



Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade

Prevalence of fear of falling, in a sample of elderly adults in the community

Danielle Teles da Cruz¹
Raphaela Ornellas Duque²
Isabel Cristina Gonçalves Leite¹

Resumo

Objetivos: Verificar a prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e analisar a sua correlação com idade, autopercepção de saúde, dificuldade para andar, uso de dispositivo auxiliar, histórico de quedas e capacidade funcional. **Método:** Estudo transversal com 314 idosos, não institucionalizados, residentes na cidade de Juiz de Fora, MG, em 2015. Foi realizado inquérito domiciliar e o medo de cair foi avaliado usando *Falls Efficacy Scale* Internacional – Brasil (FES-I-BRASIL). Para verificar a correlação das variáveis independentes com o medo de cair, foi utilizada correlação de Spearman. Nível de significância do estudo foi de 5%. **Resultados:** A prevalência do medo de cair entre os idosos foi de 95,2% (IC95%=92,3; 97,3). O medo de cair correlacionou-se significativamente com todas as variáveis analisadas: idade ($r=0,199$), autopercepção de saúde ($r=0,299$), dificuldade para andar ($r=-0,480$), uso de dispositivo auxiliar da marcha ($r=0,337$), histórico de quedas ($r=-0,177$) e capacidade funcional ($r=-0,476$). **Conclusões:** Foi verificada alta prevalência do medo de cair e correlação significativa entre o desfecho e as variáveis estudadas. Esses achados apontam para a necessidade de estratégias de reabilitação, prevenção e promoção à saúde que possibilitem o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Medo. Acidentes por Queda. Estudos Transversais.

Abstract

Objectives: To investigate the prevalence of fear of falling among a sample of elderly persons in the community, and to analyze its correlation with age, self-perceived health, difficulty walking, use of an assistive device for walking, history of falls, and functional capacity. **Method:** A cross-sectional study of 314 non-institutionalized elderly individuals, living in the city of Juiz de Fora in the state of Minas Gerais in 2015, was carried out. A household survey was conducted and fear of falling was assessed using the Falls

Keywords: Health of the Elderly. Aging. Fear. Accidental Falls. Cross-Sectional Studies.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde. Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, Curso de Fisioterapia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Processo nº 480163/2012-0. Edital universal com recursos para material de consumo e permanente.

Correspondência/Correspondence

Danielle Teles da Cruz

E-mail: danielle.teles@ufjf.edu.br ou danitcruz@yahoo.com.br

Efficacy Scale - International - Brazil (*FES-I-BRASIL*). The Spearman correlation was used to verify the correlation of the independent variables with the fear of falling. The significance level for the study was 5%. Results: The prevalence of fear of falling among the elderly was 95.2% (95% CI= 92.3; 97.3). Fear of falling was significantly correlated with all the variables analyzed: age ($r= 0.199$), self-perceived health ($r=0.299$), difficulty walking ($r= -0.480$), use of an assistive device for walking ($r=0.337$), history of falls ($r= -0.177$), and functional capacity ($r = -0.476$). Conclusions: A high prevalence of fear of falling was observed, with a significant correlation between the outcome and the variables studied. These findings point to the need for rehabilitation, prevention, and health promotion strategies that enable healthy aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de amplitude mundial e com desdobramentos e impactos importantes para a sociedade e para os sistemas de saúde. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que a população idosa brasileira passará dos atuais 12,5% para aproximadamente 30% até 2050. A magnitude com que esse processo acontece no Brasil torna premente a necessidade de compreender as demandas relativas à saúde do idoso¹.

Dentro deste contexto, o medo de cair tem sido reconhecido como um importante problema de saúde pública, comumente encontrado entre os idosos, cujo impacto traz resultados potencialmente graves na vida desses indivíduos. Somam-se a essa análise as questões sociais, aumento na demanda e custos assistenciais em saúde²⁻⁴. Embora os mecanismos causais não estejam completamente elucidados, os estudos apontam que a etiologia do medo de cair é de natureza multifatorial, envolve fatores físicos, comportamentais, ambientais e funcionais^{3,5-7}.

Acreditava-se que a presença do medo de cair estivesse relacionada, exclusivamente, ao trauma psicológico resultante da ocorrência de uma queda. Contudo, a literatura revela que ele também está presente em idosos que nunca caíram⁶⁻⁹. O medo de cair relaciona-se à baixa confiança ou baixa autoeficácia em evitar quedas. Pessoas com baixa autoeficácia focam nos obstáculos da tarefa e nas suas limitações e fogem de situações consideradas ameaçadoras. Logo, elas impedem o desenvolvimento de habilidades, o que resulta em uma base para construção do medo^{3,5-7}.

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência do medo de cair em uma população de

idosos da comunidade e analisar a sua correlação com idade, autopercepção de saúde, dificuldade para andar, uso de dispositivo auxiliar, histórico de quedas e capacidade funcional.

MÉTODO

Esse estudo é integrante de um projeto de pesquisa mais amplo, denominado *Inquérito em Saúde da População Idosa de Juiz de Fora*, operacionalizado por meio de duas ondas de inquéritos multidimensionais domiciliares de base populacional (2010/2011 e 2014/2015). Assim, o presente estudo é um recorte transversal da segunda onda de coleta, com amostra de 214 idosos, com 60 anos ou mais de idade, residentes na Zona Norte da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Para a definição do cálculo amostral no início do seguimento em 2010 considerou-se a prevalência nacional de idosos que sofreram queda apontada pela literatura (30%)¹⁰, uma vez que esse era o objetivo principal. Considerou-se 5% de erro máximo desejado, nível de 95% de confiança, correção para populações finitas, efeito do plano amostral igual a 1,5 (considerando possíveis efeitos de estratificação e conglomeração, conforme o procedimento de seleção adotado) e possíveis perdas por recusa (30%).

Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde à qual a população do setor estava adscrita, subdivididos em atenção primária (Estratégia Saúde da Família ou tradicional), atenção

secundária ou área descoberta. A seleção desses foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente segundo dados do Censo Demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato.

Para a segunda onda do inquérito (2014), o cálculo do tamanho da amostra foi estimado a partir da amostra de 2010 e dos dados do IBGE para o censo de 2010 para a população da área delimitada, ao nível de desagregação de setor censitário, com o intuito de permitir o redimensionamento da amostra probabilística representativa baseada em estratificação e conglomeração. Para neutralizar a saída de membros do painel, que deixaram de compor a população pesquisada ao longo dos anos decorridos, foi usado o método *oversample*, que permite respeitar a amostragem inicial, desde que a população inicial seja conhecida e que o tratamento estatístico e atribuição de pesos sejam diferentes entre os grupos que compõem cada situação de saída de membro do painel (casos de óbito, alteração de endereço sem ser possível identificar o novo endereço, viagens de longa duração, internação por tempo prolongado e entrada em instituição de longa permanência)¹¹. Idade, sexo e nível de escolaridade foram variáveis selecionadas para balizar a entrada de novos sujeitos. 423 idosos compuseram a amostra total do inquérito.

O questionário utilizado para inquérito domiciliar foi padronizado e pré-testado. O Minixame do Estado Mental (MEEM) foi usado como instrumento de rastreamento de declínio cognitivo, o que determinou a necessidade ou não de outro respondente. No caso de outro respondente, não foram abordadas

as questões que necessitam da autopercepção do idoso. Indivíduos que apresentaram comportamento no MEEM sugestivo de declínio cognitivo e que não estavam acompanhados por familiares e/ou cuidadores foram excluídos (N=23).

A amostra do presente estudo foi composta por idosos que participaram da segunda fase do *Inquérito em Saúde da População Idosa de Juiz de Fora* e que não apresentaram declínio cognitivo (N=315), excluindo aqueles que utilizavam cadeira de rodas como dispositivo de mobilidade (N=1) (Figura 1). A concordância intra e interexaminadores constatada antes do início da coleta foi substancial ou excelente (>75%). Durante toda a pesquisa os entrevistadores foram acompanhados, avaliados e reciclados. Para controle de qualidade das informações, foi realizada supervisão de campo pelos pesquisadores principais e ao término da coleta, cerca de 10% da produção foi reavaliada por nova entrevista parcial.

A variável dependente foi operacionalizada com a aplicação da FES-I BRASIL. Trata-se de uma escala que permite avaliar o medo de cair baseado na definição de baixa autoeficácia percebida para evitar quedas durante atividades do dia a dia^{5,12}. A escala inclui 16 atividades com escores para cada atividade, que variam de um a quatro, cujo menor indica o idoso “nem um pouco preocupado” em cair e o maior sinaliza o idoso “extremamente preocupado” com a possibilidade em cair. Os valores totais variam de 16 pontos para os indivíduos sem qualquer preocupação em cair a 64 pontos para os indivíduos com preocupação extrema⁵.

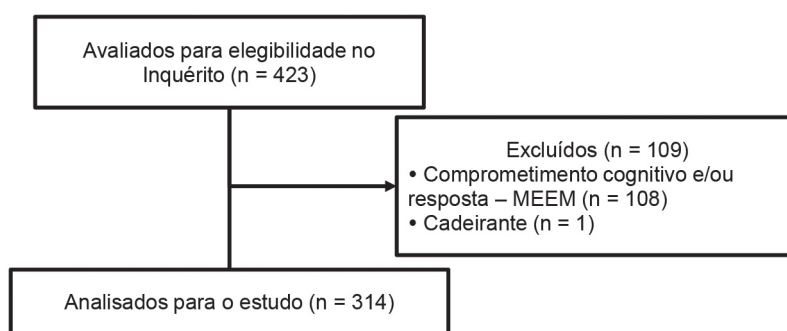


Figura 1. Fluxograma da amostra estudada. Juiz de Fora, MG, 2015.

A capacidade funcional para as atividades intermediárias de vida diária (AIVD) foi avaliada pela Escala de Lawton e Brody. Esse instrumento investiga nove atividades instrumentais: usar o telefone, fazer compras, cuidar do dinheiro, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar a roupa, tomar medicamentos e ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte. Os *escores* variam de 9 a 27 pontos e quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência. Essa variável foi dicotomizada em dependente (<18 pontos) e independente (≥ 19 pontos)¹³. As demais variáveis foram obtidas por meio de um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores.

O nível de significância foi de 5% e a análise estatística considerou as características do plano amostra. Frequências absoluta e relativa foram descritas, assim como a prevalência do desfecho. As variáveis: idade, autopercepção de saúde, dificuldade para andar, uso de dispositivo auxiliar para marcha, histórico de queda e capacidade funcional foram correlacionadas com a variável medo de cair calculando-se o coeficiente de correlação de Spearman. A classificação utilizada para correlação foi: <0,49, fraca; 0,50 a 0,69, moderada; e $\geq 0,70$, forte.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres

Humanos, em conformidade com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 771/916), sendo esse financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo: 480163/2012-0). Todos os idosos participantes dessa pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 314 idosos. A amostra foi composta de 62,2% de mulheres, 45,2% disseram ser brancos, 56,1% eram casados ou viviam em regime de união estável, 87,9% residiam acompanhados e 58,6% pertenciam ao nível socioeconômico C. A média de idade foi de 72,7 anos ($dp \pm 7,32$) e a de escolaridade foi de 4,0 anos ($dp \pm 3,50$). Dos entrevistados, 74,2% eram católicos e 96,8% julgaram a religião como importante em suas vidas. 61% disseram não ter dificuldade para andar e 87,3% afirmaram não necessitar de auxílio para locomoção. A maioria (96,5%) afirmou utilizar o SUS, 88,2% referiram algum tipo de morbidade, 53,4% mencionaram o uso de 1 a 4 medicamentos e 56,7% classificaram positivamente a própria saúde. Em relação ao histórico de quedas, 34,1% referiram ter sofrido algum episódio no último ano (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e perfil de saúde (n=314). Juiz de Fora, MG, 2015.

Variável	Medo ao Cair	
	Presença. n (%)	Ausência. n (%)
Sexo		
Masculino	99 (33,1)	7 (46,7)
Feminino	200 (66,9)	8 (53,3)
Idade (Anos)		
60-70	129 (43,1)	7 (46,7)
71-80	119 (39,8)	5 (33,3)
Mais de 80	51 (17,1)	3 (20,0)
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	27 (9,0)	2 (13,3)
1 a 4	188 (62,9)	7 (46,7)
5 a 10	59 (19,8)	5 (3,4)
11 ou mais	25 (8,4)	1 (6,7)

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	Medo ao Cair	
	Presença. n (%)	Ausência. n (%)
Nível socioeconômico		
A ou B	82 (27,4)	7 (46,7)
C	177 (59,2)	7 (46,7)
D ou E	40 (13,4)	1 (6,7)
Situação conjugal		
Casado ou união estável	170 (56,9)	6 (40,0)
Viúvo	93 (31,1)	6 (40,0)
Separado ou divorciado	24 (8,0)	2 (13,3)
Solteiro	12 (4,0)	1 (6,7)
Arranjo domiciliar		
Reside sozinho	36 (12,0)	2 (13,3)
Reside acompanhado	263 (88)	13 (86,7)
Autopercepção de saúde		
Excelente/muito boa/boa	168 (56,2)	10 (66,7)
Regular/ruim	131 (43,8)	5 (33,3)
Morbidade referida		
Sim	268 (89,6)	9 (60,0)
Não	31 (10,4)	6 (40,0)
Dificuldade para andar		
Não	180 (60,2)	12 (80,0)
Sim	119 (39,8)	3 (20,0)
Uso de dispositivo auxiliar da marcha		
Não	261 (87,3)	13 (86,7)
Auxílio humano	15 (5,0)	1 (6,7)
Bengala / Muleta	21 (7,0)	1 (2,3)
Andador	2 (0,7)	0 (0)
Uso contínuo de medicamentos		
Nenhum	23 (7,7)	3 (20,0)
1 a 4 medicações	160 (53,5)	9 (60,0)
Mais de 4 medicações	116 (38,8)	3 (20,0)
Queda		
Não	196 (65,6)	11 (73,3)
Sim	103 (34,4)	4 (26,7)
Utilização do SUS		
Sim	289 (96,7)	14 (93,3)
Não	10 (3,3)	1 (6,7)
Capacidade funcional para realização das Atividades instrumentais de vida diária		
Independente	280 (93,6)	15 (100,0)
Dependente	19 (6,4)	0 (0)

Fonte: Tabela elaborada pelos próprios autores

A prevalência do medo de cair na população estudada foi de 95,2% (IC 95%=92,3-97,3) e a média de pontuação na escala foi de 24,9 (dp±8,17). Dentre as atividades presentes na escala FES-I-BRASIL, as mais pontuadas e que, portanto, representaram

maior preocupação em cair para os idosos foram: andando sobre uma superfície escorregadia, subindo ou descendo escadas, tomando banho, subindo ou descendo uma ladeira e caminhando sobre a superfície irregular (Figura 2).

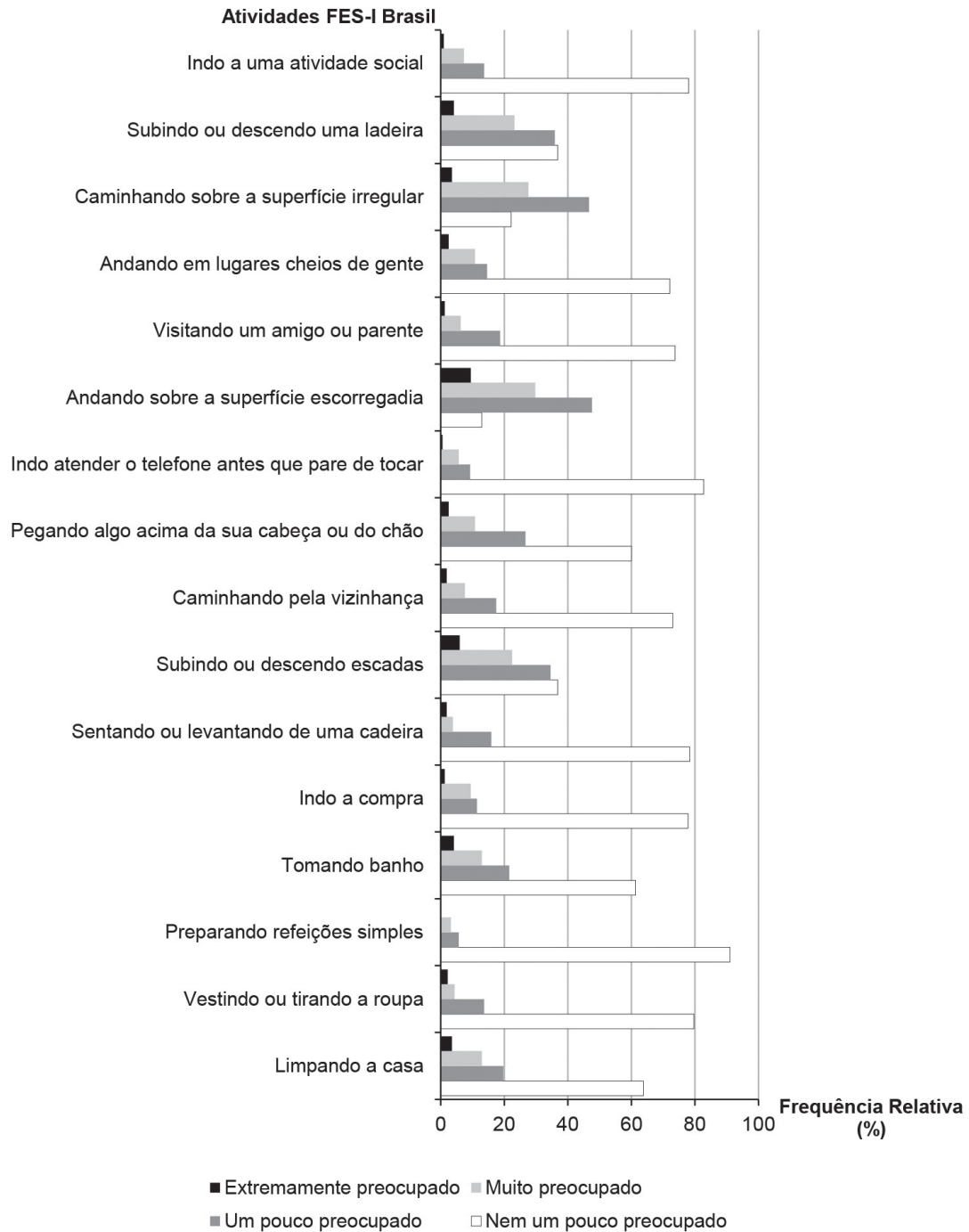


Figura 2. Preocupação relatada por idosos em atividades avaliadas na FES-I Brasil (*Falls Efficacy Scale – Internacional*). Juiz de Fora, MG, 2015.

A correlação de Spearman mostrou resultados significativos ($p < 0,05$) entre medo de cair e todas as variáveis pesquisadas. Verificou-se correlação positiva fraca entre FES-I-BRASIL e autopercepção de saúde ($r = 0,299$), FES-I-BRASIL e uso de dispositivo auxiliar da marcha

($r = 0,337$) e FES-I-BRASIL e idade ($r = 0,199$). Foi verificada ainda correlação negativa fraca entre FES-I-BRASIL e histórico de quedas ($r = -0,177$), FES-I-BRASIL e dificuldade para andar ($r = -0,480$) e FES-I-BRASIL e capacidade funcional ($r = -0,476$) (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre medo de cair e as variáveis analisadas. Juiz de Fora, MG. 2015.

Variável	r	p
Idade	0,199	< 0,01
Autopercepção de saúde	0,299	< 0,01
Dificuldade para andar	-0,480	< 0,01
Uso de dispositivo auxiliar da marcha	0,337	< 0,01
Histórico de quedas	-0,177	< 0,01
Capacidade funcional para realização das AIVS	-0,476	< 0,01

p: nível de significância exato para o coeficiente da correlação de Spearman.

DISCUSSÃO

A prevalência do medo de cair na população estudada foi de 95,2%, semelhante ao encontrado em outros estudos^{7,8,14}. Prevalências inferiores, entre 19% a 78%, foram verificadas em outras pesquisas, no entanto, essas variações podem ser atribuídas à diversidade de ferramentas utilizadas para avaliar o desfecho, diferenças nas características da população avaliada e outros atributos metodológicos^{4,15-19}.

Considerando que 65,9% dos idosos não relataram quedas nos últimos 12 meses, pode-se inferir que o medo de cair esteve presente independente da ocorrência desse evento. Os estudos mostram que o medo de cair tem sido relatado tanto por idosos com experiência de quedas, como por aqueles que nunca caíram^{3,6,7}. Entre aqueles que já caíram, a literatura sugere que tais indivíduos se consideram menos capazes em evitar uma queda e, conseqüentemente, estariam mais propensos a sofrer uma queda futura. A baixa autoconfiança em evitar a queda pode reduzir a realização de atividades devido ao medo de cair novamente, gerando um declínio funcional decorrente da inatividade, o que aumentaria o risco de novas quedas^{2,4,9,16-18}. O medo de cair se mostrou crescente com o aumento da idade, corroborando outras investigações^{4,9,17,18}. Com o processo de

envelhecimento, os idosos tendem a apresentar um declínio físico-funcional decorrente da menor capacidade de reserva funcional. Segundo Lopes et al.⁷ esse declínio da reserva funcional que ocorre com o avançar da idade altera a percepção dos idosos frente a essas perdas o que pode gerar um sentimento de baixa autoeficácia e, conseqüentemente, preocupação em cair.

Constatou-se também correlação positiva fraca entre medo de cair e autopercepção negativa de saúde. A autopercepção de saúde tem se revelado como um método confiável e um robusto indicador de saúde global, preditor de morbidade, mortalidade e declínio físico da população idosa. É capaz de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso^{20,21}. Resultado similar foi encontrado no estudo realizado por Silva et al.²², o qual mostrou que entre os idosos participantes de atividade física regular, aqueles que auto percebem sua saúde como ruim, tendem a apresentar maior pontuação na FES-I-BRASIL e, conseqüentemente, uma maior preocupação em cair em comparação com aqueles que têm uma melhor percepção da saúde^{4,9,17,18}.

O medo de cair se mostrou mais frequente em idosos que apresentam dificuldade para andar. É provável que sujeitos que relatem dificuldades para

andar já apresentem certo declínio da capacidade funcional e alterações de equilíbrio e marcha. Essas alterações prejudicam a execução de uma deambulação segura e eficaz e comprometem a autoconfiança desses idosos em evitar quedas, gerando uma base para construção do medo.

O uso de dispositivo auxiliar de marcha mostrou associação entre os idosos que relataram preocupação em cair. A diminuição de força muscular e de flexibilidade e o comprometimento dos sistemas somatossensorial, vestibular e sensorial decorrentes do processo de envelhecimento alteram o controle postural e o equilíbrio e dificultam a realização da marcha de modo eficaz e seguro^{3,23}.

Pesquisas destacam que idosos que relatam medo de cair utilizam diferentes estratégias a fim de manter a estabilidade durante a marcha. Menor comprimento e altura do passo, maior base de suporte e maior tempo na fase de duplo apoio desencadeiam redução da velocidade da marcha e alteram a estabilidade. Desta forma, a variabilidade dos parâmetros espaciais e temporais da marcha apresentada por esses idosos contribuem para uma marcha mais instável e com risco ainda maior de quedas^{3,19,24-26}. Ainda segundo Lopes et al.⁷, idosos com medo de cair tendem a recrutar simultaneamente músculos agonistas e antagonistas, o que resulta em rigidez postural, marcha anormal, estratégias posturais inadequadas e dependência de dispositivos que garantam estabilidade. Estes dispositivos auxiliares possibilitam a independência funcional e oferecem segurança e confiança aos idosos, facilitando a realização de suas atividades cotidianas. No entanto, quando não indicados ou utilizados de forma inadequada, eles podem ter o efeito contrário e contribuir para uma locomoção insegura, se configurando como um instrumento capaz de provocar quedas^{23,27-29}.

A correlação encontrada entre medo de cair e capacidade funcional aponta que a dependência funcional está associada ao aumento do medo de cair. A literatura reporta que idosos com declínio funcional tendem a apresentar baixa autoeficácia em executar as atividades do cotidiano já que possuem menor desempenho físico e funcional e relatam, frequentemente, medo de sofrer quedas durante a sua

realização. Relata ainda que idosos que restringem suas atividades por medo de cair estão mais propensos ao sedentarismo e ao isolamento social, acarretando prejuízo na capacidade funcional e conseqüentemente medo de sofrer quedas, gerando e perpetuando um ciclo vicioso de efeitos adversos^{3,6,22,30,31}.

Subir ou descer escadas, tomar banho, caminhar sobre a superfície irregular, subir e descer uma ladeira e andar sobre uma superfície escorregadia foram as atividades mais pontuadas na FES-I-BRASIL, semelhante ao encontrado em outros estudos^{7,14}. Atividades como essas impõem desafios ao idoso pelo alto grau de exigência do sistema osteomioarticular e outros componentes responsáveis pela manutenção do equilíbrio dinâmico. Cabe ressaltar que em decorrência do medo, os idosos tendem a diminuir a autoconfiança sobre suas habilidades, conseqüentemente, evitam se expor a situações ameaçadoras e que consideram de risco para queda, restringindo suas atividades, perpetua-se assim um ciclo de efeitos adversos à saúde do próprio idoso^{2,9}. Estudo realizado por Dias et al.¹⁵ revela que os idosos que restringem suas atividades por medo de cair apresentam menor autoeficácia em evitar quedas, são mais lentos na marcha, tem maior número de doenças, pior autopercepção de saúde e apresentam pior desempenho nas AIVD.

Para Camargos et al.⁵, atividades externas e que envolvem participação social são uma das principais causas de preocupação de quedas entre os idosos da comunidade. A demanda no processamento de informações necessárias para o controle do equilíbrio e manutenção da estabilidade é significativamente maior no ambiente da comunidade³².

No entanto, o ambiente doméstico também pode oferecer situações que exigem maior demanda de equilíbrio e controle postural, como é o caso dos idosos que relataram ficar preocupados em cair ao tomar banho e andar em superfícies escorregadias. Algumas pesquisas demonstraram que o local mais frequente da ocorrência das quedas foi dentro do próprio domicílio do idoso, especialmente o quarto e banheiro^{14,23,29,30}. Oliveira et al.³¹ mostraram uma tendência de aumento de quedas em ambientes externos. Para eles, fatores intrínsecos estão relacionados ao local de ocorrência das quedas.

Idosos com capacidade física preservada tendem a cair em ambientes externos, enquanto aqueles com comprometimento funcional tendem a sofrer quedas dentro do próprio domicílio. Essa situação chama atenção para o risco de isolamento social e aquisição de estilos de vida sedentários devido à inatividade física decorrente da presença do medo de cair^{15,16,33}.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se a possibilidade do viés de memória decorrente do autorrelato dos participantes na pesquisa das variáveis de interesse, o que pode ter influenciado os dados. No entanto, cabe ressaltar que os inquéritos domiciliares, de base populacional e com idosos que residem na comunidade são de extrema importância, pois se configuram como importantes ferramentas para análise e avaliação em saúde, monitoramento e gestão das práticas coletivas. São instrumentos potencialmente úteis e capazes de ofertar subsídios para a implantação de políticas públicas e para a realização de pesquisas futuras que aprofundem o tema em questão.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou alta prevalência do medo de cair nos idosos da comunidade e correlação significativa entre o desfecho e autopercepção de saúde, dificuldade para andar, uso de dispositivo auxiliar, idade, histórico de quedas e capacidade funcional. Dentre as atividades que mais preocupam os idosos em relação ao medo de cair foram mais pontuadas as atividades de tomar banho, subir ou descer escadas, caminhar sobre superfície irregular, subir ou descer uma ladeira e andar sobre uma superfície escorregadia.

Acreditamos que a alta prevalência do medo de cair na população idosa, dentro de um panorama no qual o envelhecimento populacional é crescente, impõe a necessidade de entendê-lo como um problema de saúde pública, sendo premente a elaboração e adoção de novas estratégias e ações assistenciais de reabilitação, prevenção e promoção à saúde, que contribuirão para a qualidade de vida dessa população e a garantia de um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, D'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):758-68.
3. Moreira MA, Oliveira BS, Moura KQ, Tapajós DM, Maciel ACC. A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair? *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):71-80.
4. Zijlstra GA, Van Haastregt JC, Van Eijk JT, Van Rossum E, Stalenoef PA, Kempen GI. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing*. 2007;36(3):304-9.
5. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – Internacional em idosos brasileiros (FESI-Brasil). *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(3):237-43.
6. Legters K. Fear of falling. *Phys Ther*. 2002;82(3):264-72.
7. Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(3):223-9.
8. Pimentel I, Scheicher ME. Comparação da mobilidade, força muscular e medo de cair em idosas caídas e não caídas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):251-7.
9. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N, Van der Hooft T, Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008;37(1):19-24.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2006.

11. Rahman MM, Davis DN. Addressing the class imbalance problem in medical datasets. *IJMLC*. 2013;3(2):224-8.
12. Camargos FFO. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da falls efficacy scale-international: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2007.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
14. Fucahori FS, Lopes AR, Correia JJA, Silva CKD, Trelha CS. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter Mov*. 2014;27(3):379-87.
15. Dias RC, Freire MTF, Santos EGS, Vieira RA, Dias JMD, Perracini MR. Características associadas às restrições de atividades por medo de cair em idosos comunitários. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(5):406-13.
16. Gaxatte C, Nguyen T, Chourabi F, Salleron J, Pardessus V, Delabrière I, et al. Fear of falling as seen in the multidisciplinary falls consultation. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011;54(4):248-58.
17. Kempen GI, Haastregt JC, McKee KJ, Delbaere K, Zijlstra GA. Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health*. 2009;9(1):1-16.
18. Kumar A, Carpenter H, Morris R, Iliffe S, Kendrick D. Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? *Age Ageing*. 2014;43(1):76-84.
19. Rochat S, Büla CJ, Martin E, Seematter-Bagnoud L, Karmaniola A, Aminian K, et al. What is the relationship between fear of falling and gait in well-functioning older persons aged 65 to 70 years? *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(6):879-84.
20. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(5):1049-60.
21. Silva PA. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(11):2387-2400.
22. Silva CK, Trelha CS, Silva Junior RA. Fear of falling and self-perception of health in older participants and nonparticipants of physical activity programs. *Motriz*. 2013;19(4):763-9.
23. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.
24. Ayoubi F, Launay CP, Annweiler C, Beauchet O. Fear of falling and gait variability in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(1):14-9.
25. Davis JR, Campbell AD, Adkin AL, Carpenter MG. The relationship between fear of falling and human postural control. *Gait Posture*. 2009;29(2):275-9.
26. Kirkwood RN, Moreira BS, Vallone MLDC, Mingoti AS, Dias RC, Sampaio RF. Step length appears to be a strong discriminant gait parameter for elderly females highly concerned about falls: a cross-sectional observational study. *Physiotherapy*. 2011;97(2):126-31.
27. Klima DW, Newton RA, Keshner EA, Davey A. Fear of falling and balance ability in older men: the priest study. *J Aging Phys Act*. 2013;21(4):375-86.
28. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1209-18.
29. Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MBA. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):705-18.
30. Antes DL, D'Orsi E, Benedetti TRB. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *Epi Floripa Idoso* 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):469-81.
31. Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti MLT, Melo RC. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):637-45.
32. Deshpande N, Metter EJ, Lauretani F, Bandinelli S, Ferrucci L. Interpreting fear of falling in the elderly: What do we need to consider? *J Geriatr Phys Ther*. 2009;32(3):91-6.
33. Deshpande N, Metter EJ, Lauretani F, Bandinelli S, Guralnik J, Ferrucci L. Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):615-20.

Recebido: 03/10/2016

Revisado: 23/03/2017

Aprovado: 27/04/2017