

QUEDAS E QUALIDADE DE VIDA: ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS EMOCIONAIS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS

Falls and quality of life: associated with emotional aspects in elderlies from the community

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel^a, Valéria Pagotto^b, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani^c,
Lílian Varanda Pereira^c, Ruth Losada de Menezes^d

RESUMO

INTRODUÇÃO: As quedas são consideradas um problema de saúde pública, dada a sua prevalência e as consequências que podem repercutir na qualidade de vida (QV) dos idosos. **OBJETIVO:** Analisar a associação entre quedas e QV. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal de base populacional feito em Goiânia com 914 idosos comunitários. Os dados coletados abordaram questões socioeconômicas, demográficas, quedas, sendo que a QV foi avaliada pelo questionário SF-36. As associações foram analisadas pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** A prevalência de quedas encontrada foi de 34,7%, sendo superior no sexo feminino (38,0%) e na faixa etária acima de 80 anos (45,4%). A análise mostrou que não houve diferença significativa em relação à média da maioria dos domínios do SF-36 conforme a ocorrência de quedas. Já na associação da queda, QV e faixa etária, a média para aspectos emocionais (AE) foi de 72,9 para caídores e de 84,6 para não caídores ($p = 0,047$). **CONCLUSÃO:** Neste estudo observou-se elevada prevalência de quedas, principalmente no grupo das mulheres e nos muito idosos (>80 anos). Quanto à associação com QV, os idosos caídores apresentaram pior média apenas no domínio AE. Sugere-se que novos estudos possam investigar a associação de fatores relacionados a essas duas temáticas, com emprego da metodologia qualitativa para retratar o impacto da queda na QV dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes por quedas; idoso; qualidade de vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Falls are considered a public health problem due to its prevalence and consequences that may affect the elderly's quality of life (QL). **AIM:** Analyze the relationship between falling by accident and the elderly QL. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional study based on the population in Goiânia, with 914 elderlies of the community. The collected data addressed socio economical and demographical factors and falls; the QL was evaluated by the SF-36 questionnaire. The associations were analyzed by the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. **RESULTS:** The prevalence of falls that was found was 34.7%, being superior in the female gender (38.0%) and the age group was over 80 years old (45.4%). The analysis showed no significant difference in relation to the average of most of the domain of the SF-36 according to the occurrence of falls. But in the association of falls, QL and age group, the average for the emotional aspects (EA) was 72.9 years old for fallers and 84.6 years old for non-fallers ($p = 0.047$). **CONCLUSION:** In this study, one can observe the high prevalence of falls, mainly in the female and older groups (80 years of age and up). As to the relationship between QL and falls, the fallers presented a lower average only in the EA domain. Therefore, it is suggested that new studies could potentially investigate the relationship between factors in these two areas, emphasizing the use of the qualitative methodology to portray the impact of falls in the QL of this population.

KEYWORDS: accidents by falls; aged; quality of life.

^aPrograma de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

^bFaculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

^cPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFG – Goiânia (GO), Brasil.

^dPrograma de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde, Faculdade de Ceilândia, UnB – Brasília (DF), Brasil.

Dados para correspondência

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde – SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06, Torre II, Edifício Premium Térreo, Sala 14 – CEP: 70070-600 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: wendelpimentel@hotmail.com

DOI: 10.5327/Z2447-2115201500020002

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorre de forma acelerada, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), de 2013, a população idosa brasileira é composta por 26,1 milhões de pessoas, totalizando 13% da população total.² Embora o aumento da expectativa de vida seja uma conquista da sociedade, os idosos apresentam uma alta prevalência de agravos que podem comprometer a sua qualidade de vida (QV).³

As quedas constituem importante problema de saúde pública.^{4,5} No Brasil, a prevalência de quedas varia de 30 a 40% em idosos comunitários.⁶⁻¹⁰ Os fatores que contribuem para sua ocorrência são classificados como intrínsecos (diminuição da massa muscular e óssea, diminuição da capacidade visual e auditiva, doenças e uso de múltiplos medicamentos), extrínsecos (circunstâncias ambientais como: pisos escorregadios, tapetes e iluminação inadequada) e comportamentais (escolhas diárias e emoções, como, por exemplo, negação da fragilidade).^{4,11,12}

No campo da saúde pública as quedas se destacam não somente pela frequência com que ocorrem ou pelos seus fatores causais (que podem ser prevenidos), mas também pelas consequências que podem trazer à QV dos idosos. Nesse contexto, destacam-se as consequências psicológicas, como medo de cair, e as consequências físicas, como as fraturas, que, além de serem potenciais precursoras para a diminuição da capacidade funcional (CF), podem gerar um elevado custo social e econômico para idosos, família, cuidadores e sistema de saúde.^{4,5} Dados do Ministério da Saúde apontam que os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internação de pessoas idosas por fratura de fêmur dobrou nos últimos 10 anos, totalizando um valor em torno de 715 milhões de reais de 2005 a 2014.¹³

Estudos brasileiros enfatizam que as quedas podem trazer impacto negativo para a QV do idoso.^{8,14,15} A QV é uma avaliação multidimensional, referenciada a critérios socio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais passadas e prospectivas, entre a pessoa idosa e o seu ambiente. É avaliada por meio dos domínios bem-estar psicológico, QV percebida, competência comportamental e condições ambientais.¹⁶ Os estudos que identificaram as relações entre QV e quedas demonstram que houve diminuição nas médias do grupo que caiu no último ano em relação aos que não caíram, e a diferença mais significativa foi encontrada no aspecto psicológico.^{8,15}

Diante dos achados da literatura sobre QV e quedas, tem-se como hipótese de pesquisa que a QV dos idosos comunitários seja melhor entre idosos não caídores. Neste contexto,

estudar a problemática das quedas associadas à QV da população idosa constitui uma temática relevante para subsidiar as decisões que visam contribuir para o planejamento de políticas públicas com ações que enfoquem a atenção à saúde dos idosos. Essas ações poderão contribuir para a prevenção de quedas e podem gerar diminuição de gastos, preservação da CF e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor QV. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre quedas e QV em idosos no contexto comunitário no município de Goiânia (GO).

MÉTODOS

Este estudo está inserido na pesquisa “Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia – GO”, desenvolvido pela Rede de Vigilância à Saúde do Estado de Goiás Idoso (REVISI). Trata-se de um estudo de base populacional de delineamento transversal. Como este estudo integra uma pesquisa maior, a amostra foi calculada considerando-se os seguintes parâmetros: população de pessoas idosas de Goiânia (7% da população — 1.249.645 ano-base 2007); frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz; nível de confiança de 95%; precisão absoluta de 5%; DEFF de 1,8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas. Utilizando esses parâmetros, a amostra representativa resultou em 934 pessoas. Esta amostra apresenta poder para estudo das quedas, uma vez que a prevalência média encontrada em estudos nacionais fica em torno de 30 a 40% para idosos comunitários.⁶⁻¹⁰

Para a identificação dos idosos, utilizou-se a amostragem por conglomerados. A área geográfica do estudo foi definida a partir dos setores censitários (SCs) estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a delimitação dos SCs, foi utilizado o mapa urbano básico digital de Goiânia, fornecido pela instituição municipal responsável pela construção da malha digital da cidade (COMDATA). Foram identificados 1.068 SCs no município, sendo 912 estritamente urbanos, cuja média de indivíduos por setor era de 980 pessoas. Considerando-se 7% de idosos na população de Goiânia, estimou-se 16,3 pessoas idosas por SC. Dividindo-se o total da amostra (n = 934) pelo número de idosos estimados por SC (17,0), seriam necessários 55 setores para a coleta dos dados. Foi sorteado um SC a mais (totalizando 56) por meio de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização.

Nesses setores foram sorteado o quarteirão e a esquina para o início da coleta. A partir da esquina sorteada, a primeira residência foi visitada; caso não houvesse uma pessoa idosa, o pesquisador deslocava-se para o próximo domicílio, até identificar um idoso. Quando o número de domicílios residenciais

do setor não era suficiente para completar a amostra, outro SC já estava sorteado, *a priori*, e o entrevistador prosseguia até aproximar ou completar o total estimado de pessoas idosas.

Para o aprimoramento da logística e dos instrumentos de coleta de dados, foi realizado um estudo piloto em um SC (os resultados não foram incluídos na amostragem final). As entrevistas foram realizadas por pessoas graduandas ou com graduação completa, que foram selecionadas previamente e treinadas por um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2009 e abril de 2010, utilizando o questionário padronizado e pré-testado. O questionário elaborado pelos pesquisadores do grupo REVISI era composto por 12 seções: perfil social; dados sobre o cuidador; saúde geral do idoso e antecedentes familiares, com verificação da pressão arterial e registro do peso e da altura referidos; hábitos de vida; avaliação da dor; sintomas respiratórios; avaliação funcional; QV; fragilidade; quedas; acesso a serviços de saúde; Minixame do Estado Mental. As visitas domiciliares para a coleta foram realizadas por entrevistas, em que se realizava a checagem dos questionários e a codificação.

A variável-desfecho deste estudo foram as quedas. Os idosos foram questionados sobre a ocorrência de queda no último ano utilizando-se a seguinte pergunta: “O(a) senhor(a) caiu no último ano?”. Se sim, quantas? Uma, duas, três ou mais vezes. Quanto ao motivo da queda, foi perguntado se foi em decorrência de fator extrínseco (tropeçou, escorregou, esbarrou, trombou...) ou fator intrínseco (sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou...). Por fim, os idosos foram questionados quanto às consequências das quedas, situação em que foi perguntado: “O(a) Sr.(a) apresentou quais consequências físicas da última queda?”, sendo as opções de resposta: fratura, contusão e ferida, lesões neurológicas, imobilização, nenhuma e outros (a opção “outros” foi assim classificada quando era citado outro tipo de consequência fora deste escopo ou mais de um tipo de consequência citado anteriormente).

A QV dos indivíduos foi avaliada por meio do questionário *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36). Esse questionário foi desenvolvido no final dos anos 1980, nos Estados Unidos,¹⁷ e foi validado no Brasil por Ciconelli et al.¹⁸ O SF-36 é um questionário multidimensional composto por 36 itens, que formam 8 componentes: CF, aspectos físicos (AF), dor física (DF), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). Cada um desses componentes possui um escore cuja pontuação varia de 0 a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor.

Algumas variáveis foram analisadas para a descrição da amostra: sexo, faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos,

80 anos e mais), escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever e nunca foi à escola, ensino fundamental completo/incompleto (antigo, primário), ensino médio completo/incompleto, superior completo/incompleto, estado civil (solteiro, casado, viúvo ou divorciado). As variáveis sexo e faixa etária também foram utilizadas para estratificar a análise entre quedas e QV.

Os dados foram analisados no *software Stata 12.0*. Inicialmente, os dados foram avaliados de forma descritiva por meio de média, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas. A normalidade da distribuição dos domínios do SF-36 foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk. Optou-se por utilizar estatísticas não paramétricas, pois os dados não apresentaram distribuição normal. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar os valores médios de cada domínio do SF-36, conforme queda e sexo. Para comparar os valores médios conforme história de quedas e faixa etária, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Foram consideradas significativas as variáveis com valor $p < 0,05$.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 050/2009, conforme os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.¹⁹

RESULTADOS

Dos 934 idosos entrevistados, 20 foram excluídos porque não responderam a pergunta sobre quedas, resultando em uma amostra final de 914 idosos. Houve predominância do sexo feminino (61,9%) e da faixa etária de 60 a 69 anos (48,8%), com média de idade de $71,4 \pm 8,34$ anos. Quanto ao estado civil, 49,8% eram casados, 31,9%, viúvos, 9,2%, solteiros, e 9,1%, divorciados. Para escolaridade, 15,6% relataram ser analfabetos; 4,8% sabem ler e escrever, mas nunca foram à escola; 47,4% concluíram o ensino primário (hoje, ensino fundamental); 22,2% finalizaram o ensino médio; 9,9% completaram o ensino superior.

A prevalência de quedas foi de 34,7% (IC95% 31,7 – 37,9), sendo superior no sexo feminino (38,0%) ($p = 0,01$) e na faixa etária de 80 anos e mais (45,4%) ($p = 0,00$). Na Tabela 1 observa-se que, quanto ao número de quedas, a maioria dos idosos (55,9%) caiu uma vez. Em relação aos motivos, 80,6% dos idosos caíram por causas extrínsecas; quanto às consequências, a maioria das quedas resultou em feridas e contusões (52,2%), seguidas de nenhuma consequência (29,8%) e de fraturas (12,4%). Em relação à média dos domínios do SF-36 conforme a ocorrência de quedas em idosos do município de Goiânia, a Tabela 2 demonstra que houve

Tabela 1 Caracterização das quedas quanto a prevalência, quantidade, motivo e consequências em idosos comunitários do município de Goiânia (GO) (n = 914), 2010

Variáveis	n (%)
Quedas	
Sim	318 (34,7)
Não	596 (65,3)
Número de quedas	
1	171 (55,9)
2	69 (22,5)
3 ou mais	66 (21,7)
Motivo das quedas	
Extrínseco	251 (80,6)
Intrínseco	54 (17,4)
Extrínseco e intrínseco	6 (2,0)
Consequências das quedas	
Contusão e ferida	168 (52,2)
Nenhuma	96 (29,8)
Fratura	40 (12,4)
Lesões neurológicas	5 (1,5)
Imobilização	3 (0,9)
Outros	10 (3,1)

diferença significativa ($p < 0,05$) em relação aos grupos de idosos caidores e não caidores apenas no componente SM, que investiga ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem-estar psicológico, com uma média de 72,5 para os caidores e de 69,1 para os não caidores ($p = 0,046$).

Na Tabela 3 observa-se que não há diferenças estatisticamente significantes entre a recorrência de quedas e os domínios do SF-36. Apesar disso, observa-se diminuição dos valores médios nos domínios CF, EGS, SM e limitação por AF. Estratificando a amostra por sexo (Tabela 4), observa-se que, nos homens, os domínios VT e SM apresentaram diferenças estatisticamente significantes. No domínio VT, a média foi de 74,2 para os caidores e de 68,7 para não caidores ($p = 0,039$), enquanto para o domínio da SM foi de 78,6 para homens que sofreram quedas e de 69,9 para os que não caíram ($p = 0,001$). Já no sexo feminino não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre caidoras e não caidoras.

Para os domínios do SF-36 estratificando a amostra por faixa etária (de 60 a 69 anos), houve diferença significativa para os domínios EGS ($p = 0,001$), VT ($p = 0,019$), AS

Tabela 2 Média dos domínios do SF-36 conforme a ocorrência de quedas em idosos comunitários do município de Goiânia (GO) (n = 914), 2010

Variáveis	Amostra		Caidores		Não caidores		Valor p*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	64,5	28,4	64	29,8	64,9	27,7	0,951
Aspectos físicos	70,0	42,0	69,4	42,1	70,3	42,0	0,855
Dor física	68,1	28,6	68,5	28,5	67,8	28,7	0,739
Estado geral de saúde	66,6	22,0	68,4	21,6	65,7	22,1	0,079
Vitalidade	66,6	23,9	68,6	22,6	65,5	24,5	0,096
Aspectos sociais	77,1	27,8	77	28,4	77,1	27,4	0,932
Aspectos emocionais	81,6	36,1	82,5	36,0	81	36,2	0,272
Saúde mental	70,3	22,1	72,5	21,3	69,1	22,4	0,046

*Teste de Mann-Whitney; DP: desvio-padrão.

Tabela 3 Diferença de médias dos domínios do SF-36 segundo número de quedas em idosos comunitários do município de Goiânia (GO) (n = 914), 2010

Variáveis	História de quedas			Valor p*
	1 queda (n = 181)	2 quedas (n = 71)	≥ 3 quedas (n = 66)	
Capacidade funcional	65,4 (± 30,3)	63,4 (± 29,0)	60,5 (± 29,3)	0,382
Aspectos físicos	73,4 (± 21,0)	72,8 (± 21,1)	69,3 (± 22,5)	0,497
Dor física	69,8 (± 42,5)	63,1 (± 44,4)	75,0 (± 38,4)	0,426
Estado geral de saúde	71,0 (± 28,2)	65,2 (± 30,2)	64,7 (± 27,2)	0,180
Vitalidade	69,4 (± 21,5)	66,4 (± 24,0)	67,5 (± 20,1)	0,581
Aspectos sociais	69,2 (± 22,2)	69,9 (± 23,4)	65,5 (± 23,1)	0,388
Aspectos emocionais	77,0 (± 28,0)	75,0 (± 30,2)	79,2 (± 28,0)	0,724
Saúde mental	83,5 (± 34,7)	81,0 (± 37,7)	81,5 (± 38,2)	0,973

*Teste de Kruskal-Wallis.

($p = 0,039$) e SM ($p = 0,008$), com médias menores para os idosos não caidores. Para a faixa etária acima de 80 anos, foi verificada diferença significativa no domínio AE, com médias maiores para os idosos não caidores: de 72,9 para os caidores e de 84,6 para os não caidores ($p = 0,047$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa demonstrou elevada prevalência de quedas e associação com o domínio AE da QV dos idosos. A prevalência de quedas foi de 34,7%, resultado aproximado ao encontrado em estudo em São Paulo (32,7%)⁶ e Juiz de Fora (32,1%)⁹; superior a estudo com 6.616 idosos de 23 Estados brasileiros cuja prevalência geral foi 27,6%;⁷ e inferior a Ribeirão Preto (54,0%)⁵ e João Pessoa (42,3%).¹⁰ Apesar das diferenças de prevalência entre os locais estudados, a predominância de quedas no Brasil é elevada, o que demonstra a necessidade de políticas locais com ênfase na prevenção.

A proporção de quedas por faixa etária foi maior entre os idosos acima de 80 anos (45%), o que é coerente com estudo prévio realizado com 4.003 idosos comunitários.³ Algumas alterações inerentes ao processo de envelhecimento, como diminuição da densidade óssea e da massa muscular, instabilidade postural e déficit de equilíbrio, afetam a postura, a marcha e o equilíbrio e contribuem para que os idosos longevos apresentem maior probabilidade de cair em relação aos idosos mais jovens.^{20,21}

A recorrência de quedas foi de 56% para uma queda e de 22% para duas ou mais quedas, resultados superiores aos encontrados em estudo realizado em São Paulo (cuja frequência em idosos comunitários foi 13,9%)⁶ e inferiores aos do Rio de Janeiro (70,4% dos idosos referiram uma só queda, enquanto 29,6% relataram mais de uma queda).⁸ Após a ocorrência de uma queda, os idosos tendem a ter baixa autoconfiança em realizar algumas atividades rotineiras, seja por medo de novas quedas ou outros fatores físicos, psicológicos ou sociais, podendo gerar ao longo do tempo

Tabela 4 Diferença de médias dos domínios do SF-36 segundo sexo e ocorrência de quedas em idosos comunitários do município de Goiânia (GO) (n = 914), 2010

Domínios	Homens		Valor p*	Mulheres		Valor p*
	Caidores	Não caidores		Caidoras	Não caidoras	
Capacidade funcional	66,8 (± 2,9)	67,7 (± 1,9)	0,752	62,6 (± 2,1)	62,8 (± 1,5)	0,765
Aspectos físicos	76,5 (± 4,0)	75,1 (± 2,6)	0,458	66,1 (± 2,9)	66,8 (± 2,4)	0,750
Dor física	74,9 (± 2,8)	69,5 (± 1,8)	0,096	65,4 (± 1,9)	66,6 (± 1,6)	0,645
Estado geral de saúde	71,2 (± 1,9)	65,6 (± 1,5)	0,092	67,0 (± 1,5)	65,7 (± 1,1)	0,300
Vitalidade	74,2 (± 2,1)	68,7 (± 1,5)	0,039	65,8 (± 1,6)	63,2 (± 1,4)	0,330
Aspectos sociais	82,0 (± 2,7)	78,9 (± 1,8)	0,364	74,6 (± 2,0)	75,8 (± 1,5)	0,765
Aspectos emocionais	85,0 (± 3,4)	85,2 (± 2,1)	0,774	81,4 (± 2,6)	77,9 (± 2,1)	0,170
Saúde mental	78,6 (± 1,9)	69,9 (± 1,5)	0,001	69,4 (± 1,5)	68,6 (± 1,2)	0,769

*Teste de Mann-Whitney.

Tabela 5 Diferença de médias dos domínios do SF-36 segundo a faixa etária e ocorrência de quedas em idosos comunitários do município de Goiânia (GO) (n = 914), 2010

Domínio	60 a 69 anos		Valor p*	70 a 79 anos		Valor p*	≥ 80 anos		Valor p*
	Caidores	Não caidores		Caidores	Não caidores		Caidores	Não caidores	
Capacidade funcional	68,2	64,9	0,263	63,1	66,0	0,403	58,7	62,7	0,411
Aspectos físicos	74,4	69,0	0,236	64,1	70,8	0,206	69,9	73,4	0,492
Estado geral de saúde	71,5	64,1	0,001	66,0	67,8	0,497	66,7	66,6	0,984
Vitalidade	71,0	65,1	0,019	67,9	66,1	0,550	65,8	65,6	0,960
Aspectos sociais	81,9	75,9	0,039	74,5	78,7	0,247	72,5	78,1	0,192
Aspectos emocionais	85,8	80,2	0,145	86,0	80,6	0,210	72,9	84,6	0,047
Saúde mental	73,8	67,5	0,008	72,3	71,0	0,631	70,3	71,0	0,819

*Teste de Kruskal-Wallis.

um comprometimento progressivo da funcionalidade desse idoso, tornando-o mais susceptível a quedas recorrentes.²²

Houve predomínio dos fatores extrínsecos para as quedas (80%), corroborando resultados de outros estudos.^{9,23} Esse resultado pode ser explicado pelo fato de a pesquisa ter incluído idosos comunitários, que podem ser mais independentes funcionalmente e, assim, sofrer mais quedas devido a fatores extrínsecos. Em análise anterior dessa mesma pesquisa, que avaliou o nível de dependência dos idosos, 90,3% eram independentes para todas as atividades, 6,6%, parcialmente dependentes, e apenas 3,1%, totalmente dependentes.²⁴ Quanto às consequências das quedas, a maioria (52%) teve contusão e ferida, seguidas de fraturas (12%). Estudos demonstram que a principal consequência das quedas em idosos são as fraturas,^{5,7,8} ocorrências que podem trazer perdas funcionais e deixam os idosos mais susceptíveis a novos episódios de quedas, independentemente de sua frequência.⁸ Vale ressaltar que quase 30% dos idosos pesquisados relataram não ter apresentado nenhuma consequência em decorrência da queda, fato que pode ter influenciado nos achados a respeito da QV em caidores.

A prevalência de quedas superior em mulheres é coerente com a literatura^{3,5,6} e pode ser atribuída a força e massa muscular e óssea menores no sexo feminino, maior prevalência de doenças crônicas, realização de atividades domésticas associadas ao comportamento de maior risco.^{6,9}

Quanto à QV, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas no componente SM. Diferença em relação a aspectos psicológicos também foi verificada em outros estudos que avaliaram QV e quedas em pessoas idosas tanto com SF-36 quanto com WHQQOL-Bref.^{8,25,26} O domínio SM investiga a ansiedade, a depressão, as alterações do comportamento e o bem-estar psicológico. A queda e suas consequências podem levar os idosos terem alterações psicológicas e de comportamento, situações que afetam de forma negativa sua QV.⁸ Embora fossem esperados menores valores médios entre os caidores, pode-se concluir que a QV é ampla e que, apesar de saber as consequências negativas que a queda pode trazer para uma pessoa idosa, não se pode afirmar que apenas um evento pode determinar pior ou melhor QV, mas sim um conjunto de fatores que devem ser pesquisados mais detalhadamente. O relato de idosos que não tiveram nenhuma consequência em decorrência da queda também pode ter repercutido em tal achado. Diante disso, vale aprofundar, posteriormente, apenas a QV em idosos que apresentaram alguma consequência.

Ao se comparar os resultados dos domínios do SF-36 estratificando a amostra por faixa etária, houve diferença significativa na faixa etária de 60 a 69 anos para os domínios EGS ($p = 0,001$), VT ($p = 0,019$), AS ($p = 0,039$) e SM ($p = 0,008$), com médias maiores para os idosos caidores; o que pode demonstrar

novamente que a QV, por ser multideterminada, pode não sofrer influência das quedas como um evento isolado. Já para a faixa etária acima de 80 anos a diferença significativa no domínio AE foi de 72,9 para caidores e de 84,6 para os não caidores ($p = 0,047$), o que pode remeter ao fato de que as quedas associadas ao aumento da faixa etária podem, sim, influenciar de forma negativa a saúde e a QV de pessoas idosas. Esse achado corrobora outro estudo em que a queda em idosos acima de 85 anos foi precursora de pior saúde física e emoções negativas, quando comparados a idosos com menor faixa etária.²⁷ Idosos caidores do Rio de Janeiro avaliados por meio WHOQOL-Bref também tiveram redução da QV com diferenças mais significativas no domínio Psicológico.^{8,15} Uma possível explicação para essa associação pode ser devido ao fato de que, após a queda, os idosos podem desenvolver sentimentos negativos, insegurança, baixa autoestima, alterações da imagem corporal, podendo aumentar o medo de novas quedas.⁸

O impacto da queda em relação aos AE e psicológicos, como o medo de cair, é muito relevante, pois este pode ser um fator preditivo de quedas futuras que pode levar desde perda da CF e autonomia até sentimentos de fragilidade e insegurança. Esse quadro pode tornar as pessoas idosas mais susceptíveis à dependência de cuidadores, trazendo, com isso, diminuição da QV.^{28,29}

Nesse sentido, questões relacionadas aos AE, como o medo de quedas e outros, devem ser consideradas como um problema de saúde pública, uma vez que podem influenciar na QV das pessoas idosas, por serem precursores de uma propensão maior de dependência funcional e perda da autonomia.

Apesar das contribuições, este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas refere-se ao fato de tratar-se de um estudo transversal, o que não permite inferir causalidade, apenas associação. A existência de um possível viés de memória poderia ser citada como outra limitação, uma vez que as quedas são investigadas por meio de autorrelato.

CONCLUSÃO

Neste estudo observou-se elevada prevalência de quedas, principalmente no grupo das mulheres e nos muito idosos (> 80 anos). Quanto à associação com QV, os idosos caidores apresentaram pior média apenas no domínio AE. Neste contexto, a investigação de variáveis como quedas associadas à QV de idosos vem contribuir para conhecer melhor os aspectos relacionados a essas duas temáticas, bem como subsidiar a implantação e a implementação de ações voltadas à atenção à saúde da população idosa. Recomenda-se que novos estudos possam investigar a associação entre o medo de cair e a autonomia dos idosos, o que permite aprofundar os AE, e o emprego da metodologia qualitativa para retratar qual o significado de uma queda na QV das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Paixão Jr CM, Heckmann MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 950-60.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores de 2013 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
3. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):749-56.
4. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):481-92.
5. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior, MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):93-9.
6. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):709-16.
7. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1819-26.
8. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Col*. 2008;13(4):1265-73.
9. Cruz DT, Ribeiro CL, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.
10. Dantas EL, Brito GEG, Lobato I, Fernandes A. Prevalência de quedas em idosos adscritos à estratégia de saúde da família do município de João Pessoa, Paraíba. *Rev APS*. 2012;15(1).
11. Paschoal SMP, Lima EM. Quedas. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatria*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 581-90.
12. Organização Mundial da Saúde. *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. De Campos LM, tradutora. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2010. p. 14.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Brasília; 2015. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. (Acesso em 15 jul. 2015).
14. Lopes RA, Dias RC. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *CosnSientae Saúde*. 2010;9(3):504-9.
15. Ribeiro AP. *Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas [tese]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
16. Lawton M. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren J, Lubben J, Rowe J, Detchman D, editors. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press; 1991. p. 3-27.
17. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Col*. 2002;7:607-21.
18. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
20. Monteiro CR, Faro ACM. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):719-24.
21. Abreu SSE, Caldas CP. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos participantes e não participantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(4):324-30.
22. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(4):531-7.
23. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):320-7.
24. Castro DC. Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos de uma capital brasileira da região Centro-Oeste: estudo de base populacional [tese]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2012.
25. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*. 2003;32:593-600.
26. Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004;50(3):135-41.
27. Ruthig JC, Chipperfield JG, Newall NE, Perry RP, Hall NC. Detrimental effects of falling on health and well-being in later life: the mediating roles of perceived control and optimism. *J Health Psychol*. 2007;12(2):231-48.
28. Paixão Junior CM, Heckmann MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-63430.
29. Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. *Arq Bras Med*. 1994;68(1):9-12.