UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

DANIELA LUZIA ZAGOTO AGULHÓ

PREVALÊNCIA DE PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEU RISCO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS

CUIABÁ - MT

2017

DANIELA LUZIA ZAGOTO AGULHÓ

PREVALÊNCIA DE PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEU RISCO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFMT, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – **Área de concentração**: Enfermagem e o Cuidado à Saúde Regional.

Orientadora: Dr.ª Annelita Almeida Oliveira Reiners

CUIABÁ – MT

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

Z18p AGULHÓ, DANIELA LUZIA ZAGOTO.
PREVALÊNCIA DE PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEU RISCO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS / DANIELA LUZIA ZAGOTO AGULHÓ. -- 2017
110 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: ANNELITA ALMEIDA OLIVEIRA REINERS.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2017.
Inclui bibliografia.

1. PERCEPÇÃO. 2. COMPORTAMENTO DE REDUÇÃO DE RISCO. 3. ACIDENTES POR QUEDAS. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

DANIELA LUZIA ZAGOTO AGULHÓ

PREVALÊNCIA DE PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEU RISCO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS

Esta dissertação foi submetida à avaliação por Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Aprovada na sua versão final em 17 de março de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado, área de concentração Enfermagem e o Cuidado à Saúde Regional.

_____

Pós-Drª Christine Baccarat de Godoy Martins
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

_____

Drª Annelita Almeida Oliveira Reiners
Orientadora - Presidente da Banca

_____

Drª Maria José Sanches Marin
Membro Efetivo Externo

_____

Dr Neuber José Segri
Membro Efetivo Interno

_____

Drª Magali Olivi
Membro Suplente Interno

_____

Drª Márcia Aparecida Padovan Otani
Membro Suplente Externo

CUIABÁ - MT

2017

Dedico este trabalho a Deus que me proporcionou a realização deste sonho, que me cuida com o mais singelo amor de Pai.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela imensa oportunidade de estar terminando essa trajetória, um sonho que Ele me permitiu realizar, agradeço pela força, o amor, o amparo e o cuidado que sempre me faz caminhar em busca dos meus sonhos.

Aos meus pais, Ana Cleuza e Antônio, por acreditarem e me apoiarem na realização deste sonho, pelo exemplo de fé, perseverança, honestidade, amor, companheirismo e lealdade. Obrigada por todo incentivo, vocês são o melhor de mim, o meu alicerce.

A minha irmã Maraíza, que é meu ombro amigo, exemplo de bondade, amizade e amor. Obrigada pelo apoio de sempre. Tenho orgulho de ser sua irmã.

Ao meu noivo Leonardo, que sempre me incentiva a persistir em busca dos meus ideais. Agradeço pela paciência, confiança e apoio, o seu amor e o apoio da sua família sempre me fortalece.

Aos dois lindos presentes que ganhei no decorrer do mestrado, Jorge Antônio e Isabella, o sorriso de vocês me faz querer viver e persistir em busca das minhas conquistas. Ser madrinha de vocês me faz orgulhosa, o meu amor é incondicional.

Aos meus avós, tios, primos e amigos por todo apoio e vibrações positivas com mais essa conquista.

A Bruna, a amiga que o mestrado me presenteou, com você tudo foi mais fácil, mais leve, cheio de luz e alegria. Obrigada por caminhar lado a lado comigo nesta conquista, gratidão por tudo.

As minhas orientadoras Annelita e Rosimeiry, por todo o ensinamento e dedicação durante o mestrado, por me ensinarem com amor, compreensão, reflexão e paciência. Tê-las comigo foi um presente concedido pelas mãos de Deus que quero levar para vida toda. Obrigada pelos ensinamentos, dedicação, apoio, parceria, risadas, piadas, choros, abraços e pelos momentos felizes de dança e cantoria. Foi magnifico tudo que vivemos juntas.

Ao professor Neuber, que dedicou seu tempo na construção deste trabalho, com total paciência e humildade. Tenho muita admiração e gratidão pelo exímio professor que és.

Aos idosos do Programa Longevidade Saudável, que com toda atenção e carinho concederam informações valiosas para a construção deste trabalho. Foram prazerosas as horas que passamos juntos, rodeadas de boa conversa e ensinamentos.

Aos professores do mestrado, por todo conhecimento compartilhado, que farão diferença significativa na minha vida como docente.

Aos colegas do mestrado, em especial Andreia, Juarez, Alice e Aline, que caminharam comigo nessa jornada, por toda convivência, apoio, amizade, troca de experiências e ensinamentos.

Ao Grupo de Estudo do Envelhecimento e Pessoa Idosa (GEEPI), por todas as discussões e conhecimentos compartilhados, fundamentais para a minha formação como mestre.

Aos profissionais da secretaria da FAEN, pela atenção e disponibilidade no decorrer do mestrado.

Ao Tiago, Abigail, Akeisa e Thalita, pela importante ajuda na coleta de dados.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, contribuindo de forma significativa para a minha formação como mestre.

OBRIGADA!

Não sei

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
abraço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.

Cora Coralina

AGULHÓ, D. L. Z. Prevalência de percepção de idosos sobre seu risco de quedas e fatores associados, 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 106 p.

Orientadora: Drª. Annelita Almeida Oliveira Reiners

RESUMO

Introdução: Dentre as causas de óbito que tem acometido a população idosa, os acidentes por quedas constituem um importante agravo, e consequentemente, representam um problema de saúde pública. Diversos fatores podem influenciar a ocorrência das quedas, destaca-se dentre eles a percepção de risco. Cada idoso, dotado de crenças e concepções próprias, possui uma visão diferenciada das quedas. Isso, por sua vez, reflete na percepção que cada um tem sobre seu risco de cair, consequentemente no comportamento de prevenção de quedas**. Objetivo:** Analisar a prevalência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas, suas razões e os fatores associados a essa percepção. **Método:** Estudo transversal e analítico realizado com idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. A amostragem do estudo foi não probabilística do tipo conveniência, composta por 190 idosos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista utilizando questionário com questões sociodemográficas, sobre condições de saúde e percepção de risco, Escore de Risco de Quedas, Escala de Eficácia de Quedas, Índice de Katz e Escala de Lawton & Brody. Também foi utilizada a técnica de vinheta para avaliar a percepção que os idosos tinham sobre seu risco de quedas, um instrumento elaborado com 12 imagens de situações e ambientes de risco, submetido à validação de conteúdo. Foi realizada análise descritiva com frequência absoluta e relativa e análise estatística bivariada para verificar as possíveis associações por meio do teste de qui-quadrado (x^2). Foi também aplicada regressão logística múltipla para identificar os fatores associados à percepção dos idosos sobre o seu risco de quedas. Utilizou-se o método *stepwise forward* para seleção das variáveis para montagem do modelo considerando $p<0,20$ na análise bivariada. **Resultados:** 63,7% dos idosos não se percebem em risco de cair. As razões dos idosos para não estar em risco de cair relacionam-se ao processo de envelhecimento, aos seus comportamentos e concepções em relação aos riscos de quedas. Os fatores associados à baixa percepção dos idosos sobre seu risco de quedas foram à mobilidade ($p=0,018$) e a preocupação que os idosos têm de cair ($p=0,002$). **Conclusão:** Esses resultados trazem preocupação na medida em que esses idosos, ao não se perceberem em risco, podem adotar comportamentos de risco que, consequentemente, resultem em quedas e suas consequências. Esses achados indicam a necessidade de maiores investimentos em programas/grupos que incluam atividades que ampliem a percepção dos idosos aos riscos de quedas, utilizando de estratégias que permitam a eles reconhecerem-se como potenciais caidores e com necessidade de adotar medidas preventivas no seu dia a dia.

Descritores: Percepção, Comportamento de redução do risco, Acidentes por quedas.

AGULHÓ, D. L. Z. Prevalence of perception of the elderly on their risk of falls and associated factors, 2017. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Post-Graduation Course in Nursing, UFMT, Cuiabá. 106 p.

Advisor: Drª. Annelita Almeida Oliveira Reiners

ABSTRACT

Introduction: Among the causes of death that have affected the elderly population, accidents due to falls are an important problem, and consequently, represent a public health problem. Several factors can influence the occurrence of falls, among them the perception of risk. Every elderly person, endowed with his own beliefs and conceptions, has a different view of the falls. This, in turn, reflects in the perception that each one has about his risk of falling, consequently in the behavior of prevention of falls. **Objective:** To analyze the prevalence of the perception of the elderly about their risk of falls, their reasons and the factors associated with this perception. **Method:** Cross-sectional and analytical study performed with elderly participants of the Healthy Longevity Program of UFMT. The sample of the study was non-probabilistic of convenience type, composed of 190 elderly. Data collection was performed through an interview using a sociodemographic questionnaire on health conditions and risk perception, Falls Risk Score, Falls Efficacy Scale, Katz Index and Lawton & Brody Scale. The technique of vignette was also used to evaluate the perception that the elderly had about their risk of falls, an instrument elaborated with 12 images of situations and risk environments, submitted to content validation. Descriptive analysis with absolute and relative frequency and bivariate statistical analysis were performed to verify the possible associations through the chi-square test (x2). It was also applied to multiple logistic regression to identify the factors associated with the perception of the elderly about their risk of falls. The stepwise forward method was used to select the variables for assembly of the model considering $p < 0.20$ in the bivariate analysis. **Results:** 63.7% of the elderly do not perceive themselves at risk of falling. The elderly's reasons for not being at risk of falling are related to the aging process, their behaviors and conceptions regarding the risks of falls. The factors associated with the low perception of the elderly on their risk of falls were mobility ($p = 0.018$) and concern that the elderly had to fall ($p = 0.002$). **Conclusion:** These results are of concern in that these elderly people, when they do not perceive themselves at risk, can adopt risk behaviors that, as a consequence, result in falls and their consequences. These findings indicate the need for greater investments in programs / groups that include activities that increase the perception of the elderly to the risks of falls, using strategies that allow them to recognize themselves as potential hunters and need to adopt preventive measures in their day to day.

Descriptors: Perception, Risk reduction behavior, Accidents due to falls.

AGULHÓ, D. L. Z. La prevalencia de percepción de las personas mayores sobre el riesgo de caídas y factores asociados, 2017. Disertación (Maestría en Enfermería) - Curso de Postgrado en Enfermería, UFMT, Cuiabá. 106 p.

Tutor. Drª. Annelita Almeida Oliveira Reiners.

RESUMÉN

Introducción: Entre las causas de muerte que han asolado por los ancianos, accidentes por caídas son una agravante importante y por lo tanto representan un problema de salud pública. Varios factores pueden influir en la aparición de cataratas, incluyendo la percepción del riesgo. Cada persona mayor, dotado de sus propias concepciones y creencias, tiene una visión diferente de las cataratas. Esto, por su vez, refleja la percepción que cada uno tiene sobre el riesgo de caídas como consecuencia de la conducta contra las caídas**. Objetivo:** para analizar la prevalencia de percepción de los ancianos sobre su riesgo de caídas, sus razones y la factores de asociados con esta percepción. **Metodo:** Estudio y transversal analítico realizado con ancianos saludables longevidad los participantes del programa UFMT. Muestreo del estudio fue tipo probabilístico de conveniencia, no compuesta de 190. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas con cuestionario de preguntas socio-demográficas, de salud y percepción de riesgo, riesgo puntuación del salto, efectividad de cataratas, Katz, Lawton y Brody. Fue utilizado también la técnica de viñeteado para evaluar la percepción que tenían los ancianos acerca de su riesgo de caídas, un instrumento elaborado con 12 imágenes de situaciones y ambientes de riesgo sujeta a validación de contenido. Se realizó análisis descriptivo con frecuencia absoluta y relativa y análisis estadístico bivariado para determinar las posibles asociaciones a través de la prueba de qui- cuadrado (x^2). También se aplicó la regresión logística múltiple para identificar los factores asociados a la percepción de las personas mayores sobre el riesgo de caídas. Se utilizó la selección de variables método *stepwise forward* para ajustar un modelo considerando $p < 0.20$ en análisis bivariado. **Resultados:** 63,7% de las personas mayores no se dan cuenta en peligro de caer. Las razones de la tercera edad no debe ser en el riesgo de caídas se relacionan con el proceso de envejecimiento, sus comportamientos e ideas en relación con los riesgos de caídas. La factores asociados a la percepción baja de los ancianos sobre su riesgo de caídas fueron la movilidad ($p =0.018$) y interés que los ancianos deben estar ($p =0.002$). **Conclusión:** Estos resultados traen preocupación en la medida en que estas personas mayores, realizar en riesgo, pueden adoptar conductas de riesgo, por lo tanto dando por resultado caídas y sus consecuencias. Estos hallazgos indican la necesidad de una mayor inversión en programas o grupos que incluyen actividades que amplían la percepción de las personas mayores a los riesgos de caídas, mediante estrategias que les permitan reconocerse como potencial caidores y necesidad de adoptar medidas preventivas en su día a día.

Descriptores: Percepción, Reducción del riesgo de conducta, Accidentes por caídas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Questões referente à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo, UFMT, 2016..... 36

Figura 2 - Questões referente à apresentação e representação de cada vinheta, UFMT, 2016..... 36

Figura 3 - Critérios para seleção do grupo de especialistas, UFMT, 2016..... 37

Figura 4 - Grupo de especialistas que validaram o conteúdo das vinhetas, UFMT, 2016..... 38

Figura 5 - Resultados do Índice de Validade de Conteúdo, UFMT, 2016..... 40

Figura 6 - Gráfico 1 - Prevalência de percepção de risco dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT para quedas. Cuiabá-MT, 2016... 47

Figura 7 - Justificativas dos idosos apontadas para não estar em risco de cair, UFMT, 2016..... 47

Figura 8 - Gráfico 2 - Análise de correspondência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas e as variáveis associadas: pouco preocupado em cair e ausência de dificuldade de mobilidade, UFMT, 2016..... 52

Figura 9 - Gráfico 3 - Análise de correspondência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas e as variáveis associadas: pouco preocupado em cair e ausência de dificuldade de mobilidade, UFMT, 2016..... 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo características sociodemográficas. Cuiabá-MT, 2016..... 44

Tabela 2 - Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo condições de saúde. Cuiabá-MT, 2016..... 45

Tabela 3 - Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo ocorrência de quedas, risco de quedas e medo de cair. Cuiabá-MT, 2016..... 46

Tabela 4 - Prevalências da baixa percepção de risco de queda (%), segundo características sociodemográficas dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016..... 48

Tabela 5 - Prevalências da baixa percepção de queda (%), segundo condições de saúde dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016..... 49

Tabela 6 - Prevalências da baixa percepção de risco de queda (%), segundo variáveis de quedas dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016..... 50

Tabela 7 - Modelo de regressão logística múltipla: variáveis associadas à percepção dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT sobre seu risco de quedas. Cuiabá-MT, 2016..... 51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	- Análise de Correspondência
AIDS	- *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AIVD	- Atividade Instrumental de Vida Diária
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVD	- Atividade de Vida Diária
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCI	- Centro de Convivência de Idosos
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FES-I	- *Falls Efficacy Scale International*
IC	Intervalo de confiança
IVC	- Índice de Validade de Conteúdo
HIV	- *Human Immunodeficiency Virus*
MEEM	- Mini Exame do Estado Mental
NAFIMES	- Núcleo de Aptidão Física, Informática, Metabolismo, Esporte e Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OR	- *Odds Ratio*
PLS	- Programa Longevidade Saudável
PR	- Percepção de risco
SM	- Salário Mínimo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMT	- Universidade Federal de Mato Grosso
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS 15
1.2 PERCEPÇÃO DE RISCO 16
1.2.1 Gênero 18
1.2.2 Idade 18
1.2.3 Escolaridade 19
1.2.4 Renda 20
1.2.5 Conhecimento 20
1.2.6 Estado conjugal 21
1.2.7 Família 21
1.2.8 Condições de moradia 22
1.2.9 Participação social 22
1.2.10 Autopercepção de saúde 23
1.2.11 Cultura, valores e crenças 24
1.2.12 Experiência e História de vida 24
1.3 PERCEPÇÃO DE RISCO EM IDOSOS 25
1.4 PROBLEMA DE PESQUISA/QUESTIONAMENTOS 26
2 OBJETIVOS 30
2.1 OBJETIVO GERAL 30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 30
3 MATERIAL E MÉTODO 31
3.1 TIPO DE ESTUDO 31
3.2 LOCAL DO ESTUDO 31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 32
3.4 COLETA DE DADOS 32
3.5 VINHETAS 35
3.5.1 Construção das vinhetas 35
3.5.2 Construção de instrumento para avaliação das vinhetas por especialistas 35
3.5.3 Seleção dos especialistas para avaliação das vinhetas 37
3.5.4 Procedimentos para a Validação de Conteúdo 39
3.6 TESTE PILOTO 40
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO 41
3.7.1 Variável Dependente 41
3.7.2 Variáveis independentes 41

3.7.2.1 Variáveis sociodemográficas: 41
3.7.2.2 Variáveis de condições de saúde: 42
3.7.2.3 Variáveis de quedas: 42
3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS 42
3.9 ASPECTOS ÉTICOS 43
4 RESULTADOS 44
5 DISCUSSÃO 54
6 CONCLUSÃO 60
7 REFERÊNCIAS 61
8 ANEXOS 73
ANEXO A – Autorização da pesquisa pela coordenadora do Programa Longevidade Saudável 73
ANEXO B – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM 74
ANEXO C – Índice de Katz - Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para AVD 76
ANEXO D - Escala de Lawton e Brody - Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para as AIVD 77
ANEXO E - Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-BRASIL) 78
ANEXO F - Escore de risco de quedas – (DOWNTON) 79
ANEXO G - Parecer consubstanciado do CEP 80
9 APÊNDICES 83
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido 83
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e condições de saúde 84
APÊNDICE C – Vinhetas 86
APÊNCIDE D – Carta convite aos especialistas para avalição das vinhetas 108
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido para especialistas 109

1 INTRODUÇÃO

1.1 RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS

De modo geral, os indivíduos estão expostos a inúmeros riscos por vezes não percebidos (AREOSA, 2011). Dirigir alcoolizado, usar indiscriminadamente equipamentos de proteção individual, praticar esportes radicais, permanecer em uma casa com riscos de desabamento, praticar relação sexual desprotegida, são exemplos de situações que envolvem riscos.

O risco é um indicador do nível de segurança das pessoas (ALMEIDA, 2004). Possui como característica a possibilidade de ocorrência de evento adverso ou indesejado, uma ameaça ou perigo que irá influenciar o estado de segurança do indivíduo, podendo provocar possíveis danos ou perdas (AREOSA, 2014). As consequências são de múltiplas proporções. É possível que ocorram danos físicos, emocionais, psicológicos, além de materiais ou ambientais (AREOSA, 2009).

Nas pessoas mais velhas, os riscos tendem ser mais acentuados por causa da regressão morfofuncional dos sistemas fisiológicos do corpo humano que acontece no envelhecimento. Na medida em que o ser humano envelhece, ocorrem alterações que se manifestam de maneiras diversas, como a diminuição do equilíbrio, coordenação, acuidade visual, força e resistência muscular (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Ao longo do tempo, portanto os idosos tornam-se mais frágeis e vulneráveis a riscos. Dentre os diversos tipos de risco, a que estão expostos, o mais prevalente é o risco de quedas (GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007).

Esse evento é um problema de saúde pública importante, devido sua alta incidência, custos sociais e econômicos. 28% a 35% das pessoas idosas caem a cada ano no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), no Brasil, aproximadamente 30% e em idosos com mais de 80 anos essa taxa aumenta para 40%. Em média, 2,5% dos idosos que caem necessitam de hospitalização e desses estima-se que metade chega a óbito um ano após o episódio. Além de estar entre as causas de morte dos idosos, a queda implica em redução da capacidade funcional, institucionalização precoce, lesões, fraturas e restrição prolongada ao leito (BRASIL, 2007; PINHO et al., 2012).

Vários fatores de risco contribuem para a alta prevalência de quedas entre os idosos. São fatores biológicos, socioeconômicos, ambientais e comportamentais. Este último é ligado às ações humanas e estão relacionados à ausência de atividades e exercícios físicos, não

manter uma alimentação saudável, consumo excessivo de álcool, ser fumante e uso de múltiplos medicamentos (OMS, 2010).

Certos comportamentos como andar de meias sem sapatos, usar chinelos com solas escorregadias ou sapatos mal ajustados, subir em escadas ou cadeiras, correr sem dar atenção ao ambiente ou recusar o uso de dispositivos de apoio como bengalas ou andadores são considerados fatores de risco que contribuem para a ocorrência de quedas na população idosa (MESSIAS; NEVES, 2009; OMS, 2010; VITOR; ARAÚJO, 2011).

Estudo realizado no Egito mostrou que dos 340 idosos estudados, 205 relataram pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses. Dentre os fatores de risco que tiveram relação com a queda, encontrou-se ausência de atividade física (45,9%) e o uso de vários medicamentos (78,5%) (KAMEL; ABDULMAJEED; ISMAL, 2013).

Por sua vez, os fatores de risco ambientais se relacionam com a interação entre as condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca. Eles estão presentes tanto nas residências dos idosos como nos ambientes públicos (OMS, 2010).

Alguns fatores ambientais, domésticos ou públicos, que contribuem para a ocorrência de quedas são: presença de escadas, degraus irregulares, ausência de corrimão, sanitários, pias e camas baixos, fios e tapetes soltos, pisos/superfícies escorregadias, piso molhado, iluminação inadequada, calçadas quebradas ou irregulares, design inamistoso de prédios (OMS, 2010).

Estudo realizado no Ceará com o objetivo de conhecer a incidência de quedas em idosos e identificar a presença dos fatores de risco mostrou que 65,4% caíram em via pública, 34,6% em piso liso e 15,4% em piso molhado. Além disso, houve a presença de degraus, rampas e tapetes na ocorrência de quedas dos idosos estudados (COSTA et al., 2011).

Fatores comportamentais e ambientais, quando associados, aumentam a chance de ocorrência de quedas (OMS, 2010; SANTOS et al., 2013; VIEIRA et al., 2017). Estudo realizado na Paraíba com 62 idosos mostrou que 78,8% deles haviam caído, as causas das quedas apontadas pelos idosos foram tanto os fatores ambientais como tropeçar ou escorregar em algum tipo de obstáculo quanto os comportamentais como subir em banco (VIEIRA et al., 2017).

1.2 PERCEPÇÃO DE RISCO

A percepção de risco (PR) é a habilidade que cada indivíduo possui para interpretar as situações ameaçadoras que possam causar algum dano à vida. (MASINI, 2009; PAULINO;

LOPES, 2010; SLOVIC, 2010; SOARES, 2008; THIELEN; HARTMANN). É um processo que se desenvolve na mente das pessoas e resulta em um comportamento (SILVA, 2013). Nesse processo estão envolvidas as funções cognitiva e emocional que permitem que cada pessoa faça sua própria interpretação e avaliação do risco (KUHNEN, 2009).

Há diferenças na maneira como as pessoas tomam as decisões que envolvem risco (BLAIS; WEBER, 2006). Cada pessoa pensa, representa, classifica ou analisa as variadas formas de ameaça a partir das informações recebidas, as representações sociais sobre determinada situação, os medos pessoais, as histórias e experiências de vida (AREOSA, 2014). Frente a algum risco as pessoas são induzidas a uma ação ou inação, direcionando a um comportamento específico que pode ser de proteção ou de risco (AREOSA, 2014; MCNEILL, 2014).

O risco não pode ser eliminado, mas percebido e avaliado para que o indivíduo possa adotar comportamentos que vão reduzir a magnitude de suas consequências (RIBEIRO, 2008).

Segundo Slovic (2002, 2010) há diferença na PR de pessoas leigas e de especialistas. Os especialistas percebem os riscos como uma probabilidade de ocorrer algo indesejado ou negativo de forma objetiva e racional, enquanto os leigos percebem os riscos de maneira individual pensando em suas consequências de modo hipotético, emotivo e pouco racional.

Essas diferenças na forma de perceber os riscos podem ser explicadas pelo paradigma psicométrico, que foi desenvolvido para esclarecer os fatores psicológicos, sociais, institucionais e culturais que determinam a PR (CAMILO; LIMA, 2010; SLOVIC, 2000). De acordo com esse paradigma, é possível medir a PR das pessoas, ou seja, ela pode ser quantificada para tentar esclarecer as respostas dos indivíduos sobre as ameaças presentes (SLOVIC, 2000).

Vários fatores determinam a forma como as pessoas percebem os riscos: (1) sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade, renda e estado conjugal) (BORSANELLI et al., 2014; MARCON et al., 2015; RIPARDO et al., 2012; VALENCIA et al., 2011; VIEIRA et al., 2013); (2) socioambientais (família, condições de moradia e participação social) (HILION, 2011; RAPOSO et al., 2014; SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010); (3) condições de saúde (autopercepção de saúde) (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; BARROS et al., 2009; CAMILO; LIMA, 2010); e (4) pessoais (conhecimento, valores, cultura, crenças, experiências, história de vida) (AREOSA, 2011; GONZALEZ et al., 2009; KARTALL et al, 2014; WANG; KRUGER; WILKE, 2009).

1.2.1 Gênero

Estudos têm mostrado que o gênero é um fator que está associado à PR das pessoas. Mulheres percebem melhor os riscos quando comparadas aos homens (MARCON et al., 2015; VALENCIA et al., 2011; YAWSON et al., 2014). Isso pode ser explicado pelo papel social que é atribuído à mulher de ser mãe e responsável pelo cuidado da casa e das pessoas e, portanto, elas tendem a ter maior preocupação com a saúde e também com a segurança das pessoas (VALENCIA et al., 2011).

O gênero está relacionado às decisões e atitudes de risco. Os homens tendem a julgar os riscos como menores e gerando menos problemas do que as mulheres (SLOVIC, 2010).

Estudo realizado na Itália com 3.697 pais ou responsáveis de crianças que frequentavam 50 escolas, mostrou que as mães apresentaram melhor PR do que os pais (MARCON et al., 2015). Em outro estudo realizado com 554 pessoas de ambos os sexos em Gana, mostrou que tanto homens como mulheres não se percebiam em risco de contrair HIV, porém, quando comparados, as mulheres estavam mais dispostas a realizar o teste para HIV do que os homens (YAWSON et al., 2014).

1.2.2 Idade

A idade é outro fator apontado por estudos que está associada à PR das pessoas (MARCON et al., 2015; VALENCIA et al., 2011). Não somente as pessoas diferem na forma como percebem o risco, como também os grupos de pessoas (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Geralmente as crianças são mais vulneráveis a riscos devido a estarem em intenso crescimento e desenvolvimento, à imaturidade e ainda por ter muita curiosidade (MARTINS; ANDRADE, 2005). Nesta fase da vida, existe certa dificuldade em identificar riscos e há uma ambiguidade na percepção de fatores de risco e proteção (EUZÉBIOS FILHO; GUZZO, 2006).

Na adolescência, vivenciar situações novas e diferentes faz parte de um grande desafio para os adolescentes com possibilidades de testar os próprios limites e de experimentar novas emoções. Eles têm certa dificuldade no acesso ao raciocínio formal, nas escolhas racionais e na reflexão sobre as consequências de seus atos, tendo assim uma percepção distorcida do risco real. Geralmente, eles se percebem pouco vulneráveis devido a pensamentos abstratos e imaturos, como consequência disso, há uma maior exposição a riscos (SAMPAIO FILHO et al., 2010).

As pessoas adultas e mais velhas, por terem mais maturidade e experiência conseguem, em algumas situações de perigo, identificar o risco presente e perceber sua dimensão. Porém, embora se acredite que geralmente os idosos evitam os riscos, isso vai depender das situações de riscos a que estão expostos. Por vezes, assumem o risco existente, pois conseguem percebê-lo, mas não adotam comportamentos de proteção; outras vezes se protegem e, também pode acontecer de não se perceberem em risco (BONEM; ELLSWORTH; GONZALEZ, 2015; OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008; SILVA; OROZCO, 2014).

Estudo realizado com 199 pessoas na Colômbia encontrou associação significativa em faixas etárias, jovens de 18 a 25 anos não conseguem perceber o risco na mesma proporção que idosos (VALENCIA et al., 2011). O estudo realizado na Itália citado anteriormente, demonstrou que o avançar da idade dos pesquisados corroborou para a melhor PR (MARCON et al., 2015).

A explicação para essa associação pode ser o fato dos jovens acumularem menos conhecimentos sobre riscos e consequentemente o rejeitam. Os adultos, por sua vez, estão mais preocupados com os riscos, pois suas consequências podem prejudicar o bem-estar de sua família e comunidade (MARCON et al., 2015; VALENCIA et al., 2011).

1.2.3 Escolaridade

A PR também pode estar associada à escolaridade. Estudos mostram que as pessoas com maior escolaridade conseguem perceber melhor os riscos em relação aquelas com menor escolaridade (BORSANELLI et al., 2014; MARCON et al., 2015).

A relação entre fatores socioeconômicos e a PR de produtores de leite em 96 municípios do estado de São Paulo no uso de produtos veterinários foi investigada e um dos resultados mostrou que aqueles com baixa escolaridade tendem a apresentar ausência ou pouca percepção de perigo sanitário no uso dos produtos. Geralmente adotam práticas que colocam em risco a sua própria saúde, a de sua família, dos consumidores e também dos seus animais (BORSANELLI et al., 2014).

A associação da PR com o nível de escolaridade tem sido explicada pelo fato de que pessoas com maior grau de escolaridade costumam ter mais acesso às informações e isso geralmente está relacionado à renda e classe social (MARCON et al., 2015).

Estudo sobre mudanças climáticas e distribuição social da PR, mostrou que quanto maior a escolaridade, maior a PR em relação às mudanças climáticas, o acesso à informação e

o maior grau de instrução interferem na compreensão desse fenômeno (BURSZTYN; EIRÓ, 2015).

1.2.4 Renda

Estudos mostram que quanto maior a renda das pessoas melhor sua PR (BURSZTYN; EIRÓ, 2015; VIEIRA et al., 2013).

No estudo de Bursztyn, Eiró (2015) 88% das pessoas com melhor renda mostravam-se "preocupados" e "muito preocupados" com as mudanças climáticas enquanto que nas pessoas com renda inferior esse número caiu para 63%.

No Rio Grande do Sul, estudo mostrou que pessoas que recebem salários mais baixos percebem menos os riscos do que aqueles com salários maiores e tendem a se envolver mais em comportamentos arriscados (VIEIRA et al., 2013).

1.2.5 Conhecimento

Assim como a escolaridade e a renda, o conhecimento tem sido apontado como um fator associado à PR das pessoas. O pouco conhecimento ou a ausência dele geralmente faz com que as pessoas não se percebam em risco (AREOSA, 2011; FIGUEIREDO et al., 2013; GONZALES et al., 2009).

Estudo realizado em São Paulo com manipuladores de alimentos em restaurantes comerciais mostrou que ao avaliar o conhecimento sobre procedimentos corretos para higienização de verduras e legumes, somente 19% dos participantes proferiram a resposta correta, refletindo baixo nível de PR para procedimentos importantes (GONZALES et al., 2009). E, em outro estudo os autores concluíram que, por causa do desconhecimento sobre a transmissão do HIV/AIDS, mulheres casadas se percebem em baixo risco de contrair essa doença (FIGUEIREDO et al., 2013).

Esse fato pode ser explicado por acreditar que o desconhecimento do risco faz com que as pessoas não percebam a ameaça ou os possíveis danos, tornando-as mais vulneráveis (AREOSA, 2012; FIGUEIREDO et al., 2013).

1.2.6 Estado conjugal

Estudos apontam que a PR também pode estar relacionada ao estado conjugal das pessoas (FIGUEIREDO et al., 2013; RIPARDO et al., 2012; VIEIRA et al., 2013).

Pessoas casadas por vezes tendem a perceber mais os riscos (VIEIRA et al., 2013), enquanto que pessoas solteiras se sentem mais atraídas pelos comportamentos de risco (RIPARDO et al., 2012). Isso pode ser explicado pelo compromisso que as pessoas casadas assumem com a família. A fim de evitar danos a ela, adotam comportamentos menos arriscados (VIEIRA et al., 2013).

Por outro lado, um estudo realizado com 60 mulheres no Rio Grande do Norte, revelou que as mulheres, por serem casadas, não se consideravam em situação de risco para contrair HIV/AIDS, pois consideravam que o casamento as protegiam do risco de contaminação (FIGUEIREDO et al., 2013).

1.2.7 Família

A família é apontada como componente essencial na percepção e adoção de comportamento de risco das pessoas (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). Como parte essencial do desenvolvimento das pessoas pode contribuir na formação da identidade delas, no direcionamento reflexivo das situações, na formação social, além de fornecer proteção e afeição (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014; SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010).

Por exemplo, em estudo realizado com 766 estudantes universitários no interior de São Paulo, quanto mais adequado o suporte familiar era percebido, menor a frequência de comportamentos de riscos entre eles (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). E, em outro estudo também realizado no interior de São Paulo com 50 usuários de substâncias psicoativas mostrou que a falta de apoio familiar e os conflitos familiares foram apontados como fatores de risco para a recaída no uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, o suporte familiar foi apontado como fator de proteção à recaída (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014).

Estudo realizado com idosos sobre usos de serviços de saúde e arranjos familiares constatou que os arranjos com cônjuges ou com cônjuges e descendentes colaboram para que os serviços de saúde sejam mais usados como prevenção (NIGRO, 2013).

1.2.8 Condições de moradia

Outro fator apontado pela literatura que influencia a PR das pessoas é a condição de suas moradias (CAVALCANTE; ALOUFA, 2014; RAPOSO et al., 2014; SILVEIRA; SANTOS; BALTER, 2010).

As pessoas em determinadas situações conseguem identificar a presença de riscos em suas residências ou ao redor delas, porém o tempo de morada e o apego sentimental que tem por elas podem influenciar na percepção desses riscos e na adoção de comportamentos preventivos (CAVALCANTE; ALOUFA, 2014; RAPOSO et al., 2014; SILVEIRA; SANTOS; BALTER, 2010).

Estudo realizado no Rio Grande do Norte sobre a PR dos moradores do Complexo Passo da Pátria mostrou que a população percebe os problemas e perigos da comunidade e de suas residências, porém os sentimentos de posse e afetividade com o local acabam sobrepondo aos problemas identificados (CAVALCANTE; ALOUFA, 2014).

Por mais que as pessoas percebam os riscos, a falta de condições socioeconômicas não permite que elas saiam das residências ou minimize as situações de risco, e isso envolve questões como renda, escolaridade e conhecimento (CAVALCANTE; ALOUFA, 2014; RAPOSO et al., 2014). Por exemplo, estudo realizado em Minas Gerais com moradores de uma encosta que foram obrigados a deixar suas casas devido a um deslizamento de terras seis meses antes do estudo, revelou que a maioria deles não considera que suas famílias correm algum tipo de risco morando naquele local. Foi constatado que isso era devido às dificuldades financeiras e à necessidade de manter sua sobrevivência (OLIVEIRA; BRAGA, 2014).

Estudo realizado em Roraima com 24 famílias mostrou que 96% dos entrevistados afirmam a existência de algum tipo de risco nas áreas de moradia, no entanto, convivem com determinadas situações de risco, pois não possuem condições financeiras para se deslocarem para outros lugares (RAPOSO et al., 2014).

1.2.9 Participação social

Estudos mostram que a PR e os comportamentos adotados pelas pessoas estão associados à participação social (DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2007; HILION, 2011; SAMPAIO FILHO et al., 2010).

Estudo realizado com adolescentes em oito diferentes regiões do país mostrou que o grupo de amigos influencia a percepção e o engajamento em comportamentos arriscados

(DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2007). Em outro estudo realizado também com adolescentes no Ceará mostrou que o consumo precoce de bebida alcoólica e a adoção de comportamentos arriscados como pilotar moto sem o consentimento dos pais e manter relação sexual desprotegida são considerados importantes para a inserção no grupo de amigos (SAMPAIO FILHO et al., 2010).

Por um lado, os jovens relatam que o grupo de amigos funciona como suporte e partilha de vivências e opiniões, que pode funcionar como um fator de proteção para os comportamentos de risco e na ampliação das percepções dos riscos. Por outro lado, quando pertencem a um grupo que costuma adotar comportamentos de risco, sua influência pode prejudicar a percepção dos riscos existentes e levar à adesão a esses comportamentos (DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2007).

Essa relação entre a PR e a participação social pode ser explicada pelo fato que a PR é socialmente construída e é fortemente influenciada por diversos fatores como aspectos individuais, experiências e pelas informações que são transmitidas no meio em que as pessoas estão inseridas (HILION, 2011; SLOVIC, 2010).

1.2.10 Autopercepção de saúde

Estudos têm mostrado que a PR, bem como o engajamento em comportamentos arriscados são influenciados pela percepção que as pessoas têm sobre sua saúde ou autoavaliação de saúde que, por sua vez, pode ser influenciada pela presença ou não de doenças (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; BARROS et al., 2009; BRASIL, 2015; CAMILO; LIMA, 2010).

Estudo realizado com 39.821 pessoas das 27 capitais brasileiras a partir do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que, na presença de uma ou mais doenças crônicas, a maioria das pessoas autoavaliaram a saúde como ruim. Esse fato influenciou a adoção de comportamentos menos arriscados para a saúde, como diminuição de sódio na comida, menor ingestão de leite integral e diminuição no consumo de cigarros (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009). A explicação para esta relação é que por serem portadores de doenças crônicas, as pessoas frequentam mais os serviços de saúde e recebem orientações para adotar comportamentos saudáveis, consequentemente evitando ou diminuindo os riscos (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

De outro modo, estudo realizado também com os dados do VIGITEL, porém com 54.213 pessoas mostrou que da mesma forma as pessoas com uma ou mais doenças autoavaliaram a saúde como ruim, no entanto, a maioria delas adotam comportamentos arriscados à saúde, como ser tabagista, não praticar atividade física, não consumir frutas e hortaliças, apresentar baixo peso ou obesidade (BARROS et al., 2009).

1.2.11 Cultura, valores e crenças

A cultura está envolvida na construção das percepções de risco e, consequentemente nos comportamentos e práticas adotados pelas pessoas (AREOSA, 2011). O modo como cada um percebe seu risco tem a ver com suas crenças e valores (CAMILO; LIMA, 2010).

No estudo de Guedes et al. (2015), realizado em 278 domicílios em Minas Gerais, sobre a associação entre percepção de contaminação das águas do Rio Doce e os mecanismos heurísticos empregados na formação da PR, os autores concluíram em seu estudo que questões como informação, comportamento e a cultura podem influenciar intensamente a ligação entre PR e comportamento preventivo.

No Rio Grande do Norte, pesquisa realizada com mulheres sobre a PR de infecção pelo HIV/AIDS, mostrou que elas não acreditavam ser vulneráveis à doença por serem casadas e terem confiança em seus parceiros (FIGUEIREDO et al., 2013).

Em outra pesquisa com homens e mulheres com 50 anos e mais do Mato Grosso sobre a PR para contrair DST/AIDS, mostrou que eles consideravam que por terem parceiro fixo e estável possuíam baixo risco (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

À medida que há excesso de credulidade e valores, situações de vulnerabilidade ao risco podem afetar as pessoas e suas percepções de risco, isso provavelmente se dá pela sensação de proteção que se tem frente aquilo que se acredita (CAMILO; LIMA, 2010; FIGUEIREDO et al., 2013; OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

1.2.12 Experiência e História de vida

Estudos mostram que a experiência sobre determinado evento de risco corrobora para o aumento da PR das pessoas. Essa experiência pode ser tanto do próprio sujeito que vivencia a situação de risco ou a experiência arriscada do outro (AREOSA, 2011; GUEDES et al., 2015; KARTALL et al., 2014).

No estudo de Areosa (2011) as percepções de risco dos profissionais no serviço de imagiologia são construídas com base na formação acadêmica e nas experiências vivenciadas nos locais de trabalho.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que, o alto risco percebido de fumantes para o desenvolvimento de câncer de pulmão foi influenciado pelas experiências pessoais e história de câncer de pulmão na família (PARK et al., 2014).

A explicação para essa relação pode estar na parte emocional da experiência vivenciada, que consequentemente leva as pessoas a pensarem sobre sua vulnerabilidade frente ao risco (PEIPINS et al., 2015). Além disso, são essas experiências que estruturam o modelo de representações dos agentes sociais, com base no desenrolar das práticas cotidianas, sendo mais ou menos influenciadas pelos discursos e pelas práticas produzidas no ambiente de trabalho (AREOSA, 2011).

A história de vida das pessoas é um fator importante apontado na literatura que implica na forma como as pessoas percebem os riscos. Por exemplo, a idade, sexo, estado conjugal, estado parental, número de irmãos e ordem de nascimento, reprodução e expectativa de vida relacionados ao contexto de vida de cada pessoa influenciam tanto na PR como no comportamento adotado/propensão ao risco (RIPARDO et al., 2012; WANG; KRUGER; WILKE, 2009).

Estudo realizado com mulheres na Turquia, com o objetivo de avaliar a PR do câncer de mama, mostrou que a história de câncer na família das mulheres as tornava mais pessimistas em relação ao risco (KARTAL et al., 2014).

Outro estudo realizado em 278 domicílios em Minas Gerais encontrou que ter alguém na família contaminado pelas águas do rio aumentava a PR de contaminação das pessoas (GUEDES et al., 2015).

De modo geral, as pessoas mais jovens, as que são solteiras, que ainda não tem filhos e com menor expectativa de viver, geralmente não se percebem em risco e consequentemente se arriscam mais (RIPARDO et al., 2012).

1.3 PERCEPÇÃO DE RISCO EM IDOSOS

Estudos realizados com idosos mostram a influência de vários fatores na sua PR. Em Minas Gerais, estudo com homens idosos mostrou que em relação ao uso de preservativo, eles não se percebem susceptíveis aos riscos de contrair DST/AIDS, e isso se relaciona com as inexperiências e desconhecimentos do uso do preservativo (ARDUINI; SANTOS, 2013).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos com 805 mulheres de 50 a 70 anos, cujo objetivo foi conhecer a PR para Acidente Vascular Cerebral (AVC) e os fatores relacionados, mostrou que as que tinham maior risco para AVC tinham baixa percepção do seu próprio risco e isso se relacionou com a falta de conhecimento sobre os fatores que podem levar a ocorrência do AVC (DEARBORN; McCULLOUGH, 2009).

Nos idosos, a PR pode variar. Alguns deles quando percebem seus limites tendem a se expor menos a riscos e desgastes desnecessários (LIMA; MURAI, 2005). De outro modo, outros não percebem o processo de envelhecimento como uma fase com limitações (SILVA; GÜNTHER, 2000) e podem, consequentemente, se expor mais a riscos.

No estudo realizado em Mato Grosso com pessoas de 50 anos e mais, encontrou que o uso de preservativo como método de prevenção das DST/AIDS não é uma prática internalizada, pois não se percebiam em risco de contrair a doença (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Do mesmo modo, no estudo realizado em Minas Gerais, os homens idosos não se percebiam como indivíduos susceptíveis aos riscos de contrair DST/AIDS e, portanto, eram resistentes ao uso de preservativo masculino (ARDUINI; SANTOS, 2013).

Outro estudo realizado em diversas regiões dos Estados Unidos com 1246 pessoas revelou que os idosos não adotavam comportamento preventivo de câncer de pele por perceberem seu risco como menor quando comparado com pessoas da mesma idade (BUSTER et al., 2012). Da mesma forma, em um estudo realizado com 22 idosas em São Paulo, 68% delas afirmaram que não tinham medo de cair e que não evitavam a realização de atividades tanto dentro de casa como fora porque não se consideravam fazendo parte do grupo de risco (GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007).

1.4 PROBLEMA DE PESQUISA/QUESTIONAMENTOS

Diversas áreas como ciências agrárias, psicologia, contabilidade, engenharias, entre outras (FONSECA et al., 2007; LINDEN, 2004; PINTO, 2013; TORQUATO, 2011; VIEIRA et al., 2013) há muito tempo vem estudando a PR como um fenômeno fundamental para se entender os comportamentos das pessoas em relação aos riscos.

Na área da saúde, os estudos se voltam para a PR frente ao HIV/AIDS, riscos ocupacionais, excesso de velocidade, obesidade, entre outros (CAVALCANTE; FRANCO, 2007; FERREIRA, 2008; SERRANO et al., 2010; THIELEN; HARTMANN; SOARES, 2008).

Estudos sobre PR em idosos são poucos, neles foram investigadas as percepções que as pessoas mais velhas têm sobre a ocorrência de acidente vascular cerebral, osteoporose, câncer e também os riscos de contrair DST/AIDS (ARDUINI; SANTOS, 2013; BARCENILLA; CHEN; MARCH, 2013; BUSTER et al., 2012; DEARBORN; McCULLOUGH, 2009; OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Em relação às quedas, mesmo representando um potencial agravo à saúde dos idosos, que se tem conhecimento, poucos estudos foram desenvolvidos. Neles foram abordados assuntos semelhantes, e que de alguma forma, há resultados sobre a percepção dos idosos sobre seus riscos de quedas. Braun (1998) investigou a percepção sobre os fatores de risco para quedas em 120 idosos dos Estados Unidos, 86% deles consideravam a queda como um problema de saúde importante. Dentre os fatores de risco percebidos estavam condições de calçadas, rua com manutenção precária, corrimão mal posicionado e ausência de barras de segurança. Porém, em relação ao próprio risco de queda, os idosos tiveram baixa percepção dos fatores de risco quando comparados a outros idosos, além disso, eles subestimavam o risco de quedas e sentiam-se confiantes que voltariam a uma vida normal mesmo após uma queda grave.

Outra pesquisa que também investigou a percepção dos fatores de risco para quedas em 22 idosas em São Paulo, revelou que 95% delas disseram que calçadas e ruas têm manutenção precária. Referiram que possuir tapetes antiderrapantes (36,4%), evitar andar em pisos escorregadios (31,8%), prestar mais atenção (59,1%) e olhar obstáculos (36,4%) podem prevenir as quedas. A maioria das idosas considerou que a queda é preocupante para pessoas da sua idade, porém, afirmaram que elas não possuíam algum problema de saúde que as fizessem ter mais risco de cair do que outras pessoas da mesma faixa etária (GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007).

No estudo de Kilian et al. (2008) realizado com 8 idosos e 6 familiares de idosos no Canadá com objetivo de analisar as percepções de risco em relação à queda no contexto familiar, mostrou que os idosos acreditavam que seus pares podiam estar em risco de cair, porém, eles não se percebiam em risco. Houve diferenças nas percepções sobre quedas no contexto familiar o que pode influenciar nas ações preventivas.

Estudo realizado na Austrália com 500 idosos com o objetivo de investigar as disparidades entre o risco fisiológico para quedas e o risco de quedas percebido, mostrou que tinha quatro grupos distintos entre os investigados, “vigoroso” (29%) composto por idosos que tinham baixo risco de quedas fisiológico e percebido; “consciente” (40%) composto por idosos que tinham alto risco de quedas fisiológico e percebido; “ansioso” (11%) composto por

idosos que tinham baixo risco fisiológico, mas alta percepção de risco de quedas e o ‘‘estoico’’ (20%) composto por idosos que tinham alto risco de quedas fisiológico, porém baixa percepção de risco de quedas (DELBAERE et al., 2010).

Estudo realizado na Dinamarca com 14 idosos que tinham caído, objetivou investigar a gestão do risco de quedas a partir das percepções dos idosos, mostrou que eles consideravam as quedas como consequência do envelhecimento, que ter quedas era vergonhoso, que as quedas tinham uma explicação e temiam as consequências das quedas. Alegaram encontrar estratégias próprias para evitar as quedas utilizando de conhecimentos e experiências (HOST; HENDRIKSEN; BORUP, 2011).

Na Austrália foi realizada pesquisa com 9 idosos com o objetivo de compreender a percepção das pessoas idosas sobre o risco de quedas, revelou que eles não se percebiam como sendo do tipo de pessoa que pode cair por serem fisicamente competentes. Acreditavam que a causas de quedas deles e de outras pessoas era por falta de controle pessoal ou por falta de atenção (DOLLARD et al., 2012).

Morscho; Myskiw; Myskiw (2016) pesquisaram 22 idosos do Rio Grande do Sul com o objetivo de investigar a problematização da queda e a percepção dos idosos em relação aos fatores de risco. O estudo mostrou que os idosos não percebem as quedas como um problema, porém, conseguem perceber os fatores de risco para quedas, mas muitas vezes eles não são evitados. Eles consideram que a habilidade de “se cuidar” seja método suficiente de prevenção.

Pesquisa realizada no Mato Grosso com 773 idosos com o objetivo de identificar a prevalência de quedas e fatores físicos relacionados à queda entre idosos com baixa e alta percepção de risco de queda percebido mostrou que 44,8% foram considerados com baixa percepção de risco de queda. Entre os participantes com baixa percepção de risco de queda, 29,8% relataram uma ou mais quedas no ano anterior, eles apresentaram menor força de aderência, menor posição inferior da perna direita, menor tempo de postura da perna esquerda e menor excursão funcional (MOREIRA et al., 2016).

Com o aumento da proporção de idosos que sofrem quedas, estudos mostram que há aqueles que não se consideram em risco de cair ou minimizam esse risco (MCINNES; SEERS; TUTTON, 2011; STEVENS; NOONAN; RUBENSTEIN, 2010). Portanto, se os indivíduos não percebem o risco como tal, suas práticas podem não ser suficientemente preventivas, os comportamentos adotados não serão protetores (THIELEN; HARTMANN; SOARES, 2008).

Levando em consideração que a percepção dos idosos sobre o risco de quedas pode ser influenciada por vários fatores. Ainda, que, a depender da percepção que eles têm, podem adotar comportamentos de risco que, consequentemente, resultem em quedas e suas consequências. E considerando que, em se tratando de prevenção de risco de quedas, os fatores comportamentais podem ser modificáveis, questiona-se:

Qual a percepção que os idosos têm sobre seu risco de cair? Quais motivos os idosos apontam para justificar a percepção de seu risco de queda? Que fatores estão associados à percepção dos idosos sobre seu risco de quedas?

As respostas a esses questionamentos foram obtidas por meio desta pesquisa e seus resultados podem contribuir para o conhecimento de elementos, no caso, a PR, que fazem parte da maneira como os idosos lidam com as quedas e adotam medidas de prevenção. Isso é de fundamental importância para o desenvolvimento de intervenções adequadas às reais concepções que eles têm sobre as quedas, bem como ajudar os profissionais de saúde na elaboração de estratégias e implementação de medidas preventivas que auxiliem no combate às altas taxas de quedas na população de pessoas mais velhas.

Este estudo está vinculado ao projeto matricial “Medidas comportamentais na prevenção de quedas de idosos da comunidade” registro 197/CAP/2015 UFMT. E foi realizado com apoio financeiro da CAPES conforme protocolo nº 184100/PROCAD/2013.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas, suas razões e os fatores associados a essa percepção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos;
2. Verificar a prevalência da percepção que os idosos têm sobre seu risco de cair;
3. Descrever as razões que os idosos apontam para justificar a percepção de seu risco de quedas;
4. Identificar os fatores associados à percepção dos idosos sobre seu risco de quedas.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A fim de analisar a prevalência de percepção dos idosos sobre seu risco de quedas, suas razões e os fatores associados a essa percepção optou-se por um estudo transversal e analítico. Os dados provenientes desse tipo de estudo são úteis para avaliar as necessidades em saúde da população (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010) e examinar a existência de associação entre determinados fatores e uma doença ou condição relacionada à saúde, no caso, a percepção dos idosos sobre seu risco de quedas. (COSTA; BARRETO, 2003; HOCHMAN et al., 2005).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, no campus da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), nos locais onde são realizadas as atividades do Programa Longevidade Saudável (PLS)[1].

O programa é uma extensão multidisciplinar da UFMT, que existe desde 2010, desenvolvido pelo Núcleo de Aptidão Física, Informática, Metabolismo, Esporte e Saúde (NAFIMES), vinculado a Faculdade de Educação Física.

O objetivo do programa é desenvolver ações de promoção à saúde em geral com atividades físicas, intelectuais e culturais a aproximadamente 300 idosos (UFMT, 2015).

Atualmente no PLS são desenvolvidas 10 atividades, são elas: hidroginástica, musculação, treinamento funcional, dança recreativa, dança sênior, tai-geiko, informática, espanhol, inglês e coral. Geralmente as atividades acontecem duas vezes por semana nos períodos matutino e vespertino.

Os participantes do PLS são idosos que residem na comunidade e se deslocam até o campus da universidade para realizarem as atividades que são desenvolvidas por professores da área e alunos de extensão da Faculdade de Educação Física.

A inscrição para participar do PLS é feita semestralmente, onde os idosos pagam uma taxa única de 50 reais. Inicialmente é permitida a participação somente em uma atividade e à medida que se estabelece o número de participantes, é liberado para aqueles que tenham

[1] Termo de autorização da pesquisa pela coordenadora do programa (ANEXO A).

interesse a participação em duas atividades. Para a participação os idosos precisam apresentar um laudo médico de liberação para realização da atividade escolhida.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram elegíveis para o estudo, idosos de 60 anos ou mais (critério adotado pela Organização das Nações Unidas) que participam do PLS.

Optou-se por usar uma amostragem não probabilística do tipo conveniência. Assim, a amostra do estudo foi composta por idosos do programa que atenderam ao seguinte critério de inclusão: Apresentar capacidade cognitiva e de comunicação que permitam a compreensão e resposta das perguntas avaliadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

O MEEM é um teste neuropsicológico que avalia a função cognitiva, ele aborda vários domínios como: orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Ele é utilizado como instrumento de rastreio e não serve para diagnóstico, assim indica quais funções devem ser melhor investigadas. É validado e adaptado para a população brasileira. As notas de corte estabelecidas para este estudo foram 19 para analfabetos, 23 para aqueles que têm de 1 a 3 anos de escolaridade, 24 para aqueles com 4 a 7 anos de escolaridade e 28 para aqueles acima de sete anos de escolaridade (BRASIL, 2007) (ANEXO B).

Ao todo 306 idosos estavam inscritos no PLS. Desses, 83 se inscreveram, porém desistiram de participar das atividades do PLS; 20 recusaram a participar da pesquisa e 13 foram reprovados no MEEM. A amostra final constituiu-se de 190 idosos.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no período de maio a agosto de 2016. As entrevistas aconteceram nas dependências da UFMT, onde os idosos faziam as atividades. A média de tempo de realização das entrevistas variou de 30 minutos a 1 hora. Ao chegar aos locais das atividades, a pesquisadora se apresentava, explicava os objetivos da pesquisa e fazia o convite aos idosos para participação. Alguns aceitavam e preferiam realizar a entrevista na sequência, outros a agendavam para outro momento. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, antes ou depois das atividades conforme preferência do idoso.

Os procedimentos foram os seguintes:

(1) Explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como seus direitos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para aqueles que concordaram participar da pesquisa (APÊNDICE A).

(2) A fim de que o sentido que a pesquisadora dá ao termo queda seja perfeitamente compreendido por cada um dos idosos, optou-se por explicar no início de cada entrevista o conceito de quedas com palavras que permitiram sua fácil compreensão. O conceito adotado para o estudo foi o da Organização Mundial da Saúde (2010, p.9): "As quedas são definidas, comumente, como vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos".

(3) Aplicação do questionário sociodemográfico → com instrumento composto por questões fechadas sobre os dados sociodemográficos e condições de saúde dos idosos (APÊNDICE B).

(4) Aplicação da técnica de vinheta → com a finalidade de verificar a prevalência de percepção que cada idoso tem sobre seu risco de quedas. A vinheta é definida como uma descrição curta de determinado evento ou situação, fictícia ou real, na qual os participantes são chamados a reagir a elas expressando percepções, opiniões, comportamentos, atitudes e conhecimentos sobre o fenômeno estudado. Elas devem ser bem estruturadas para garantir que as informações sobre o fenômeno estudado sejam captadas (POLIT; BECK, 2011). Nas vinhetas são geralmente empregadas descrições narrativas por escrito, mas existem outros métodos como imagens e vídeos. Neste estudo a técnica de vinheta foi aplicada por meio de imagens. Algumas vantagens no uso desse tipo de vinheta é que ela tende a chamar mais atenção dos participantes quando comparadas ao uso da vinheta narrativa, pois facilita a compreensão das situações pelo estímulo visual. (HUGHES; HUBY, 2004). As vinhetas podem ser aplicadas a um participante ou ainda a grupos de pesquisados (EVANS et al., 2015). Neste estudo foi aplicada individualmente. As vinhetas foram aplicadas aos idosos por meio de recurso multimídia com tablet de 10 polegadas (1.280 x 800 pixels), com largura de 243.4 mm e altura de 176.4 mm, o que possibilitou aos idosos melhor visualização das vinhetas, pois conseguiram manusear o recurso da maneira como melhor atendeu às suas necessidades, por exemplo, aumentando ou diminuindo a imagem ou tentando ver algum detalhe. Mesmo que alguns fazem uso óculos para correção de

déficit visual, eles não foram prejudicados. Todo esse processo foi realizado com o auxílio da pesquisadora.

O processo de construção das vinhetas será abordado mais adiante.

(5) Índice de Katz → tem por objetivo avaliar independência funcional das pessoas idosas nas Atividades de Vida Diária (AVD), ele avalia a independência em seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação). Seu resultado permite classificar os idosos como independente para todas as atividades; independente para todas as atividades menos uma; independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional; independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional e Dependente para todas as atividades (BRASIL, 2007). (ANEXO C).

(6) Escala de Lawton e Brody → o objetivo dessa escala é avaliar o grau de dependência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), os idosos são classificados como independentes ou dependentes em nove funções. Idosos que totalizam 19 a 27 pontos são considerados independentes, de 10 a 18 pontos são considerados como tendo capacidade com assistência e pontuações menores que 10 indicam dependência em AIVD (BRASIL, 2007) (ANEXO D).

(7) *Falls Efficacy Scale International* (FES-I) → Essa escala foi desenvolvida por Tinetti, Richman e Powell em 1990, e adaptada para a população idosa brasileira que vive na comunidade por Camargos et al. (2010), denominada então Escala de Eficácia de Quedas – Internacional – Brasil (FES-I-Brasil). Nela constam questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair em 16 atividades com escores que variam de pouca preocupação a preocupação extrema. A soma das pontuações vão de 16 a 64 pontos, dos quais o menor valor corresponde ao menor medo de cair, pontuação igual ou maior a 23 sugere uma associação com histórico de quedas esporádico e com o alto risco para queda; e igual ou maior que 31 pontos sugere uma associação com histórico de quedas recorrentes (CAMARGOS et al., 2010). (ANEXO E).

(8) *Falls Risk Score* (Downton) → Essa escala foi desenvolvida por Downton em 1993, e traduzida e validada por Schiaveto (2008), então denominada Escala de Risco de Quedas. Ela objetiva avaliar o risco de quedas em idosos por meio de 5

critérios: quedas anteriores, uso de medicações, déficit sensorial, estado mental e marcha (PINHO, 2009). A pontuação varia de 0 a 11, idosos que apresentarem pontuação igual ou superior a 3 são classificados com alto risco de quedas (SCHIAVETO, 2008). (ANEXO F).

3.5 VINHETAS

3.5.1 Construção das vinhetas

As vinhetas foram construídas da seguinte forma. Primeiramente construiu-se um banco de imagens, de domínio público, todas contendo a presença de fatores de risco ambientais e comportamentais para quedas. Após análise de todas as imagens, 12 foram selecionadas. As imagens abordam situações e ambientes de risco para quedas, como andar em piso molhado e liso, subir escadas sem usar corrimão e com peso nas mãos, subir em bancos para alcançar objetos, subir escadas para limpar calhas, subir no ônibus, uso de bebida alcoólica, presença de tapetes, brinquedos, móveis, fios e calçadas irregulares.

Juntamente com essas imagens foram selecionadas mais 8 que não apresentam situações de risco para quedas com o objetivo de minimizar vícios de respostas positivas ou negativas, incentivando os idosos a pensarem e refletirem sobre cada situação. Nas imagens sem riscos tem uso de bengala, de sapato fechado, idosos jogando cartas, usando notebook, leitura de livro para crianças, presença de barras de apoio no banheiro, idosa preparando café e casal de idosos caminhando de mãos dadas.

Ao todo, 20 imagens foram selecionadas para compor o instrumento. Além disso, ao lado de cada imagem, foram elaboradas duas questões iguais: Uma fechada sobre a percepção que o idoso tem sobre seu risco de cair na situação exposta, com resposta dicotômica (sim ou não). A outra, aberta, sobre as razões que justificam a percepção de seu risco de quedas.

3.5.2 Construção de instrumento para avaliação das vinhetas por especialistas

As vinhetas foram encaminhadas para especialistas com intuito de validar o seu conteúdo. Para tal, foi construído um instrumento dividido em cinco partes: (1) Instruções de como preencher o instrumento; (2) Identificação dos avaliadores; (3) Aspectos a serem avaliados em cada vinheta com 14 questões divididas em duas seções; (4) Avaliação global do instrumento e (5) Sugestões (APÊNDICE C).

Parte 3 – Seção 1 → Objetivos - Refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo (Figura 1). São elas:

Figura 1 – Questões referentes à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo, UFMT, 2016.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			
***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

Fonte: própria autora, 2016.

Parte 3 – Seção 2 → Estrutura e Apresentação - Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas (Figura 2). São elas:

Figura 2 – Questões referentes à apresentação e representação de cada vinheta, UFMT, 2016.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			
***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

Fonte: própria autora, 2016.

Essas questões foram elaboradas com base na literatura estudada e no estudo de Souza (2016), que validou o manual de tecnologia educativa sobre cirurgia segura em Hospital Universitário de Cuiabá-MT.

3.5.3 Seleção dos especialistas para avaliação das vinhetas

Após a construção do instrumento de validação de conteúdo das vinhetas, foram selecionados os especialistas. Esse processo é importante, pois de acordo com Polit e Beck (2011), levar em consideração o conhecimento dos especialistas acerca dos assuntos estudados pode ser vantajoso e produtivo quando se pretende selecioná-los.

Para a seleção dos especialistas, foram estabelecidos alguns critérios e pontuações, que segundo Alexandre e Coluci (2011), deve-se sempre considerar a experiência e qualificação dos membros que vão compor o comitê, como mostra o quadro a seguir:

Figura 3 - Critérios para seleção do grupo de especialistas, UFMT, 2016.

ESPECIALISTAS PARA AVALIAÇÃO DAS VINHETAS	
CRITÉRIOS	**PONTOS**
Titulação máxima (Ser doutor ou mestre)	3
Estudar quedas	3
Estudar percepção de risco	3
Estudar / Utilizar vinhetas	3
Estudar idosos	2
Ter experiência na área de geriatria ou gerontologia	2
Desenvolver trabalhos científicos sobre percepção de risco e/ou vinhetas e/ou quedas	1

Fonte: própria autora, 2016.

Essas informações foram extraídas por meio de consulta do Currículo Lattes na Plataforma Lattes CNPq. A pontuação variou de 1 a 17 pontos. Aqueles que atingiram pontuação mínima de seis pontos foram eleitos para a avaliação das vinhetas.

Ao aplicar os critérios de seleção dos especialistas, 29 especialistas foram selecionados, dentre as áreas de formação: enfermagem, fisioterapia, educação física e sociologia.

O contato foi feito com os especialistas via e-mail, contendo a carta convite (APÊNDICE D) que abrangeu sucintamente a apresentação da pesquisa, o TCLE (APÊNDICE E) e, anexo, o instrumento a ser avaliado. Para os especialistas que não

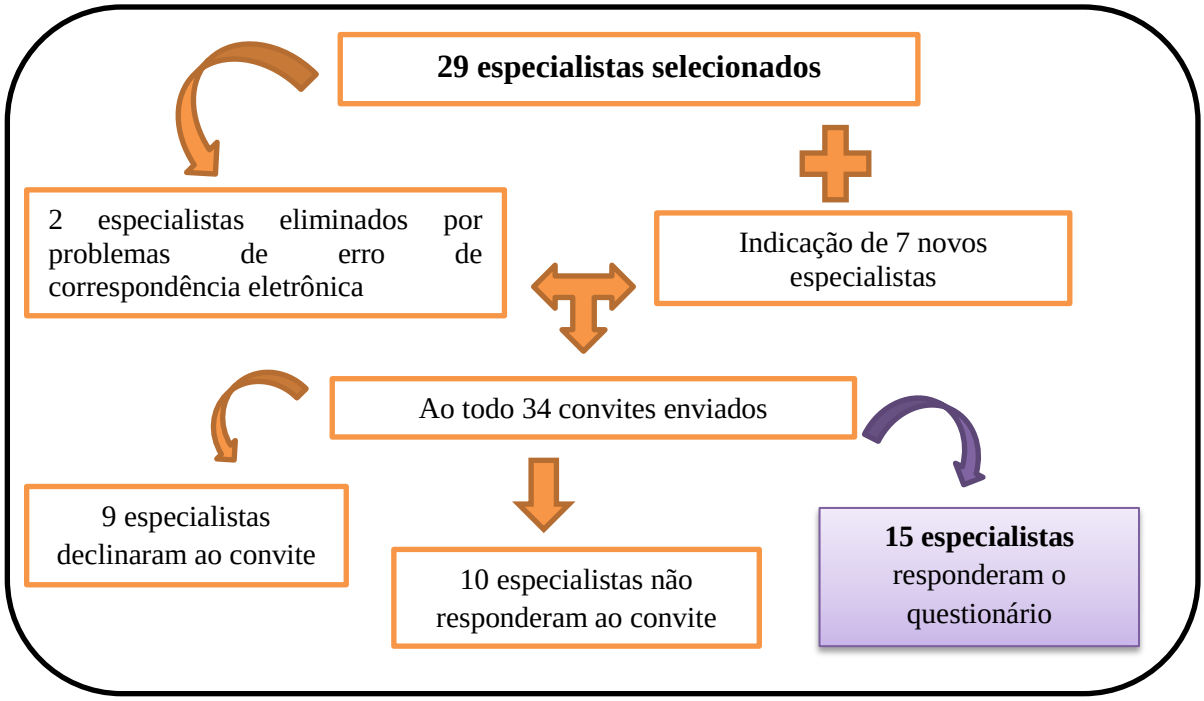
declinaram ao convite, estes tiveram um prazo de 10 dias úteis para responder ao questionário. A cada 5 dias foi enviado um lembrete reiterando o convite de participação.

Nesse mesmo e-mail, foi solicitado aos especialistas que fizessem sugestões de outros especialistas. Após a indicação, os novos avaliadores foram submetidos aos critérios citados anteriormente. Os especialistas que participaram avaliando o instrumento, ao final do processo, receberam uma declaração de participação da pesquisa, na qualidade de avaliador.

O processo de avaliação do instrumento aconteceu do dia 03 de março a 10 de abril de 2016, aqueles especialistas que não responderam nesse prazo, foram excluídos.

Dos 29 especialistas selecionados, dois foram eliminados por problemas de erro de correspondência eletrônica, sete foram indiciados para compor o rol de especialistas, totalizando 34 convites enviados. Desses, nove especialistas declinaram ao convite, 10 não responderam e 15 especialistas responderam ao questionário (Figura 4).

Figura 4 – Grupo de especialistas que validaram o conteúdo das vinhetas, UFMT, 2016.



Fonte: própria autora, 2016.

Dos 15 especialistas que participaram do processo de validação de conteúdo das vinhetas, 14 são do Brasil e 1 de Portugal, a maioria é do sexo feminino (73,4%), doutor (73,4%), faz pesquisa sobre idosos (93,4%), trabalha com idosos e pesquisa sobre quedas (80%). 33,4% atuam no ensino, pesquisa e assistência. 6 (40%) são fisioterapeutas; 4 (26,7%) enfermeiros, 3 (20%) são educadores físicos; 1 (6,6%) é educador físico e fisioterapeuta e 1 (6,6%) sociólogo.

3.5.4 Procedimentos para a Validação de Conteúdo

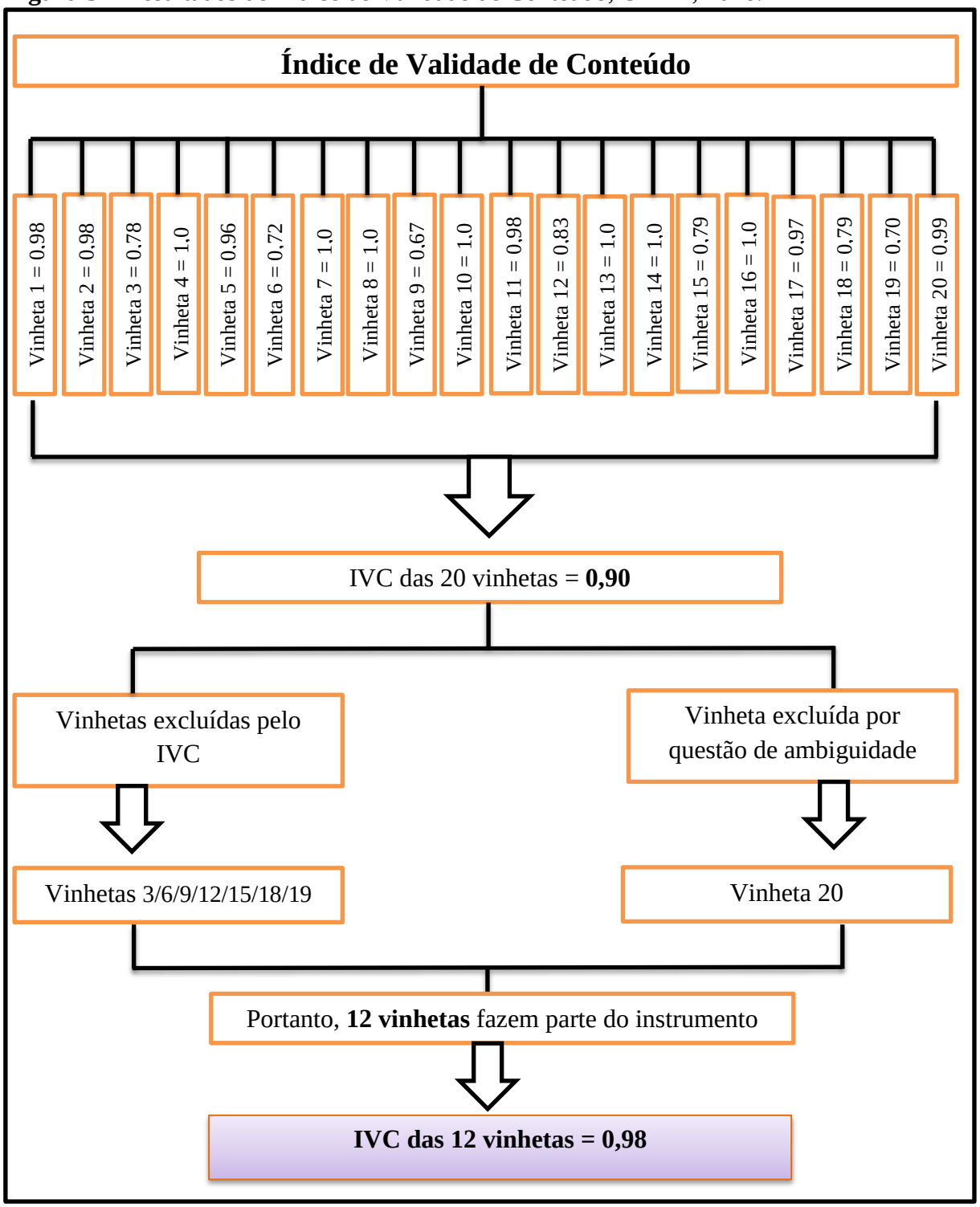
Existem diversos métodos capazes de, quantificar o grau de concordância entre especialistas no processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) é um deles e mede a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinado aspecto do instrumento e de seus itens. De igual modo, permite analisar cada item individualmente e também o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Este método emprega uma escala tipo Likert[2] para avaliar a concordância dos itens marcados. Nesse estudo foi adotada uma escala do tipo Likert de 1 a 3 pontos, em que, o número 1 corresponde à resposta "sim", 2 corresponde à resposta "não" e 3 corresponde à resposta "parcialmente". Ressalta-se que as respostas esperadas dos avaliadores neste estudo não foi somente a 1. Algumas vinhetas não apresentam fatores de risco, então, em algumas delas a resposta esperada foi o 2. A resposta de número 3 foi sempre considerada. Portanto, o escore do índice é calculado pela soma de concordância das respostas dos avaliadores (respostas esperadas) dividida pelo número total de respostas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os valores recomendados e estabelecidos para o estudo do IVC foi de 0,90 ou mais, o que corresponde a um valor significativo (POLIT; BECK, 2006).

Cálculo do IVC- De acordo com as avaliações dos especialistas, o total do IVC das 20 vinhetas foi de 0,90. Mesmo que o total tenha alcançado o valor estabelecido, optou-se por excluir sete vinhetas que nos cálculos individuais os valores foram abaixo de 0,90 e mais uma vinheta que continha ambiguidade (Figura 5). Assim, 12 vinhetas compõem o instrumento, válidas pelo IVC que variou de 0,96 a 1,0 (APÊNDICE C).

[2] A escala de Likert serve para mensurar atitudes no contexto comportamental. Por meio dela, os participantes se posicionam com uma medida de concordância atribuída à determinada situação (SILVA JUNIOR, COSTA, 2014).

Figura 5 – Resultados do Índice de Validade de Conteúdo, UFMT, 2016.



Fonte: própria autora, 2016.

3.6 TESTE PILOTO

Anteriormente à coleta de dados, foi realizado teste piloto com idosos da comunidade, com características semelhantes às dos idosos pesquisados, participantes de um Centro de

Convivência de Idosos (CCI) do munícipio de Cuiabá. O teste foi aplicado mediante autorização da coordenadora do CCI. No total, participaram do teste 12 idosos para avaliação das questões dos instrumentos e vinhetas quanto ao entendimento, clareza e o tempo médio gasto para cada participante. Posteriormente, procederam-se as adequações necessárias.

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.7.1 Variável Dependente

Percepção dos idosos sobre seu risco de quedas – A classificação e operacionalização da percepção que os idosos têm sobre seu risco de quedas, será a seguinte:

- **Baixa Percepção de Risco**: quando o idoso responder corretamente de 0 a 05 vinhetas (0 a 49%);
- **Alta Percepção de Risco**: quando o idoso responder corretamente de 06 a 12 vinhetas (50% a 100%).

3.7.2 Variáveis independentes

3.7.2.1 Variáveis sociodemográficas:

- Sexo: masculino e feminino.
- Idade: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
- Estado civil: solteiro, casado ou união estável, separado ou divorciado e viúvo.
- Anos de estudo: analfabeto, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 10 anos e >11 anos.
- Situação ocupacional: trabalhando, aposentado, aposentado trabalhando e sem trabalhar.
- Renda: não possui, até um salário mínimo (SM), de 2 a 3 SM e mais de 3 SM.
- Com quem mora: mora sozinho, com cônjuge/companheiro, com familiar (pessoa da família que não é o cônjuge/companheiro), com família (cônjuge mais pessoa da família), com cuidador (pessoa que cuida e que não é da família) e com outras pessoas.
- Frequenta outro grupo social: sim e não.
- Vista amigos/parentes: sim e não.

- Recebe visitas: sim e não.

3.7.2.2 Variáveis de condições de saúde:

- Autopercepção de saúde atual: muito ruim, ruim, regular, bom e muito bom.
- Faz uso de cigarro: sim, não e ex-fumante.
- Consome bebida alcoólica: sim, às vezes e não.
- Possui algum problema de saúde: sim e não. Se sim, quantos?
- Qual problema de saúde: hipertensão, diabetes, osteoarticulares, problemas de coluna, problemas sensoriais, doenças degenerativas, dislipidemia, ICC, incontinência urinária e outros.
- Uso de medicamentos: sim e não.
- Alteração de equilíbrio referido: sim e não.
- Dificuldade de mobilidade referida: sim e não.
- Pratica exercícios físicos: sim e não.
- Grau de dependência para AVD e AIVD: independentes e dependentes.

3.7.2.3 Variáveis de quedas:

- Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses: sim e não. Se sim, quantas?
- Sofreu alguma consequência após a queda, qual: escoriações, hematomas, fraturas e torções.
- Risco de quedas (Escore de Risco de Quedas): baixo risco para quedas e alto risco para quedas.
- Medo de cair (FES-I-BRASIL): pouco preocupado em cair, muito preocupado em cair e extremamente preocupado em cair.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram codificados e digitados duplamente em planilhas eletrônicas do programa Epi-Info versão 3.2.5. Dados com erro de digitação e inconsistentes foram corrigidos.

Posteriormente foram analisados no programa Stata 13. A análise descritiva foi apresentada em tabelas, com frequência absoluta e relativa. Em seguida, foi realizada a análise estatística bivariada para verificar as possíveis associações entre a variável dependente (percepção dos idosos sobre seu risco de quedas) e demais variáveis independentes (sociodemográficas e condições de saúde) por meio do teste de qui-quadrado (x^2) considerando estatisticamente significativas as associações com valor $p<0,05$.

Além disso, foi aplicada a regressão logística múltipla para identificar os fatores associados à percepção dos idosos sobre o seu risco de quedas. Utilizou-se o método *stepwise forward* para seleção das variáveis para montagem do modelo considerando $p<0,20$ na análise bivariada. Ao final, permaneceram no modelo àquelas variáveis com valor de $p<0,05$, além do ajuste por sexo e idade. Adicionalmente, foram feitos gráficos de análise de correspondência para verificar como as categorias das variáveis se associaram.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller em dezembro de 2015 e aprovado sob o parecer 1.375.313 em 18 de dezembro de 2015 (ANEXO G). Todos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisa com seres humanos, foram respeitados.

4 RESULTADOS

Dos 190 idosos entrevistados, a maioria é do sexo feminino (90,5%), na faixa etária de 60 a 69 anos (67,4%), 36,3% são casados, 38,4% moram com familiares e possuem mais de 11 anos de estudo (58,9%). Em relação à ocupação a maioria dos idosos é aposentada (60,0%) e 36,8% possuem renda mensal de 2 a 3 salários mínimos. A maioria (57,4%) frequenta grupo outro social além do PLS, realiza visitas a amigos e parentes (91,1%) e as recebe (93,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo características sociodemográficas. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	172	90,5
Masculino	18	9,5
Faixa etária		
60 – 69 anos	128	67,4
70 – 79 anos	56	29,5
80 anos e mais	6	3,1
Estado civil		
Solteiro	21	11,0
Casado ou união estável	69	36,3
Separado ou divorciado	44	23,2
Viúvo	56	29,5
Anos de estudo		
1 a 4 anos	34	17,9
5 a 8 anos	34	17,9
9 a 10 anos	10	5,3
>11 anos	112	58,9
Situação ocupacional		
Trabalhando	21	11,0
Aposentado	114	60,0
Aposentado trabalhando	15	7,9
Sem trabalhar	40	21,1
Renda mensal		
Não possui	9	4,8
Até um salário mínimo	50	26,3
De 2 a 3 salários mínimos	70	36,8
Mais de três salários mínimos	61	32,1
Com quem mora		
Sozinho	49	25,8
Cônjuge ou Companheiro	31	16,3
Família (Cônjuge + pessoa da família)	37	19,5
Familiar (Pessoas da família que não é o cônjuge)	73	38,4

(continuação)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Frequenta outro grupo social		
Sim	109	57,4
Não	81	42,6
Realiza visita (amigos e parentes)		
Sim	173	91,1
Não	17	8,9
Recebe visita (amigos e parentes)		
Sim	178	93,7
Não	12	6,3
TOTAL	**190**	**100,0**

Em relação às condições de saúde, 48,9 % dos idosos auto-avaliam sua saúde como boa, 98,4% não fumam e 65,8% não fazem uso de bebida alcoólica. A maioria (64,7%) refere ter mais de dois problemas de saúde principalmente sensoriais (88,8%) como alterações de visão e audição. Grande parte dos idosos (90,0%) refere fazer uso de medicamentos regularmente, não possuir alteração de equilíbrio (76,3%) e dificuldade de mobilidade (88,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo condições de saúde. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Auto-avaliação de saúde*		
Ruim	5	2,6
Regular	60	31,7
Bom	93	48,9
Muito bom	32	16,8
Fuma		
Sim	3	1,6
Não	150	78,9
Ex-fumante	37	19,5
Faz uso de bebida alcoólica		
Sim	6	3,2
Às vezes	59	31,0
Não	125	65,8
Problema de saúde		
Sim	187	98,4
Não	3	1,6
Quantidade problema de saúde**		
Um problema de saúde	20	10,7
Dois problemas de saúde	46	24,6
Mais de dois problemas de saúde	121	64,7
Problema de saúde referido***		
Sensoriais[1]	166	88,8
Hipertensão	118	63,1
Osteoarticulares[2]	68	36,4

(continuação)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Problemas de coluna	41	21,9
Doenças degenerativas[3]	2	1,1
Dislipidemia	51	27,3
Diabetes	25	27,3
ICC	2	1,1
Incontinência urinária	41	21,6
Outros	84	44,2
Uso de medicamento		
Sim	171	90,0
Não	19	10,0
Alteração de equilíbrio referido		
Sim	45	23,7
Não	145	76,3
Dificuldade de mobilidade referida		
Sim	22	11,6
Não	168	88,4
Prática de exercício físico		
Sim	182	95,8
Não	8	4,2
Grau de dependência para as AVD e AIVD**		
Independentes	190	100,0
Dependentes	0	0,0
TOTAL	**190**	**100,0**

*Classificação segundo VIGITEL (2014).

** n= 187 (referem-se aos idosos com problema de saúde).

***Questão de múltipla escolha. Refere-se:

1 Sensoriais: visão, audição, tato e olfato

2 Osteoarticulares: artrite, artrose, osteoporose e reumatismo

3 Doenças degenerativas: Alzheimer e Parkinson.

****Mesmo que 41 idosos tenham referindo ter incontinência urinária, avaliados pelo Índice de Katz como independentes para todas as atividades menos uma, mesmo assim são considerados independentes.

A Tabela 3 mostra que em relação às quedas, 21,6 % dos idosos referem ter caído nos últimos 12 meses, mais da metade (51,2%) caiu apenas uma vez tendo como consequências, principalmente escoriações (39,0%) e hematomas (34,1%). A maioria (52,1%) está em baixo risco para quedas e com pouca preocupação em cair (59,5%).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT segundo ocorrência de quedas, risco de quedas e medo de cair. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Quedas nos últimos 12 meses		
Sim	41	21,6
Não	149	78,4
Quantidade de quedas*		
Uma queda	21	51,2

(continuação)

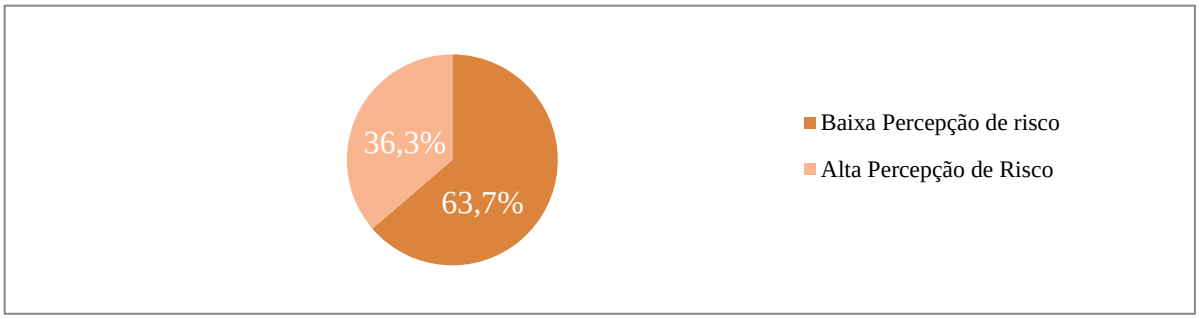
Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Duas quedas	14	34,2
Mais de duas quedas	6	14,6
Consequências pós-queda**		
Escoriações	16	39,0
Hematomas	14	34,1
Fraturas	5	12,2
Torções	4	9,8
Risco de quedas (Escore de Risco de Quedas)		
Baixo risco para quedas	99	52,1
Alto risco para quedas	91	47,9
Medo de cair (FES-I-BRASIL)		
Pouco preocupado em cair	113	59,5
Muito preocupado em cair	54	28,4
Extremamente preocupado em cair	23	12,1
TOTAL	**190**	**100,0**

*n=41 (referem-se aos idosos que sofreram quedas).

**n=35 (referem-se aos idosos que sofreram consequências pós-queda. Questão de múltipla escolha).

Referente à prevalência de percepção dos idosos sobre seu risco de quedas, 63,7% não se percebem em risco de cair (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Prevalência de percepção de risco dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT para quedas. Cuiabá-MT, 2016.



As razões dos idosos para não estar em risco de cair relacionam-se ao processo de envelhecimento, aos seus comportamentos e concepções em relação aos riscos de quedas (Figura 7).

Figura 7 - Razões dos idosos apontadas para não estar em risco de cair, UFMT, 2016

Relacionadas ao processo de envelhecimento	Relacionadas ao comportamento	Relacionadas a concepções
Não tem alteração do equilíbrio	É cuidadoso ao andar, sentar e levantar	Considera que o ambiente e a situação não são de risco
Não se considera tão velho	É cuidadoso porque já caiu	Considera que está habituado a situação de risco

(continuação)

Relacionadas ao processo de envelhecimento	Relacionadas ao comportamento	Relacionadas a concepções
Visão preservada	Não consome ou bebe bebida alcoólica com moderação	Nunca caiu e não tem medo
Saúde preservada	Retira ou desvia-se dos obstáculos do ambiente	
	Usa chinelos e sapatos apropriadamente	
	Costuma usar corrimão ou apoios	
	Pratica exercício físico	

Fonte: própria autora, 2016.

A análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas dos idosos deste estudo e sua relação com a percepção de risco de quedas permitiu verificar que não houve associação estatisticamente significativa entre elas (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalências da percepção de risco de queda (%), segundo características sociodemográficas dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	n	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Sexo			
Masculino	18	72,2	0,429
Feminino	172	62,8	
Faixa etária			
60 - 69 anos	128	60,9	
70 - 79 anos	56	67,9	0,398
80 anos e mais	6	83,3	
Estado civil			
Solteiro	21	66,7	0,865
Casado ou união estável	69	60,9	
Separado ou divorciado	44	68,2	
Viúvo	56	62,5	
Anos de estudo			
1 a 4 anos	34	58,8	0,767
5 a 8 anos	34	58,8	
9 a 10 anos	10	70,0	
>11 anos	112	66,1	
Situação ocupação			
Trabalhando	21	66,7	0,966
Aposentado	114	62,3	
Aposentado trabalhando	15	66,7	
Sem trabalhar	40	65,0	
Renda mensal			

(continuação)

Variáveis	n	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Não possui	9	66,7	0,887
Até um salário mínimo	50	68,0	
De 2 a 3 salários mínimos	70	61,4	
Mais de 3 salários mínimos	61	62,3	
Com quem mora			
Sozinho	49	71,4	0,208
Cônjuge ou Companheiro	31	71,0	
Família (Cônjuge + pessoa da família)	37	51,3	
Familiar (Pessoas da família que não é o cônjuge)	73	61,6	
Frequenta outro grupo social			
Sim	109	64,2	0,859
Não	81	63,0	
Realiza visita (amigos e parentes)			
Sim	173	64,2	0,662
Não	17	58,8	
Recebe visita (amigos e parentes)			
Sim	178	62,9	0,400
Não	12	75,0	

* Valor de p (*qui-quadrado*).

Na análise bivariada entre as variáveis de condições de saúde dos idosos e sua relação com a percepção de risco de quedas verificou-se associação estatisticamente significativa com a dificuldade de mobilidade (p=0,018), sendo que entre aqueles idosos sem dificuldade, a prevalência da baixa percepção de risco de quedas foi maior (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalências da percepção de queda (%), segundo condições de saúde dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	n	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Auto-avaliação de saúde*			
Ruim	5	40,0	0,102
Regular	60	55,0	
Bom	93	65,6	
Muito bom	32	78,1	
Fuma			
Sim	3	66,7	0,417
Não	150	61,3	
Ex-fumante	37	73,0	
Faz uso de bebida alcoólica			
Sim	6	83,3	0,500
Às vezes	59	66,1	
Não	125	61,6	
Problema de saúde			

(continuação)

Variáveis	N	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Sim	187	63,1	0,187
Não	3	100,0	
Problema de saúde referido* **			
Sensoriais[1]	166	62,6	0,719
Hipertensão	118	59,3	0,161
Osteoarticulares[2]	68	52,9	0,030
Problemas de coluna	41	65,8	0,679
Doenças degenerativas[3]	2	100,0	0,277
Dislipidemia	51	66,7	0,536
Diabetes	25	64,0	0,920
ICC	2	100,0	0,277
Incontinência urinária	41	53,7	0,132
Uso de medicamento			
Sim	171	62,0	0,145
Não	19	78,9	
Alteração de equilíbrio referido			
Sim	45	55,6	0,194
Não	145	66,2	
Dificuldade de mobilidade referida			
Sim	22	40,9	**0,018**
Não	168	66,7	
Prática de exercício físico			
Sim	182	64,3	0,411
Não	8	50,0	

* Valor de p (*qui-quadrado*).

Constatou-se na análise bivariada entre as variáveis de queda dos idosos e a sua relação com a percepção de risco de quedas a associação estatisticamente significativa com a preocupação em cair (p=0,002), sendo que entre aqueles idosos com pouca preocupação em cair, a prevalência da baixa percepção de risco de quedas foi maior (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalências da percepção de risco de queda (%), segundo variáveis de quedas dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT. Cuiabá-MT, 2016.

Variáveis	n	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Quedas nos últimos 12 meses			
Sim	41	56,1	0,254
Não	149	65,8	
Risco de quedas (Escore de Risco de Quedas)			
Baixo risco para quedas	99	68,7	0,135
Alto risco para quedas	91	58,2	
Medo de cair (FES-I-BRASIL)			
Pouco preocupado em cair	113	73,4	**0,002**

(continuação)

Variáveis	n	Prevalência Baixa Percepção (%)	Valor de p*
Muito preocupado em cair	54	51,8	
Extremamente preocupado em cair	23	43,5	

* Valor de p (*qui-quadrado*).

Segundo a análise do modelo final (OR ajustadas), verificaram-se menores prevalências da baixa percepção de risco naqueles idosos com muita e extrema preocupação em cair em relação aqueles com pouca preocupação, independente do sexo e idade. Além disso, notou-se maior prevalência de baixa percepção de risco de queda naqueles idosos sem dificuldade de mobilidade, em relação aos que disseram possuir a dificuldade, independentemente das demais variáveis do modelo (Tabela 7). Foi realizado o teste de bondade de ajuste, mostrando que o modelo é adequado (0,5491).

Tabela 7 - Modelo de regressão logística múltipla: variáveis associadas à baixa percepção dos idosos participantes do Programa Longevidade Saudável da UFMT sobre seu risco de quedas. Cuiabá-MT, 2016.

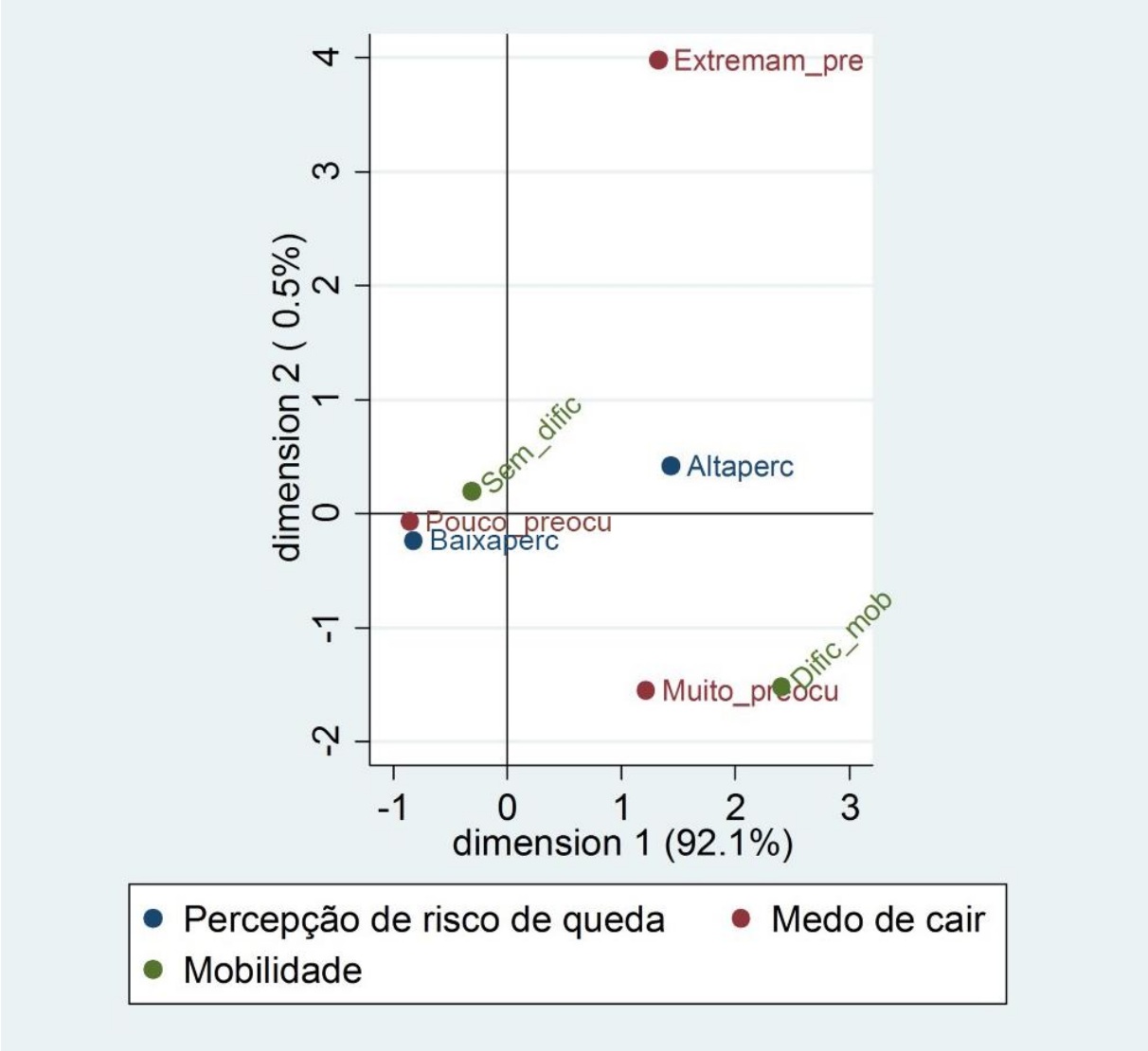
Variáveis	Prevalência (%)	OR Bruta (IC95%)	OR Ajustada (IC95%)	Valor de p
Medo de cair (FES-I-BRASIL)				
Pouco preocupado em cair	73,5	1,00	1,00	
Muito preocupado em cair	51,8	0,39 (0,20-0,77)	0,41 (0,20-0,83)	**0,013**
Extremamente preocupado em cair	43,5	0,28 (0,11-0,70)	0,30 (0,12-0,76)	**0,011**
Dificuldade de mobilidade				
Sim	40,9	1,00	1,00	**0,046**
Não	66,7	2,89 (1,16-7,17)	2,62 (1,02-6,77)	

*ajustado por sexo e idade
IC: intervalo de confiança

As relações e semelhanças entre a percepção do próprio risco de quedas dos idosos e suas associações foram demonstradas por meio de uma ordenação elaborada pela análise de correspondência (AC) (Gráficos 2 e 3). Este método descritivo multivariado sintetiza a relação das variáveis por meio de gráficos demonstrando as distâncias entre elas (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007).

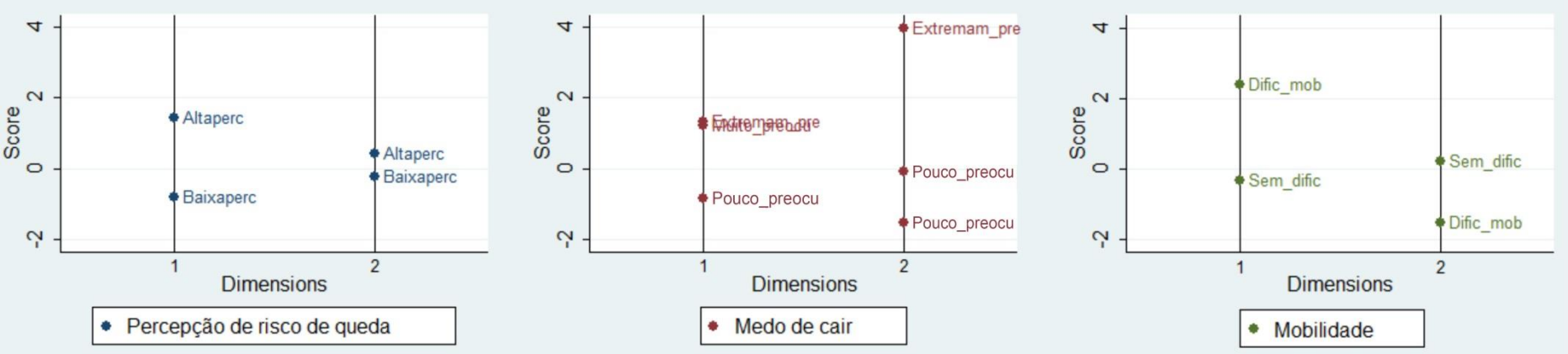
No Gráfico 2, observa-se que as dimensões 1 e 2 correspondem a 92,1% e 0,5% da inércia total, respectivamente, o que representa 92,6% da variabilidade total dos dados.

Gráfico 2 – Análise de correspondência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas e as variáveis associadas: pouco preocupado em cair e ausência de dificuldade de mobilidade, UFMT, 2016.



No Gráfico 3, ao longo da dimensão 1 responsável por 92,1% é possível perceber que existe uma relação significativa da baixa percepção de risco de quedas com a ausência de dificuldade de mobilidade, assim como com a pouca preocupação em cair. Do mesmo modo, ainda na dimensão 1 pode-se verificar que a alta percepção de risco de quedas tem relação com dificuldade de mobilidade e com às maiores preocupações com as quedas (muito e extremamente).

Gráfico 3 – Análise de correspondência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas e as variáveis associadas: pouco preocupado em cair e ausência de dificuldade de mobilidade, UFMT, 2016.



5 DISCUSSÃO

Estudos mostram que, em geral, os idosos participantes de programas/grupos de promoção da saúde e prevenção de agravos possuem algumas características diferentes das dos idosos deste estudo, cuja maioria é jovem, possui nível de escolaridade mais elevado e renda razoavelmente boa. Geralmente, aqueles idosos estão nas faixas etárias de 70 a 80 anos e mais, nível de escolaridade e renda mais baixos (ALBERT et al., 2014; KIM et al., 2011; LIMA et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2015; SANTOS, 2016).

Em relação às condições de saúde, os idosos deste estudo apresentam características semelhantes às dos idosos participantes de outras pesquisas (BRASIL et al., 2013; FREIRE et al., 2015; KIM et al., 2011; KIM et al., 2012; SILVA et al., 2015). São idosos ativos, com boa auto-avaliação de saúde e independentes, mesmo apresentando problemas de saúde.

Diferentemente de outras pesquisas, a taxa de quedas dos idosos deste estudo ocorridas nos últimos 12 meses foi menor. No estudo de Couto e Perracini (2012) foi de 38,7%; no de Matias, Fonseca e Matos (2015) foi de 48,5%; no de Silva, Duarte e Arantes (2011) foi de 53%; no de Taveira e Schiave (2012) foi de 39,02% e no de Valim-Rogatto, Candolo e Brêtas (2011) foi de 40,2%. Em relação ao medo de cair, enquanto que nos estudos de Couto e Perracini (2012); Doi et al. (2012); Liu (2014) Taveira e Schiave (2012) a maioria dos idosos apresentava altas taxas (64%; 62,2%; 64,2% e 80,5% e respectivamente), neste estudo a proporção de preocupação com a possibilidade de cair é menor.

Poucos são os estudos que avaliaram o risco de quedas de idosos participantes de programas/grupos, e neles os resultados foram diferentes do encontrado neste estudo. Reis e Flôres (2014) e Reis, Nunes e Flôres (2013) mostraram que 94% dos idosos apresentavam alto risco para quedas.

Outros estudos abordaram assuntos semelhantes, como percepção que os idosos têm sobre os fatores de risco para quedas (BRAUN, 1998; GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007; MORSCH; MYSKIW; MYSKIW, 2016); disparidades entre o risco fisiológico para quedas e o risco de quedas percebido (DELBAERE et al., 2010); percepção de risco em relação à queda no contexto familiar (KILIAN et al., 2008); gestão do risco de quedas a partir das percepções dos idosos (HOST; HENDRIKSEN; BORUP, 2011); e prevalência de quedas e fatores físicos relacionados à quedas entre idosos com baixa e alta percepção de risco (MOREIRA et al., 2016). Em todos eles, de alguma forma, há resultados sobre percepção própria dos idosos sobre as quedas.

Até o momento, que se tenha conhecimento, este é o primeiro estudo quantitativo que investiga a prevalência da percepção dos idosos sobre seu risco de quedas. Dollard et al. (2012) realizaram estudo semelhante, porém com abordagem qualitativa. Por esse motivo, a comparação da prevalência deste estudo com outros estudos não é possível.

No entanto, uma provável explicação para a alta prevalência de baixa percepção de risco dos idosos identificada possa ser explicada pelo fato deles serem jovens, terem boas condições de saúde e histórico de poucas quedas.

Por serem mais jovens, pode ser que os idosos deste estudo, ao considerarem os riscos para quedas apresentados a eles nas vinhetas, se percebam menos vulneráveis aos riscos do que os idosos mais velhos. Por exemplo, em um estudo realizado na Austrália com 500 idosos, os mais jovens consideravam seu risco de quedas mais baixo do que o dos que se consideravam em alto risco de quedas por serem mais velhos (DELBAERE et al., 2010). Da mesma forma, em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, os idosos consideravam que os mais jovens apresentavam menor vulnerabilidade para a ocorrência de quedas (MORSCH; MYSKIW; MYSKIW, 2016).

Igualmente, ter uma boa condição de saúde talvez possa ter contribuído para a alta prevalência de baixa percepção de risco entre os idosos deste estudo. Pessoas mais velhas costumam usar suas condições de envelhecimento, se saudável ou não, como referência para justificar a avaliação do seu próprio risco de cair. Estudo realizado com idosos no Reino Unido revelou que muitos não se consideram em risco de cair por sentirem-se saudáveis e confiantes (YARDLEY et al., 2006). Em São Paulo, em estudo realizado com 22 mulheres com idade entre 62 e 85 anos, 86% delas afirmam que não possuíam problemas de saúde que as fizesse ter mais risco de quedas quando comparadas a outras pessoas da sua idade (GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007). Achado semelhante foi encontrado em outro estudo no qual os idosos que avaliaram seu risco de quedas como baixo apresentavam menor quantidade de problemas de saúde em relação àqueles que avaliaram o seu risco como alto (DELBAERE et al., 2010).

Este argumento pode ser corroborado pelo outro resultado encontrado neste estudo referente às razões dos idosos para justificar não estar em risco de cair. Ao serem questionados sobre o porquê de não se perceberem em risco de cair, as respostas dos idosos incluíam sua boa condição de envelhecimento, sem alterações na visão, no equilíbrio e na saúde.

O histórico de poucas quedas vivenciadas pelos idosos participantes deste estudo pode ter contribuído para a alta prevalência de baixa percepção de risco entre eles. Isto porque um

dos fatores que influenciam a percepção que as pessoas têm sobre seus riscos está fortemente ligada às suas experiências ao longo da vida, assim como o comportamento de exposição a eles (AREOSA, 2014; GUEDES et al., 2015). Estudos encontraram baixa percepção de risco de quedas em idosos com histórico de poucas quedas em um ano e 30 dias, respectivamente (DELBAERE et al., 2010; GARCIA; GELSI; SABATÉ, 2007).

Os riscos estão presentes na vida de todas as pessoas e para percebê-los diversos fatores podem estar envolvidos como nossas representações sociais sobre determinada situação, nossos medos, as histórias pessoais e o percurso de vida, mas também depende das informações recebidas e trocadas que irão fazer parte do conhecimento que temos das pessoas (AREOSA, 2014). Por isso, outro fator importante a ser considerado na possível explicação para a alta prevalência de baixa percepção de risco dos idosos deste estudo é o fato de participarem de grupos sociais.

Considerando que a percepção de risco é socialmente construída, estes idosos podem sofrer forte influência de seus pares (SLOVIC, 2010). Essa baixa percepção de risco pode ter origem na convivência com idosos ativos e independentes que, por causa dessa condição, se consideram em menor risco de cair. De igual modo, na convivência com outras pessoas, a baixa percepção de risco dos idosos deste estudo pode ter sofrido a influência da troca de informações relacionadas às medidas preventivas de quedas.

Chama a atenção, o fato de os idosos deste estudo utilizarem-se de elementos dos seus comportamentos de saúde como referência para justificar a avaliação do seu próprio risco de quedas. Eles consideram que quando adotam comportamento preventivo, estão livres do risco ou que é difícil acontecer com eles. Resultado similar foi reportado em outro estudo desenvolvido na Austrália com nove idosos que consideram suas chances de cair menor em comparação com as de outros idosos e suas justificativas são relacionadas a comportamentos preventivos, como fazer exercícios físicos e usar o corrimão para subir escadas (DOLLARD et al., 2012).

O fato de os idosos apontarem que seus riscos são menores quando comparados a seus pares é uma tendência das pessoas, independentemente da idade. Algumas pessoas se julgam mais competentes e com maiores níveis de conhecimentos sobre atividades do cotidiano em relação a outras pessoas, porém esse fato pode enviesar suas percepções de riscos (AREOSA, 2014).

Weinstein (1980) chama isso de “otimismo irrealista” que acontece quando as pessoas tendem a pensar que são invulneráveis aos riscos e que somente outras pessoas podem ser atingidas por fatalidades. Novo et al. (2015, p. 1002) afirmam que “a atribuição de maior risco

para outros do que para si, expressa a autoconfiança exacerbada das pessoas em sua capacidade de compreender e controlar atividades perigosas". Isso acontece por fatores cognitivos, falta de experiência pessoal com o a situação, crença de que o problema pode ser facilmente prevenido e que problemas que não aconteceram até hoje não acontecerão no futuro ou, se acontecer, a probabilidade é pequena (WEINSTEIN, 1987).

Uma consequência desse tipo de percepção é que essas pessoas superestimam seus conhecimentos, suas capacidades de controlar as adversidades e subestimam seus riscos (FEITOSA; SILVA; SILVA, 2014). No caso dos idosos deste estudo, o "otimismo irrealista", pode trazer como consequência a subestimação dos seus riscos de cair e, portanto, maior exposição a eles.

O avançar da idade tem implicações na mobilidade dos idosos e traz como consequências alterações na sua capacidade funcional e maior probabilidade de quedas (MORAES; MORAES; LIMA, 2010; OMS, 2010). Pior desempenho em teste de mobilidade e equilíbrio pode indicar, além de menor mobilidade, algum déficit de equilíbrio e menor força muscular nos membros inferiores (AVEIRO et al., 2012). Os problemas de mobilidade impedem os idosos de fazer certas atividades como andar, ajoelhar, agachar, curvar, além de causar dores e desconforto, podendo impedir a manutenção das habilidades físicas indispensáveis para uma vida independente (BARBOSA et al., 2015) e consequentemente contribuir para maior risco de quedas.

De modo contrário, boa mobilidade e esporádicas ou poucas restrições de movimento para AVD e AIVD podem justificar baixo risco de quedas em idosos (AVEIRO et al., 2012). Estudo realizado com 102 idosos mostrou que aqueles que tinham boa mobilidade e capacidade funcional preservada para AVD e AIVD, segundo o teste de mobilidade e equilíbrio, apresentaram baixo risco de queda (BRETAN et al., 2013).

A associação entre a baixa percepção de risco de quedas e a ausência de dificuldade de mobilidade dos idosos deste estudo poderia ser explicada levando-se em consideração que a maioria é jovem. Quanto menor a idade menor o nível de comprometimento na mobilidade (AVEIRO et al., 2012; YONAMINE et al., 2016). Estudo realizado com 413 idosos no Rio Grande do Sul mostrou que a mobilidade dos idosos de 60 a 69 anos foi significativamente melhor que a dos idosos com 80 anos ou mais (SOUZA et al., 2013).

Igualmente, poderia ser explicado pelo fato de que a maioria dos idosos deste estudo tem capacidade funcional preservada, refere ausência de dificuldade de mobilidade e de alterações de equilíbrio. Esses idosos teriam, portanto, mais força muscular nos membros

inferiores, menores alterações de marcha o que poderia influenciar sua baixa percepção de risco de quedas.

Outra associação com a baixa percepção de risco de quedas dos idosos encontrada neste estudo foi com a variável medo de cair. Os idosos com pouca preocupação a respeito da possibilidade de cair apresentaram baixa percepção de risco para as quedas.

Embora, que se tenha conhecimento, não existem estudos que relacionem a percepção de risco de quedas com o medo de cair, é possível pensar em uma relação, pois o medo é um sentimento e como tal, pode influenciar a percepção de risco das pessoas.

O risco naturalmente provoca o sentimento de medo, por ser percebido como um perigo, involuntário e, em parte, incontrolável (MOTTA, 2012). A explicação para essa relação pode estar na parte emocional da experiência vivenciada, que consequentemente leva as pessoas a pensarem sobre sua vulnerabilidade frente ao risco (PEIPINS et al., 2015). Estudos mostram que a experiência sobre determinado evento de risco corrobora para o aumento da percepção que as pessoas têm sobre o risco. Essa experiência pode ser tanto do próprio sujeito que vivencia a situação de risco como a de outra pessoa (AREOSA, 2011; GUEDES et al., 2015; KARTALL et al., 2014).

Entretanto, ter controle pessoal sobre o risco ou ter maior familiaridade com ele, são fatores que podem diminuir a percepção de risco das pessoas (SLOVIC, 2010).

Infere-se, portanto, que os idosos deste estudo, mesmo tendo algum medo de cair, provavelmente consideram que têm controle sobre seu risco de quedas, consequentemente a percepção sobre seu risco seja diminuída. Além disso, por serem jovens, ativos e independentes, sem alteração referida de equilíbrio e mobilidade, esses idosos provavelmente não se percebem no grupo de risco.

Outro fator que pode ter contribuído para essa associação entre a pouca preocupação em cair do idosos e a baixa percepção de risco de quedas é o histórico de quedas. Estudos mostram que o medo de cair associa-se com o histórico de quedas (COSTA et al., 2012; CAMARGOS et al., 2010; JEFFERIS et al., 2014; UTIDA; BUDIB; BATISTON, 2016). De fato, em estudo realizado com 144 idosos em Santa Catarina mostrou que aqueles que tem menor medo de cair apresentam melhores resultados nos testes de força, agilidade, equilíbrio e resistência, e melhor desempenho no teste de resistência aeróbica caminhando distâncias significativas maiores que os idosos com medo de quedas (HAUSER et al., 2015).

Assim, outra inferência que se pode fazer é a de que por terem um histórico de poucas quedas os idosos deste estudo apresentam melhores condições de mobilidade e equilíbrio, o que os levaria a ter menor preocupação em cair. Como mencionado anteriormente, na medida

em que eles têm menor preocupação com as quedas, têm menor percepção do seu próprio risco de cair.

Este estudo tem como limitação o fato de os idosos pesquisados pertencerem a um grupo específico, o que diminui as possibilidades de generalizações. No entanto, seus resultados mostram aspectos relacionados à percepção de risco dessa população que permitem ampliar o entendimento que eles têm sobre as quedas.

Trata-se de pesquisa inovadora uma vez que não foram encontrados outros estudos com o mesmo objetivo e abordagem. Além disso, o uso das vinhetas permite mostrar o potencial dessa técnica como opção metodológica para a coleta de dados em pesquisa.

6 CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a população investigada é diferente, em alguns aspectos, da de outros estudos, pois a maioria é jovem, possui nível de escolaridade e renda mais elevado.

O principal resultado encontrado foi alta a prevalência de idosos que têm baixa percepção de seu risco de quedas que se acredita possa ser explicada pelo fato de a maioria ser mais jovem, ter boas condições de saúde com um histórico de poucas quedas, se considerarem em boas condições de envelhecimento e interagir com outras pessoas em grupos sociais.

O estudo mostrou também que os fatores associados à alta prevalência de baixa percepção dos idosos sobre seu risco de quedas foram a ausência de dificuldade de mobilidade e a pouca preocupação que os idosos têm de cair.

Esses resultados trazem preocupação na medida em que esses idosos, ao não se perceberem em risco, podem adotar comportamentos de risco que, consequentemente, resultem em quedas e suas consequências.

Esses achados indicam a necessidade de maiores investimentos em programas/grupos que incluam atividades que ampliem a percepção dos idosos aos riscos de quedas, utilizando de estratégias que permitam a eles reconhecerem-se como potenciais caidores e com necessidade de adotar medidas preventivas no seu dia a dia.

Ademais, nesses programas/grupos, os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, podem programar ações educativas que visem melhorar a capacidade desses idosos pra se prevenir, baseadas nas suas reais percepções.

7 REFERÊNCIAS

ALBERT, S. M. Primary prevention of falls: effectiveness of a statewide program. **American Journal of Public Health,** v. 104, n. 5, p. 77-84, 2014.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, A. B. O conceito de risco socialmente aceitável como componente crítico de uma gestão do risco aplicada aos recursos hídricos. In: CONGRESSO DA ÁGUA, 7, 2004, Lisboa. **Anais**. Associação Portuguesa dos Recursos Hídricos, 2004. p. 1-14.

ARDUINI, J. B.; SANTOS, A. S. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e Aids. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 379-383, 2013.

AREOSA, J. A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. **International Journal on Workin Conditions,** n. 3, p. 54-64, 2012.

_____. As percepções de riscos ocupacionais no setor ferroviário. **Sociologia, Problemas e Práticas,** n. 75, p. 83-107, 2014.

_____. Do risco ao acidente: que possibilidades para a prevenção? **Revista Angolana de Sociologia**, n.4, p. 39-65, 2009.

_____. Riscos ocupacionais da imagiologia: estudo de caso num hospital português. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 23, n. 2, p. 297-328, 2011.

AVEIRO, M. C. et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 17, n. 2, p. 2481-2488, 2012.

BARBOSA, K. T. F. et al. Vulnerabilidade física entre idosos: diferenças por sexo. **Cultura de los Cuidados,** n. 24, p. 90-100, 2015.

BARCENILLA-WONG, A. L.; CHEN, J. S.; MARCH, L. M. Concern and risk perception of osteoporosis and fracture among post-menopausal Australian women: results from the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW) cohort. **Archives of Osteoporosis,** v. 8, n. 155, p. 1-9, 2013.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 38-47, 2009.

BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 27-37, 2009.

BLAIS, A. R.; WEBER, E. U. Testing invariance in risk taking: a comparison between xanglophone and francophone groups. **Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations,** p. 1-25, nov. de 2006.

BONEM, E. M.; ELLSWORTH, P. C.; GONZALEZ, R. Age differences in risk: perceptions, intentions and domains. **Journal of Behavioral Decision Making**, 2015. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdm.1848/epdf. DOI: 10.1002/bdm.1848. Acesso em: 12 nov. 2015.

BORSANELLI, A. C. et al. Escolaridade e volume de produção têm associação com a percepção de risco de produtores de leite no uso de produtos veterinários. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 34, n. 10, p. 981-989, 2014.

BOTINA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL, G. L. P. et al. Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. **Revista da Enfermagem da UFPI,** v. 2, n. 4, p.28-34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**. Brasília, 2015.

BRAUN, B.L. Knowledge and Perception of Fall-Related Risk Factors and Fall-Reduction Techniques Among Community-Dwelling Elderly Individuals. **Physical Therapy**, v. 78, n. 12, p. 1262-1276, 1998.

BRETAN, O. et al. Risk of falling among elderly persons living in the community:

assessment by the Timed up and go test. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology,** v. 79, n. 1, p. 18-21, 2013.

BURSZTYN, M.; EIRÓ, F. Mudanças climáticas e distribuição social da percepção de risco no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 30, n. 2, p. 471-493, 2015.

BUSTER, K. J. et al. Skin cancer risk perceptions: A comparison across ethnicity, age, education, gender, and income. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 66, n. 5, p. 771-779, 2012.

CAMARGOS, F. F. O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, p. 237-243, 2010.

CAMILO, C.; LIMA, M. L. No que se pensa quando se pensa em doença?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 140-154, 2010.

CAVALCANTE, J. S. I.; ALOUFA, M. A. I. Percepção de riscos ambientais: uma análise sobre riscos de inundações em Natal-RN, Brasil. **Investigaciones Geográficas**, n. 84, p. 54-68, 2014.

CAVALCANTE, S.; FRANCO, M. F. A. Profissão perigo: percepção de risco à saúde entre os catadores do lixão do Jangurussu. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 221-231, 2007.

COSTA, A. G. S. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011.

COSTA, E. M. et al. Fear of falling and associated activity restriction in older people. results of a cross-sectional study conducted in a Belgian town. **Archives of Public Health**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2012.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

COUTO, F. B. D.; PERRACINI, M. R. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 15, n. 4, p. 693-706, 2012.

DEARBORN, J. L.; McCULLOUGH, L. D. Perception of risk and knowledge of risk factors in women at high risk for stroke. **Journal American Heart - Stroke**, v. 40, n. 4, p. 1181-1186, 2009.

DELBAERE, K. et al. Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. **British Medical Journal,** p. 1-8, 2010.

DIAS, S.; MATOS, M. G.; GONÇALVES, A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, v. 4, p. 625-634, 2007.

DOI, T. et al. The association between fear of falling and physical activity in older women. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 24, p. 859-862, 2012.

DOLLARD, J. et al. Falls in old age: a threat to identity. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p:2617–2625, 2012.

EUZÉBIOS FILHO, A.; GUZZO, R. S. L. Fatores de risco e de proteção: percepção de crianças e adolescentes. **Temas em Psicologia**, n. 14, n. 2, p. 125-141, 2006.

EVANS, S. C. et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 15, p. 160-170, 2015.

FEITOSA, A. B.; SILVA, P. R.; SILVA, D. R. A influência de vieses cognitivos e motivacionais na tomada de decisão gerencial: Evidências empíricas em uma empresa de construção civil brasileira. **Revista de Negócios,** v. 19, n. 3, p. 3-22, 2014.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 65-71, 2008.

FIGUEIREDO, L. G. et al. A. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de Infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Revista de Enfermagem da UERJ**; v. 21, n. 2, p. 805-811, 2013.

FONSECA, M. G. U. et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos .**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 39-50, 2007.

FREIRE, G. V. et al. Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. **Revista Interdisciplinar – Centro Universitário Uninovafapi,** v. 8, n. 2, p. 11-19, 2015.

GARCIA, R. R.; GELSI, T. A.; SABATÉ, A. C. C. A Percepção dos Fatores de Risco para Quedas em um Grupo de Idosas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n. 11, p. 41-51, 2007.

GONZALEZ, C. D. et al. Conhecimento e percepção de risco sobre higiene alimentar em manipuladores de alimentos de restaurantes comerciais. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de alimentação e nutrição**, v. 34, n. 3, p. 45-56, 2009.

GUEDES, G. R. et al. Risco de adoecimento por exposição às águas do Rio Doce: um estudo sobre a percepção da população de Tumiritinga, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1257-1268, 2015.

HAUSER, E. et al. Medo de cair e desempenho físico em idosos praticantes de atividade física. **Revista de Educação Física/UEM,** v. 26, n. 4, p. 593-600, 2015.

HILION, C. R. B. C. **A influência da motivação no trabalho sobre a percepção de risco**. 2011. Dissertação (Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho) – Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 2. p. 2-9, 2005.

HOST, D.; HENDRIKSEN, C.; BORUP, I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 39, p. 742-748, 2011.

HUGHES, R.; HUBY, M. The construction and interpretation of vignettes in social research. **Social Work & Social Sciences Review**, v. 11, n. 1, p. 36-51, 2004.

JEFFERIS, B. J. et al. How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men? **BioMed Central Geriatrics,** v. 14, n. 114, p. 1-9, 2014.

KAMEL, M. H.; ABDULMAJEED, A. A.; ISMAIL, S. E. Risk factors of falls among elderly living in Urban Suez – Egypt. **PanAfrican Medical Journal**, v. 14, n. 26, p. 1-7, 2013.

KARTAL, M. et al. Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 152, p. 1-8, 2014.

KILIAN, C. et al. Perceiving falls within a family context: a focused ethnographic approach. **Canadian Journal on Aging,** v.27, n. 4, p. 331-345, 2008.

KIM, H. et al. Psychological, social, and environmental factors associated with utilization of senior centers among older adults in Korea. **Journal of Preventive Medicine and Public Health,** v. 45, p. 244-250, 2012.

KIM, H. et al. Use of senior center and the health-related quality of life in Korean older adults. **Journal of Preventive Medicine and Public Health,** v. 44, n. 4, p. 149-156, 2011.

KUHNEN, A. Meio ambiente e vulnerabilidade: A percepção ambiental de risco e o comportamento humano. **Revista Geografia UEL (Londrina),** v. 18, n. 2, p. 37-52, 2009.

LIMA, C. K. G.; MURAI, H. C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v. 6, p. 15-22, 2005.

LIMA, T. F. et al. Perfil sociodemográfico e econômico de idosos de grupo de convivência de Campina Grande/PB. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4, 2015, Paraíba. **Anais.** Centro Multidisciplinar de Estudos e Pesquisas (CEMEP) – Universidade Estatual da Paraíba (UEPB), 2015, p. 1-9.

LINDEN, J. C. S. V. **Um modelo descritivo da percepção de conforto e de risco em calçados femininos.** 2004. Tese (Doutorado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LIU, J. Y. W. Fear of falling in robust community-dwelling older people: results of a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, p. 393-405, 2014.

MARCON, A. et al. A score for measuring health risk perception in environmental surveys. **Science of the Total Environment,** p. 270–278, 2015.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia.,** v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MASINI, A. A. M. **Fatores de personalidade e percepção de risco podem predizer o comportamento de risco? Um estudo com universitários**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós – Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

McINNES, E.; SEERS, K.; TUTTON, L. Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. **Journal of Advanced Nursing,** v. 67, n. 12, p. 2525-2536, 2011.

McNEILL, C. Risk: A multidisciplinary concept analysis. **Nursing Forum**, v. 49, n. 1, p. 11-17, 2014.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos as quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.

MONIZ, M. A.; CASTRO, H. A.; PERES, F. Amianto, perigo e invisibilidade: percepção de riscos ambientais e à saúde de moradores do município de Bom Jesus da Serra/Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 327-336, 2012.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MOREIRA, M. N. et al. What are the main physical functioning factors associated with falls among older people with different perceived fall risk? **Physiotherapy Research International,** p. 1-11, 2016.

MORSCH, P.; MYSKIW, M.; MYSKIW, J. C. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 11, p. 3565-3574, 2016.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciência & Saúde Coletiva,** n. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

MOTTA, P. R. Ansiedade e medo na empresa: percepção de risco das decisões gerenciais. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão,** p. 22-37, 2012.

NASCIMENTO, C. P. et al. Desempenho motor em idosos participantes de grupos de convivência. **Revista Pesquisa em Fisioterapia,** v. 5, n. 2, p. 93-101, 2015.

NIGRO, E. L. **Envelhecer em São Paulo: arranjo familiar e saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOVO, C. F. et al. Percepção de risco do motociclista infrator. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v. 35, n. 4, p. 991-1006, 2015.

OLIVEIRA, W. R. J.; BRAGA, F. G. Estudo da vulnerabilidade socioambiental e percepção de risco dos moradores do Morro dos Piolhos – Ouro Preto – MG. **Revista Espinhaço**, v. 3, n. 1, p. 78-86, 2014.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, Conhecimento e Percepção de Risco Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis em um Grupo de Pessoas com 50 Anos e Mais de Idade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global da OMS sobre Prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010.

PARK, E. R., et al. A Qualitative Study of Lung Cancer Risk Perceptions and Smoking Beliefs Among National Lung Screening Trial Participants. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 2, p. 166-173, 2014.

PAULINO, J. A.; LOPES, R. F. F. Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidades cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.30, n. 4, p. 752-765, 2010.

PEIPINS, L. A., et al. Epidemiology.Cognitive and affective influences on perceived risk of ovarian cancer. **Psychooncology**, v. 24, n. 3, p. 279–286, 2015.

PEREIRA, G. N. et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, 2013.

PETROSKI, E.L. et al. Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. **Revista Motricidade**, v. 5, n. 2, p. 17-31, 2009.

PINHO, T. A. M. **Avaliação do risco de quedas em idosos na perspectiva das representações sociais**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

PINTO, P. V. H. **Avaliação do comportamento de risco de motociclistas no cenário Brasileiro.** 2013. Dissertação (Mestrado em Transportes) – Faculdade de Tecnologia, Universidade de Brasília, Brasília.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAPOSO, T. J. N. et al. Percepção e risco na Amazônia Setentrional: um estudo na cidade de Rorainópolis – Roraima – Brasil. **Revista de Geografia Acadêmica**, v. 8, n. 2, p. 59-69, 2014.

REIS, L. A.; FLÔRES, C. M. R. Avaliação do risco de quedas e fatores associados em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem,** v. 28, n. 1, p. 42-49, 2014.

REIS, L. A.; NUNES, N. S. O.; FLÔRES, C. M. R. Risco de quedas em idosos: comparação entre *Fall Risk Store* de Dowton e o teste de *Timed Up and go Test*. **Revista InterScientia,** v. 1, n. 3, p. 28-38, 2013.

RIBEIRO, R. R. R. **A percepção social dos riscos naturais: Portugal e Tuvalu.** 2008. Dissertação (Mestrado em Energia e Gestão do Ambiente) – Departamento de Ambiente e Ordenamento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

RIPARDO, R. C. et al. História de vida e comportamento de risco em amostra brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, 2012.

SAMPAIO FILHO, F. J. L. et al. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 31, n. 3, p. 508-514, 2010.

SANTOS, J. S. et al. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde,** v. 2, n. 5, p. 53-59, 2013.

SANTOS, J. S. **Qualidade de vida e capacidade cognitiva de idosos participantes de grupos de convivência.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SERRANO, S. Q. et al. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 25-31, 2010.

SILVA, E. C.; DUARTE, N. B.; ARANTES, P. M. M. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas. **Fisioterapia e Pesquisa,** v. 18, n. 1, p.23-30, 2011.

SILVA, I. R.; GUNTHER, I. A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 31-40, 2000.

SILVA, J. F. C. et al. Qualidade de vida de pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica participantes de grupos de convivência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4, 2015, Paraíba. **Anais.** Centro Multidisciplinar de Estudos e Pesquisas (CEMEP) – Universidade Estatual da Paraíba (UEPB), 2015, p. 1-9.

SILVA JUNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p. 1-16, 2014.

SILVA, K. V. P.; OROZCO, M. M. D. Percepção quanto aos riscos inerentes ao manejo dos resíduos de serviços de saúde (RSS) dos trabalhadores de um hospital público em Ji-Paraná/RO. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GESTÃO AMBIENTAL, 5., 2014, Belo Horizonte. **Anais**. Instituto Brasileiro de Estudos Ambientais, 2014. p. 1-5.

SILVA, M. L. S.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista Rene**, v. 15, n. 6, p. 1007-1015, 2014.

SILVA, R. S. **Percepção de risco na paisagem pelos moradores do entorno da barragem do Departamento Nacional de Obras e Saneamento (DNOS), na cidade de Santa Maria – RS.** 2013. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

SILVEIRA, P. G.; SANTOS, A. C. F.; BALTER, T. S. Percepção de riscos em áreas costeiras: um estudo do município de Arraial do Cabo. **Revista de Ciência Ambiental**, v. 5, n. 29, p. 70-81, 2010.

SLOVIC, P. Perception of risk posed by extreme events. **Decision Research and University of Oregon,** p. 1-21, 2002.

_____. The psychology of risk. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 731-747, 2010.

SOUZA, C. C. et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013.

SOUZA, G. S. L. **Cirurgia segura: construção e validação de tecnologia educacional.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Relação entre suporte família, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 13, n. 1, p. 143-154, 2010.

STEVENS, J. A.; NOONAN, R. K.; RUBENSTEIN, L. Z. Older adult fall prevention: perceptions, beliefs and behaviors. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 4, n. 1, p. 16-20, 2010.

TAVEIRA, G. S.; SCHIAVE, Q. C. F. A. Incidência de quedas sofridas por idosos de 60 a 85 anos frequentadores de um centro estadual de convivência do idoso na cidade de Manaus. **Revista Terapia Manual – Posturologia,** v. 10, n. 48, p. 197-201, 2012.

THIELEN, I. P.; HARTMANN, R. C.; SOARES, D. P. Percepção de risco e excesso de velocidade. **Caderno de Saúde Pública**, n. 24, n. 1, p. 131-139, 2008.

TORQUATO, R. J. **Percepção de risco e comportamento de pedestres.** 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós – Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

UFMT. **Longevidade Saudável: UFMT.** Cuiabá, março de 2013. Disponível em: http://longevidadesaudavelufmt.blogspot.com.br. Acesso em: 08 set. 2015.

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Biblioteca Wanda de Aguiar Horta. **Gui prático para elaboração de dissertação, tese, monografia e projeto de pesquisa.** 1ª ed. São Paulo: USP, 2015.

UTIDA, K. A. M.; BUDIB, M. B.; BATISTON, A. P. Medo de cair associado a variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande-MS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 19, n. 3, p. 441-452, 2016.

VALENCIA, J. A. et al. Percepción del riesgo por emisiones atmosféricas provenientes de la disposición final de residuos sólidos. **Revista Salud Pública**, v. 13, n. 6, p. 930-941, 2011.

VALIM-ROGATTO, P. C.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A. C. P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 14, n. 3, p. 521-533, 2011.

VIEIRA, K. F et al. Prevalência e preocupação com o risco de quedas em idosos comunitários. **Revista de Enfermagem – UFPE,** v. 11, n. 1, p. 351-357, 2017.

VIEIRA, K. M. et al. Percepção e comportamento de risco financeiro: análise da influência da ocupação e demais variáveis sociodemográficas. **Revista de gestão, finanças e contabilidade**, v. 3, n. 3, p. 130-147, 2013.

VITOR, A. F.; ARAUJO, T. L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 13, n. 2, p. 313-322, 2011.

WANG, X. T.; KRUGER, D. J.; WILKE, A. Life history variables and risk-taking propensity. **Evolution and Human Behavior**, v. 30, p. 77–84, 2009.

WEINSTEIN, N. D. Unrealistic optimism about future life events. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 39, n. 5, p. 806-820, 1980.

_____. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: conclusions from a community-wide sample. **Journal of Behavioral Medicine,** v. 10, n. 5, p. 481-500, 1987.

YARDLEY, L. et al. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. **Health Education Research – Theory & Practice,** v. 21, n. 4, p. 508-517, 2006.

YAWSON, A. E. et al. Sex differences in perceived risk and testing experience of HIV in an urban fishing setting in Ghana. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, n. 109, p. 1-8, 2014.

YONAMINE, C. Y. et al. Functional disability for mobility in adults: a population-based study. **Revista Fisioterapia em Movimento,** v. 29, n. 3, p. 449-459, 2016.

8 ANEXOS

ANEXO A – Autorização da pesquisa pela coordenadora do Programa Longevidade Saudável

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo as pesquisadoras Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Annelita Almeida Oliveira Reiners, Joana Darc Chaves Cardoso, Carla Rafaela Teixeira Cunha, Jocilene Carvalho Miraveti Canova, Carla Gabriela Wunsch e Samira Reschetti Marcon a desenvolverem seus projetos de pesquisa junto aos idosos cadastrados no Programa Longevidade Saudável da UFMT.

Cuiabá, 24 de abril de 2015

Waléria Christiane Rezende Fett
Coordenadora do Programa

Profª Drª. Waléria Christiane Rezende Fett
FEF / UFMT
SIAPE: 2525380
CREF: 113. G/MT

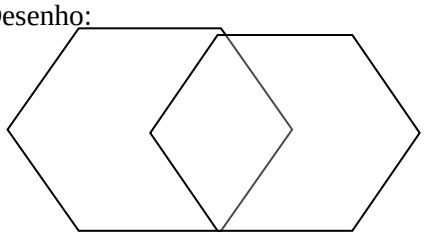
ANEXO B – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM

Instruções: As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Substituições aparecem entre parênteses. Circule o "0" se a resposta for incorreta ou o "1" se a resposta for correta. Comece formulando as duas questões seguintes: O Sr(a) tem algum problema com a sua memória? Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?

Nome: _____Data: ___/____/_____		
ORIENTAÇÃO NO TEMPO	**RESPOSTA**	**ESCORE**
Em que ano nós estamos?		0 1
Em que mês nós estamos?		0 1
Em que dia da semana nós estamos?		0 1
Em que dia do mês nós estamos?		0 1
Qual é a hora aproximada?		0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
Onde nós estamos agora?		0 1
Em que Estado nós estamos?		0 1
Em que Cidade nós estamos?		0 1
Em que Bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua		0 1
O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou		0 1
Em que andar nós estamos?		0 1
REGISTRO		
Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim. [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]		
CARRO		0 1
VASO		0 1
BOLA		0 1
ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]		
Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? [pausa] Vamos começar: quanto é 100 menos 7 ? Dê 1 ponto para cada acerto. Se não souber fazer conta, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O-D-N-U-M). [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta.	{93} _____ {86} _____ {79} _____ {72} _____ {65} _____ Soma do Cálculo __ __ __ __ __ O D N U M Soma do Mundo	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 _____ _____
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		
Peça: Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a)		
CARRO		0 1
VASO		0 1
BOLA		0 1

LINGUAGEM		
[Aponte o lápis e o relógio e pergunte:] O que é isto? (lápis) O que é isto? (relógio)	_____ _____	0 1 0 1
Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".		0 1
Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão. Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Jogar no chão	_____ _____ _____	0 1 0 1 0 1
Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando: FECHE OS OLHOS		0 1
Peça: Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo. [Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta].		0 1
Peça: Por favor, copie este desenho. [Apresente a folha com os pentágonos que se intersecionam].		0 1
TOTAL		

Desenho:



Observações:_____

_____

_____

RESULTADO

Grau de escolaridade	**Nota de escolaridade**	**Pontuação do paciente**
Analfabeto	19	
De 1 a 3 anos de escolaridade	23	
De 4 a 7 anos de escolaridade	24	
Acima de 7 anos de escolaridade	28	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

ANEXO C – Índice de Katz - Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para AVD

Nome:_____Data de avaliação ___/___/___		
Para cada área de funcionamento abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Para realizar suas atividades de vida diárias (AVD) você é:		
BANHO (banho de leito, banheira ou chuveiro)		
☐ Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho).	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).	☐ Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
VESTIR-SE (considera o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato propriamente dito/ não inclui calçar os sapatos)		
☐ Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	☐ Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	☐ Receba assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
IR AO BANHEIRO (dirigi-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações)		
☐ Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	☐ Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.	☐ Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
TRANSFERIR-SE (sair da cama e sentar-se em uma cadeira, ou vice-versa)		
☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	☐ Não sai da cama.
CONTINÊNCIA (ato inteiramente autocontrolado de urinar e evacuar)		
☐ Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	☐ Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais).	☐ Supervisão para controlar a urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
ALIMENTAÇÃO (ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca)		
☐ Alimenta-se sem assistência.	☐ Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	☐ Recebe assistência para alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral
CLASSIFICAÇÃO **A** - Independente para todas as atividades; **B** - Independente para todas as atividades menos uma; **C** - Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; **D** - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional; **E** - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; **F** - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; **G** - Dependente para todas as atividades.		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

ANEXO D - Escala de Lawton e Brody - Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para as AIVD

Nome:_____Data de avaliação ___/___/___		
	Atividade	**Avaliação**
1	O Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
2	O Sr (a) consegue ir aos locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
3	O Sr (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
4	O Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
5	O Sr (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
6	O Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
7	O Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
8	O Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
9	O Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda: 3 pontos Com ajuda parcial: 2 pontos Não consegue: 1 ponto
	Total	.....pontos
RESULTADOS Idosos que totalizam 19 a 27 pontos são considerados **independentes**; aqueles que obtêm de 10 a 18 pontos são considerados como tendo **capacidade com assistência**; pontuações menores que esses valores indicam **dependência em AIVD**.		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

ANEXO E - Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-BRASIL)

Nome:_____Data de avaliação ___/___/___

Instruções ao Paciente

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque o quadradinho que mais se aproxima de sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

	Nem um pouco preocupado 1	**Um pouco preocupado 2**	**Muito preocupado 3**	**Extremamente preocupado 4**
1. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Vestindo ou tirando a roupa	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Preparando refeições simples	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Tomando banho	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Indo às compras	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Sentando ou levantando de uma cadeira	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Subindo ou descendo escadas	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Caminhando pela vizinhança	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Indo atender ao telefone antes que pare de tocar	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Visitando um amigo ou parente	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Andando em lugares cheios de gente	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Subindo ou descendo uma ladeira	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	(1)	(2)	(3)	(4)

PONTUAÇÃO: As respostas são pontuadas de 01 a 04 pontos. A soma total poderá ser de 16 a 64 pontos.

- O menor valor = corresponde ao menor medo de cair;
- 23 pontos ou mais= sugere uma associação com histórico de quedas esporádico e com o alto risco potencial para queda;
- 31 pontos ou mais= sugere uma associação com histórico de quedas recorrentes.

Fonte: CAMARGOS, F. F. O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, p. 237-243, 2010.

ANEXO F - Escore de risco de quedas – (DOWNTON)

Nome:_____Data:___/____/_____	
Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco (*) = SIM (1) NÃO (0)	
1. Quedas anteriores	Não Sim*
2. Medicações	Nenhuma Tranquilizantes/sedativos* Diuréticos* Anti-hipertensivos* Drogas antiparkinsonianas* Antidepressivos* Outras medicações
3. Déficit sensório	Nenhum Visão prejudicada* Audição prejudicada* Membros* (amputação, avc, neuropatias, etc)
4. Estado mental	Orientado Confuso* (MEEN)
5. Marcha (modo de andar)	Normal Seguro com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador) Inseguro com/sem equipamento* Incapaz
*****A pontuação varia de 0 a 11, e o idoso é classificado com ALTO RISCO DE QUEDAS quando apresentar PONTUAÇÃO IGUAL OU SUPERIOR a 3 (três) pontos.	

Fonte: SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

ANEXO G - Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER- UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS
Pesquisador: ANNELITA ALMEIDA OLIVEIRA REINERS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 51847615.5.0000.5541
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem - Cuiabá - UFMT
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.375.313

Apresentação do Projeto:
Analisar a percepção de risco de idosos sobre as quedas e a adoção de comportamentos de prevenção; Pretende responder a pergunta: A percepção de risco influencia a adoção de comportamento de proteção para prevenção de quedas.
Estudo descritivo do tipo corte transversal;
População: idosos de 60 anos ou mais frequentadores do Programa Longevidade Saudável da UFMT;
Coleta dos dados: realizada no primeiro semestre de 2016, por meio de questionário com questões sociodemográficas e condições de saúde e percepção de risco usando o Falls Risk Awareness Questionnaire e a técnica de vinheta.

Os dados serão processados em bancos de dados eletrônicos e analisados por meio de análise estatística descritiva, os resultados serão discutidos tendo-se como base os estudos produzidos sobre a temática.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar a percepção de risco de idosos sobre as quedas e a adoção de comportamentos de prevenção.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

Objetivo Secundário:

a - Levantar as características sociodemográficas e de saúde dos idosos;

b- Investigar a percepção que os idosos têm sobre seu próprio risco de cair;

c- Verificar as razões que os idosos têm para perceber seu próprio risco de quedas;

d- Verificar se os idosos adotam comportamentos de prevenção de quedas, quais são eles e os motivos da não adoção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nenhum risco de vida e desconforto inicial mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pertinente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão de acordo

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado quanto aos aspectos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado quanto aos aspectos éticos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643502.pdf	11/12/2015 11:19:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/12/2015 11:14:33	ANNELITA ALMEIDA OLIVEIRA REINERS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_PARA_O_COMITE.pdf	11/12/2015 11:13:20	ANNELITA ALMEIDA OLIVEIRA REINERS	Aceito
Folha de Rosto	Folho_de_rosto_Daniela.pdf	11/12/2015 11:11:47	ANNELITA ALMEIDA OLIVEIRA REINERS	Aceito

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER- UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Continuação do Parecer: 1.375.313

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CUIABA, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

9 APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

PROJETO: Fatores associados à percepção de idosos sobre seu risco de quedas

Pesquisadoras: Profª Drª Annelita Almeida Oliveira Reiners e Daniela Luzia Zagoto Agulhó.

Objetivo principal: Analisar a percepção dos idosos sobre seu risco de quedas, suas justificativas e os fatores associados a essa percepção.

Procedimento: Será realizada entrevista usando vários questionários com diversas perguntas sobre quedas e o risco de quedas. A cada pergunta, a pesquisadora aguardará a resposta do mesmo. Caso ele não entenda a pergunta, a mesma será repetida de forma mais clara. O tempo médio previsto para a entrevista será de 40 a 50 minutos.

Possíveis riscos e desconfortos: Nenhum risco de vida e desconforto inicial mínimo.

Benefícios previstos: Não haverá benefício material para os sujeitos, porém os sujeitos poderão contribuir no estudo trazendo respostas que poderá beneficiar e melhorar a assistência e ações que influenciem de forma positiva nas condições de vida e saúde dos idosos.

Eu _____, RG: _____ fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.
Entendo que terei garantia de que os dados não serão divulgados e ninguém, além da pesquisadora e sua equipe, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, por meio de contato com as pesquisadoras. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária, e que nenhum custo, risco ou prejuízo ocorrerá sobre a minha pessoa. Se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso **NÃO** me acarretará qualquer tipo de punição.
Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e **CONCORDO** em participar do mesmo.

_____
Assinatura do idoso

_____
Assinatura da pesquisadora

Cuiabá -MT___/___/ de 2016.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra é da pesquisadora.
CONTATOS: Pelos telefones: (65) 999819686, (65) 999435004, ou pelos e-mails: annereiners.ar@gmail.com ou ztglh_dani@hotmail.com, ou ainda pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT pelo telefone: (65) 3615 8254.
Obs.: O TCLE será redigido com fonte maior do que a deste formulário, a fim de que o idoso possa lê-lo com facilidade.

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e condições de saúde

<table>
<tr><th colspan="2">IDENTIFICAÇÃO</th></tr>
<tr><td>1. Número do questionário:_____
Data da coleta:____/____/____
Entrevistador (a):_____</td><td>2.Nome:_____
Endereço:_____
Bairro:_____
Telefone:_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Atividades realizadas no Programa Longevidade Saudável:_____
3.1 Frequências das atividades: _____</td></tr>
<tr><th colspan="2">CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</th></tr>
<tr><td>4. Sexo: □ F □ M</td><td>5. Data de nascimento:___/___/___</td></tr>
<tr><td>6. Idade:_____</td><td>7. Faixa etária:
□ 60 a 69 anos □ 70 a 79 anos □ 80 anos e mais</td></tr>
<tr><td>8. Estado civil:
□ Solteiro
□ Casado ou união estável
□ Separado ou divorciado
□ Viúvo</td><td>9. Anos de Estudo:
□ Analfabeto
□ 1 a 4 anos
□ 5 a 8 anos
□ 9 a 10 anos
□ >11 anos</td></tr>
<tr><td>10. Situação Ocupacional:
□ Aposentado
□ Trabalhando
□ Aposentado trabalhando
□ Sem trabalhar</td><td>11. Renda mensal do idoso:
□ Não possui
□ Até um salário (S.M *)
□ De 2 a 3 salários (S.M *)
□ Mais de 3 salários (S.M *)
* Salário Mínimo atual: 880,00</td></tr>
<tr><td>12. Com quem mora?
□ Sozinho
□ Cônjuge / □ Companheiro
□Familiar (pessoa da família que não é o cônjuge/companheiro)
□ Família (cônjuge + pessoa(s) da família)
□ Cuidador (pessoa que cuida e que não é da família)
□ Outra pessoa</td><td>13. Frequenta outro grupo social além do PLS?
□ Sim
□ Não</td></tr>
<tr><td>14. Visita amigos/parentes? □ Sim □ Não</td><td>15. Recebe visitas? □ Sim □ Não</td></tr>
<tr><th colspan="2">CONDIÇÕES DE SAÚDE</th></tr>
<tr><td>16. Autoavaliação do estado de saúde* atual:
□ Muito ruim □ Ruim □ Regular
□ Bom □ Muito bom
*BRASIL. VIGITEL, 2015.</td><td>17. Fuma?
□ Não
□ Sim</td></tr>
<tr><td>18. Faz uso de bebida alcoólica?
□ Sim
□ Não</td><td>19. Possui algum problema de saúde (autoreferida)?
□ Sim
□ Não
19.1 Se sim, quantos?
□ Um
□ Dois
□ Mais de dois</td></tr>
<tr><td>20. Qual seu problema de saúde?
□Hipertensão
□Diabetes
□Osteoarticulares (artrite, artrose, osteoporose, reumatismo)
□Problemas de coluna</td><td>21. Faz uso regular de medicamento?
□ Sim
□ Não

22. Possui alteração de equilíbrio autoreferido?
□ Sim</td></tr>
</table>

□Problemas sensoriais (de visão, audição, tato, olfato) □Doenças degenerativas (Alzheimer, Parkinson) □Dislipidemia □ICC □Incontinência urinária □ Outros?_____	□ Não
23. Possui alguma dificuldade de mobilidade? □ Sim □ Não	**24. Pratica exercícios físicos:** □ Não □ Sim
25. Já sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? □ Sim □ Não **25.1 Se sim, quantas? _____**	**26. Sofreu alguma consequência após a queda?** □ Sim □ Não **26.1 Se sim, qual consequência?** □ Escoriações □ Hematomas □ Fraturas □ Torções

APÊNDICE C – Vinhetas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS VINHETAS

Parte I – INSTRUÇÕES

Este instrumento de avaliação está dividido em cinco partes: Instruções, Identificação dos avaliadores, Aspectos a serem avaliados em cada vinheta, Avaliação global do instrumento e Sugestões.

Observe minuciosamente cada uma das 20 vinhetas (fotos) apresentadas e as perguntas que serão realizadas ao idoso (abaixo ou ao lado da foto). Em seguida, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica à sua opinião sobre cada item de avaliação de acordo com a valoração abaixo:

SIM / NÃO / PARCIALMENTE

Para as opções **não e parcialmente**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item.

Na sequência, responda as perguntas referentes à avaliação do instrumento como um todo.

Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião.

Todas as vinhetas (fotos) serão apresentadas aos idosos por meio de recurso de multimídia utilizando tablet de 10 polegadas (1.280 x 800 pixels), com largura de 243.4 mm e altura de 176.4 mm.

Por favor, responda todos os itens.

Parte II − DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

NOME:
ÁREA DE FORMAÇÃO:
ÁREA DE ATUAÇÃO: ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Assistência
TITULAÇÃO MÁXIMA: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Desenvolve trabalhos com idosos? ( ) Sim ( ) Não
Desenvolve pesquisas sobre idosos? ( ) Sim ( ) Não
Desenvolve pesquisas sobre quedas de idosos? ( ) Sim ( ) Não
Estuda percepção de risco? ( ) Sim ( ) Não
Desenvolve pesquisas utilizando vinhetas? ( ) Sim ( ) Não

Parte III – ASPECTOS A SEREM AVALIADOS EM CADA VINHETA

Página seguinte ⬇

VINHETA 1:

Fonte: http://www.raccional.com.br/tapete-de-barbante-em-croche-para-sala-med-1-00x1-00-mt-ref-148706-199.html

Perguntas ao idoso:

Neste ambiente, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
□ Sim
□ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 2:

Fonte: https://www.google.com.br/imghp?hl=pt-PT

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 3:

Fonte: http://algarvepressdiario.blogspot.com.br/2011_10_17_archive.html

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 4:

Fonte: http://pq.arq.ufmg.br/ufmg/reports/view/536

Perguntas ao idoso:

Neste ambiente, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 5:

Fonte: Arquivo pessoal das pesquisadoras, 2016.

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

□ Sim

□ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 6:

Fonte: http://g1.globo.com/goias/noticia/2015/01/hospital-recebe-em-media-2-idosos-vitimas-de-queda-por-dia-em-goias.html

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 7:

Fonte: http://santiagando.blogspot.com.br/2012/06/challenge-accepted-sala.html

Perguntas ao idoso:

Neste ambiente, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 8:

Fonte: http://thumbs.dreamstime.com/t/equipe-limpeza-de-uma-calha-da-chuva-em-uma-escada-45101981.jpg

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim
☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 9:

Fonte: https://www.google.com.br/imghp?hl=pt-PT

Perguntas ao idoso:

Neste ambiente, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 10:

Fonte: http://www.bengalalegal.com/blog/?cat=3

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

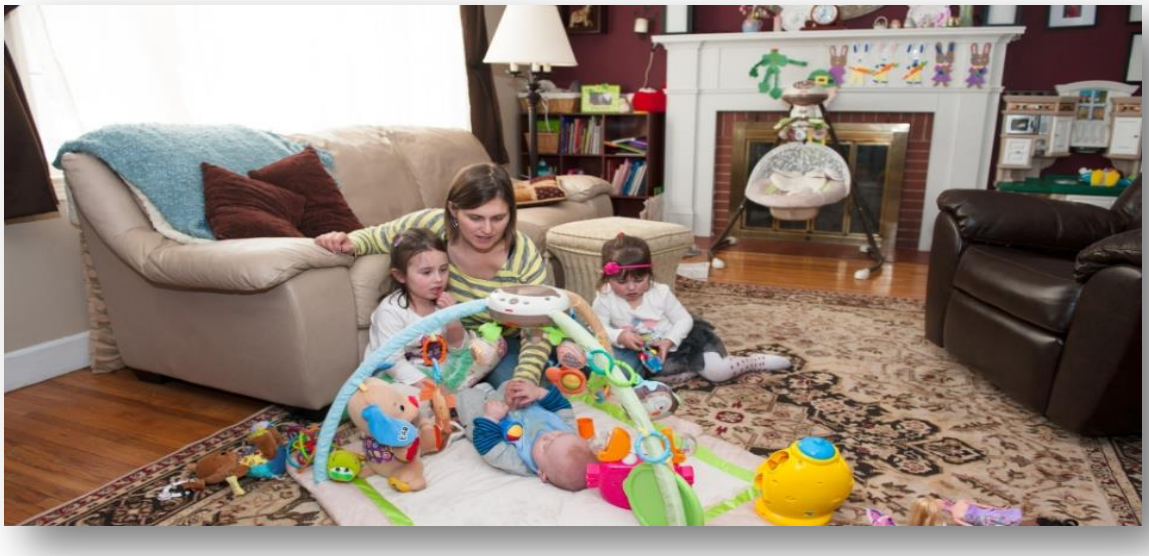
1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			
* Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			
* Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

VINHETA 11:



Fonte: http://mulher.uol.com.br/gravidez-e-filhos/noticias/redacao/2013/07/05/criancas-e-bebes-testam-brinquedos-antes-de-serem-lancados.htm#fotoNav=1

Perguntas ao idoso:

Neste ambiente, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 12:

Fonte: http://noticias.bol.uol.com.br/fotos/entretenimento/2015/06/19/para-ensinar-criancas-a-respeitarem-idosos-creche-funciona-dentro-de-asilo.htm#fotoNav=4

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 13:

Fonte: http://correio.rac.com.br/_conteudo/2014/02/capa/campinas_e_rmc/152626-sanasa-registra-290-denuncias-no-fim-de-semana.html

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

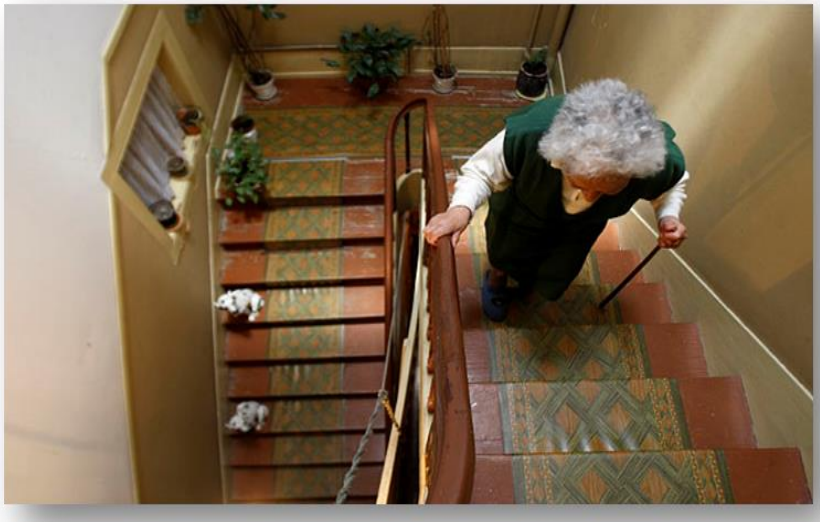
***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 14:



Fonte: http://mente-hiperativa2.blogspot.com.br/2012_02_01_archive.html

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

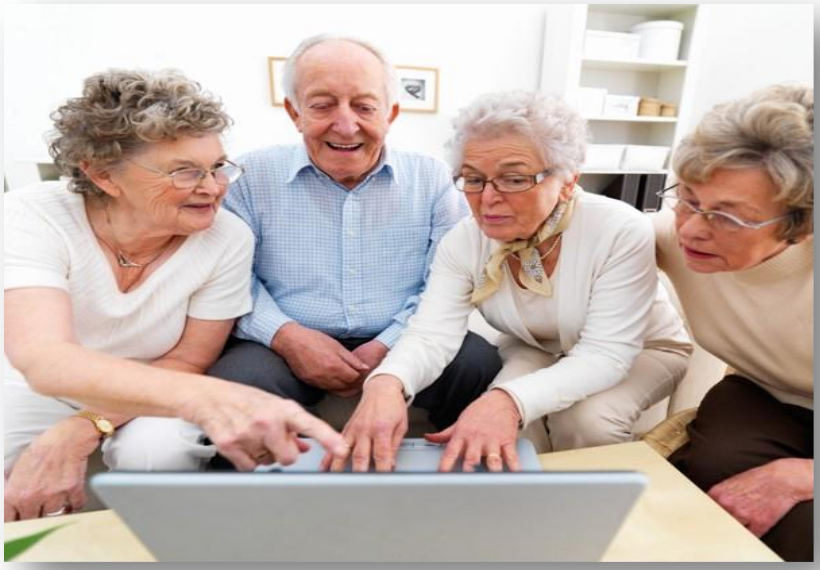
1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			
* Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			
* Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:			

VINHETA 15:



Fonte: http://mente-hiperativa2.blogspot.com.br/2012_02_01_archive.html

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?

☐ Sim

☐ Não

Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 16:

Fonte:
http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/10/01/interna_gerais,693648/um-senhor-desafio.shtml

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 17:

Fonte: http://www.bebidaliberada.com.br/cerveja-pode-ajudar-a-manter-musculos-fortes-na-terceira-idade/

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 18:

Fonte: http://www.bebidaliberada.com.br/cerveja-pode-ajudar-a-manter-musculos-fortes-na-terceira-idade/

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 19:

Fonte: Arquivo pessoal das pesquisadoras, 2016.

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

VINHETA 20:

Fonte: http://pt.dreamstime.com/free-photos

Perguntas ao idoso:

Nesta situação, existe a possibilidade do (a) senhor (a) cair?
☐ Sim
☐ Não
Por quê?

1. OBJETIVOS – refere-se à capacidade que a vinheta tem para o alcance dos objetivos do estudo.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1.1. A vinheta retrata a temática (percepção de risco para quedas) do estudo?			
1.2. A vinheta retrata uma situação possível de ser vivenciada pela pessoa idosa?			
1.3. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre alguns fatores de risco para quedas?			
1.4. A vinheta permite a coleta de dados sobre a percepção dos idosos sobre seu próprio risco de cair?			
1.5. A vinheta atrai a atenção e estimula a imaginação do participante, possibilitando-o perceber a situação de risco para quedas?			
1.6. A vinheta pode ser utilizada tanto para o participante do sexo feminino quanto o de sexo masculino?			
1.7. A vinheta permite a generalização e transferência de resultados a outras situações de risco de quedas vivenciadas pelos idosos?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à apresentação e representação de cada vinheta. Isso inclui organização geral, tamanho e qualidade das imagens, coerência entre as imagens e as perguntas.

QUESTÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
2.1. A vinheta é apropriada para ser utilizada com pessoas idosas?			
2.2. A vinheta possui os dados que correspondem a situações, ambientes ou comportamentos que representem risco para quedas de idosos?			
2.3. A imagem transmitida pela vinheta está apresentada de maneira clara e objetiva?			
2.4. As perguntas estão estruturadas de modo a permitir a sua compreensão qualquer que seja o nível de escolaridade do idoso (a)?			
2.5. As perguntas estão bem estruturadas quanto à concordância e ortografia?			
2.6. A vinheta apresenta tamanho apropriado e boa qualidade que permitam ao idoso visualizá-la adequadamente?			
2.7. O meio (Tablet) em que a vinheta será apresentada é adequado?			

***** Para as opções **NÃO** e **PARCIALMENTE**, descreva o motivo pelo qual assinalou esse item:

Parte IV − AVALIAÇÃO GLOBAL DO INSTRUMENTO

Você considera que:

1. **O instrumento permite medir com precisão a percepção dos idosos sobre os fatores de risco para quedas?**
   Se não, por quê?

2. **O instrumento permite medir com precisão a percepção dos idosos sobre seu próprio risco para quedas?**
   Se não, por quê?

3. **As perguntas do instrumento são representativas dentro do universo de todas as questões que poderiam ser elaboradas sobre a percepção de idosos sobre os fatores de risco e sobre seu próprio risco de quedas?**
   ( ) Sim ( ) Não
   Se não, por quê?

4. **A quantidade de vinhetas está adequada para atingir aos objetivos das pesquisas?**
   ( ) Sim ( ) Não
   Se não, por quê?

5. **Será cansativo para os idosos?**
   ( ) Sim ( ) Não
   Se sim, quantas vinhetas você sugere?
   Qual ou quais vinhetas você sugere que seja(m) excluída(s)?

Parte V − SUGESTÕES

Comentários gerais e sugestões adicionais:

APÊNCIDE D – Carta convite aos especialistas para avalição das vinhetas

CARTA CONVITE

Prezado (a) Sr (a),
Sou mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Chamo-me Daniela Luzia Zagoto Agulhó.
Estou desenvolvendo projeto de pesquisa que faz parte de um estudo maior sobre quedas de idosos na comunidade.
Projeto: aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 1.375.313/2015.
Responsável: Daniela Luzia Zagoto Agulhó.
Título: Fatores associados à percepção de risco de quedas de idosos.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Annelita Almeida Oliveira Reiners.
Objetivo: Analisar a percepção que os idosos têm sobre seu risco de quedas e os fatores associados.
População: pessoas com 60 anos ou mais frequentadoras de um programa da UFMT que promove o envelhecimento saudável por meio de atividades físicas e cognitivas.
Coleta de dados: por meio de entrevistas utilizando alguns instrumentos e a **técnica de vinheta**.
Essa técnica é definida como uma descrição curta de determinado evento ou situação, fictícia ou real, na qual os participantes são chamados a reagir a elas expressando percepções, opiniões, comportamentos, atitudes e conhecimentos sobre o fenômeno estudado (POLIT, BECK, 2011). Nas vinhetas são geralmente empregadas descrições narrativas por escrito, mas existem outros métodos como fotos e vídeos.
Nesse estudo, a técnica de vinheta será aplicada por meio de fotos com a finalidade de verificar a percepção que os idosos têm sobre os fatores de risco para quedas. Cada vinheta foi construída com base em algumas variáveis ambientais e de comportamento de risco para queda.
Para a avaliação do instrumento de coleta de dados, foi selecionado alguns especialistas a partir dos seguintes critérios: titulação, experiência na área de geriatria/gerontologia, desenvolvimento de pesquisas e/ou produção científica nas áreas de quedas, idosos, percepção de risco e/ou vinhetas.
Convido o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa na condição de avaliador (a) apreciando e julgando cada vinheta quanto aos objetivos e à estrutura e apresentação.
Caso aceite o convite, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido abaixo, responda este questionário e envie-o por e-mail.
Aguardo sua resposta até o dia 17 de março. Informamos que a cada cinco dias o (a) Sr (a) receberá um lembrete, via e-mail, reiterando o convite de participação.
Desde já agradeço sua colaboração e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.
P.S.: Gostaria que indicasse outros profissionais que possam colaborar com o meu trabalho.
Atenciosamente,
Daniela Luzia Zagoto Agulhó – ztglh_dani@hotmail.com
Annelita Almeida Oliveira Reiners – annereiners.ar@gmail.com

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido para especialistas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Fatores associados à percepção de risco de quedas de idosos.

Pesquisadora: Daniela Luzia Zagoto Agulhó e Prof.ª Dr.ª Annelita Almeida Oliveira Reiners.

Objetivo principal: Analisar a percepção que os idosos têm sobre seu risco de quedas e os fatores associados.

Procedimento: Os dados serão coletados por meio de um questionário contendo questões referentes à identificação do (a) avaliador (a), sobre os objetivos, estrutura e apresentação das vinhetas, avaliação global do instrumento e sugestões.

Possíveis riscos e desconfortos: Nenhum.

Benefícios previstos: Não haverá benefício material para os sujeitos, porém os sujeitos poderão contribuir no estudo trazendo respostas que poderão beneficiar e melhorar a assistência e ações que influenciem de forma positiva nas condições de vida e saúde dos idosos.

Eu,_____, RG:_____ fui informado (a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de que os dados não serão divulgados e ninguém, além das pesquisadoras, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, por meio de contato com as pesquisadoras.

Fui informado (a) ainda, que a minha participação é voluntária, e que nenhum custo, risco ou prejuízo ocorrerá sobre a minha pessoa. Se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso **NÃO** me acarretará qualquer tipo de punição. Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e **CONCORDO** em participar do mesmo.

Em caso de necessidade contate as pesquisadoras pelos seguintes telefones: (65) 9943-5004 ou 9981-9686, ou pelos e-mails: ztglh_dani@hotmail.com e annereiners.ar@gmail.com.