriormente.

Quanto as alterações neurosensoriais (esquecimento, tonteira ou desmaios), elas podem ocorrer com o passar do anos, ou podem estar indicando uma patologia mais séria, na qual a idosa, seus familiares ou cuidadores devem está atentos na percepção qualquer sintoma recorrente, possibilitando uma investigação precoce, evitando interferir na saúde física e mental dessa mulher. (EKMAN ,2004)

Em nossa casuística, 184 mulheres (45,4%) relataram uma dessas alterações e 84 apresentaram-se como caídas crônicas. Na análise bivariada foi obtido o resultado (OR: 2.64[1.74 – 4.02]p= 0.000), demonstrando uma importante associação estatística entre essas variáveis e caídas crônicas.

Na presente investigação, ficou demonstrado na análise bivariada significativa associação com a informação de quedas no período do climatério.

A literatura expressa que a labirintite ou distúrbios vestibulares podem afetar indivíduos em todas as faixas etárias, mais se tornam mais freqüentes e graves na terceira idade. A visão, o labirinto e o sistema proprioceptivo (receptores responsáveis por informações sobre o ambiente, com grande importância na manutenção do controle postural), são chamados de sistema sensorial são comprometidos com o próprio processo do envelhecimento, ocasionando instabilidade postural e distúrbios da marcha. (SALDANHA & CALDAS, 2004).

Acreditamos que as alterações da marcha e a instabilidade postural originada pela labirintite, podem constituir importantes fatores de risco para quedas, tornando-se importante a identificação precoce das alterações de equilíbrio no paciente, para evitarmos conseqüências graves a sua dependência.

De acordo com dados dos National Institutes of Health (2005), cerca de 30% das pessoas procuram auxílio médico queixando de vertigem pelo menos uma vez durante toda a sua vida, sendo que após os 65 anos de idade, a vertigem se torna uma das causas mais comuns de restrição das suas atividades diárias devido aos desequilíbrios posturais que desencadeia ao idoso ao medo de andar ou movimentar-se, para evitar sofrer quedas ir ou acidentes. O sistema vestibular exerce um papel fundamental no controle motor, além de fornecer informações sensoriais sobre o movimento e a posição da cabeça, o sistema vestibular exerce dois papeis no controle motor: estabilização do olhar e ajustes posturais, importante para realizações das atividades funcionais, atuando assim no esquema corporal (EKMAN, 2004).

Podemos dizer que se o idoso diminui a percepção na execução de suas tarefas a tendência é diminuir cada vez mais suas atividades diárias, por medo ou

por insegurança, se sentindo doente, sem função ou dependente, que causará grandes riscos a sua saúde como problemas físicos e emocionais. Dessa forma acreditamos que as alterações do equilíbrio contribuem na classificação de caidores crônicos.

Consultando a literatura verifica-se que os sintomas mais referidos nas desordens vestibulares por pessoas idosas são: insegurança, falta de equilíbrio ao caminhar e náuseas. Estes sintomas podem ser leves, durando uns minutos, ou podem ser bastante severos, resultando em uma incapacidade severa. Alguns pacientes com labirintite queixam-se de cansaço, perda de força e concentração, quando estes sintomas são constantes tornam-se debilitantes e podem se acompanhados por irritabilidade, perda de auto-estima ou depressão (GAZZOLA et al, 2006).

A labirintite como demonstrado nos estudos é uma patologia que pode comprometer o equilíbrio humano devendo ser tratado adequadamente por um profissional capacitado. Sem o tratamento específico poderá comprometer a qualidade de vida da mulher, que acaba restringindo as suas tarefas diárias devido à sintomatologia da patologia, iniciando um ciclo de limitação funcional, que contribuirá para ocorrências de quedas freqüentes.

Em relação a Diabetes, o aumento da expectativa de vida como descrito nessa pesquisa vem evidenciando maior quantidade de doenças crônicas nas mulheres, dentre essas, a diabete em nosso estudo alcançou uma prevalência de 15,5%. A prevalência mundial da doença vem apresentando um crescimento com proporções epidêmicas, evidenciando um aumento da prevalência da diabete nos idosos, estimando-se que em 2025, existirão 300 milhões de casos. (SANTOS, 2006).

É importante destacar nessa pesquisa a prevalência de mulheres obesas, e mais uma vez de encontro com a literatura, observamos nessa população estudada, a obesidade é um fator importante para desenvolver a diabete. Em nossa pesquisa no cruzamento da variável com o desfecho (caidora crônica) (OR:2,39 [1.38-4.12] p = 0.000), a presença do diabete apresentou relação estatisticamente significativa como fator de risco para caidoras crônicas.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) realizou um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência de excesso de peso, adiposidade central e suas relações com distúrbios metabólicos e observaram que a disposição abdominal de gordura implica na resistência à insulina nesta população. A cada kilo de peso adquirido aumenta-se em 3,1% o risco de doenças coronárias. O "moderno" estilo de vida, caracterizado por dietas ricas em gordura e pobres em fibras, associado à

inatividade física, têm implicações neste ganho de peso. Concluiu que a obesidade, especialmente de distribuição abdominal, associa-se a fatores de risco cardiovasculares como: dislipidemia (alteração de colesterol e triglicérides), hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tipo 2.

Em relação aos estudos constatamos que a obesidade nessa população é um grande fator de riscos que proporcionam o aparecimento de patologias que contribuirão para o declínio da sua saúde, lembrando que nessa população de mulheres carentes, quanto maior doenças crônicas forem portadoras, maior será a procura por atendimento em serviços de saúde na rede pública, esse que infelizmente não estão preparados para atender a demanda. Isso resultará para essas mulheres conseqüências graves no que se refere à qualidade de vida no envelhecimento. O importante é alertar as mulheres que estão no grupo de obesas que devem manter hábitos saudáveis, pois essas possuem uma probabilidade maior do que aquelas que mantêm hábitos saudáveis (GRIZ & BANDEIRA, 2006)

A mulher idosa, obesa e portadora da diabete, pode desenvolver como complicações da diabete incapacidades físicas, infarto, insuficiência renal e outras que contribuem diretamente para incapacidade funcional da idosa, com redução das suas atividades funcionais (SALDANHA & CALDAS, 2004)

Em concordância com os autores sabemos da importância da mobilidade articular no envelhecimento, a restrição das atividades diárias do idoso ou síndrome da imobilidade, contribuem para repercussão na sua saúde física, originando rigidez articular, perda de força para pequenos esforços e perda do equilíbrio contribuindo para o aumentar os riscos de quedas freqüentes.

Um estudo publicado por pesquisadores suecos da Universidade de Malmö, Suécia, na edição de dezembro de 2005 da Osteoporosis International investigou prospectivamente fatores de risco para fratura de bacia em pacientes com idade variando de 40 a 75 anos, e que sofreram quedas. A análise final de dados do grupo feminino pelo modelo de regressão de Cox mostrou que os fatores de risco com as associações mais expressivas com fratura de bacia foram o diabete (razão de risco (RR) 3.89, 95% intervalo de confiança (IC) 1,69 – 8,93, p=0,001) (BEATTI, 2005).

Outra morbidade freqüentemente relacionada a quedas é a incontinência urinária. Trata-se de uma condição mais prevalente na terceira idade e principalmente na população feminina durante a menopausa, muitas pessoas acreditam ser natural do envelhecimento, por isso não procuram um médico para relatar o problema. A mulher que apresenta a perda de urina involuntária, sente

vergonha, desenvolvendo múltiplos problemas médicos, psicológicos e sócio-econômicos, que contribuem para ocorrência de doenças, transtornos psicológicos e psiquiátricos, dificuldade no relacionamento familiar e social, isolamento social e possíveis institucionalização (REIS et al, 2003)

Podemos dizer que a incontinência urinária é um problema importante para o idoso devendo ser identificado, por tratar-se de um problema que causa constrangimento na mulher leva a depressão e insônia predispondo essa mulher a ficar mais tempo deitada ou sentada que interfere nas suas habilidades motoras e de equilíbrio, podendo levar essa mulher a incapacidades de locomoção que influencia no risco de quedas freqüentes. Deve ser identificado e tratado para que não interfira de forma significativa na qualidade de vida dessa mulher .

A incontinência urinária também pode contribuir para o aparecimento da infecção urinária, outra variável estudada nessa pesquisa, cerca de 9,7% de mulheres relatam na atual pesquisa ter sempre infecção do trato urinário(ITU). É uma situação comum em idosos e estima-se que ocorra em 20 a 25%, das mulheres e em mais ou menos, 10% dos homens maiores de 65 anos (GUILHERMINO, 2004)

Conforme os dados da literatura, estima-se a maior prevalência para o público feminino, tornando-se importante as orientações para esse público na tentativa de prevenir ou tratar adequadamente a infecção urinária, para não desencadear novas patologias que comprometam ainda mais sua saúde.

A prevalência é maior na mulher devido a sua anatomia e as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, a presença do hormônio estrogênio cria um ambiente na região vaginal e periuretral que impede o crescimento das bactérias.

A infecção urinária pode trazer prejuízos importantes como a piora da qualidade de vida, necessitando de internações, uso de medicamentos, trazendo conseqüências para o idoso como dificuldades para se locomover, problemas funcionais ou cognitivos, incapacidades que contribuem para a possibilidade de quedas nesses pacientes. (HEILBERG & SCHOR, 2003)

Na investigação houve associação significativa do relato de Incontinência e infecção urinária com o desfecho. Dessa forma o estudo é concordante com a literatura, demonstrando que essas variáveis quando não diagnosticada precocemente e tratadas podem levar grande prejuízos a saúde da mulher, facilitando a ocorrência de doenças que desenvolvem restrições motoras e de equilíbrio ortostático que influencia a ocorrência de quedas freqüentes (DUARTE & D´ELBOUX, 2005)

Em relação às doenças cardiovasculares também investigadas no questionário, as mulheres no período da menopausa, sedentárias e obesas as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade. Embora seja um processo fisiológico, a menopausa resulta em alterações no organismo feminino, tornando a mulher susceptível ao aparecimento de doenças entre elas as doenças cardiovasculares. No período da menopausa ocorre o declínio nos níveis de estrogênio que representa um fator protetor para a saúde da mulher (GRIZ E BANDEIRA, 2006)

A prevalência de mulheres nesse estudo que revelaram ter conhecimento que apresentam alguma doença do coração foi de 10,2% (41 pessoas), foi uma prevalência pouco esperada pelo perfil dessa população estudada.

Na origem das quedas estão envolvidos fatores intrínsecos, os quais se relacionam com o equilíbrio, propriocepção, regulação vasomotora e diminuição de reflexos sensoriais e motores, as alterações cardiológicas estão também envolvidas entre os fatores intrínsecos relacionados a quedas (HEKMANN & PAIXÃO, 2002)

Os sintomas decorrente dos problemas cardíacos como cansaço, dispnéia, fadiga, palpitações, tonturas que podem ser desencadeados por pequenos, médios ou grandes esforços são fatores que contribuem para a idosa limitar as suas atividades diárias. Com efeito, a paciente que apresenta os sintomas relacionados, tendem a uma dependência física, que poderá desencadear alterações músculo-esqueléticas dificultando suas habilidade motoras diárias, como por exemplo: dificuldade para levantar-se da cama, andar, tomar banho ou outras atividade diárias (KAUFFMAN, 2001)

Como já observado na pesquisa o processo natural do envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema de nosso organismo, então se o idoso for portador de uma ou mais doenças crônicas sem tratamento adequado, o seu prognóstico será a deterioração muito mais rápida da habilidade de manter-se independente, tendendo a imobilidade, e isso irá contribuir significativamente para a diminuição da força muscular, rigidez articular, instabilidade postural, que são fatores que contribuem para as quedas, causa importante de morbidade entre os idosos, e que podem ter conseqüência desastrosas

Os Pacientes que apresentam problemas respiratórios relatados nessa pesquisa (13,1%), assim como os problemas cardíacos tendem a ter desconfortos respiratórios em determinadas atividades, com isso restringem suas atividades e passam grande parte do dia ou sentados ou deitados, devido ao cansaço, dispnéia

ou dor, ocorrendo a síndrome da imobilidade que é representada por um conjunto de alterações que podem ocorrer no idoso, decorrentes de uma imobilização no período prolongado como ocorre em paciente com problemas respiratórios ou cardíacos e cujas complicações poderão comprometer em muito a saúde e autonomia da idosa. (KISNER; COLBY, 2005)

A análise bivariada o cruzamento das variáveis cardiopatia e caídora crônica (OR:2.39[1.24-4.59] $p= 0.004$) e problemas respiratórios (OR:2.48[1.39-4.43] $p=0.001$) apresentaram significância estatística, podendo ser relacionadas como fator de risco para quedas freqüentes.

A coexistência de múltiplas condições crônicas e agudas como identificado nessa população, em um mesmo paciente podem ser considerados fatores de riscos para qualquer avaliação prognostica do indivíduo que envelhece (FILHO, 2006). Em concordância com o autor acreditamos que o idoso que apresenta co-morbidades, apresentam redução na sua autonomia e nas habilidades para o desenvolvimento de atividades cotidianas, tornando-se dependente do auxílio de outras pessoas, susceptíveis ao aparecimento de novas doenças, quedas, traumas ou até mesmo a mortalidade

Algumas das variáveis que não alcançaram significância estatística na análise bivariada no presente estudo tem sido apontadas em outras pesquisas como fatores de risco relacionado a queda na população idosa

Este é o caso da insônia 53,7%, apesar de uma prevalência importante não apresentou estatística mente relevância para os eventos de queda. Soares (2006), em seu artigo diz que transtorno de sono constituem uma queixa comum entre mulheres na menopausa, mulheres em transição para menopausa ou pós-menopausadas apresentam problemas de sono com uma freqüência muito maior do que mulheres mais jovens em pré-menopausa. Outros estudos indicam que o distúrbio de sono significa 10% das queixas apresentadas por idosos nos consultórios médicos, sendo mais prevalente no sexo feminino, os fatores associados a insônia: sexo feminino, envelhecimento, estado civil, baixo nível sócio-econômico, problemas sócio-familiares e portadores de doenças crônico-degenerativas (SCHNEIDER, 2002).

A literatura, desperta a idéia que a insônia crônica no idoso pode ser um grande fator de risco para a sua saúde, trazendo repercussões significativa para o indivíduo, família e sociedade, ou ainda ser fatores de risco para patologias ou acidentes, onde as quedas podem estar incluídas. Rodriguez (2004), relaciona a

insônia a mortalidade, riscos de acidentes e funcionalidade e qualidade de vida. O idoso com sono durante o dia apresenta maior comprometimento emocional, intelectual e de socialização, além de existir o risco de quedas, com fraturas, traumatismos cranianos entre outros.

Na atual pesquisa o resultado estatístico apresentado (OR: 0.72[0.48-1.09] $p=0.063$) não relacionou a insônia como um fator responsável por quedas freqüentes como observado em alguns estudos.

Em se tratando do etilismo (16,7%), das 68 mulheres que fazem uso de bebida alcoólica, 20 são classificadas como caidoras crônica. Se fôssemos esquematizar a história natural do alcoolismo observaríamos que o sexo é um fator relevante no processo patológico. O alcoolismo ainda é mais comum entre os homens do que entre as mulheres.

Alguns estudos em relação ao álcool vai de encontro com essa pesquisa, onde os resultados encontrados relatam nenhuma relação com as quedas e fraturas, podendo até ser associado como efeito protetor para quedas e fraturas, se tratando do consumo moderado (TINETTI *et al*, 1998)

A prevalência encontrada nessa pesquisa apresenta-se acima dos índices que alguns autores demonstram em seus estudos. Em sua pesquisa que em 1.968 adultos pesquisados de 20 a 69 anos verificou-se que 14,3 % fizeram usos abusivos de álcool, sofrendo traumas ou acidentes, com predomínio entre os homens idosos que pertencem a classe social menos elevadas (RIGO *et al*, 2005).

A dependência de álcool acomete 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas maiores cidades, sendo responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito, lesões ou óbitos. (DRIUSSO & CHIARELLO, 2007)

Verificamos que o álcool apresenta-se direcionado para ocorrência de acidentes ou óbitos, sendo pouco destacado na literatura a relação de álcool e quedas , até porque o etilista quando sofre uma queda e dá entrada em um hospital, será notificado como um acidente ou um trauma , pois decorrente dessa queda terá uma lesão mais séria.

Mesmo não apresentando significância estatística, o resultado do estudo dessa variável contribuiu para demonstrar o crescente percentual em relação as outras pesquisas, que estudaram os gêneros feminino e masculino. É importante destacar que o uso de álcool entre o idoso é um problema mundial de importância crescente, porém pouco avaliado e discutido , apesar do crescimento etário.

Em relação ao local da queda o ambiente domiciliar obteve destaque as variáveis ao ambiente, chamados de fatores extrínsecos, que oferecem risco as quedas dessas mulheres, teve maior prevalência os tapetes (63,0%), sapato alto (36,7%), piso encerado (32,8%), escada (32,8%), sapatos mal adaptados (2,2%) e roupas compridas (1,%).

Segundo Perracini, para os caidores crônicos, as mulheres solteiras, desquitadas ou viúvos e que moram só, tem maiores probabilidade de cair e voltar a cair no ambiente domiciliar, pois desempenham mais atividades sem auxílio de ninguém, estando mais expostos aos riscos como: piso molhado ou encerado, tapetes, prateleiras altas tendo a necessidade de subir em escadas ou bancos para alcançar o que deseja entre outros.

Existem muitos obstáculos ambientais que podem predispor o paciente a cair, na comunidade A maioria das quedas ou acidentes ocorrem na própria residência dos pacientes. As atividades rotineiras relacionadas a quedas incluem sentar ou levantar de camas e cadeiras; tropeçar em objetos da casa, ou revestimentos do assoalho, como tapetes, carpetes e soleiras de portas e escorregar em superfícies molhadas, pisos encerados , usando calçados inadequados ou descendo escadas. (DUARTE, & D´ELBOUX, 2005; ZINNI & PUSSI, 2003)

Em comum com a literatura os fatores extrínsecos contribuem significativamente para os eventos freqüentes de quedas no domicílio. As quedas em domicílio são causados por eventos ocasionais , atingindo maior prevalência naqueles idosos que apresentam um perfil depressivo, deficiência de equilíbrio, alteração da marcha ou moram só. Quanto maior a vulnerabilidade e a instabilidade que este problema poderá causar ao idoso, maior o risco de quedas no ambiente domiciliar, que poderá resultar em conseqüências graves.

Outro dado importante é a freqüência de exposição ao ambiente; dando como exemplo os idosos que usam escadas regularmente têm menor risco de cair do que os que usam esporadicamente. (INTO, 2003; TINETTI *et al*, 1988)

Essa informação torna-se importante por demonstrar a importância da saúde física do idoso, pois o idoso que realiza suas atividades diárias, mantém sua estrutura músculo-esquelético e proprioceptiva mais adequada para vencer os obstáculos ambientais minimizando ou evitando risco de quedas. É importante também para o idoso o conhecimento de possíveis risco ambientais em sua residência.

As quedas e suas conseqüências no ambiente domiciliar podem empurrar a idosa a declínio da sua funcionalidade que pode transformá-lo em um ser dependente para a realização de suas atividades diária. No estudo atual 48,% relataram alguma limitação após queda como medo de novos episódios, insegurança e em alguns casos perda da sua independência e autonomia.

O fator mais prevalente para as quedas segundo as mulheres foi o tapete, na análise bivariada, o tapete apresentou significância estatística, apresentando-se como grande fator de risco nas residências para as quedas freqüentes (OR:3.35 [2.08-5.38] p = 000).

Em respaldo pela literatura verificamos em nosso estudo uma prevalência importante de mulheres que relataram cair freqüentemente em escadas (32,8%), ao analisar estatisticamente, (OR: 1.97[1.28-3.02]p=0001), com grande significância referente ao desfecho da pesquisa. Em relação às escadas alguns trabalhos mostram que 10% ocorrem em escadas, especialmente ao descer, sendo o primeiro e o último degrau os mais perigosos. (CALDAS; SALDANHA, 2004; JACOB FILHO, 2006)

Em relação ao piso encerado, constitui grandes riscos de desequilíbrios ao andar sobre essa superfície, as manobras posturais no ambiente, facilmente realizadas e superadas por idosos saudáveis, associam-se fortemente a quedas naqueles portadores de alterações do equilíbrio e da marcha. A análise da variável piso encerados e caidora crônica (OR:3.58 [2.31-5.53] p= 0.000), apresentou-se estatisticamente significativa, tendo relação com quedas freqüentes no ambiente domiciliar.

Para abordar as quedas, podemos enumerar vários fatores de risco em cada situação, pois dificilmente como demonstrado a queda é o resultado de um fator isolado. É importante frisar que mesmo que existam múltiplos fatores, devemos identificar aquele que efetivamente provocou aquela queda, de modo que se possa prevenir um novo episódio de forma eficaz.

No envelhecimento fisiológico o idoso apresenta uma marcha cautelosa, os passos são mais lentos e curtos, com menor elevação dos pés a caminhar, a postura se torna fletida e o equilíbrio estável ocorrem alterações posturais, que contribuem para difícil mobilização articular, para isso se faz necessário ao andar que a pessoa utilize roupas adequadas e sapatos confortáveis facilitando a marcha, os chinelos ou sapatos apertados, levam a um andar arrastado com flexão dos membros inferiores que dificultará a marcha vencer os obstáculos encontrados no ambiente, levando a

tropeços e quedas. Por isso a utilização de sapatos confortáveis contribuirá para um melhor andar, com conforto e equilíbrio, e melhor aptidão para as perturbações posturais no dia-a-dia. Sapatos mal adaptados (OR:3.86 [0.95-15.70] $p = 0.030$)

Algumas das variáveis referentes ao ambiente residencial não alcançaram significância estatística na análise bivariada no presente estudo tem sido, mais são apontadas em outras pesquisas como fatores extrínsecos de risco relacionado a queda na população idosa (DIPACE; LIMA; MEDEIROS, 2006)

É o caso das roupas compridas (OR:0.61[0.06-6.01] $p=0.371$) e sapatos altos (OR:0.93[0.60-1.42] $p=0.373$), que nessa população de estudo não apresentaram associação com caidora crônica.

No afã de obter informações sobre as variáveis mais relevantes, passíveis de influenciar o desfecho caidora crônica, submetemos as variáveis a uma nova análise, desta feita por grupos hierárquicos, utilizando o expediente da modelagem multivariada. Tal decisão pretendeu avaliar a importância de fatores de natureza não- biológica, pouco analisada pela literatura. Do mesmo modo buscou evitar o aglomerado de variáveis de natureza diversa, com larga chance de resultados duvidosos.

As primeiras incursões no modelo estatístico bivariado revelaram grande parte das variáveis sócio-econômicas demonstraram associação com o desfecho da pesquisa (caidora crônica). No entanto, quando submetidas à análise multivariada apenas a variável ausência de atividades laborativas extra-residencial, representou significância estatística com o desfecho.

Portanto, a mulher que não possui uma atividade laborativa fora de casa nesse estudo foi relacionado como um grande fator de risco para as quedas freqüentes, ou seja , para a classificação da caidora crônica.

Nas ultimas décadas, o Brasil vem passando por intensas transformações econômicas demográficas e culturais. A população feminina vem ganhando destaque no envelhecimento, levando a crescente participação no mercado de trabalho. Com o amadurecimento da mão de obra feminina ocupada, temos uma população feminina economicamente ativa (BICUDO & FERREIRA, 2001)

Um terço dos idosos em nosso país continuam no mercado de trabalho, sendo que pelo menos 27,4 % de mulheres idosas fazem parte dos 29,4 % das brasileiras que sustentam suas famílias. A despeito da variável morar só não influenciar de modo significativo o desfecho da presente investigação merece ser

relatado que 10% de idosos que moram sozinhos são representados pela população feminina (IBGE, 2005).

A mulher quando atinge os 60 anos e se desliga do seu trabalho seja qual for o seu tipo de atividade, experimenta a perda de um lugar social valorizado como um indivíduo produtivo, a perda dos papéis sociais e as perdas econômicas levam o idoso a um maior isolamento, dificultando o contato social, já que diminui o seu espaço de vida físico e psíquico, sendo comum o aparecimento de sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão e desesperança, contribuindo para o surgimento de incapacidades funcionais. (THOMPSON, 2002)

Portanto manter uma rotina de trabalho produtivo fora de casa, contribui para as mulheres um estímulo para a movimentação do corpo permitindo a possibilidade da idosa manter uma vida social. (DRIUSSO;CHIARELLO, 2007).

Segundo Neto & Ramos (2005) quando a mulher se aposenta com 60 anos, hoje representando uma população bastante ativa, desenvolvem sintomas da síndrome da pós-aposentadoria. Os sintomas da síndrome pós-aposentadoria compreendem a falta de memória (esquecimentos), concentração, fraqueza, cansaço e distúrbios do sono, devem ser avaliados adequadamente, pois muitas vezes podem ser confundidos com enfermidades relacionadas ao envelhecimento.

A sintomatologia referida pelos autores, devido a ruptura com uma rotina fora de casa que surge, poderá desenvolver riscos a saúde física e mental, com a diminuição das suas habilidades motoras e proprioceptivas, a idosa terá maior probabilidade de desenvolver doenças, sofrer acidentes ou quedas, comprometendo a manutenção da sua independência e autonomia .

Os autores Driusso & Chiarello (2007), complementam o nosso pensamento, onde defendem a importância das atividades fora da residência, manter uma rotina de trabalho produtivo, contribui como um estímulo para a movimentação do corpo permitindo a possibilidade da mulher idosa manter uma vida social e sem déficit locomotor.

Como percebido através da pesquisa as atividades laborativas representa um benefício para manutenção capacidade funcional, auto-estima, e redução dos riscos de isolamento social. Veras (1994), afirma que um dos fatores que predispõe os idosos às quedas freqüentes é o isolamento, a diminuição da família, a viuvez e a restrição de atividades fora do lar. Esses fatores observados pelo autor contribuem

para a solidão no envelhecimento que pode gerar agravamento para diversas patologias ou risco de acidentes incluindo as quedas.

Realizar atividades fora da residência significa manter o corpo ativo garantindo a manutenção e melhoria nas atividades de vida diária, proporcionando a sua autonomia e independência física, diminuindo os riscos de quedas em frente aos obstáculos diários

Há consenso na literatura relacionando a importância desse resultado, a variável ausência de atividades laborativas extra-residencial, está relacionada com as perdas de papéis ocupacionais significativos que contribuem para a perda acelerada das suas habilidades físicas e mentais. As atividades laborativas são benéficas e necessárias para a satisfação com a vida no envelhecimento, contribuindo para a manutenção da auto-estima e autopercepção, que são fundamentais para evitar as quedas freqüentes, melhorar sua saúde e bem-estar no decorrer do envelhecimento.

Começamos a refletir a importância da idosa realizar tarefas fora da sua residência, quanto mais ativa essa mulher estiver no envelhecimento melhor serão as suas condições de saúde física e psíquica, enquanto as mulheres que não exercem atividades laborativas extra- domiciliar (77,4%), tendem a mudanças dramáticas em sua vida no envelhecimento, desenvolvendo limitações funcionais importantes, diminuindo a sua capacidade de atenção aos perigos ambientais que resultará em quedas freqüentes.

É importante incentivar o relacionamento da idosa com pessoas, assim como desenvolver tarefas respeitando as suas limitações, a falta de objetivo e atividades no envelhecimento, pode dar a pessoa um sentimento de inutilidade, que pode acabar adoecendo, debilitando a saúde física desencadeando elevado nível de angústia e depressão. A inatividade quando presente na terceira idade, conduz o paciente para a debilidade dos movimentos articulares amplos, rigidez articulares, encurtamentos musculares, diminuição da massa muscular e perda da força e equilíbrio para pequenos esforços, contribuindo para aumentar o risco de quedas freqüentes. Concluímos nesse item, a mulher que não trabalha fora apresenta maiores risco de quedas (caidora crônica), do que aquelas que mantém atividades rotineiras.

Na análise das variáveis auto-percepção da saúde pelo modelo bivariado, revelou associação de vários fatores que vão de encontro com o desfecho (caidora crônica), já amplamente discutido nesse trabalho.

Buscando melhor definição para o perfil da mulher caidora, esses dados foram analisados em conjunto através do ajustamento multivariado, demonstrou associação significativa com as seguintes variáveis, doenças articulares; diabetes e alterações neurosensoriais.

A pesquisa demonstra a importância de descobrir nesse público estudados os fatores desencadeadores de quedas frequentes, sabemos que as doenças são comuns na terceira idade, e em alguns casos, podem levar a imobilidade, quedas, confusão mental, alterações dos órgãos dos sentidos, incontinência ou outras alterações.

Com o passar dos anos, surgem às doenças articulares, queixa essa comum entre as mulheres entrevistadas, não são fatais, mas alteram significativamente a qualidade de vida, constituindo importante fator de risco para as quedas. A sua sintomatologia determina complicações e condições debilitantes que, conduzem a imobilidade, desuso, debilidade muscular estabelecendo um quadro clínico que geralmente contribuem para a redução de capacidade funcional.

A mulher idosa apresenta dificuldade para realização das suas tarefas, passando a ter em alguns casos grandes limitações funcionais. Desenvolvem um ciclo de dependência que resultam na perda da sua independência e autonomia, iniciando um quadro de imobilidade.

Os autores esclarecem que a imobilidade é prejudicial à saúde física, causando grandes prejuízos como: hipomobilidade articular, hipotonismo, hipotrofismo, alterações posturais, déficit de equilíbrio, e andar arrastado. Quando a mulher com doenças articulares encontra-se em frente aos obstáculos diários do ambiente tendem a ter maior dificuldade a vencê-los, ocorrendo tropeços, que leva a perda do equilíbrio e resultando de quedas. (REBELATTO et al, 2006; SALDANHA & CALDAS; 2004).

Concordando com a literatura a idosa independente em frente aos riscos ambientais dificilmente terá essa dificuldade, vence facilmente, sem oscilações do equilíbrio, mantendo o ortostatismo, já a pessoa com comprometimento físico não conseguirá realizar o ajuste do corpo em frente aos riscos ambientais e resultará na queda da própria altura.

A debilidade em manter algum equilíbrio e força muscular proveniente de problemas articulares, são responsáveis pelo grande número de quedas que acometem o indivíduo idoso.

É importante frisar que as quedas possuem características multifatoriais, mas mesmo que existam múltiplos fatores, devemos identificar aquele que efetivamente provocou aquela queda, de modo que se possa prevenir um novo episódio de forma eficaz. Em nossa pesquisa a população de estudo demonstrou que o fator de grande contribuição para as caídas crônicas (perfil propenso as quedas), foram o grupo de mulheres que relataram ter doenças articulares (artrose, osteoartrose). Para minimizar as chances de quedas com conseqüências graves é indispensável descobrir a etiologia das quedas para o tratamento específico, buscando evitar as perdas funcionais de um indivíduo que envelhece.

Em relação às alterações neurosensoriais que no modelo final apresentou associação como o desfecho da pesquisa, é importante destacar que o envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal.

As tonturas são sintomas extremamente freqüentes em todo o mundo, ocorrendo em todas as faixas etárias, principalmente em adultos e idosos. Até os 65 anos de idade, a tontura é considerada o segundo sintoma de maior prevalência mundial. Após esta idade, seria o sintoma mais comum. Em indivíduos com idade superior a 75 anos, a prevalência seria da ordem de 80%. (RUWER, ROSSI; SIMON, 2005)

Os grupos de mulheres estudadas poderão ter grandes restrições de suas habilidades funcionais secundárias as alterações neurosensoriais, podendo levar a sérias repercussões psicossociais. A limitação de suas funções diárias, além de trazer sofrimento, isolamento social, repercutem de forma negativa no sistema osteomuscular, sensoriais ou proprioceptivos, que dificultam a mulher a ultrapassar obstáculos no ambiente, tendo como conseqüência instabilidade postural e de equilíbrio que aumentam os risco de quedas.

É necessário entendermos que as pessoas que apresentam tonturas, esquecimentos ou desmaios (distúrbios neurológicos), têm a maior predisposição para a redução da capacidade de processamento e habilidade de dividir atenção, ou seja se sua concentração for distraída, pode ocasionar acidentes e perturbação postural.

Os achados desse estudo são concordantes com a literatura onde diz que as tonturas e desmaios desencadeiam alterações do equilíbrio, tornando o idoso alvo fácil para as quedas ou acidentes, que deverão ser investigados e tratado

adequadamente por uma equipe médica específica (DE MEDEIROS, OLIVEIRA; VALENTE, 2006), um ponto importante levantado por Pickles et al (2002) é que a maioria dos pacientes que possuem tonturas, esquecimentos ou desmaios ou outras alterações de equilíbrio, relacionam com suas atividades, deixam de lado algumas atividades adotando um padrão de vida sedentário, com o objetivo de evitar os movimentos que podem estar desencadeando os sintomas, entrando na síndrome da imobilidade que poderá desencadear quedas crônicas.

Ainda na mesma linha de concordância com os autores, às mulheres que sofreram de um desses distúrbios neurosensoriais, relataram dificuldades para tarefas cotidianas, medo de sair sozinha e sentiam-se bastante inseguras, preferindo ficar mais em casa e solicitar a ajuda de parentes para realização das tarefas em domicílio. Percebemos que a associação da variável Alterações neurosensoriais com quedas freqüentes apresentam uma relação direta com a perda da funcionalidade da idosa, a partir do momento que sofre tonteiras, desmaios ou esquecimentos, apresentam a dificuldade de concentração em suas atividades, perda do equilíbrio constante que provocará insegurança e medo de realização determinadas atividades, limitando o idoso a manter sua capacidade funcional.

As análises estatísticas e as consultas da literatura nos permitiu confirmar que esquecimentos, tonteiras ou desmaios para esse grupo de estudo é grande fator de risco para as caidoras.

Na análise das morbidades referidas, a diabete na análise bivariada apresentou significância estatística para o desfecho da pesquisa (caidora crônica). Quando submetida novamente a uma nova análise estatística, dessa vez pelo modelo multivariado, ficou mantida a relação com o desfecho. Através desses resultados podemos dizer que as mulheres nessa população estudada portadoras da diabete terão maiores risco de sofrer quedas freqüentes. A diabete para esse grupo é um fator de risco para as quedas.

É preciso considerar que existem várias doenças que influenciam no processo natural do envelhecimento, levando riscos de morbidades ou até mesmo a morte, dentre essas doenças que podem afetar a qualidade de vida do idoso, tem-se o destaque da Diabete. Vale lembrar que a diabete, quanto mais precoce for o diagnóstico menor os riscos de complicações, desde que seja seguido um tratamento adequado. Quando não controlada ou diagnosticada previamente, sendo que infelizmente a população mais carente tem dificuldade de acesso médico e manutenção do tratamento, a diabete poderá ocasionar o aparecimento de diversas

manifestações clínicas, tais como: problemas renais, oftalmológicos (cegueiras), problemas cardiovasculares, e principalmente a neuropatia periférica que desencadeia um quadro de dor e impotência muscular, a perda da sensibilidade nas extremidades e a propriocepção (DRIUSSO & CHIARELLO, 2007; JACOB FILHO, 2006).

Estas manifestações, com destaque das neuropatias, déficit visual, déficit de sensibilidade e propriocepção, aumentam significativamente os riscos de quedas, fato este que passa ser tão freqüente e preocupante para o idoso ou seus familiares. Como medo de novos episódios o paciente restringe suas atividades, entrando em um ciclo de dependência, que se não for tratado adequadamente levará a perda da sua autonomia e independência.

Conforme Papaléo Netto (2005), o que distingue a saúde do idoso é a possibilidade de manutenção de sua autonomia e independência. Entendemos também a importância de se estudar e se prevenir à perda principalmente da independência física secundária a doenças crônicas no envelhecimento. Se a mulher apresenta fatores que levem a dependência e a perda do controle sobre a sua própria vida, limitará suas atividades diárias refletindo na sua saúde física.

O idoso já sofre naturalmente com as alterações próprias da idade, no controle da postura e do andar que provavelmente desempenham um papel maior em muitas quedas em idosos. Essas alterações fisiológicas do envelhecimento associadas ao processo de doenças crônicas contribuem a um aumento da prevalência de quedas, podendo trazer morbidades com conseqüências desastrosas.

A diabetes por ser uma doença que compromete a capacidade sensorial e proprioceptiva, leva a idosa as oscilações de equilíbrio, déficit da percepção do ambiente e do seu corpo, que influenciam na ocorrência podem de quedas freqüentes.

É importante mencionar que o sistema sensorial tem como função informar o cérebro a posição corporal no espaço, sendo constituído pela visão; pelo sistema proprioceptivo e pelo sistema vestibular. Essas alterações ocasionadas pela diabetes dificultam o idoso a ter percepção onde se encontra, em que posição (sentado ou em pé) e se estamos equilibrados ou caindo, (SALDANHA & CALDAS, 2004). A deficiência do sistema sensorial ocasiona instabilidades posturais, alterações de equilíbrios que levam as quedas.

Em relação ao ambiente residencial, as variáveis tapetes, escadas, piso encerado e sapato mal adaptado influenciaram o desfecho caídora crônica, na análise bivariada. Essas variáveis quando submetidas ao modelo logístico buscando a melhor taxa de acerto provou ter associação estatisticamente significativa com as seguintes: piso encerado e Tapetes.

Sabemos que o ambiente doméstico pode esconder diversas armadilhas, seja num piso escorregadio, aparelhos eletrônicos, ou mesmo um tapete no meio do caminho que ocasiona quedas. Incidentes ocorrem freqüentemente, com todas as faixas etárias, mas, em se tratando de idosos, implicam maior severidade. Quaisquer danos relacionados a quedas, fraturas, vêm a ameaçar a própria vida do idoso.

Segundo a Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (2002), 80% dos acidentes com idosos acontecem dentro de casa. E as conseqüências destes acidentes podem ser muito graves, se considerarmos a fragilidade dos ossos e as dificuldades de calcificação, que aumentam com a idade. Estes acidentes, mesmo que não tenham conseqüências físicas graves, tornam o idoso inseguro e restringem ainda mais suas atividades e autonomia

Esses fatores de riscos residenciais na qual a literatura demonstra como ameaçador a independência e autonomia da mulher que envelhece, devem ser levados ao conhecimento com o intuito de minimizar as chances de quedas no domicílio sendo relevante principalmente para esse grupo de jovens idosas de condições econômicas menos favorecidas, que ainda não apresentam nenhum comprometimento funcional. As quedas além de constituírem séria ameaça para o bem estar e a qualidade de vida das pessoas idosas, também custam caro aos serviços de saúde, sempre que exigem a internação do paciente.

As mulheres entrevistadas na pesquisa relataram que para ter sua casa bem arrumada, pois não possuem muitos recursos para enfeites ou mobílias novas, recorriam à utilização dos tapetes soltos como decoração da casa, na manutenção do ambiente limpo utilizam o piso residencial devidamente encerado. A maioria das mulheres por mais pobres que sejam tem o perfil de cuidar da sua casa mantendo sempre limpa e cheirosa. Apesar do ambiente ficar limpo e arrumado esses fatores ambientais (tapetes e piso encerado) aumentam a possibilidade de tropeços constantes e desequilíbrios (escorregos) contribuindo para os riscos de queda freqüentes na residência.

O ambiente residencial de pessoas pouco aquinhoadas de recursos tendem a ser um ambiente com inúmeros fatores de riscos, pela falta de recursos acabam

improvisando utensílios domésticos e mobílias, na maioria das vezes utilizam os tapetes inapropriados ou cera em toda a extensão da casa, ou pior ainda tapetes sob o piso encerado. Se esses riscos ambientais podem ser um fator de risco para uma pessoa jovem, imaginem para as pessoas idosas, que devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, já apresentam dificuldade para a manutenção do equilíbrio e ortostatismo. Expostas aos obstáculos ambientais, as mulheres idosas terão muito mais chances de desequilíbrios que podem ocasionar as quedas.

Os resultado final da análise multivariada, revelou que ausência de atividades laborativas extra-domiciliar, portadoras de doenças articulares, diabetes, alterações neurosensorias (esquecimento, tonteiras ou esquecimento) e a exposição aos riscos ambientais residenciais como tapetes soltos e piso encerados, descreveram o perfil da caidora crônica no período do climatério.

A pesquisa dedicou-se a identificar o perfil da caidora crônica no período do climatério atendida pelo Sistema Único de Saúde, pode-se considerar que apesar das limitações inerentes a um estudo dessa complexidade, os objetivos, tenham sido atingidos.

É importante dizer que as quedas que apresentam uma relação com a população idosa, devem ser considerada um grave problema de saúde no Brasil, o acesso a serviços de saúde de qualidade é um elemento central para qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos, que são grandes usuários de serviços de saúde, devido a conseqüência da maior prevalência de doenças e incapacidades nessa população.

Apesar da atenção a saúde ser um direito universal no Brasil, o acesso e o uso de serviços de saúde pela população idosa são fortemente influenciados pela situação sócio-econômica do idoso ou sua família. Os idosos que apresentam uma baixa renda familiar, tende a ter piores condições de saúde, sendo cada vez mais necessário, investir em serviços de prevenção para essa população. As desigualdades sociais associadas ao uso dos serviços de saúde pelos idosos indicam que a equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde ainda não foi alcançada.

Entre os idosos que apresentam fatores de riscos a probabilidade é muito maior em relação aos que se apresentam saudáveis, devido a esta importante diferença, devemos rastrear os fatores que podem predispor as quedas nos idosos. Geralmente, pode se enumerar vários fatores de risco, pois dificilmente a queda é resultado de um fator isolado. É importante frisar que mesmo que existam múltiplos

fatores, devemos identificar aquele que efetivamente provocou aquela queda, de modo que se possa prevenir um novo episódio de forma eficaz.

Com esse estudo podemos verificar que as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento, vão influenciar de maneira decisiva no comportamento da pessoa idosa. Com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças, a mulher tende a ir alterando seus hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados a inatividade podem acarretar numa redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, gerando processos de auto desvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e solidão, fatores que contribuem para a fragilidade da mulher proporcionando ocorrências de quedas.

Podemos dizer, que uma velhice tranqüila é o somatório de tudo quanto beneficie o organismo, como por exemplo, acesso aos serviços médicos, exercícios físicos, alimentação saudável, espaço para lazer, manutenção de atividades fora do lar, bom relacionamento familiar, enfim , é preciso investir numa melhor qualidade de vida. Ao contrario do que se pensa as idosas podem e devem manter uma vida ativa.

A identificação dos fatores de risco nessa pesquisa abre espaço para ações de natureza preventiva ou educativa direcionado a população de mulheres idosas mais carente. A natureza dos resultados mostra que as ações devem procurar exaustivamente o endereço dos problemas que estão além dos sintomas e sinais clínico, como as condições sócio-econômicas e culturais e o ambiente na qual se insere.

Cabe concluir a partir desse estudo que as práticas de promoção e prevenção no envelhecimento feminino contribuem para que um maior número de pessoas possa atingir a maior expectativa de vida possível com o mínimo de incapacidades. Necessitamos, de ações que possam ser responsáveis por um incremento das condições de saúde daquele que envelhece, sem que isso dependa, exclusiva ou prioritariamente, do incentivo as medidas terapêuticas das doenças quando já instaladas.

Com isso é possível se alcançar níveis bastante satisfatórios de desempenho físico, gerando auto-confiança, satisfação, bem-estar psicológico e interação social. Deve-se levar em conta que o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da

pessoa idosa ajudam a lidar com as inevitáveis perdas decorrentes do envelhecimento e minimizando os riscos de quedas frequentes.

Algumas variáveis estabeleceram o perfil da caídora crônica, as divulgações desses fatores que contribuem para as quedas devem alcançar toda a sociedade com destaque a população mais carente, como forma de estimular o autocuidado.

Com o objetivo de evidenciar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa, sugerimos algumas recomendações.

Incentivo às atividades intelectuais e sociais, com o objetivo da sua inclusão ou reinclusão na sociedade, mantendo a auto-estima e suas habilidades funcionais. O idoso deve ser produtivo, interativo e ocupado para que ele se proporcione envelhecer com qualidade. Os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados com programas de atividades físicas e recreativas.

A mulher deve realizar exames médicos periódicos, que favorecem a identificação precoce de morbidades, sendo mais fácil o controle das mesmas, objetivando, evitar, adiar ou controlar o aparecimento das doenças;

Alertar a mulher quanto aos riscos dos hábitos deletérios (tabagismo, álcool e alimentares) e os riscos da imobilidade (desuso) que oferecem a perda da capacidade funcional favorecendo o aparecimento de patologias, que podem levar a perda da sua independência. É fundamental que a jovem idosa aprenda lidar com as transformações do seu corpo para a manutenção de sua autonomia.

Compensação das limitações quando houver, a fisioterapia apresenta uma importante contribuição na manutenção da sua independência e autonomia, na recuperação de uma determinada função ou no desenvolvimento de outras aptidões, para compensar a limitação atual;

Prevenções primárias e secundárias de quedas, expondo as possíveis repercussões desse evento na saúde da mulher;

Orientar quanto aos fatores de riscos residências, que contribuem para os riscos de quedas ou acidentes. Realizar ou orientar a modificação ambiental com o consentimento da idosa na redução ou prevenção das quedas.

As pessoas devem estar preparadas para envelhecer conhecendo as suas limitações, com esses conhecimentos serão capazes de minimizar os problemas que podem surgir com o passar dos anos. Educar as idosas nos cuidados com a sua saúde, aumentar ou a manutenção da sua funcionalidade física tem como principal benefício a sua independência nas atividades diárias, favorecendo a melhora da qualidade de vida das mulheres na terceira idade, pois o que distingue a saúde do

idoso é a possibilidade de manutenção de sua autonomia e independência física, daí a importância da idosa entender suas limitações e manter-se ativa no envelhecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao cabo das análises das múltiplas variáveis hierarquizadas utilizadas no presente estudo e que foram cotejadas como o desfecho caidura crônica podemos concluir que:

1- Do grupo de variáveis de natureza sócio-econômico, a **ausência de atividade laborativa extra-domiciliar**, foi a única variável a permanecer no modelo multivariado, se constituindo em importante fator de risco de quedas nessa fase da vida da mulher, talvez influenciado pela perda da capacidade funcional, auto-estima, e riscos de isolamento social;

2- No grupo das variáveis auto-percepção de doença o desfecho caidura crônica se associou independentemente com as variáveis **diabetes** , **alterações neurosensoriais** e **doenças articulares** que determinam complicações e condições debilitantes que conduzem a imobilidade, desuso e debilidade muscular, além de estabelecer um quadro clínico que geralmente contribui para a redução de capacidade funcional, perda de autonomia e dependência

3- Dos fatores de riscos residências e ambientais identificados no estudo e que se associaram a quedas, permaneceram como partícipe do modelo final as variáveis: uso de **tapetes** e manutenção de **piso encerados**. Com efeito, significam dois dos mais ameaçadores fatores que conspiram contra a independência e autonomia da mulher que envelhece; proporcionando, quando inadequadamente utilizados, desequilíbrios ou tropeços que resultam em quedas ou acidentes mais graves, podendo majorar as taxas de internações, sobretudo das idosas em condições econômicas menos favorecidas que utilizam o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ADALGISA, Peixoto Ribeiro. A incidência das quedas na qualidade de vida dos idosos. Revista Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO, 2006. Texto disponível: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=271>. Acessado em: Dezembro de 2006.

ANDERSON, Maria Ines Padula. **Quedas seguidas de fratura e hospitalização em idosos**.2003.123 f. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro,2003.

APLEY, A Graham; SOLOMON, Louis. **Medicina e Reabilitação**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

AZEREDO,Paulo- como viver mais e melhor. São Paulo: Ediouro,2000.

BARRIE, P. **Fisioterapia Na Terceira Idade**: 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

BICUDO, Francisco; FERREIRA, Tatiana. Geriatria ganha impulso com envelhecimento populacional. Jornal da Paulista – UNIFESP, ano 14. n. 155. Maio, 2001.

BODACHENE, L. Instabilidade e quedas no idoso. Revista fisioterapia. Rio de Janeiro, n. 8, p44-54, 1998

BRASIL política nacional do idoso. Portaria n 1.395 de 9 de dezembro de 1999. Diário oficial da república Federativa do Brasil. Poder executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 13 dez 1999 Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/terceiridade/pol_nacion_idoso.htm>. acessado em 14 de out. 2005.

BRASIL, Decreto n.4.227 de 13 de maio de 2002 , criação do conselho Nacional dos Direitos dos Idosos disponível em : www.sbgg.org.br/publico/cndi/decreto.htm acessado em 15 outubro 2005

BRASIL, Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, Cria o conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em < http://www.rio.rj.gov.br/terceiridade/pol_nacion_idoso.htm> acessado em 14 de out. 2005

Brasil, Lei n 10 741, de 1º de outubro de 2003 Estatuto do idoso disponível em : <http://www.unati.uerj.br>. acessado em 15 de outubro 2005

BEATTI, Karen et al. **Risk factors for hip fractures in a middle-aged population: a study of 33,000 men and women**. Journal Osteoporosis International. v.16, n.12, December, 2005.

CAMARANO, A A. Como vive o idoso brasileiro ? In: CAMARANO , A A (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999

CAPITANINI, E.S da e NERI, A.L. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. Campinas: Unicamp, 2002

CARVALHO, Aline Mesquita. **Dêmencia como fator de risco para queda seguida de fratura em idosos**. 2000. 82 f. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO FILHO, E,T; NETTO, M.P. Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2006.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000: BRASIL, (2000). Rio de Janeiro: IBGE.

CHAIMOWICZ, F. **A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Revista Saúde Pública, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHIARELLO, Berenice; DRIUSSO, Patricia; RADL, M.L. André. **Fisioterapia Reumatológica**. São Paulo: Manole, 2005.

DANTAS, E.H.M; OLIVEIRA, R.J. **Exercícios, Maturidade e Qualidade de Vida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Shope, 2003.

DATASUS - Informações de Saúde, indicadores de saúde disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

DATASUS- População Residente na região sudeste, extratificadas por sexo e idade(60 a 69 anos), verificando a ocorrência de quedas e acidentes entre os idosos em 2003. disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> acessado em abril 2006.

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, V.27, n.1. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000100004&script=sci_arttext&lng=en>. acessado em fevereiro, 2007.

De MEDEIROS, Sebastião, OLIVEIRA, Vivaldo, VALENTE, Joaquim. Aspectos Reprodutivos das Mulheres Climatéricas do Programa de Saúde da Família em Cuiabá Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 24, n. 7, Rio de janeiro, agosto, 2002.

DI PACE, Alana; LIMA, Fabiola;Medeiros, Valéria. **Queda**: um desafio para idosos, 2006. Texto disponível em <<http://www.fisioterapia.com.br/destaquesler.asp?id=3833>> acessado em março de 2007.

DRIUSSO, Patrícia; BERENICE, Chiarello. **Fisioterapia Gerontológica**: Manuais de Fisioterapia São Paulo:Manole, 2007.

DUARTE, Yeda de Oliveira; D'ELBOUX, Maria José. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Metha, 2005.

EKMAN, Laurie Lundy. **Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004,

FABRÍCIO et al. Causas e conseqüências de Quedas de Idosos Atendidos em Hospital Público.. Rev. Saúde Pública vol. 38, n. 1. São Paulo Feb. 2004. Disponível: em <<http://www.scielo.br>> acessado em 15 de out. de 2005.

FERRARO, Alceu Ravanelo. **Analfabetismo e níveis de letramento no Brasil: o que dizem os censos?** Revista Educação e Sociedade. v. 23, n. 81, p. 21-47. Campinas, dez.2002.

FERNANDES, C. **Climatério Feminino: Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: novartis, 1999

FERNANDES, Eduardo César; BACARAT, Chada Edmund, LIMA, R. Geraldo. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Climatério: manual de orientação**. São Paulo: Ponto. 2004

FILHO, Wilson Jacob. **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**. São Paulo: Atheneu. 2006.

FREITAS, E.V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais, 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em dezembro de 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem Populacional e projeções demográficas preliminares (www.data-sus.gov.br/cgi), 2003. Acessado em novembro de 2006.

GAZZOLA, Juliana Maria et. al. **Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 72, n. 5, 2006. p 683-690.

GEIS, P.P. **Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: teoria e prática**. 5 ed. São Paulo: Artmed., 2003.

GOLDANI, Ana Maria (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos Intergeracionais e de gênero. Rio de Janeiro, IPEA.

GORDILHO, A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ,2000

GUCCIONE, A A. Fisioterapia Geriátrica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002

GUILHERMINO, Eliane Baião. Infecção urinária em idosos In:SALDANHA, Assuero; CALDAS, Célia. **Saúde do idoso a arte de cuidar**.Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

GUIMARÃES, L.H.C.T et al; A comparação e propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários - 2004. Disponível em: <http://unifesp.br/neurociencia/vol.2_2/quedas.htm> acessado em 12 de out de 2005

GUIMARÃES, Renato Maia. **Proteção e Saúde do Idoso. Revista de saúde pública.** Vol.21, no. 3. São Paulo.1987. Disponível em<<http://www.scielosp.org/>> acessado em 13 de agosto de 2005.

GRIZ, Luiz; BANDEIRA, Francisco. **Endocrinologia Ginecológica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

HEILBERG; Ita Pfeferman; SCHOR, Nestor **.Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – Itu.** Rev. Assoc. Med. Bras. v. 49, n. 1, São Paulo, Jan/Mar, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15390.pdf>> acessado em fevereiro, 2007.

HEKMANN, M; PAIXÃO, CM, **Distúrbios da postura, marcha e quedas.** IN: FERITAS, Elizabeth V. Tratado de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica , n. 9, 2002.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares.** Disponível <<http://www.data.sus.gov.br/cqi>>, 2003, acesso em 10 outubro 2005

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censos demográficos.** Rio de Janeiro, 2000

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Síntese de indicadores sociais, 2005: **Aumento da escolaridade feminina reduz fecundidade e mortalidade infantil.**Disponível m<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1> acessado em março de 2007.

INEP- Instituto Nacional de Pesquisa-Ministério da Educação. **Mapa do analfabetismo no Brasil.** 2003 disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ext/educacao/mec-analfabetismo-2003.pdf>> acessado em janeiro de 2007

INTO- Instituto Nacional de Traumatologia-ortopedia. **Quedas em idosos: como reduzir as quedas na Terceira Idade?.** 2002 Disponível em: <http://www.into.saude.gov.br/de_quedas_idosos.php> acessado em: marco de 2006.

KAYAT, Cristina. Obesidade, Emagrecimento e Transtorno do comportamento alimentar. In: LUNA, Rafael; SABRA, Aderbal. **Medicina de Família: Saúde do Adulto e do Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KAUFFMAN, Timothy L. **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

KISNER, Carolyn; COLBY, Allen Lynn. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas**. 4a.ed. São Paulo: Manole, 2005.

JACOB FILHO, Wilson. **Atividades Física e Envelhecimento Saudável**. São Paulo: Atheneu, 2006

JECKEL-NETO, E.A. **Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado**. In: NERI, A.L. (Org) *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papyrus, 2001.

JOÃO, F. Alessandra et al. **Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. v. 8, n. 3, Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2005

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In. Rouquayrol; Filho. **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed Rio de Janeiro: Medsi. 2003

LIMA-COSTA, et al. **Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios**. Caderno de Saúde Pública, v.19, n3, p.745-757, 2003

LUNA, Leite Rafael; SABRA, Aderbal. **Medicina de Família: Saúde do Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MACIEL, A.C.C; GUERRA, R.O. **Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos**. Revista Brasileira Ciência e Movimento, v.13, n.1, p37-44. Rio Grande do Norte, 2005

MARINHO, Sheila Pita et al. **Obesidade em adultos de seguimentos pauperizados da sociedade**. Revista de nutrição. v.16, n.2. Campinas. Abril/jun, 2003

MEDRONHO, R.A et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002

MITCHELL, Sarah et al. **Physiological effects of exercise on post-menopausal osteoporotic Women physiotherapy**. Physiotherapy, v84, n4, 1998, p.27-33

MONTEIRO C.G; GAVA Marcus V. Manuais de Fisioterapia: **Fisioterapia Reumatológica**. 1a.ed. Rio de Janeiro, Manole, 2005

MOREIRA, Caio; CARVALHO, Marco Antonio P. Reumatologia: **diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro, Medsi, 2001

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH .**Vestibular Disorders Association,2005.** Disponível em <<http://www.vestibular.org/vestibular-disorders/statistics.php>> acessado em Janeiro, 2007.

NERI, Anita Liberalesso (org). **Desenvolvimento e envelhecimento:** Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, S.P: Papyrus, 2001

NETTO, Jordão, A **Gerontologia Básica**, São Paulo: Atheneu, 1997

NETO, João Toniolo; RAMOS, Luiz Roberto. **Geriatría e gerontologia – guias de medicina ambulatorial e hospitalar-unifesp.** São Paulo: Manole 2005

OLIVEIRA, D.L.C; GORETTI, L.C; PEREIRA, L.S.M. **O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividade de vida diária e mobilidade:** estudo piloto. Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol.10,n.1. São Carlos: 2006Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100012&lng=nrm=iso&tlng=>>. Acessado em : janeiro de 2007.

OLIVER, Jean; MIDDLEICTCH, Alison. **Anatomia Funcional da Coluna Vertebral.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998

OMS- Organização Mundial de Saúde. **Programas de Saúde do Idoso- População Idosa.** Disponível em : <<http://www.opas.org.br>>

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças Crônico-Degenerativas e Obesidade:** Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e Saúde. 2003. Disponível em: <http://opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf> Acessado em Dezembro de 2006.

PAPALÉO NETO, Matheus. **Gerontologia:** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo:Atheneu,2005

PAPALIA, D.E; OLDS, S.W. **Desenvolvimento Humano.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PASCHOAL, Sérgio . M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: **Papaléo. Gerontologia.** São Paulo:Atheneu,2005. P.26-43

PEREIRA, et al. **A importância clínica e epidemiológica das queda em idosos.** Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: <http://ambr.com.br/diretrizes.pdf>

PEREIRA, RS; CURIONI, CC; VERAS, R. **Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002.** Textos Envelhecimento .v. 6, n. 1. Rio de JaneiroDisponível<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso> acessado em fevereiro, 2007

PERRACINI, M et al. **Quedas em idosos.** 2001 disponível em <http://webschool.com.br/quedas_idosos.pdf> acessado em: 14 de agosto de 2005

PERRACINI, Monica Rodrigues. **Primeiro Estudo no País mostra o perfil do Idoso Caidor em São Paulo**. Realizado pela Universidade Federal do Estado de São Paulo, 2002. Disponível em : <http://unifesp.br>. acessado em 14 outubro de 2005

PERRACINI, MR.; RAMOS, L.R. **Fatores Associados a quedas em um corte de idosos residentes na comunidades**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n 6, dez. 2002.

PERRACINI, M.R. Prevenção e Manejo de Quedas. In: Ramos, L.R, Toniolo, Neto J. **Geriatría e Gerontologia**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manole, 2005.

PICKLES, B. **Fisioterapia na Terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002

POCHAMANN, M. O emprego na globalização. **A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo: Boitempo, 2001

POCHMANN, Márcio (2002). O desafio de uma nova geração. **Universidade Estadual de Campinas**. Disponível na Internet via <http://www.unicamp.br> 2000. Campinas.

RAMOS,S.P. **Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Disponível em <http://www.gineco.com.br> 2006 acessado em :02 março de 2006.

REBELATTO, Júnior et al. **Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 10, n. 1. São Carlos:2006 .

REIS, Rodolfo Borges et al. **Incontinência Urinária no Idoso**. Acta Cirúrgica Brasileira. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010286502003001200018> Acessado em fevereiro, 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia ; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Medsi.2003

RUWER, Shellen Larissa; ROSSI, Angela Garcia, SIMON, Larissa Fortunato. **Balance in the elderly**. Revista Brasileira Otorrinolaringologia.2005. v.71. n.3. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992005000300006&script=sci_abstract&tlng=pt> acessado em março de 2007.

SALDANHA, Luiz Assuero; CALDAS, Célia Pereira. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004

SALGADO, A ; GUILLÉN, F.; RUIPÉREZ, I. **Manual de Geriatria**. 3 ed. Barcelona: Masson, 2002

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Mulher Idosa: a feminização da velhice**. Est. Interdiscipl. Envelhec., UFRGS, Porto Alegre, v.4, 2002.

SANTOS, Adriana Machado. Diagnóstico do Diabete Melito, Drogas Utilizadas no Tratamento e Terapia Combinada. In: LUNA, Rafael; SABRA, Aderbal. **Medicina de Família: Saúdo do Adulto e do Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

SBGG - **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.. Disponível em <<http://sbgg.org.br/profissional/artigos/fatores.htm>>

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. Ed . São Paulo: Cortêz. 2004

SGORJ - Sociedade e Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.sgorj.org.br/publicações/artigos.htm>>

SIMPSON, J.M. Instabilidade Postural e Tendência às Quedas. In: PICKLES B. et al. **Fisiologia na 3ª Idade**. 2.ed. São Paulo: Santos, p.197-212, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. Diabete e Exercícios Físicos. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/atividade_fisica/index.php> acessado em Janeiro de 2007.

SOUZA, Lúcia Carmen; ALDRIGHI, José Mendes; FILHO, Geraldo Lorenzi **Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério**. Assoc. Méd brasileira vol51 n.3 São Paulo May/June 2005

SCHNEIDER, D.L **Insomnia: safe and effective therapy for sleep problems in the older patient**. *Geriatrics*, v.57, may, 2002.

THOMPSON, Ann; SKINNER, Alisson; PIERCY, Joan. **Fisioterapia de Tidy**. 12 ed. São Paulo: Santos, 2002.

TINETTI, ME, SPEECHLEY, M. **Prevention of falls among the elderly**. New England Journal of Medicine 320: 1055-1059 , 1989.

TINETTI, ME e cols, **Risk factors for falls among elderly persons living in the community**. The New England Journal of Medicine, v319. n. 26 p. 1701-1707, 1988

PEREIRA, R.S; CURIONI, C.C; VERAS. **O Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002**. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v6, n.1, p.43-59, 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>> Acessado em fevereiro de 2007

RIGO, Júlio César et. al. **Trauma Associado com uso de álcool em idosos**.. PUBMED, 2006.

UNICAMP- **Mapa do Analfabetismo 2006**. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_113.pdf> acessado em fevereiro de 2007.

VELOZ, Maria Cristina Trigueiro; NASCIMENTO, Schulze Clélia Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações Sociais do Envelhecimento**. Psicologia Reflexão e Crítica. Porto Alegre, v.12, n.2, p. 479-501, jun 1999

VERAS, R.P; ALVES, Maria Isabel C. **População idosa no Brasil**: Consideração acerca do uso de indicadores de saúde.In: MYNAYO, M.C.S **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 320-337

VERAS, Renato Peixoto; Caldas, Pereira Célia. **Promovendo a Saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades da Terceira Idade**. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v. 9, n.2,jun.2004.

VERAS, R.P; RAMOS, L.R; KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na Sociedade**. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 1987

VERAS, Renato. **A era dos idosos: Desafios Contemporâneos**. In: Saldanha; Caldas. Saúde do Idoso. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência 2004

VIEIRA et al. **A atuação da Fisioterapia na Prevenção de Quedas em Pacientes com Osteoporose Senil**. Revista Fisioterapia Brasil, vol.3, p. 72-78, Juiz de fora - MG, 2002

VIEIRA, E. B. **Manual Gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996

ZIMERMAN, G.I. Velhice: **Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed. 2000.

ZINNI, Juliana V.; PUSSI, Flávia. **O papel do fisioterapeuta na Instabilidade Postural de idosos**. Trabalho apresentado no VII Congresso Internacional da UNICASTELO em 31 de outubro de 2003 . Disponível em <wgate.com.br>

APÊNDICE – A

PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Questionário N^o

1. Idade (anos completos): Peso atual (aferido em gramas):..... Altura.....
2. IMC (baseado na equação):
3. Menção de companheiro: sim Não
4. Estado marital:
 Casada União estável Solteira Viúva
 Divorciada, Separada ou Desquitada
- 5.. Escolaridade
 analfabeta 1^o grau completo 1^o grau incompleto 2^o grau compl.
 2^o grau Incompleto 3^o grau completo 3^o grau incompleto
6. A senhora trabalha ?:
 não há quanto tempo parou de trabalhar ? anos
 sim Tipo de trabalho:
 nunca trabalhou (dona de casa)
7. Como é a sua condição econômica ? (sustento da sua vida)
 do seu trabalho sua aposentadoria
 pensão ajuda de parentes e amigos de aluguéis, investimentos
 outra (s) fonte (s)

Em relação a habitação:

8. Mora sozinha ?
 sim não quem são essas pessoas ?.....
 9. Número de cômodos da residência:
 10. Condições da moradia
 excelente boa regular péssima
- Obs.:

Autopercepção da doença:

11. Percepção autodescritiva da saúde (como a senhora avalia a sua saúde?)
 excelente boa regular ruim muito ruim
 12. Infecção Urinária crônica ?
 sim não
 13. A senhora possui alteração da pressão arterial ?
 normotensa hipertensão hipotensão
- Obs.:
14. Derrame (AVC)?
 sim não
 15. A paciente possui alteração postural (cifose, escoliose) importante ?
 sim qual:
 não
 16. Diabetes (açúcar no sangue) ?
 sim Tipo:..... não

17. Cardiopatia (problema no coração)?
 sim..... Qual:..... não
18. A senhora tem labirintite ?
 sim não
19. Problemas respiratórios (asma, bronquite, enfisema)
 não sim Qual ou quais?:.....
20. Em relação a visão ? (a senhora enxerga bem ?)
 excelente boa Regular ruim
21. Utiliza correção visual (óculos/ lentes) ?
 sim não
22. Em relação a audição ? (a senhora escuta bem ?)
 excelente boa regular ruim
23. Utiliza aparelho auditivo ?
 sim não
24. A senhora tem alguma história de alteração neurológica :
 desmaio tonteira perda da consciência esquecimento Nenhuma
25. Doenças articulares (reumatismo/ artrose)?
 sim em que local? (joelhos, coluna, quadril....)
 não
26. Tem história de fratura ?
 não sim localização anatômica :
27. Incontinência urinária:
 sim não
28. Já realizou o exame de densitometria óssea ?
 sim não
29. No exame de densitometria óssea que a senhora realizou apresentou alguma alteração óssea ? (últimos 2 anos)
 sim , osteoporose
 sim , osteopenia
 não
 eu nunca fiz exame de densitometria, 1ª vez
30. Observar o tipo de marcha: (como a paciente anda)
 normal anormal com auxílio de (bengalas, muletas)
31. A senhora sofre de insônia ?
 sim não

Em relação ao climatério:

32. A Senhora entrou na menopausa (faltademenstruação) há quanto tempo?:.....
33. A senhora apresenta sintomas do climatério ? (fogachos, irritabilidade)
 sim Quais?
 não
34. A senhora faz uso de TRH (hormônios)?
 sim não
35. A senhora observou alguma alteração na sua saúde ao entrar na fase do climatério ?
 sim Qual ?
 não

Em relação a Independência funcional:

36. Desempenho das atividades de vida diária ?(caminhar, tomar banho, comer, fazer a sua comida, pentear o cabelo, vestir-se , tomar remédios, subir/descer escadas, utilizar transporte)

sozinha com ajuda não realiza

Observações se necessário.:

37. Já sofreu agressões ou maus tratos

sim não

Variáveis referente a queda

38. A senhora cai com freqüência ?

sim não

39. Quantas vezes já caiu nesse último ano ? :

40. As quedas ocorreram:

manhã tarde noite madrugada

41. Apresentava alguma doença no momento da queda ?

não sim qual:.....

42. A senhora faz uso de medicamentos por prescrição médica? Qual ou quais ?:

Nome do medicamento

nº de vezes

43. A senhora faz uso de remédios por automedicação ?

Nome do medicamento

nº de vezes

44. etilismo (a Sra. bebe ?)

sim Qual.....dose/dia:.....

não

45. A senhora havia tomado alguma bebida alcoólica nas 24 horas anteriores de sofrer essa queda ?

sim não

46. Houve fraturas em decorrência da (s) quedas

sim não

47. Relato de hospitalização em decorrência da queda?

sim não

48. Local onde ocorreram às quedas

domicílio via pública na condução no trabalho

outra onde:

49. tratando-se de queda domiciliar, qual o local da queda?

banheiro ao levantar da cama ao deitar na escada

na cozinha na sala outra

50. Assinale os fatores de risco na residência da entrevistada:

tapetes calçados pisos encerados sapatos altos

escadas roupas compridas sapatos mal adaptados

outros _____

51. Houve limitações após a queda?

sim não

52. Qual foi o tipo de limitação:

medo perda da autonomia outras:

53. A senhora tem algum tipo de cuidado para evitar quedas ?

sim Qual?

não

54. Como a paciente se comportou durante a entrevista ?

lúcida e cooperativa deprimida agitada pouco cooperativa

ANEXO - A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Maternidade Pró Matre

Título do projeto:

O perfil da Icaidora crônica no período do climatério assistida pelo Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Como voluntária a Senhora está sendo solicitada a participar de uma investigação científica, patrocinada pela Universidade Estácio de Sá, com o objetivo principal de estabelecer o perfil das mulheres caidoras atendidas em uma Unidade do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, onde a investigação se dará através de um questionário.

Este documento procura fornecer a Senhora, informações sobre o problema de saúde em estudo, podendo recusar-se a participar da pesquisa, ou mesmo, dela se afastar em qualquer tempo, sem que este fato lhe venha causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da Instituição.

Os investigadores se obrigam a não revelar a identidade em qualquer publicação resultante do estudo, assim como, poderão interromper a participação da Senhora, a qualquer momento.

Antes de assinar o termo, a senhora deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento, decidindo-me a participar da investigação proposta, depois de ter formulado perguntas e ter recebido resposta satisfatória a todas elas, e, ciente que poderei voltar a fazê-la a qualquer tempo, assim como abandonar a entrevista caso queira. Declaro dar o meu consentimento para participar desta investigação recebendo uma cópia do termo, estando ciente, ainda, de que uma outra cópia permanecerá registrada nos arquivos de cada Instituição participante.

Local e data : _____ / _____ / _____

Nome da Entrevistada _____

Assinatura _____ da Entrevistada

Assinatura _____ do Investigador

Assinatura da Testemunha

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)