

Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos^a

Factors associated with fall prevention practices in older adults

Factores asociados a las prácticas preventivas de caídas en ancianos

Ana Carolina Macri Gaspar¹

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo²

Annelita Almeida Oliveira Reiners²

Priscila Aguiar Mendes²

Neuber José Segri²

1. Universidade do Estado de Mato Grosso.

Tangará da Serra, MG, Brasil.

2. Universidade Federal de Mato Grosso.

Cuiabá, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos e os fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal com 557 idosos atendidos nas unidades de saúde da família. A amostragem foi probabilística estratificada proporcional. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada. A variável dependente é a prática preventiva de queda. As associações foram estimadas por meio da regressão de *Poisson* com variância robusta. **Resultados:** A prevalência de práticas preventivas de quedas foi de 35,7%. Após os ajustes as variáveis que se associaram ao desfecho foram: sexo ($p = 0,003$), autoavaliação de saúde ótima/boa ($p = 0,035$), regular ($p = 0,012$) e escolaridade ($p = 0,039$). **Conclusão:** A prevalência de práticas preventivas encontrada foi maior entre os idosos do sexo masculino, com autoavaliação de saúde ótima/boa e regular e com 5 anos ou mais de estudo. Esta pesquisa contribui para auxiliar o enfermeiro no planejamento de intervenções para prevenção de quedas em idosos.

Palavras-chave: Acidentes por quedas; Prevenção de acidentes; Prevenção de doenças; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of fall prevention practices in older adults and the associated factors. **Methods:** A cross-sectional, analytical study with 557 older adults that were attending family health units. Data were collected using structured interviews. The dependent variable was the fall prevention practice. The associations were estimated through Poisson regression with robust variation. **Results:** The prevalence of fall prevention practices was 35.7%. After adjustments, the variables associated with the outcome were: gender ($p = 0.003$), very good/good self-assessment of health ($p = 0.035$), regular self-assessment of health ($p = 0.012$) and education ($p = 0.039$). **Conclusion:** The prevalence of fall prevention practices found was higher among older adult men with self-reported very good/good and regular health and with 5 or more years of study. This study contributes to assist the nurse in the planning of interventions to prevent falls in older adults.

Keywords: Accidental Falls; Accident Prevention; Disease Prevention; Patient Acceptance of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de prácticas preventivas de caídas en ancianos, y los factores asociados. **Métodos:** Estudio transversal con 557 ancianos atendidos en las Unidades de Salud de la Familia. El muestreo fue probabilística estratificada proporcional. Los datos fueron colectados por medio de entrevista. La variable dependiente es la práctica preventiva de caída. Las asociaciones fueron estimadas por medio de la regresión de *Poisson* con variancia robusta. **Resultados:** La prevalencia de prácticas preventivas de caídas fue del 35,7%. Después de los ajustes, las variables que se asociaron al término fueron: género ($p = 0,003$); autoevaluación de salud excelente/buena ($p = 0,035$), regular ($p = 0,012$); y escolaridad ($p = 0,039$). **Conclusión:** La prevalencia de prácticas preventivas encontradas fue mayor entre los ancianos del sexo masculino, con autoevaluación de salud excelente/buena y regular, y con cinco años de estudio o más. Esta investigación contribuye en la planificación de intervenciones del enfermero para la prevención de caídas en los ancianos.

Palabras clave: Accidentes por caídas; Prevención de Accidentes; Prevención de enfermedades; Aceptación de la atención de salud.

Autor correspondente:

Ana Carolina Macri Gaspar.

E-mail: anacarolinamacri@hotmail.com

Recebido em 19/12/2016.

Aprovado em 13/02/2017.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170044

INTRODUÇÃO

A queda é considerada uma síndrome geriátrica por apresentar alta prevalência em idosos, promover alterações na sua funcionalidade global, altos índices de morbimortalidade e institucionalização.¹ Além disso, é a principal etiologia de morte acidental em pessoas com mais de 65 anos.¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% dos idosos sofrem quedas anualmente. Essa prevalência aumenta para 40% em idosos com 80 anos ou mais e 50% para os institucionalizados.^{1,2} Além de afetar a saúde física do idoso, causar depressão e isolamento social, as quedas provocam alterações na estrutura familiar pela necessidade de um cuidador, demanda por hospitalização ou institucionalização e traz impacto significativo para os serviços de saúde.^{2,3}

Estudos evidenciam que algumas práticas possuem o potencial de reduzir a prevalência de quedas em idosos, como realizar exercício físico, suplementação com vitamina D e organizar o ambiente domiciliar.^{4,5} Outros estudos apontam as mudanças no comportamento e modo de vida dos idosos, por exemplo, evitar subir/descer escadas, caminhar lentamente, utilizar órteses de apoio quando necessário, fazer uso correto dos medicamentos, não consumir bebida alcoólica, atravessar a rua na faixa de pedestre e usar lentes corretivas.^{2,6}

Pesquisas em países desenvolvidos têm avançado na produção de conhecimento sobre práticas preventivas de quedas entre os idosos, assim como têm investigado a adesão e engajamento dessas pessoas aos programas de prevenção de quedas.^{6,8}

Estudo de revisão sistemática, no qual se investigou a adesão de idosos a intervenções preventivas de quedas, verificou que a participação deles varia conforme o tipo de atividade. Uma proporção de $\geq 80\%$ aderiram à suplementação de cálcio e vitamina D, $\geq 70\%$ aos exercícios físicos coletivos, 52% a exercícios individuais, 60 a 70% à terapia nutricional e intervenções para melhorar o conhecimento, 58 a 59% às modificações no ambiente. Nas intervenções multifatoriais, a adesão foi de $\geq 75\%$.⁷

Contudo, pesquisas têm mostrado também que, ao longo do tempo, após a implementação dessas intervenções, há redução do engajamento dos idosos às práticas preventivas de quedas. Após 12 meses, em média, somente metade dos participantes das pesquisas continua aderindo às intervenções preventivas.⁷ Outros estudos também evidenciam a baixa participação dos idosos em exercícios preventivos de quedas.^{8,9}

Alguns fatores têm sido associados às práticas preventivas de quedas pelos idosos, como idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, arranjo familiar, condição de saúde, alteração cognitiva, mobilidade, presença de humor depressivo, experiência anterior com a queda e o conhecimento sobre a mesma.^{8,10-12}

Considerando que há necessidade de ampliar as investigações sobre a participação dos idosos em práticas preventivas de quedas e que, antes de propor intervenções preventivas, deve-se conhecer os fatores que estão associados a essas práticas, este estudo tem por objetivo analisar a prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos e os fatores sociodemográficos e de saúde associados.

MÉTODOS

Estudo transversal analítico, realizado no Município de Tangará da Serra, localizado na região Sudoeste do estado de Mato Grosso (MT). A amostra do estudo foi de 557 idosos, calculada por meio de amostragem probabilística estratificada, a partir da população de 5096 idosos atendidos nas dez Unidades de Saúde da Família (USF) cadastradas no Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No cálculo amostral, foi considerada a fórmula para amostra de população finita com nível de confiança de 95%, erro de amostragem de 4% e frequência do fenômeno de 50%. Os estratos foram compostos pelas USF.

A seleção dos participantes em cada estrato foi aleatória, por meio de sorteio, de acordo com a proporcionalidade da população total de idosos atendidos em cada USF. Foram incluídos no estudo idosos sem alteração cognitiva avaliada pela aplicação do Mini Exame de Estado Mental (MEEM) ou sem alterações na fala e linguagem, e excluídos idosos institucionalizados. Idosos que não foram encontrados após três tentativas de busca ou, nos casos de óbito, foram substituídos realizando-se novo sorteio.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2015, após teste piloto, por meio de entrevista com os idosos em suas residências, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se questionário estruturado com questões abertas e fechadas sobre características sociodemográficas e condições de saúde dos participantes e práticas preventivas de quedas. Para a elaboração dessas últimas, utilizou-se como referência o Relatório Global da Organização Mundial da Saúde sobre Prevenção de Quedas na Velhice.²

A variável dependente do estudo foi práticas preventivas de quedas, considerada como um grupo de atividades preventivas descritas no Relatório Global da Organização Mundial da Saúde sobre Prevenção de Quedas na Velhice² e em uma revisão sistemática sobre intervenções de múltiplos componentes que previne quedas em idosos.⁵ As práticas preventivas de queda foram determinadas por perguntas sobre ações realizadas pelos idosos que previnem as quedas, sendo necessário que o idoso afirmasse realizar um conjunto de três tipos de atividades concomitantes, porém, que envolvesse pelo menos uma ação correspondente em cada um dos três domínios diferentes e específicos como: atividade física (caminhada, ginástica, pilates, exercícios, entre outros), correção de comportamentos de risco (uso de sapatos antiderrapantes, suplementação de vitamina D, evitar subir/descer escadas/banquinhos, não utilizar bebida alcoólica, ser cauteloso ao caminhar, utilizar a faixa de pedestre) e cuidados com o ambiente domiciliar (não usar tapetes nos ambientes, usar o tapete antiderrapante nos banheiros, instalar barras de apoio nos banheiros, evitar o piso molhado, não passar cera no piso, organizar os objetos no ambiente, manter o ambiente bem iluminado).

As variáveis independentes foram: fatores sociodemográficos (sexo - masculino/feminino; faixa etária - 60 a 69 anos/70 a 79 anos, 80 anos ou mais; estado civil - casado ou união

estável/viúvo/separado/solteiro; anos de estudo - não estudou/1 a 3 anos de estudo/e 4 anos ou mais de estudo; arranjo familiar - sozinho/família e outros/cônjuge ou companheiro; situação ocupacional - aposentado/trabalhando/aposentado e trabalhando/não trabalha; renda individual - não possui renda/até 1 Salário Mínimo(SM)/de 2 a 3 SM/de 3 ou mais SM; renda familiar - sem renda/até 1 SM/de 1 a 3 SM/de 3 ou mais SM); condições de saúde (autoavaliação de saúde - ótima/boa/regular/ruim/péssima; uso de fumo - sim/não; uso de bebida alcoólica - sim/não; possui algum problema de saúde autorreferido - sim/não; número de problema de saúde autorreferido - nenhum/um problema/dois ou mais; alteração de visão autorreferida - sim/não; alteração da audição autorreferida - sim/não; uso de medicamento autorreferido - sim/não; queda no último ano - sim/não; humor depressivo - sim/não; dependência funcional - sim/não; medo de cair - sim/não; condição nutricional - baixo peso/eutrófico/sobrepeso.

A variável humor depressivo foi avaliada por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (*Geriatric Depression Scale - GDS-15*), instrumento que possui 15 perguntas sobre como o idoso se sente na última semana. A classificação do humor dos idosos foi: humor normal (0 a 5 pontos) e humor depressivo (6 a 15 pontos).¹³

A variável dependência funcional foi avaliada por meio da escala Index de Barthel, que permite avaliar atividades de vida diária e o nível de funcionalidade dos idosos (escore de 0 a 100 pontos). Neste estudo, foi classificado como idoso independente àquele que apresentou o escore igual a 100 pontos.¹⁴

A variável medo de cair foi avaliada por meio da Escala de Eficácia de Quedas (FES-1), que possui 16 perguntas sobre a preocupação do idoso com a queda ao desenvolver atividades no seu cotidiano (escores de 16 a 64 pontos). Foi considerado com medo de cair o idoso que alcançou a pontuação maior que 16 pontos.¹⁵

A variável condição nutricional foi obtida por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), após a mensuração do peso (uso de balança digital) e altura (fita métrica) no momento da entrevista. Os participantes foram classificados como baixo peso (IMC < 22), eutrófico (IMC = 22-27) e sobrepeso (IMC > 27).¹

Os dados obtidos foram organizados em um banco com auxílio de um programa estatístico com dupla digitação para verificação de discordâncias. Foi realizada inicialmente análise descritiva por meio de tabelas com valores relativos e absolutos. Para análise bivariada, foi utilizado teste de *qui-quadrado de Pearson* com nível de significância de 5% para identificar associação entre a variável dependente e independente ($p < 0,05$). Para análise bivariada, as variáveis sociodemográficas (faixa etária, estado civil, anos de estudo, arranjo familiar, renda do idoso e renda da família) e as variáveis de condições de saúde (número de problema de saúde e sintomas depressivos) foram dicotomizadas. A variável autoavaliação de saúde foi modificada para três categorias autoavaliação ótima/boa, regular, ruim/péssima.

Foram estimadas as prevalências, as Razões de Prevalências (RP) brutas e ajustadas, bem como os respectivos intervalos de confiança (95%) das práticas preventivas de quedas. Para

identificar os fatores associados às práticas preventivas de quedas, utilizou-se o modelo de regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta e com método *stepwise forward*. Somente as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, na análise bivariada, foram consideradas para a construção do modelo múltiplo final. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 921.129 em 17 de Dezembro de 2014. A pesquisa foi desenvolvida sem financiamento.

RESULTADOS

Participaram do estudo 557 idosos atendidos nas USF do Município de Tangará da Serra, MT. A maioria dos idosos é do sexo feminino (61,8%) e possui idade entre 60 e 69 anos (50,8%). São casados (54,2%), católicos (57,6%) e a maior parte é analfabeta (42,2%). A maioria possui renda de até 1 salário mínimo (64,6%) proveniente de aposentadoria (67,7%) e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (65%). Cerca de 60% dos idosos moram com a família e/ou outra pessoa.

Em relação às condições de saúde dos idosos, 39,5% disseram ter caído no último ano e quase 44% avaliaram sua saúde como regular, 83,3% afirmaram fazer uso de algum tipo de medicamento, 92,1% referiram ter dois ou mais problemas de saúde, dos quais a alteração da visão (87,1%) foi a mais frequente. Aproximadamente, 10% dizem fumar e 21,7% usam bebida alcoólica.

A avaliação das condições nutricionais, de funcionalidade, de humor e de medo de cair mostrou que 47% dos idosos apresentam sobrepeso, 75,6% são independentes, 77,2% possuem humor normal e 98,2% têm medo de cair.

Neste estudo, a prevalência de práticas preventivas de quedas encontrada foi de 35,7% (IC95%: 31,7-39,7). Os resultados da análise de associação entre práticas preventivas de quedas e variáveis sociodemográficas (Tabela 1) permitiram identificar associação significativa com as variáveis: sexo ($p = 0,004$), renda do idoso ($p = 0,039$) e renda familiar ($p = 0,035$).

A prevalência de práticas preventivas de quedas de idosos do sexo masculino foi maior que nas idosas (RP = 1,38; IC 95%: 1,11-1,73). A prevalência de práticas preventivas de quedas entre os idosos com renda familiar maior que dois SM foi 34% maior que a prevalência daqueles com renda de até dois SM. Foi encontrada também associação significativa com a renda do idoso ($p = 0,039$) (Tabela 1).

Quanto às variáveis de condições de saúde, encontrou-se associação significativa entre a variável dependente e as variáveis autoavaliação de saúde ótima/boa ($p = 0,018$), capacidade funcional ($p = 0,017$) e humor depressivo ($p = 0,017$) (Tabela 2).

Em relação às condições de saúde, idosos cuja percepção de saúde foi "ótima/boa" apresentaram prevalência de práticas preventivas de quedas 77% maior quando comparados àqueles que avaliaram sua saúde como "ruim/péssima". Naqueles que percebem sua saúde como "regular" a prevalência foi 88% maior (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência de práticas preventivas de quedas dos idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família segundo variáveis sociodemográficas (n = 199). Tangará da Serra, Mato Grosso, 2015

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
Sexo				
Feminino	107	31,1	1,00	0,004
Masculino	092	43,1	1,38 (1,11-1,73)	
Faixa etária				
60-69 anos	093	32,7	1,00	0,152
70 anos e mais	106	38,7	1,17 (0,94-1,47)	
Estado civil				
Viúvo/solteiro/separado	082	32,8	1,00	0,106
Casado/união estável	117	38,7	1,20 (0,96-1,51)	
Escolaridade				
0 a 4 anos de estudo	167	34,4	1,00	0,098
5 ou mais de estudo	032	44,4	1,29 (0,96-1,72)	
Situação ocupacional				
Aposentado	148	37,3	1,22 (0,87-1,69)	0,649
Não trabalha	029	30,5	1,00	
Trabalha	013	33,3	1,09 (0,63-1,87)	
Aposentado e trabalha	009	34,6	1,13 (0,61-2,08)	
Renda idoso				
Até 1SM	006	18,7	1,00	0,039
Mais de 1SM	193	36,8	1,96 (0,94-4,07)	
Renda familiar				
Até 2SM	040	28,4	1,00	0,035
Mais de 2SM	159	38,2	1,34 (1,00-1,80)	
Arranjo familiar				
Sozinho	029	34,5	1,00	0,803
Acompanhado	170	36,0	1,04 (0,76-1,43)	

IC 95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência. * Teste de associação qui-quadrado.

A prevalência de práticas preventivas de quedas dos idosos independentes é de 1,41 vezes a prevalência dos idosos que são dependentes. Entre os idosos com humor normal, a prevalência de práticas preventivas de quedas é 43% maior que a prevalência dos idosos com humor depressivo (Tabela 2).

Na análise de regressão de *Poisson*, foram incluídas todas as variáveis com $p < 0,20$ na seguinte ordem: sexo, humor depressivo, capacidade funcional, autoavaliação de saúde, renda familiar, renda do idoso, uso de fumo, condição nutricional, escolaridade, estado civil, número de problemas de saúde e faixa etária. No entanto, permaneceram no modelo final, as variáveis: sexo, autoavaliação de saúde, renda do idoso, uso de fumo, escolaridade e faixa etária.

Na Tabela 3, encontra-se o modelo múltiplo final com as seguintes variáveis significativas: sexo, autoavaliação de saúde e

escolaridade, ajustado por renda, uso de fumo e faixa etária. Foi realizado teste de bondade de ajuste, mostrando que o modelo é adequado ($p = 0,921$).

A maior prevalência de práticas preventivas de quedas foi entre os idosos do sexo masculino, que autoavaliaram sua saúde como ótima/boa e regular e com cinco anos ou mais de estudo (Tabela 3).

Os idosos do sexo masculino tiveram prevalência de práticas preventivas de quedas 38% maior quando comparados às idosas, independente das demais variáveis do modelo. A prevalência de práticas preventivas de quedas dos idosos com autoavaliação de saúde ótima/boa e regular foram, respectivamente, 66% e 82% maiores que a encontrada nos idosos com autoavaliação ruim/péssima, independente da renda, uso de fumo e faixa etária.

Tabela 2. Prevalência de práticas preventivas de quedas dos idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família segundo variáveis condições de saúde em idosos (n = 199). Tangará da Serra, Mato Grosso, 2015

Variáveis	N	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)*	Valor de p*
Autoavaliação de saúde				
Ótima/boa	087	35,4	1,77 (1,10-2,86)	0,018
Regular	098	40,0	1,88 (1,15-3,07)	
Ruim/péssima	014	21,2	1,00	
Problema de saúde autorreferido				
Sim	195	35,4	1,00	0,234
Não	004	57,1	1,61 (0,84-3,09)	
Número de problemas de saúde				
Nenhum/1 problema	009	24,3	1,00	0,145
2 ou mais problemas	186	36,4	1,49 (0,83-2,65)	
Alteração na visão autorreferida				
Sim	177	36,5	0,84 (0,58-1,22)	0,326
Não	022	30,5	1,00	
Alteração na audição autorreferida				
Sim	047	37,6	0,93 (0,72-1,21)	0,620
Não	152	35,2	1,00	
Uso de medicamentos				
Sim	169	36,4	0,88 (0,64-1,22)	0,444
Não	030	32,3	1,00	
Queda no último ano				
Sim	083	37,7	0,91 (0,73-1,14)	0,426
Não	116	34,4	1,00	
Medo de cair				
Sim	194	35,5	1,00	0,342
Não	005	50,0	0,71 (0,38-1,33)	
Capacidade funcional				
Independente	162	38,5	1,41 (1,05-1,91)	0,017
Dependente	037	27,2	1,00	
Humor depressivo				
Sim	034	26,8	1,00	0,017
Não	165	38,4	1,43 (1,05-1,95)	
Condição nutricional				
Baixo peso	015	24,6	1,00	0,080
Eutrófico	093	39,7	1,61 (1,01-2,58)	
Sobrepeso	091	34,7	1,41 (0,88-2,26)	
Uso de fumo				
Sim	013	24,5	1,00	0,074
Não	186	36,9	1,50 (0,92-2,44)	
Uso de bebida alcoólica				
Sim	043	35,5	1,00	0,961
Não	156	35,8	1,00 (0,77-1,32)	

IC 95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência. * Teste de associação qui-quadrado.

Tabela 3. Modelo de Regressão múltipla de Poisson: variáveis associadas às práticas preventivas de quedas de idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Tangará da Serra, Mato Grosso, 2015

Variáveis e categorias	RP bruta (IC95%)	RP ajustada* (IC95%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	1,00	1,00	0,003
Masculino	1,38 (1,11-1,73)	1,38 (1,11-1,72)	
Autoavaliação de saúde			
Ótima/boa	1,77 (1,10-2,86)	1,66 (1,03-2,66)	0,035
Regular	1,88 (1,15-3,07)	1,82 (1,14-2,90)	
Ruim/péssima	1,00	1,00	
Renda do idoso			
Até 1SM	1,00	1,00	0,110
Maior que 1SM	1,96 (0,94-4,07)	1,81 (0,87-3,76)	
Uso de fumo			
Sim	1,00	1,00	0,054
Não	1,50 (0,92-2,44)	1,59 (0,99-2,56)	
Escolaridade			
0 a 4 anos de estudo	1,00	1,00	0,039
5 ou mais de estudo	1,29 (0,96-1,72)	1,35 (1,01-1,81)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	1,00	1,00	0,198
70 anos e mais	1,17 (0,94-1,47)	1,16 (0,92-1,46)	

IC 95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência. * Ajustada para renda, uso de fumo, faixa etária e demais variáveis da Tabela pelo método de Regressão de Poisson.

Nos idosos que possuem cinco anos ou mais de estudos, a prevalência de práticas preventivas de quedas é 35% maior que a dos idosos com até quatro anos de estudo, ajustado por renda, uso de fumo, faixa etária e demais variáveis do modelo de regressão.

DISCUSSÃO

A prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos (35,7%) é um dos principais achados encontrados neste estudo. A comparação direta com os resultados de outros estudos semelhantes é difícil, uma vez que se tem conhecimento apenas das prevalências de práticas preventivas de quedas encontradas em estudos que avaliaram a participação de idosos em intervenções específicas de prevenção, por exemplo, exercícios físicos. Em comparação com esses estudos, constata-se que a prevalência desta pesquisa foi maior que a prevalência (3%) de um estudo⁸ e menor que em outros estudos^{11,16,17} - 64%, 73,1%, 59,1%, respectivamente.

Provavelmente, a menor prevalência de práticas preventivas de quedas deste estudo ocorra devido às diferenças nas populações estudadas. Neste estudo, as práticas preventivas são dependentes apenas de iniciativa própria dos idosos. Nos estudos em que a prevalência foi maior, houve a oferta de um

programa estruturado de intervenções com acompanhamento e avaliação de profissionais nas atividades e, em algumas, havia a interação com outros idosos. Estudos têm mostrado que possíveis benefícios do programa, recomendações dos profissionais de saúde, suporte dos cuidadores, amigos e familiares, bem como atividades que proporcionam o convívio social e prazer, são fatores que afetam a participação de idosos em programas de prevenção de quedas.^{18,19}

A maior prevalência de práticas preventivas de quedas nos idosos do sexo masculino encontrada neste estudo, provavelmente pode ser explicada pelo fato de que os homens idosos estão se percebendo mais vulneráveis. Isto pode significar que mais homens têm se interessado por atividades de prevenção, inclusive as de quedas.

Geralmente, as mulheres são as que mais frequentemente buscam os serviços de saúde, inclusive para prevenção de problemas de saúde.^{20,21} Referente às quedas, estudos têm mostrado que as idosas são mais propensas a procurar assistência médica que os homens após uma queda ou procuram mais informações sobre prevenção de quedas que os homens.^{21,22} Entretanto, com o avançar da idade, as diferenças de gênero para as demandas por serviços de saúde diminuem devido ao surgimento de doenças crônicas em ambos os sexos, consequentemente aumento da vulnerabilidade.²³

Corroborando com o resultado deste estudo, algumas pesquisas têm mostrado que, quanto às atividades físicas, uma das práticas preventivas de quedas mais importantes, a proporção de idosos do sexo masculino que as realizam é maior do que a das idosas.^{24,25} As mulheres ao longo do processo de envelhecimento tendem a reduzir a prática de atividades físicas que favoreçam o crescimento de massa muscular.² Nos programas de prevenção de quedas, tem-se encontrado também que há maior participação de homens idosos comparada à de idosas.^{10,11}

A maior prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos cuja autoavaliação da saúde é ótima/boa encontrada neste estudo está em consonância com pesquisas anteriores.^{8,11} Esse resultado sugere que a avaliação positiva que os idosos fazem de sua saúde motiva-os a adotar comportamentos saudáveis, como a realização das práticas preventivas de quedas.

A autoavaliação de saúde é um indicador utilizado para verificar a saúde das populações. A maioria das pessoas acima de 60 anos autoavalia sua saúde como ótima, boa ou regular.²⁵ Quando ela é positiva, indica que o idoso possui autonomia, mobilidade e capacidade funcional preservadas, assim como o desejo de manter-se ativo e independente em suas atividades diárias,²⁶ condições importantes para o desenvolvimento de práticas preventivas de quedas.

A maior prevalência de práticas preventivas de quedas entre os idosos com autoavaliação de saúde regular é similar à encontrada em outro estudo²⁷ e pode indicar que mesmo os idosos com percepção "insatisfatória" de sua saúde preocupam-se em desenvolver comportamentos saudáveis. Pode ser que esses idosos tenham o objetivo de melhorar ou ainda manter sua saúde e autonomia ao prevenir as quedas.

Por outro lado, idosos interpretam o processo de envelhecimento e o adoecimento de forma distinta. Por se considerarem saudáveis, idosos com autoavaliação de saúde ótima/boa e regular podem não se perceber em risco para quedas e assim não adotar comportamentos de prevenção.²⁸

Semelhante aos achados de outros estudos,^{8,11,27} os idosos com maior nível de escolaridade praticam mais atividades preventivas de quedas como neste estudo. Isto pode ser explicado pela possibilidade que pessoas de melhor escolaridade têm de adquirir informações além de poder entendê-las melhor.

A escolaridade pode ser considerada como um dos determinantes sociais de saúde e pode influenciar a busca por saúde, bem como hábitos de vida das pessoas.²⁹ Nos indivíduos com maior escolaridade, a aquisição de conhecimento e a compreensão das orientações dos profissionais no cuidado com sua saúde podem tornar-se mais fáceis, levando-os a adotar comportamentos saudáveis.³⁰

No caso das quedas, estudos mostram que o conhecimento dos idosos sobre esse evento, suas consequências e fatores de risco influenciam na realização de práticas preventivas.^{12,18} Idosos com maior escolaridade tendem a buscar as redes de cuidado, como também adquirir informações que auxiliem na prevenção de quedas.²

Uma limitação deste estudo é que a prevalência das práticas preventivas de quedas encontrada foi analisada com base em atividades que os idosos referem realizar no dia a dia, mas

que nem sempre são aplicadas com a motivação de prevenir as quedas. Contudo, são atividades eficazes para a prevenção de quedas em idosos comprovadas por estudos.^{4,5}

CONCLUSÃO

Neste estudo, a prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos foi de 35,7%. Os fatores sociodemográficos e de saúde associados às práticas preventivas de quedas foram sexo, escolaridade e autoavaliação de saúde. Observou-se maior prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos do sexo masculino, com maior nível de escolaridade e com autoavaliação de saúde ótima/boa e regular. É importante desenvolver propostas de intervenção para prevenção das quedas principalmente aos idosos do sexo feminino, com autoavaliação de saúde ruim/péssima e com baixa escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006.
2. Organização Mundial da Saúde - OMS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo: OMS; 2010. [cited 2015 out. 23] 64. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf
3. Maia BC, Viana PS, Maria P, Arantes M, Alencar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2011 June [cited 2016 Oct 14]; 14(2):381-393. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200017>
4. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [Cited 2015 Oct 23]; 9(2):CD007146. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rona_Macniven/publication/232246710_Prevalence_and_correlates_of_participation_in_fall_prevention_exercise_physical_activity_by_older_adults/links/0912f50eb5b443d67a000000.pdf. doi: 10.1016/j.jpmed.2012.10.001.
5. Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-coon J, et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 25]; 14(1):1-8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/15>. doi: 10.1186/1471-2318-14-15
6. Roe B, Howell F, Riniotis K, Beech R, Crome P, Ong BN. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. J Clin Nurs. [Internet]. 2009 [Cited 2015 Sep 08]; 18(16):2261-72. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02747.x/pdf>
7. Nyman SR, Victor CR. Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane Systematic Review. Age Ageing. [Internet]. 2012 [cited in 2015 Oct 05]; 41(1):16-23. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/41/1/16.full.pdf+html>. doi: 10.1093/ageing/af103
8. Merom D, Pye V, Macniven R, Ploeg HVD, Milat A, Sherrington C, et al. Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 18]; 55(6):613-7. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rona_Macniven/publication/232246710_Prevalence_and_correlates_of_participation_in_fall_prevention_exercisephysical_activity_by_older_adults/links/0912f50eb5b443d67a000000.pdf. doi: 10.1016/j.jpmed.2012.10.001

9. Zijlstra GAR, Haastregt JCMV, Monique FM, Moulin T Du, Jonge MCD, Poel AVD, et al. Effects of the implementation of an evidence-based program to manage concerns about falls in older adults. *The Gerontologist* [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct. 15];53(5):839-49. Available from: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/53/5/839.full.pdf+html>. doi: 10.1093/geront/gns142.
10. Wong ELY, Woo J, Cheung AWL, Yeung P. Determinants of participation in a fall assessment and prevention programme among elderly fallers in Hong Kong: prospective cohort study. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 23]; 64(4):763-773. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05535.x/pdf>. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05535.
11. Stineman MG, Strumpf N, Kurichi JE, Charles J, Grisso JA, Jayadevappa R. Attempts to reach the oldest and frailest: recruitment, adherence, and retention of urban elderly persons to a falls reduction exercise program. *The Gerontologist*. [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 15];51(1): S59-S72. Available from: http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/51/suppl_1/S59.full.pdf+html. doi: 10.1093/geront/gnr012.
12. Dickinson A, Horton K, Machen I, Bunn F, Cove J, Jain D, et al. The role of health professionals in promoting the uptake of fall prevention interventions: a qualitative study of older people's views. *Age Ageing*. [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 02];40(6):724-730. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/40/6/724.full.pdf+html>. doi: 10.1093/ageing/afr111.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 1999 [cited 29 Jan 16]; 57(2B): 421-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
14. Minosso JSM, Amendola F, Martins MR, Amélia M, Oliveira DC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2010 [citado 2015 set 30];23(2):218-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
15. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). *Rev. Bras. Fisioter*. [Internet]. 2010 [citado 2015 set 30];14(3):237-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n3/10.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552010000300010>
16. Logghe IHJ, Verhagen AP, Rademaker ACHJ, Zeeuwe PEM, Bierma-zeinstra SMA, Rossum EV, et al. Explaining the ineffectiveness of a Tai Chi fall prevention training for community-living older people: A process evaluation alongside a randomized clinical trial(RCT). *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 23];52(3):357-62. Available from: <http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943%2810%2900138-X/pdf>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.05.013>
17. Zijlstra GAR, Haastregt JCMV, Monique FM, Moulin TD, Jonge MCD, Poel AVD, et al. Effects of the implementation of an evidence-based program to manage concerns about falls in older adults. *The Gerontologist*. [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 24];53(5):839-49. Available from: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/53/5/839.full.pdf+html>. doi: 10.1093/geront/gns142.
18. Host D, Hendriksen C, Borup I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. *Scand. j. public health* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 17];39(1):742-748. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Ina_Borup/publication/51676038_Older_people%27s_perception_of_and_coping_with_falling_and_their_motivation_for_fall-prevention_programmes/links/5450c03c0cf24e8f73750456.pdf. doi: 10.1177/14033494811421639
19. Suttanon P, Hill KD, Said CM, Byrne KN, Dodd KJ. Factors influencing commencement and adherence to a home-based balance exercise program for reducing risk of falls: perceptions of people with Alzheimer's disease and their caregivers. *Int Psychogeriatr*. [Internet]. 2012 [cited Oct 15];24(7):1172-82. Available from: <http://www.centralwestgippslandpcp.com/wp-content/uploads/2011/09/suttanon-2012-Int-Psychoger-adherence-paper.pdf>. doi: 10.1017/S1041610211002729
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [cited 2015 sep. 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
21. Batra A, Page T, Melchior M, Seff L, Vieira ER, Palmer RC. Factors associated with the completion of falls prevention program. *Health Educ Res*. [Internet]. 2013 [Cited 2015 Oct 17];28(6):1067-79. Available from: <http://her.oxfordjournals.org/content/28/6/1067.full.pdf+html>. doi: 10.1093/her/cyt099.
22. Stevens JA, Noonan RK, Rubenstein LZ. Older adult fall prevention: Perceptions, beliefs, and behaviors. *Am J Prev Med* [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 10];4(1):1-5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/239321352_Older_Adult_Fall_Prevention_Perceptions_Beliefs_and_Behaviors. doi: 10.1177/1559827609348350
23. Córdova MIP, Mier N, Curi EJM, Gómez TG, Quirarte NHG, Barrios FF, et al. Personal and social determinants of health services utilization by Mexican older people. *Int J Older People Nurs*. 2015;5:193-201. doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00193.x
24. Ribeiro CP, Neri AL, Paula A, Bretas F. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*. [Internet]. 2009 [citado 2015 Oct 26];14(3):501-509. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a11.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000300011>
25. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. *Cad. Saúde Publica*. [Internet]. 2013 [citado 2015 Nov 02];29(1):165-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/19.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100019>
26. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Filho AIL, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação de saúde do idoso. *Rev. Saúde Públ*. [Internet]. 2010 [citado 2015 Nov 03]; 44(1):159-165. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/17.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017>
27. Dorresteyn TAC, Zijlstra JAR, Eijs YJJV, Ylaeeyen JWS, Kempen JIJM. Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls. *Age Ageing*. [Internet]. 2012 [Cited 2015 Oct 29];41(4):474-481. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/41/4/474.full.pdf+html>. doi: 10.1093/ageing/afs007
28. Dollard J, Braunack-Mayer A, Horton K, Vanlint S. Why older women do or do not seek help from the GP after a fall: a qualitative study. *Fam Pract*. [Internet]. 2014 [Cited 2015 Sep 30];31(2):222-8. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/2/222.full.pdf+html>. doi: 10.1093/fampra/cmt083
29. Organização Mundial da Saúde - OMS. Relatório final da comissão sobre os determinantes sociais da saúde [Internet]. Lisboa, Portugal: OMS, 2010. [cited 2015 out. 23] 276. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf
30. Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab. Educ. Saúde*. [Internet]. 2013 [acesso 2015 nov 03];11(2): 375-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a07v11n2.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200007>

^a Extraído da dissertação "Práticas preventivas de quedas realizadas por idosos das unidades de saúde da família e fatores associados", Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil, 2016.