



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

JOSÉ ARTUR DE PAIVA VELÔSO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O MEDO DE CAIR E
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA
NO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA

JOÃO PESSOA

2024

JOSÉ ARTUR DE PAIVA VELÔSO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O MEDO DE CAIR E
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA
NO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde na Atenção ao Adulto e Idoso.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

JOÃO PESSOA

2024

V443r Velôso, José Artur de Paiva.

Representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa / José Artur de Paiva Velôso. - João Pessoa, 2024.

111 f. : il.

Orientação: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem - Idoso. 2. Representações sociais. 3. Desempenho físico funcional. 4. Acidentes - Quedas. 5. Qualidade de vida. 6. Dor crônica. I. Moreira, Maria Adelaide Silva Paredes. II. Título.

UFPB/BC

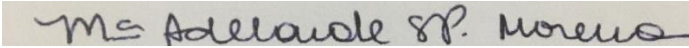
CDU 616-083-053.9(043)

JOSÉ ARTUR DE PAIVA VELÔSO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O MEDO DE CAIR E
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA
NO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

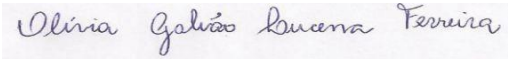


Prof. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Orientadora



Documento assinado digitalmente
MARIA DO SOCORRO COSTA FEITOSA ALVES
Data: 03/12/2024 17:41:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Membro Avaliador Externo à UFPB



Prof. Dra. Olívia Galvão de Lucena Ferreira
Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
Membro Avaliador Externo à UFPB



Documento assinado digitalmente
SELENE CORDEIRO VASCONCELOS
Data: 02/12/2024 13:42:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Selen Cordeiro Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Avaliador Interno



Documento assinado digitalmente
ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL
Data: 02/12/2024 14:18:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Avaliador Interno

A Deus,

Criador dos céus e da Terra que sempre me abençoou na caminhada da vida e por me permitir vivenciar situações que geram crescimento e aprendizado.

À Laura,

que caminhou comigo, lado a lado, paciente e perseverante. O seu apoio me deu segurança e paz necessários para a condução desta tese.

À Pedro e Sofia,

que compreenderam a minha ausência durante o período de escrita desta tese e pela torcida na aquisição das minhas conquistas.

Aos meus pais,

que sempre investiram na minha educação e que tanto se orgulham do meu crescimento acadêmico e profissional.

AGRADECIMENTOS

*Gratidão a Ti, **Deus**, por todo seu amor, cuidado, provisão e sustento. Sei que não estive só ao longo dessa jornada; caminhei ao Teu Lado, sustentado por Tuas Mãos. A Ti, somente a Ti, que sejam dadas todas as honras e glórias, até o fim.*

*A Prof.^a **Dr.^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira**, que com expertise acadêmica me apoiou ao longo da construção desta tese e que encorajou a minha inserção na pesquisa qualitativa. No universo científico, suas orientações e diretrizes contribuíram para a desconstrução do meu modo cartesiano de fazer pesquisa, para poder ter um olhar não reducionista do ser humano, passando a considerar também os fatores históricos, sociais, culturais e religiosos como elementos imprescindíveis para olhares mais profundos no âmbito científico. Gratidão pela confiança depositada, pelas oportunidades ofertadas, pelo sustento teórico durante essa jornada.*

*Aos professores, **Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, Dra. Olívia Galvão Lucena Ferreira, Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos, Dra. Oriana Deyse Correia Paiva Leadebal**, pelas oportunas e significativas contribuições para o aperfeiçoamento das proposituras que constituíram essa tese. Foi uma grande honra acadêmica tê-los como membros avaliadores.*

*Aos meus colegas de turma do **Doutorado 2019**, gratidão pelas construções e trocas de saberes durante as aulas, que se tornaram pontes para o nosso amadurecimento. Agradeço especialmente às colegas **Maria das Graças Duarte Miguel, Maria Lucrecia de Aquino Gouveia e Suelane Renata de Andrade Silva** pela amizade e suporte.*

*Aos professores e funcionários dos **Serviços de Reumatologia e de Fisioterapia do Hospital Universitário Lauro Wanderley** pela ajuda na captação dos pacientes e por proporcionar um local apropriado para avaliação e para as entrevistas.*

*A todos os professores do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)** da UFPB, pela contribuição acadêmica e científica, bem como pelo compartilhamento dos saberes que fortaleceram as minhas práticas, enquanto docente e pesquisador.*

*À minha esposa, **Laura de Sousa Gomes Veloso**, por toda a generosidade, paciência, amor, carinho e respeito. Nas suas sábias palavras, encontrei a segurança e a fortaleza necessárias para vencer essa tão sonhada etapa em minha vida.*

*Aos meus filhos, **Pedro Arthur Gomes Veloso** e **Sofia Gomes Veloso**, gratidão pela paciência e compreensão durante as incontáveis ausências nesse período; por todo ânimo e amor que generosamente doaram para que eu pudesse perseverar.*

*Aos meus pais **Severino Correia Veloso** e **Aurenice de Paiva Veloso**, pelo investimento na minha educação, pela alegria nas minhas conquistas acadêmicas e pessoais. Gratidão pelos valores e princípios ensinados ao longo da minha trajetória, enquanto pessoa e profissional.*

*Aos **meus alunos e ex-alunos**, que sempre me instigam a buscar o aprimoramento necessário para proporcionar uma aprendizagem significativa em suas jornadas acadêmicas.*

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, minha sincera gratidão!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ainda ninguém pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Shopenhauer)

RESUMO

VELÔSO, José Artur de Paiva. **Representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa.** 2024. 111f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2024.

O envelhecimento pode ser acompanhado pela ocorrência de alterações físicas e funcionais que contribuem para o surgimento de processos algícos crônicos. A sintomatologia dolorosa aumenta a predisposição de idosos ao risco de quedas, o que pode influenciar no desempenho em dupla tarefa (DT), bem como reduzir a independência funcional e desencadear o medo de cair, que influenciam negativamente a qualidade de vida (QV). O objetivo geral do estudo foi analisar o impacto das representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa. Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista realizada com 50 pessoas idosas que referem dor crônica. A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se os seguintes instrumentos: questões subsidiadas na Teoria das Representações Sociais (TRS); FES-I para avaliação do medo de cair; WHOQOL-OLD para mensurar a QV; o Teste Timed Up and Go (TUG) para avaliar o risco de queda; e o custo da dupla tarefa (CDT). Os dados coletados foram organizados em um banco de dados e processados com o auxílio do programa informático IRaMuTeQ, com um aproveitamento do *corpus* de 80,95%. A média de idade dos usuários da amostra foi 67,96 anos e, a partir de um corpus constituído por 50 entrevistas, os dados apreendidos estabeleceram cinco classes semânticas, a saber: Classe 1 – **Risco de quedas entre idosos**; Classe 2 – **Posicionamento frente à prevenção de quedas**; Classe 3 - **Conhecimento dos fatores que predispoem às quedas**; Classe 4 - **Sentidos associados à QV para idosos**; Classe 5 - **Dimensões negativas sobre o medo de cair**. Observou-se que os ideários que construíram a classe semântica 4 apoiam-se no escore médio de 84,88 da QV, tendo as facetas intimidade (12,82) e autonomia (13,64) os menores escores, reforçando a influência das condições de saúde associadas à presença da dor crônica sobre a percepção da QV entre os entrevistados. A variável queda apresentou-se mais central na complexidade das relações, seguida da participação social como uma das facetas da QV. O medo de cair apresentou escore médio de 31,42, enquanto a média de quedas entre os usuários da amostra foi de 1,86 eventos nos últimos 12 meses. O CDT revelou forte associação positiva com quedas, conforme visualizado nos discursos elaborados pelos participantes da classe semântica 5 ao correlacionarem os acidentes por quedas aos seus possíveis desfechos adversos, incluindo os prejuízos à participação social. Houve correlação positiva entre o grupo 1 (TUG; EVA) e quedas e correlação negativa entre o grupo 2 (atividades presentes, passadas e futuras; autonomia; participação social) e quedas. Nesse contexto, as representações sociais construídas pelos entrevistados remetem que a pessoa idosa passa a perceber positivamente sua qualidade de vida quando consegue desempenhar suas atividades diárias à medida que se mantenha independente, mesmo diante de limitações impostas por condições de saúde caracterizadas pela presença da dor crônica e do medo de cair, enquanto vivenciam as múltiplas transformações biopsicossociais decorrentes do envelhecimento.

Palavras-Chave: Representações Sociais. Enfermagem. Desempenho Físico Funcional. Acidentes por Quedas. Qualidade de Vida. Idoso. Dor Crônica.

ABSTRACT

VELOSO, Jose Artur de Paiva. **Social representations of the fear of falling and quality of life of elderly people with chronic pain in the performance of double tasking**. 2024. 111p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2024.

Aging can be accompanied by the occurrence of physical and functional changes that contribute to the emergence of chronic pain processes. Painful symptoms increase the predisposition of the elderly to the risk of falls, which can influence the performance in dual tasking (DT), as well as reduce functional independence and trigger the fear of falling, which negatively influence quality of life (QL). The general objective of the study was to analyze the impact of social representations on the fear of falling and quality of life of elderly people with chronic pain on dual-tasking performance. This is a mixed-approach study conducted with 50 elderly people who report chronic pain. Data collection was carried out through a semi-structured interview, using the following instruments: questions based on the Theory of Social Representations (SRT); FES-I to assess the fear of falling; WHOQOL-OLD to measure QL; the Timed Up and Go (TUG) test to assess the risk of falling; and the dual-tasking cost (DTC). The collected data were organized in a database and processed with the aid of the IRaMuTeQ software, with a corpus utilization of 80.95%. The mean age of the users in the sample was 67.96 years and, based on a corpus consisting of 50 interviews, the data seized established five semantic classes, namely: Class 1 - **Risk of falls among the elderly**; Class 2 - **Positioning regarding fall prevention**; Class 3 - **Knowledge of factors that predispose to falls**; Class 4 - **Meanings associated with QL for the elderly**; Class 5 - **Negative dimensions of the fear of falling**. It was observed that the ideas that built the semantic class 4 are based on the mean score of 84.88 of QoL, with the facets of intimacy (12.82) and autonomy (13.64) having the lowest scores, reinforcing the influence of health conditions associated with the presence of chronic pain on the perception of QL among the interviewees. The fall variable was most central to the complexity of relationships, followed by social participation as one of the facets of QoL. The average score of fear of falling was 31.42, while the average number of falls among the users in the sample was 1.86 events in the last 12 months. The DTC showed a strong positive association with falls, as seen in the discourses elaborated by the participants of semantic class 5 when they correlated accidents due to falls with their possible adverse outcomes, including damage to social participation. There was a positive correlation between group 1 (TUG; VAS) and falls and negative correlation between group 2 (present, past and future activities; autonomy; social participation) and falls. In this context, the social representations constructed by the interviewees indicate that the elderly begin to perceive their quality of life positively when they are able to perform their daily activities as long as they remain independent, even in the face of limitations imposed by health conditions characterized by the presence of chronic pain and the fear of falling, while experiencing the multiple biopsychosocial transformations resulting from aging.

Key words: Social Representations. Nursing. Physical Functional Performance. Accidental Falls. Quality of life. Aged. Chronic Pain.

RÉSUMÉ

VELOSO, José Artur de Paiva. **Représentations sociales sur la peur de tomber et la qualité de vie des personnes âgées souffrant de douleurs chroniques lors de l'exécution de doubles tâches.** 2024. 111f. Thèse (Doctorat en soins infirmiers) - Centre des sciences de la santé, Université fédérale de Paraíba, João Pessoa, 2024.

Le vieillissement peut s'accompagner de l'apparition de changements physiques et fonctionnels qui contribuent à l'émergence de processus douloureux chroniques. Les symptômes douloureux augmentent la prédisposition des personnes âgées au risque de chute, ce qui peut influencer la performance en double tâche (DT), ainsi que réduire l'indépendance fonctionnelle et déclencher la peur de chute, ce qui influence négativement la qualité de vie (QV). L'objectif général de l'étude était d'analyser l'impact des représentations sociales sur la peur de chute et la qualité de vie des personnes âgées souffrant de douleurs chroniques lors de l'exécution de doubles tâches. Il s'agit d'une recherche à approche mixte réalisée auprès de 50 personnes âgées déclarant des douleurs chroniques. La collecte des données a été réalisée au moyen d'un entretien semi-structuré, en utilisant les instruments suivants : questions basées sur la Théorie des Représentations Sociales (TRS) ; FES-I pour évaluer la peur de tomber ; WHOQOL-OLD pour mesurer la qualité de vie ; le test Timed Up and Go (TUG) pour évaluer le risque de chute ; et le coût de la double tâche (CDT). Les données collectées ont été organisées dans une base de données et traitées à l'aide du programme informatique IRaMuTeQ, avec une utilisation du corpus de 80,95 %. L'âge moyen des utilisateurs de l'échantillon était de 67,96 ans et, à partir d'un corpus composé de 50 entretiens, les données collectées ont établi cinq classes sémantiques, à savoir : Classe 1 – Risque de chutes chez les personnes âgées ; Classe 2 – Positionnement concernant la prévention des chutes; Classe 3 - Connaissances des facteurs prédisposant aux chutes; Classe 4 - Sens associés à la qualité de vie pour les personnes âgées ; Classe 5 – Dimensions négatives concernant la peur de tomber. Il a été observé que les idées qui ont construit la classe sémantique 4 sont basées sur le score moyen de QV de 84,88, les facettes intimité (12,82) et autonomie (13,64) ayant les scores les plus bas, renforçant l'influence des conditions associées à la présence de maladies chroniques. douleur sur la perception de la qualité de vie parmi les personnes interrogées. La variable chute apparaît comme étant plus centrale dans la complexité des relations, suivie par la participation sociale comme l'une des facettes de la qualité de vie. La peur de tomber avait un score moyen de 31,42, tandis que le nombre moyen de chutes parmi les utilisateurs de l'échantillon était de 1,86 événements au cours des 12 derniers mois. Le CDT a révélé une forte association positive avec les chutes, comme le montrent les discours prononcés par les participants de la classe sémantique 5 lorsqu'ils corrêlaient les accidents de chute avec leurs conséquences indésirables possibles, y compris les dommages à la participation sociale. Il existait une corrélation positive entre le groupe 1 (TUG; VAS) et les chutes et une corrélation négative entre le groupe 2 (activités présentes, passées et futures ; autonomie ; participation sociale) et les chutes. Dans ce contexte, les représentations sociales construites par les personnes interrogées indiquent que la personne âgée commence à percevoir positivement sa qualité de vie lorsqu'elle est capable d'accomplir ses activités quotidiennes tout en restant indépendante, même face aux limitations imposées par des conditions de santé caractérisées par la présence de douleurs chroniques et de la peur de tomber, tout en vivant les multiples transformations biopsychosociales résultant du vieillissement.

Mots clés: Représentations Sociales. Allaitement. Performance fonctionnelle physique. Chutes accidentelles. Qualité de vie. Sujet âgé. Douleur chronique.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência todas total das ST na formação das Classes Semânticas, com $p\text{-valor} < 0,001$ ($n=50$).....	44
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dendograma ilustrando as classes semânticas que emergiram sobre o medo de cair para pessoas idosas.....	44
Figura 2. Dendograma ilustrando as representações sociais do medo de cair para pessoas idosas.....	44
Figura 3. Relação conjunta entre as variáveis do estudo por meio do <i>Network Analyses</i> ...	56

Artigo de Revisão

Figura 1. Estratégia de busca - João Pessoa, PB, Brasil, 2024.....	68
Figura 2. Estudos incluídos de acordo com a autoria, ano de publicação, base científica, país de origem, tipo de estudo, tamanho da amostra e idade dos participantes (n=15) - João Pessoa, PB, Brasil, 2023.....	69
Figura 3. Descrição das características dos estudos quanto à qualidade metodológica (Checklist COSMIN) (n=15) - João Pessoa, PB, Brasil, 2023.....	70
Figura 4. Descrição das características dos estudos quanto aos instrumentos e estimativas utilizados para avaliação do medo de cair e da QV (n=15) - João Pessoa, PB, Brasil, 2023.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra, João Pessoa-PB, 2024 (n=50).....	41
Tabela 2. Escores das facetas que compõem o <i>Whoqol-Old</i> . João Pessoa-PB, 2024 (n=50).....	52
Tabela 3. Escores do teste <i>Timed Up and Go</i> (TUG) e CDT, João Pessoa – PB, 2024 (n=50).....	54
Tabela 4. Mensurações de centralidade por variável, João Pessoa – PB, 2024 (n=50).....	57
Tabela 5. Medidas de agrupamento por variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50).....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Medidas de agrupamento por variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50). 60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD	Atividades de Vida Diária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FES-I	<i>Falls Efficacy Scale – International</i>
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LASES	Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RS	Representações Sociais
ST	Segmentos de Texto
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUG	<i>Timed Up and Go Test</i>
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
2 ABORDAGEM TEÓRICA	22
2.1 ENFOQUE SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	22
2.2 DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS.....	26
2.3 O IMPACTO DA DUPLA TAREFA NO MEDO DE CAIR EM PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA.....	31
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	34
3.3 PARTICIPANTES	34
3.4 COLETA DE DADOS	36
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ASSOCIADAS.....	64
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	92
ANEXOS	99

APRESENTAÇÃO

O desempenho em dupla tarefa faz parte do cotidiano do ser humano, que contribui para a independência funcional, tornando as ações automáticas mais seguras e com menor dispêndio de gasto energético. A associação entre duas atividades motoras ou uma atividade motora e uma cognitiva proporciona padrões motores mais coordenados e com melhor controle postural, ao mesmo tempo que são mantidos os processos cognitivos necessários para a reduzir o risco de quedas a partir do treino em dupla tarefa e aumentar a independência funcional, promovendo envelhecimento saudável.

Neste sentido, as situações como “deambular enquanto fala ao telefone” ou “tentar alcançar um objeto num nível acima da própria altura ao mesmo tempo que se tenta lembrar do número de um telefone” são diariamente realizadas e promovem autonomia e independência funcional na vida das pessoas.

Salienta-se alguns fatores que influenciam o desempenho em dupla tarefa no âmbito do envelhecimento, caracterizado como um processo de mudanças biopsicossociais, tais como a redução da velocidade de processamento das informações e das respostas motoras, tornando a execução dos movimentos mais lentificada e incoordenada. A alteração do desempenho em dupla tarefa na pessoa idosa favorece a instalação do medo de cair, que pode provocar mais limitações na execução de tarefas que requerem maior equilíbrio, coordenação ou força muscular, causando maior dependência funcional e, conseqüentemente, impacto negativo na qualidade de vida.

O processo de envelhecimento também pode ser acompanhado por alterações degenerativas do sistema osteomioarticular que são responsáveis pela presença de dor crônica. A dor crônica dificulta a realização de movimentos de maior amplitude articular, além de gerar posturas antálgicas que causam alterações biomecânicas.

As referidas alterações promovem limitação das atividades da vida diária devido à restrição dos movimentos e ao receio do aumento da expressão álgica. Com isso, a realização de duas atividades motoras de forma concomitante ou de uma atividade motora juntamente com uma cognitiva torna-se dificultada, gerando restrições que reforçam o medo de cair, reduzindo a independência funcional e, conseqüentemente, a autonomia.

Ao longo de duas décadas de atuação como fisioterapeuta, pude vivenciar a problemática acima descrita pelo fato de exercer atendimento fisioterapêutico a idosos com dor crônica. Nesta trajetória detectei a evolução da redução da capacidade funcional, agravada pelo

receio da amplificação da dor que, por sua vez, restringe as atividades motoras, bem como o aumento do medo de cair reduzindo, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Durante o acompanhamento dos idosos com dor crônica, costumo identificar a dificuldade na execução de exercícios em dupla tarefa com a necessidade do auxílio de terceiros que na maioria das vezes está associado ao medo de cair. Ao incluir um programa de exercícios em dupla tarefa tenho como objetivo proporcionar uma melhor adaptação às exigências funcionais, considerando a presença da dor crônica paralelamente à meta de alcançar maior independência e qualidade de vida.

Torna-se válido frisar que a dor crônica, o medo de cair e as limitações funcionais também sofrem influência de fatores psicoemocionais, sociais, culturais, religiosos e econômicos. Nesse cenário, as experiências vividas por idosos com dor crônica também são elaboradas de acordo com o contexto histórico e social que, por sua vez, geram comportamentos e atitudes para o enfrentamento de um ciclo de vida associado às queixas algicas, de forma a resultar em aceitação, recusa ou resistência às formas de tratamento disponibilizadas.

Essa realidade multifatorial e multidimensional pode ser compreendida pela Teoria das Representações Sociais, de modo permitir que idosos com dor crônica consigam integrar os diversos conhecimentos em um quadro assimilável, de modo coerente com seus valores, crenças e funcionamento cognitivo.

Diante do exposto, o presente estudo encontra-se estruturado seguindo as seguintes etapas: considerações iniciais em que se aborda o tema de estudo, a problemática e justificativa, questão de investigação e os objetivos do estudo; dimensões teóricas sobre representação social sobre medo de cair, qualidade de vida e envelhecimento; a abordagem metodológica em que se apresenta o tipo de estudo; campo de pesquisa; população e amostra; instrumentos e procedimentos para coleta de dados; análise dos dados e aspectos éticos; em seguida, destacam-se os resultados e discussão e apresentação de artigos de revisão e originais; encerrando com as considerações finais, em que se realiza reflexões sobre os achados do estudo e contribuições científicas para a saúde.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em face à sua multidimensionalidade e heterogeneidade, envelhecer pode ser definido como o somatório inevitável, progressivo e irreversível de alterações biopsicossociais multifatoriais, mediado não apenas pela passagem do tempo, mas por interferência de fatores ambientais, culturais e genéticos, que promovem uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho biopsicossocial do indivíduo (Arai *et al.*, 2011; Gomes *et al.*, 2022).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que traz consigo mudanças nas capacidades e necessidades da população, afetando diversos aspectos da vida social e econômica. O rápido crescimento da expectativa de vida, juntamente com a redução acentuada na taxa de fertilidade levou a um aumento significativo do número absoluto e relativo de pessoas idosas, ao longo das últimas três décadas no Brasil e no mundo (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Silva *et al.*, 2021).

Uma das consequências naturais desse processo rápido de transição demográfica é o aumento da ocorrência de incapacidades e da instalação de doenças, com destaque para a alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) durante o envelhecimento. Entre as alterações que geralmente acometem a pessoa idosa, as DCNT's de natureza reumática mostram-se prevalentes e significativamente incidentes entre a população idosa, com maior prevalência no sexo feminino (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

É sabido que doenças como osteoartrose, osteoporose e artrite reumatoide são exemplos de condições reumáticas crônicas pertinentes ao contexto epidemiológico do processo de envelhecimento, contribuindo significativamente para a instalação de processos algícos que geralmente tornam-se crônicos e favorecem a instalação de dependências e incapacidades funcionais (Dellaroza *et al.*, 2013).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2010), dor pode ser definida como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não a um dano real sobre os tecidos orgânicos. Por ser multimodal e multifatorial, a dor apresenta componentes discriminativos, sensoriais, cognitivos, afetivos e emocionais, relativos a uma experiência subjetiva multidimensional; sua intensidade e percepção podem ser moldadas pelo contexto psicossocial individual (Thé *et al.*, 2016).

Pereira *et al.* (2014) estimaram que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que predisponha a dor. Desses, a dor ocasional representa 10% a 25% das queixas apresentadas por essa população; a dor aguda,

de 6% a 7% e a dor crônica se destaca, perfazendo 45% a 55% das queixas. Assim, a dor crônica pode ser considerada como um problema de saúde pública contemporâneo.

Observa-se que a dor crônica está associada a redução da mobilidade funcional e, conseqüentemente, da autonomia e independência funcional. Segundo Campos e Oliveira (2017) a autonomia corresponde à capacidade do ser humano em decidir sobre a própria vida, incluindo as repercussões sobre a saúde física e mental, bem como as relações sociais. Enquanto a capacidade funcional é definida como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária.

Aliada à redução das funções sensório-motoras que modificam o controle postural, a presença da sintomatologia dolorosa aumenta a predisposição de idosos a um maior risco de quedas, o que pode implicar em alterações do desempenho funcional sob o aspecto da execução de tarefas motoras, cognitivas ou simultâneas (Camara *et al.*, 2008; Nishiguchi; Yamada; Tanigawa, 2015).

Em geral, as tarefas simultâneas realizadas cotidianamente são chamadas de Duplas Tarefas (DT), constituindo-se de tarefas motoras associadas a tarefas cognitivas, de forma que devem ser aprendidas e aperfeiçoadas durante toda a vida (Fatioti *et al.*, 2015). Tornam-se um importante pré-requisito no desempenho das diversas atividades de vida diária e, sua realização, pode ser afetada por alterações decorrentes das mudanças morfológicas e funcionais do sistema sensório-motor durante o envelhecimento (Theill, 2013).

Em um contexto biomecânico, a ocorrência de quedas se torna um evento muito comum durante o processo de envelhecimento, ao estabelecer um conflito na realização de tarefas que exijam a atuação de funções motora e cognitiva, simultaneamente. Sabe-se que as quedas podem favorecer o comprometimento da mobilidade funcional, a redução da independência funcional e o desenvolvimento do medo de cair e, dessa forma, influenciarem negativamente na percepção da qualidade de vida entre pessoas idosas (Courtney *et al.*, 2011).

Sob essa perspectiva, reflexões simbólicas e subjetivas tornam-se essenciais para a elaboração de novos paradigmas sobre o ciclo de vida, de forma a estreitar os laços entre os aspectos psicoemocionais e socioculturais às dimensões biológicas do complexo processo de envelhecer.

Os atuais fóruns de discussão em Gerontologia buscam caminhos que ampliem a forma como a sociedade pensa, sente e age em relação ao envelhecimento, diante de suas nuances e constantes transformações biopsicossociais, quer seja em âmbito individual ou coletivo. Assim, a Teoria das Representações Sociais (TRS) mostra-se como um alicerce indispensável para que

novos conhecimentos sejam formulados e compartilhados em uma sociedade que tem se transformado demográfica e epidemiologicamente.

A TRS sustenta que a apreensão do mundo real é estabelecida pela compreensão e partilha de imagens, opiniões, atitudes e crenças construídas por atores inseridos em seus locais de pertença, a partir de análises de ideias basais que movem e revelam o modo de pensar e de agir, mudando de tempos em tempos pela liberdade conferida através da comunicação, o que projeta as representações sociais para um espaço simbólico e permite associações com as práticas cotidianas (Félix *et al.*, 2016; Rosa; Dryianska, 2018).

Ao interligar as complexas nuances e especificidades do processo de envelhecimento com os propósitos basilares da TRS, percebe-se que a compreensão dos conceitos, opiniões e explicações elaborados pelos grupos sociais, a partir das comunicações e experiências da vida cotidiana, são capazes de trazer significados para os elementos do mundo físico, de forma a colaborar com as leituras do contexto em que estão inseridos e a guiar as práticas relacionadas aos objetos representados, a exemplo da dor crônica e dos acidentes por quedas (Jodelet, 2001).

Dor crônica e quedas são consideradas fenômenos epidemiológicos com significativas incidências e prevalências entre pessoas idosas. Por apresentarem causas multifatoriais e repercussões multidimensionais, mostram-se como objetos de representações sociais, por fomentarem a elaboração de conhecimentos potencializadores de significações e orientações capazes de guiar o comportamento de pessoas idosas frente ao convívio com a cronicidade e à prevenção de incapacidades decorrentes da associação entre eles.

Diante da extensão e complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade da dor entre idosos, ainda permanecem escassos na literatura científica estudos abrangentes que estabeleçam o papel das atividades em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida, visto que esta análise tem se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Para isso, faz-se necessário avaliar indicadores de desempenho físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar, que permeiam o processo de envelhecimento.

Busca-se, portanto, ampliar as estratégias e ações direcionadas à pessoa idosa diante das constantes mudanças do perfil populacional cada vez mais exigentes quanto ao estabelecimento de ações governamentais, institucionais e profissionais para atender as demandas da crescente população idosa, na busca constante de preservar ou restaurar as condições de saúde física, funcional e cognitiva que possibilitem qualidade aos anos acrescidos.

Schaefer e Schumacher (2011) afirmam que a interação entre a cognição e a motricidade é um complexo dinâmico e bidirecional, unificados pelo ciclo “percepção-ação”, isto é,

perceber o ato pretendido, a fim de planejar a execução desse ato de forma a torná-lo um movimento funcional.

A presença de dor crônica, alterações musculoesqueléticas e posturais, modificações no controle postural atreladas à redução da velocidade de processamento cognitivo e sensório-motor constituem-se como fatores que reduzem a interface cognitivo-motora necessárias para a constituição de uma atividade cotidiana, gerando um aumento da vulnerabilidade aos acidentes por quedas e às suas complicações, a exemplo do medo de cair, comprometendo a qualidade de vida percebida por essa parcela da população (Gomes, 2014).

Por sua vez, o medo de cair é um importante aspecto que deve ser considerado, em virtude de seu potencial impacto sobre a realização das atividades de vida diária entre idosos caidores e não caidores. Observa-se que idosos que temem às condições desafiadoras do controle postural apresentam maiores dificuldades para desenvolver habilidades que possam superar esses desafios, ocasionando a instalação de dependências psicossociais e funcionais que culminam no medo de cair (Visschedijk, 2015).

Mediante o exposto, questiona-se: quais os impactos das representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida no desempenho em dupla tarefa de pessoas idosas com dor crônica?

Para tanto, este estudo tem o objetivo geral de analisar o impacto das representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa.; objetivos específicos: Compreender as representações sociais sobre medo de cair e qualidade de vida construídas por pessoas idosas com dor crônica; Conhecer a dupla tarefa cognitivo-motora de pessoas idosas com dor crônica; Identificar o medo de cair e, medir a qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 ENFOQUE SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria desenvolvida por Serge Moscovici, publicada em 1961 em sua obra *La Psicanalyse: Son image et son public*, examina a disseminação da Psicanálise entre variados grupos sociais em Paris, França. Esse estudo trouxe uma ruptura epistemológica para a época, ao introduzir o conceito de representações sociais (Moscovici, 2012; Vala e Castro, 2013).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) propõe que a compreensão do mundo real se dá pela transformação de ideias simbólicas em realidades concretas, mediada pelas ações

sociais realizadas pelos indivíduos inseridos em um determinado contexto. Esse processo valoriza o que Moscovici denominou senso comum, utilizando as ideias fundamentais que orientam e refletem os modos de pensar e agir, tornando o conhecimento científico acessível e compartilhado (Rosa; Dryjanska, 2018).

Dessa forma, o indivíduo torna-se apto a compreender e interpretar os fatos e objetos do mundo externo, através de um pensamento ativamente construído em sua interação com o objeto, revelando aspectos sociais e históricos de ambos de maneira simultânea. Em resumo, as representações sociais consistem precisamente nisso: formas de conhecimento do senso comum que são compartilhadas socialmente (Félix *et al.*, 2016).

Cada representação é formada por figuras e expressões socialmente compartilhadas, que se estruturam em torno de um objeto ou fenômeno tornando-se familiares ao indivíduo e ao seu grupo social. Assim, a TRS demonstra que o conhecimento humano se organiza em dois domínios: o consensual e o reificado (Moscovici, 2012).

O universo consensual reflete as ideias e teorias do senso comum, onde os grupos sociais constroem seu próprio contexto com base nas experiências vividas; é nesse domínio que emergem as representações sociais, originadas das opiniões dos indivíduos sobre o que os circunda. Já no universo reificado, os conhecimentos e ideias são gerados a partir de métodos rigorosos, caracterizados por lógica e objetividade; é o espaço onde se desenvolvem os saberes científicos, nos quais apenas especialistas influenciam a realidade (Jodelet, 1986).

Jodelet (2001) contribui significativamente para o aprofundamento do conceito de representações sociais em sua obra. Segundo a autora, as representações sociais constituem formas específicas de conhecimento, próprias do senso comum, e seus conteúdos refletem a operacionalização de sistemas sociais definidos, ligados à comunicação e à compreensão do ambiente social, tanto em sua dimensão material quanto ideal. Nesse sistema, imagens, opiniões, atitudes e crenças são compreendidas como objetos compartilhados e coletivos.

As representações sociais facilitam a familiarização com fenômenos desconhecidos, permitindo que novos acontecimentos sejam classificados e nomeados com base em ideias já consolidadas e aceitas socialmente. Dessa forma, a realidade é construída socialmente, e o conhecimento surge como uma criação do sujeito em interação com o ambiente social. Nesse processo, há uma constante dinâmica de construção e reconstrução de símbolos, imagens e conceitos compartilhados (Tura, 2005).

Indivíduos e grupos sociais desenvolvem suas próprias formas de pensar, transmitem conhecimentos e moldam comportamentos, alterando-se ao longo do tempo pela liberdade proporcionada pela comunicação. Esse processo projeta as representações sociais em um espaço

simbólico, possibilitando variadas associações nos contextos sociais onde o conhecimento é compartilhado (Sá, 1998).

Segundo Moscovici (2012), as representações sociais devem ser entendidas como um fenômeno ativo, inserido em um contexto de valores, conceitos e normas. Assim, elas se formam quando o sujeito expressa suas opiniões e adota atitudes em relação ao objeto, fazendo com que estímulos e respostas sejam gerados de maneira conjunta, englobando conceitos e valores. Como resultado, o conhecimento científico se integra às crenças dos indivíduos, tornando-se parte da cultura de um grupo ao ser convertido em conhecimento compartilhado, fundamentado nas interações sociais estabelecidas.

As representações sociais são constituídas por dois processos fundamentais: a objetivação e a ancoragem, que transformam um objeto ou conhecimento desconhecido em algo mais útil e relevante para a sociedade circundante (Vala; Castro, 2013).

O processo de objetivação envolve a conversão do pensamento em algo tangível; refere-se à maneira como os elementos que compõem a representação são organizados e ao caminho pelo qual esses elementos ganham materialidade, tornando-se expressões de uma realidade percebida como natural, o que transforma os pensamentos em aspectos concretos e visíveis (Silva *et al.*, 2014). Por sua vez, o processo de ancoragem reflete a identidade cultural de um determinado grupo social, facilitando a compreensão das características históricas, culturais, regionais e institucionais na formação dos objetos. A ancoragem, que propicia uma transformação estrutural do objeto durante a fixação da representação social e seu respectivo objeto, é desenvolvida a partir de interações e práticas e pode ocorrer por meio de três processos formativos, conforme descrito por Doise (1992): (a) ancoragem psicológica, que se relaciona com os valores, atitudes e opiniões individuais; (b) ancoragem sociológica, que se fundamenta na posição do grupo social; e (c) ancoragem psicossocial, que é sustentada pelas percepções das relações sociais, assim como a ancoragem psicobiológica, conforme observado em estudos de saúde realizados na década de 90.

Por meio dos processos de ancoragem e objetivação, as representações sociais se configuram como um meio de compreender o mundo real, convertendo o pensamento simbólico em realidade, através da análise das ações sociais dos indivíduos que as expressam. Assim, essas representações impactam diretamente a sociedade que as gera, estabelecendo os fundamentos do conhecimento que circula entre os membros do grupo social e moldando comportamentos, atitudes e formas de agir em um determinado contexto temporal e espacial (Jodelet, 2017).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma ferramenta valiosa para a análise de fenômenos sociais complexos, permitindo a reestruturação teórica dos campos tradicionais do conhecimento e facilitando intervenções práticas na realidade. Assim, ela se destaca como uma teoria importante ao apresentar conceitos fundamentais que incentivam investigações mais aprofundadas sobre a formação de um universo de significados consensuais, que são socialmente compartilhados. Nesse contexto, os grupos sociais interagem por meio de processos de ancoragem e objetivação, interpretando e atribuindo significados comuns às questões relacionadas ao ambiente em que estão inseridos (Lira *et al.*, 2018).

Por meio das representações sociais, é viável compreender os fatos e símbolos que permeiam a vida cotidiana, os quais são moldados pelas experiências e conhecimentos individuais que formam o senso comum, estabelecendo conexões com o conhecimento científico. As representações sociais possibilitam que as explicações e ideias compartilhadas por um grupo específico definam os sistemas de valores e práticas que emergem na sociedade, com base nas contribuições dinâmicas dos indivíduos envolvidos. Essas construções se renovam na mesma proporção em que ocorrem avanços sociais e na comunicação entre os diferentes grupos (Nóbrega, 2013; Tura, 2012).

De acordo com Jodelet (2001), as representações sociais desempenham um papel fundamental na interação com o mundo e com os outros, enriquecendo os conhecimentos e tornando-os relevantes para a realidade em que são utilizados. Entre as várias funções que as representações sociais exercem, a autora enfatiza três aspectos principais: (a) a obtenção e a troca de conhecimentos de maneira que seja clara e acessível aos membros do grupo; (b) a manutenção da identidade do grupo em que esses indivíduos estão inseridos; e (c) a orientação e o direcionamento das ações, tanto em nível individual quanto coletivo.

As representações sociais são construídas com base em três dimensões: informação/conhecimento, atitude e campo de representação. A dimensão da informação diz respeito à maneira como um grupo organiza o conhecimento que possui sobre um determinado objeto social. A atitude está relacionada à postura geral que os indivíduos adotam em relação a esse objeto, influenciada pelos métodos que utilizam para se informar e formar representações em função de decisões tomadas. Por fim, o campo de representação refere-se à concepção de imagem, representando o conteúdo específico e restrito das ideias associadas ao objeto de representação (Vala; Castro, 2013).

É importante destacar que nem todos os elementos do ambiente social, seja ele material ou ideal, se manifestam como objetos de representação social para um determinado grupo. Além disso, não todos os grupos ou segmentos sociais são igualmente receptivos à criação de

representações sociais que sejam específicas a eles, o que implica uma dinâmica de simbolização e interpretação (Silva *et al.*, 2012).

Os autores acima mencionados concordam que as representações sociais devem conferir significados que facilitem a interação entre o pensamento social e as estruturas de significados já estabelecidas. Isso implica a adoção do princípio de oposição entre os elementos consensuais e suas particularidades semânticas, além de explorar as variações de uma mesma representação, que são diferenciadas pelos diversos grupos sociais em que se encontram.

Nesse contexto, Jodelet (2017) enfatiza que a representação é tanto uma construção quanto uma expressão do sujeito em relação a um objeto concreto e observável. Essa formulação é dinâmica e reflete as características do sujeito e do objeto, atribuindo interpretações e significados que se conectam com a vivência cotidiana de um grupo social ou de uma coletividade.

No âmbito científico, é fundamental que as investigações sobre representações sociais considerem a interação entre elementos psicoafetivos, sociais e culturais, além da linguagem e da cognição, na construção e compartilhamento do conhecimento. Assim, as pesquisas de campo que abordam as representações sociais em sociedades complexas e diversas devem refletir a realidade externa que molda o comportamento social, levando em conta os processos de comunicação e o contexto das relações interpessoais e grupais (Lira *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2012) observam que a teoria tem passado por uma significativa expansão nos últimos 60 anos, destacando que os conceitos utilizados são intrincados, abrangentes, temporários, em constante evolução e, por isso, adaptáveis para a compreensão das dinâmicas individuais e coletivas nas sociedades contemporâneas.

Refletir sobre as representações sociais e sua relação com uma sociedade que envelhece implica em compreender as distintas maneiras de pensar e agir em relação à velhice. Isso é especialmente relevante quando se considera que, para muitos, a forma como enfrentam as perdas típicas dessa etapa da vida é moldada pelas concepções, crenças e conhecimentos que já possuem e que foram elaborados e compartilhados sobre o envelhecimento (Silva *et al.*, 2012).

2.2 DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS

Conceitualmente, dor é um evento sensorial desagradável e subjetivo, resultado da interação entre uma lesão tecidual e as características psicossociais e culturais. Por compreender componentes biológicos (lesão tecidual), afetivos (respostas emocionais), cognitivos (atitudes e crenças), comportamentais (manifestações comportamentais) e sensoriais (intensidade e

localização), a dor mostra-se complexa, multifatorial e multidimensional (Cavazzana *et al.*, 2018; Garbi *et al.*, 2014).

De acordo com Cour (2017), a dor pode ser subdividida quanto ao tempo de duração e à sua fisiopatologia. Em relação ao tempo de duração, considera-se que a dor pode ser considerada como aguda (origem abrupta e repentina, de duração curta, não superior a algumas semanas) ou crônica (de ocorrência intercalada com períodos de latência, e período de duração superior a 3 meses). E, de acordo com a fisiopatologia, a dor pode ser classificada como nociceptiva (somática e/ou visceral) ou não nociceptiva (neuropática ou psicogênica).

A dor nociceptiva do tipo somática refere-se à uma sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento e aliviada ao repouso, com localização bem delimitada e de causa conhecida (dores ósseas, pós-operatórias, musculoesqueléticas, artríticas). A dor visceral é provocada pela distensão de uma víscera oca, com localização mal delimitada, caracterização opressiva e constrictiva e, frequentemente, associada a sinais e sintomas de alteração do sistema nervoso vegetativo (náuseas, vômitos e sudorese) (Boscato; Torino, 2023).

A dor não nociceptiva do tipo neuropática é decorrente de lesão ou disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC) ou do Sistema Nervoso Periférico (SNP). Geralmente este tipo de dor é acompanhada por parestesias, podendo haver a presença de alodínia que, por sua vez, é uma hiperalgesia a estímulos inócuos em situações de normalidade. Como exemplos de dor neuropática temos a neuralgia do trigêmeo, neuralgia por herpes zóster, neuropatia diabética, desafferentação (dor fantasma), além das dores de origem no SNC ocasionadas pelas lesões vasculares (Acidente vascular cerebral), traumáticas (Traumatismo Crânio-Encefálico) ou tumorais (Finnerup *et al.*, 2016).

A dor não nociceptiva do tipo psicogênica é considerada quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático pode ser identificado e há sintomas psicológicos suficientes para o estabelecimento de critérios psiquiátricos e, portanto, trata-se de um diagnóstico de exclusão (Tanaka, 2017).

Atualmente há também o descritor dor nociplástica (DN) que corresponde à dor que surge por um aumento da capacidade de resposta dos neurônios nociceptivos no SNC à entrada aferente, sem nenhuma evidência de lesão tecidual real ou potencial ou de lesão do sistema somatossensorial, causando dor. A DN é mais frequente nos indivíduos que se queixam de dor e hipersensibilidade em regiões com tecidos aparentemente normais e sem quaisquer sinais de neuropatia. Entre as diversas doenças dolorosas crônicas que apresentam a DN estão a Fibromialgia, a Migrânea Crônica, a Dor Visceral Crônica, a Síndrome do Intestino Irritável, a

Dor Facial Atípica, a Síndrome Dolorosa Miofascial e a Síndrome de Dor Complexa Regional (Jacob; Milani, 2023).

Estima-se que entre 7 e 40% da população mundial sofra com dor crônica, sendo apontada como uma das queixas mais comuns relatadas por pessoas idosas aos profissionais de saúde, principalmente quando associada a redução da mobilidade funcional e ao comprometimento das Atividades de Vida Diária. Percebe-se também uma forte ligação da dor crônica com alteração dos padrões de sono, favorecimento aos transtornos de ansiedade e depressão, assim como aos acidentes por quedas, durante o processo de envelhecimento (Lemos *et al.*, 2019; Marini *et al.*, 2017).

Considerada como um dos maiores fatores limitantes para que um indivíduo mantenha a gestão de suas atividades cotidianas, a dor crônica pode tornar os idosos mais dependentes, vulneráveis e expostos ao isolamento social, interferindo negativamente na percepção da Qualidade de Vida (QV) por essa parcela da população (Ferreti *et al.*, 2018).

A QV tem característica multifacetada e pode ser compreendida como o nível de satisfação das necessidades e expectativas de uma pessoa em relação à vida, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e ambientais que contribuem para a sensação de bem-estar geral do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403).

Em se tratando da cronicidade da dor, a QV é frequentemente prejudicada nos domínios físico e psicológico, mental, emocional, social, vitalidade e dor. Autores apontam para um aumento de quase duas vezes nas chances de QV ruim em idosos com dor crônica quando comparados com idosos sem dor crônica (Morete *et al.*, 2018).

Lars *et al.* (2015) afirmam que idosos com condições de dor crônica referem implicações negativas pronunciadas na diminuição do bem-estar emocional e social. Em um estudo realizado por Vos *et al.* (2012) encontrou que as condições de dor foram responsáveis por 21% de todos os anos vividos com incapacidade no mundo e que na Suécia as cinco principais causas desses achados foram dor lombar, transtorno depressivo maior, quedas, dor no pescoço e outros distúrbios musculoesqueléticos.

Choi *et al.* (2014) ao realizar uma pesquisa por meio da aplicação do questionário EQ-5D detectaram um grande impacto da existência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. Em seu estudo de corte transversal Yamada *et al.* (2014) encontraram correlação negativa entre "dor nas costas" e escores indicativos de melhor qualidade de vida.

Sjögren *et al.* (2009) reforçam que as correlações mencionadas no parágrafo anterior têm sido encontradas em estudos de coorte abordando a dor crônica, bem como em estudos de base populacional. Leadly *et al.* (2013) também endossam que há evidências de associação entre dor e baixa qualidade de vida. Gerhardt *et al.* (2014) especificam ainda que a dor lombar crônica está associada a um prejuízo na funcionalidade, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e ansiedade, bem como redução da longevidade o que promove influência negativa na qualidade de vida.

Scherer *et al.* (2016) e Kim *et al.* (2020) relataram que quanto maior o número de comorbidades nos idosos, maior a intensidade e duração da dor. A explicação pode ocorrer pelo fato da dor crônica resultar, muitas vezes, de distúrbios musculoesqueléticos que são prevalentes em idosos. Ko *et al.* (2018) também aponta a relação existente entre dor crônica e depressão que, embora não haja explicação plausível, há a coexistência de neuroinflamação em ambas as situações. Essa condição em que envolve o componente emocional gera influência negativa na percepção da qualidade de vida pelos idosos.

Chang *et al.* (2021) ao realizar um estudo com idosos coreanos detectou associação entre multimorbidade, sintomas depressivos e dor crônica, sendo maior a prevalência nos idosos com idade mais avançada. Os referidos autores reforçam que 73% dos idosos coreanos com idade acima de 75 anos têm ao menos duas doenças crônicas como osteoartrose e lombalgia entre as doenças crônicas mais prevalentes e que 21% apresentam depressão.

Ainda nesse contexto, é comum a convivência dos idosos com a dor crônica devido à maior incidência de DCNT, fazendo parte do cotidiano dessa parcela da população em seus locais de pertença. Por isso, a dor enquadra-se num campo de significações coletivamente elaborado, no qual o modo de ser e de agir de quem convive com essa condição de saúde está atrelado às experiências vivenciadas.

A expressão da dor é regida por códigos culturais que são apreendidos no meio social a partir dos primeiros momentos da socialização. O lugar social que a pessoa ocupa pode exercer influência na sua tolerância à dor, porque dentro de uma sociedade existem diferentes condições socioculturais que qualificam de diferentes formas a realidade da dor (Fernandes, 2003).

A autora acima mencionada também destaca que além disso, a reação da outra pessoa à dor, também está relacionada com o lugar que o sujeito ocupa na sociedade, portanto a forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para a outra pessoa, deve estar contida na matriz simbólica da sociedade para que possa ser entendida, ou seja, se configurar em uma representação socialmente compartilhada.

Em um estudo realizado por Hayar *et al.*, (2014), ao avaliarem o envelhecimento e a dor crônica sob a ótica da TRS, foi identificado em mulheres com Fibromialgia, a representação da dor como “frescura” que causa frustração e raiva. Isso implica no fato de que a pessoa não consegue transmitir a magnitude do seu sofrimento, configurando, assim, uma situação de preconceito e descrédito. Consequentemente, a assistência adequada não pode ser oferecida, o que gera a possibilidade da dor se cronificar e o seu tratamento tornar-se cada vez mais difícil.

Os autores supracitados ressaltam que algumas doenças crônicas que cursam com dor crônica possuem marcadores aceitos socialmente que podem ser comprovadas por meio de exames. Ou seja, a representação social existente nesses casos é de que o paciente necessita de atendimento, com acolhimento e tratamentos adequados, similarmente à assistência oferecida a uma dor causada por traumas ou injúrias físicas.

O avançar da idade promove aumento da dor crônica e, por isso, os autores acima mencionados encontraram alta prevalência desta condição no grupo etário mais longo. Outros estudos também inferiram maior relação entre idade e dor crônica em idosos com 75 anos ou mais em que a intensidade da dor era mais forte, o que justificaria o impacto na qualidade de vida devido ao aumento da expressão algica (Etherton; Lawson; Graham, 2014; Zis *et al.*, 2017).

Em um estudo transversal em que houve comparação entre dois grupos de idosos, sendo um grupo de estudo com portadores de osteoartrose de joelho e um grupo comparativo com idosos sem osteoartrose de joelho, foi encontrado escores menores no *Whoqol-Bref* no grupo de estudo. Esse achado configura maior impacto na qualidade de vida nos idosos que apresentavam dor crônica devido à presença de osteoartrose no joelho (Wojcieszek *et al.*, 2022).

Os autores acima mencionados detalham em seu estudo que no grupo com dor crônica, devido à Osteoartrose, os piores escores da qualidade de vida se encontravam nos seguintes domínios: atividades de vida diária, dependência de medicamentos e auxiliares, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso e capacidade para o trabalho.

Oliveira *et al.* (2021) realizaram um estudo similar de caráter comparativo com idosos com dor crônica devido à Osteoartrose, utilizando o SF-36 e detectaram que a qualidade de vida se encontrava com piores indicadores e que os domínios físico e psicológico eram os mais alterados quando comparado ao grupo de idosos sem dor crônica.

Destarte, é necessário que todos os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso compreendam como o indivíduo percebe a dor crônica e se adapta a sua presença cotidiana, por meio de uma avaliação que contemple os componentes biopsicossociais desse evento complexo

e limitante, de forma a aumentar a efetividade das intervenções direcionadas a fomentar uma boa QV.

2.3 O IMPACTO DA DUPLA TAREFA NO MEDO DE CAIR EM PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA

Diante da magnitude do processo de envelhecimento da população brasileira e das questões relativas às demandas multidimensionais da saúde da pessoa idosa, o medo de cair tem sido reconhecido como um importante problema de saúde pública, cuja presença traz importantes impactos sobre a vida dessa parcela da população (Antes *et al.*, 2013).

O medo de cair pode ser definido como uma preocupação duradoura diante do risco de queda, favorecendo a instalação de incapacidades durante a realização das atividades de vida diária. Acreditava-se que o medo de cair era uma consequência psicológica ao trauma decorrente de um acidente por queda; contudo, a literatura revela que idosos que nunca caíram também manifestam tal insegurança (Hoang *et al.*, 2016).

Também conhecido como “Síndrome pós queda”, o medo de cair não possui mecanismos etiológicos completamente elucidados, embora estudos apontem que os fatores causais sejam de natureza multifatorial, envolvendo componentes físicos, comportamentais, ambientais e funcionais (Pimentel; Scheicher, 2013).

Sabe-se que o medo de cair possui uma estreita relação com a baixa confiança ou baixa autoeficácia em evitar quedas. A autoeficácia foi definida por Bandura (1977, p. 3) como “a crença que a pessoa tem a cerca de sua capacidade para organizar e executar cursos de ação requeridos para alcançar determinados tipos de desempenho”. Assim, pessoas com baixa autoeficácia focam nos obstáculos e nas próprias limitações durante a execução de tarefas, esquivando-se de situações consideradas ameaçadoras. Isso as impedem de desenvolver habilidades para superar e executar a atividade proposta, o que resulta em uma base para construção do medo (Huang *et al.*, 2016; Hoang *et al.*, 2016).

Dessa forma, o medo de cair influencia na realização de atividades da vida diária e, num nível exacerbado, pode levar a alterações na estrutura e função muscular, déficit no controle postural, menor mobilidade funcional, promovendo, dessa forma, uma retroalimentação do próprio risco de cair (Choi *et al.*, 2017).

Assim como as quedas, o medo de cair pode refletir negativamente sobre a qualidade de vida entre os idosos, podendo levar a redução da autonomia e da independência funcional,

ampliação das chances de institucionalização, de forma a sobrecarregar os serviços de saúde (Falsarella *et al.*, 2014).

É válido frisar que um dos fatores influenciadores nos idosos caídores é a alteração do desempenho em dupla tarefa pois a capacidade de o indivíduo realizar duas tarefas ao mesmo tempo é um pré-requisito para uma vida normal, representando uma habilidade vantajosa para o indivíduo. Em circunstâncias normais, as atividades de vida diária solicitam constantemente componentes motores associados a componentes cognitivos, e, atualmente, algumas evidências sugerem que o treinamento de equilíbrio em protocolos de exercício em dupla tarefa tem sido eficaz na redução do risco de quedas entre os idosos (Fernandez *et al.*, 2019).

Para fins conceituais, o desempenho da dupla tarefa também é conhecido como “desempenho simultâneo” e envolve a execução de uma tarefa primária, que é o foco principal de atenção, e uma tarefa secundária, executada ao mesmo tempo. Quando duas tarefas são executadas ao mesmo tempo, exigindo alto grau de processamento de informações, o desempenho de uma ou de ambas é diminuído. Caso haja um prejuízo do desempenho da tarefa primária na execução da dupla tarefa, implica que não há automatização desta tarefa primária e essa piora no desempenho é denominada consequência da atividade dupla. Esse prejuízo na tarefa primária e/ou na tarefa secundária ocorre porque as duas tarefas competem por demandas similares para o seu processamento (Assai *et al.*, 2018).

O ser humano, quando deparado com duas atividades simultâneas que exigem atenção, tende a priorizar uma tarefa em detrimento da outra, conforme suas reservas cognitivas e/ou motoras. Assim, as alterações nos domínios cognitivos, como a atenção, prejudicam o desenvolvimento de um ato motor (Fernandez *et al.*, 2019).

Um dos acontecimentos comuns em idosos são as quedas, por requererem o elemento atenção associada à função motora. Tal fato foi analisado por Doi *et al.* (2017), que avaliaram a marcha de dupla tarefa em idosos com comprometimento cognitivo leve amnésico e não amnésico. Embora não tenham verificado alterações significativas nos padrões de marcha entre os dois grupos, os autores observaram que os participantes apresentavam altos riscos de queda durante a locomoção.

A dupla tarefa tem sido amplamente estudada e aplicada para investigar o efeito de uma tarefa simultânea sobre o controle postural, a capacidade funcional e o equilíbrio, ao requerer que o indivíduo compartilhe uma demanda atencional ampliada, quando comparada a carga de atenção solicitada durante a execução de tarefas simples (Nishiguchi; Yamada; Tanigawa, 2015; Tahit *et al.*, 2017).

Pichierri *et al.* (2012) mostraram que um programa de treinamento cognitivo-motor contendo força, equilíbrio e componentes de formação cognitiva computadorizados é viável e é capaz de melhorar a marcha em condições de dupla-tarefas e prevenir quedas entre idosos da comunidade.

As atividades em dupla tarefa são importantes para promover a autonomia e independência funcional e que, devido ao processo de envelhecimento, os circuitos neuronais responsáveis em executar os comandos cognitivos e motores tornam-se lentificados o que prejudica o equilíbrio postural e, conseqüentemente, o aumento do risco de quedas (Begate; Ricardo; Sawaski, 2009; Gomes *et al.*, 2012).

Os autores supracitados acrescentam que a redução da capacidade em realizar as atividades simultâneas também predispõe à depressão, declínio da mobilidade, alterações em atividades corriqueiras com conseqüente redução da funcionalidade e aumento dos gastos com tratamento de saúde. Associado ao comprometimento na realização das atividades da vida diária influenciando a qualidade de vida nesta fase da vida (Ayan *et al.*, 2013).

Comerciante *et al.* (2021) realizou um estudo intervencionista para verificar os resultados da aplicação de um protocolo de exercícios em dupla tarefa em 296 idosos. Na avaliação pré intervenção foi detectado uma correlação entre dor moderada a intensa com baixos escores da qualidade de vida, além de maior prevalência de depressão, baixa vitalidade mental, fragilidade, sarcopenia, quedas e pior desempenho físico.

No estudo acima mencionado ao concluir o protocolo de exercícios em dupla tarefa, após três meses, foi encontrado melhora da dor crônica em 70,8% no grupo com dor moderada a intensa e 50,8% no grupo com dor leve. Aliado a esses resultados também foi encontrada melhora significativa da qualidade de vida, função física e cognição.

Em face ao exposto, a avaliação e o treinamento da dupla tarefa deve ser considerado para a manutenção da saúde da pessoa idosa, uma vez que a utilização conjunta de tarefas motoras, comandos verbais explicativos e corretivos, ambientes abertos com múltiplas fontes de estimulação interferem na prática das tarefas diárias.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal de abordagem mista subsidiados no aporte teórico das representações sociais (Moscovici, 2012) salientando-se dimensões e

processos sociocognitivos presentes no medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa em que se priorizou as falas de pessoas idosas.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado nos Ambulatórios de Reumatologia e de Fisioterapia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O Serviço de Reumatologia do HULW atende, semanalmente, cerca de 500 pessoas de vários municípios paraibanos, além de pessoas oriundas de outros estados, que é referência para tratamento de pessoas com doenças reumáticas e osteomioarticulares. As patologias mais recorrentes no referido Serviço são as doenças autoimunes como lúpus, artrite, esclerose sistêmica, além de osteoartrite e osteoporose.

O Serviço de Fisioterapia está vinculado à Unidade Multiprofissional do HULW e atende pacientes das mais diversas patologias com comprometimentos osteomioarticulares, cardiovasculares e respiratórios.

Nesse contexto, justifica-se a escolha do cenário de pesquisa pela acessibilidade e especificidade do serviço garantindo o recrutamento dos participantes e a viabilidade da pesquisa.

A seleção dos participantes foi realizada de forma aleatória, juntamente com a secretária do setor, nos prontuários dos pacientes que seriam atendidos nos Serviços de Reumatologia e de Fisioterapia. Os pacientes que se enquadravam nos critérios de elegibilidade eram escolhidos e, logo em seguida, recebiam as explicações sobre a pesquisa por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Após a etapa acima mencionada, os participantes eram convidados a entrar numa sala reservada para a execução das entrevistas estruturada e semiestruturada. Após a aplicação dos instrumentos de avaliação e das perguntas disparadoras descritas no item 3.4, era iniciada a aplicação dos testes de avaliação do desempenho em dupla tarefa (item 3.4.4). A referida coleta foi realizada no período entre fevereiro de 2023 e fevereiro de 2024.

3.3 PARTICIPANTES

A amostragem foi do tipo não probabilística ou por conveniência em que foram selecionadas 50 pessoas idosas, usuárias dos Serviços de Reumatologia e de Fisioterapia do HULW da UFPB que se enquadrassem nos critérios de elegibilidade conforme o item 3.3.1.

A coleta ocorreu em cinco passos procedimentais para o alcance do ponto de saturação (repetição dos códigos e dos sentidos dos discursos), a saber: (1) registros de dados brutos, por meio das entrevistas gravadas e, imediatamente, transcritas na íntegra; (2) imersão nos dados, através da leitura flutuante das informações colhidas, à medida em que eram realizadas; (3) análise e construção dos agrupamentos temáticos, após leitura flutuante e análise do *corpus* colorido obtido a partir da organização de 50 entrevistas no IRaMuTeQ; (4) alocação dos temas e verificação da regularidade dos achados; (5) observação da ausência de novos elementos ao material tratado, levando em consideração o participante e o momento da entrevista, sendo esse considerado o ponto de saturação (Fontanella *et al.*, 2011).

3.3.1 Critérios de Elegibilidade

Para a seleção e a inclusão de participantes desse estudo, os interessados deveriam: (1) apresentar idade a partir dos 60 anos; (2) ambos os sexos; (3) possuir escolaridade igual ou superior a três anos; (4) apresentar funções cognitivas preservadas que possibilitem responder aos instrumentos de pesquisa (avaliação cognitiva); (5) ter doença reumatológica prévia; (6) apresentar queixas algícas no intervalo de três a seis meses (Iasp, 2010).

Com a finalidade de garantir que os participantes conseguissem responder aos instrumentos de avaliação, a função cognitiva foi determinada por pontuações ajustadas para escolaridade no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), conforme a recomendação de Brucki *et al.* (2003), a saber: ≥ 23 para idosas com três anos de escolaridade, ≥ 25 para o estrato educacional de 4 a 7 anos e ≥ 26 para as participantes com 8 anos ou mais de estudo.

Foram excluídos da participação do estudo, idosos que: (1) apresentavam histórico clínico de distúrbios neurológicos; doenças metabólicas descompensadas e vestibulopatias; (2) possuíam déficits visuais e auditivos que não possibilitem a visualização e/ou a escuta correta dos comandos; (3) utilizavam diariamente medicamentos que reduzam as aferências e eferências do Sistema Nervoso Central (SNC), isto é, neurodepressores.

3.3.2 Aspectos Éticos

O presente projeto foi apreciado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba em que foi obtida a aprovação comprovada pela CAAE n. 66900423.3.0000.5183

(Anexo D). É válido ressaltar que para a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos.

Por se tratar de um estudo com pessoas idosas, salienta-se que também foi embasado pelo Estatuto da pessoa idosa (Lei N. 10.741/2003), que é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

A participação dos idosos foi voluntária, mediante esclarecimentos sobre o delineamento da pesquisa, expressando o consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), escrito em consonância com a Declaração de Helsinque (1964).

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

3.4.1. Entrevista Semi-estruturada

A coleta foi realizada pelo pesquisador a partir de uma entrevista semiestruturada com uso do gravador de voz guiada por questões norteadoras elaboradas para este estudo e, subsidiadas nas dimensões das representações sociais, (Apêndice D), contemplando ainda instrumentos para avaliar o desempenho em dupla tarefa, o medo de cair e a qualidade de vida, de acordo com os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, a saber: Medidas de Estrutura e Função Corporal; Medidas de Atividade e Medidas de Participação.

3.4.2 Variáveis

A anamnese, elaborada pelo pesquisador (Apêndice B), abordou as características sociodemográficas e clínicas, contemplando as seguintes informações: (1) Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, religião, com quem reside, estado civil e renda; (2) Variáveis clínicas: presença da dor; intensidade da dor pela Escala Analógica Visual da Dor (EVA); doenças preexistentes, medicamentos em uso; prática regular de atividade física; histórico recente de quedas; percepção das condições de sono.

3.4.3 Avaliação do Desempenho Cognitivo

a) Mini-Exame do Estado Mental (Folstein *et al.*, 1975)

Trata-se de um instrumento de rastreio para as alterações cognitivas, composto por questões agrupadas nas sete categorias específicas da cognição, sendo elas: orientação temporal; orientação espacial; memória imediata; atenção e cálculo; memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual (Anexo A). O escore será obtido pelo somatório dos pontos obtidos em todas as categorias, podendo totalizar 30 pontos.

Para o referido estudo, será adotado o escore proposto por Brucky *et al.* (2003), considerando as seguintes pontuações como quantificação mínima indicativa de preservação da função cognitiva: ≥ 23 para idosos com três anos de escolaridade, ≥ 25 para o estrato educacional de 4 a 7 anos e ≥ 26 para as participantes com 8 anos ou mais de estudo.

Cabe ressaltar que MiniExame do Estado Mental (MEEM) apenas será aplicado para estabelecimento dos critérios de inclusão, durante o processo de triagem dos participantes pesquisa.

3.4.4 Avaliação do desempenho em dupla tarefa

a) Timed Up and Go Test

O teste *Timed Up and Go (TUG)*, proposto inicialmente por Podsiadlo *et al.* (1991), é um dos instrumentos de avaliação da mobilidade mais utilizados nos âmbitos nacional e internacional, replicado em boa parte dos momentos motores das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), além de ser prático e de rápida aplicação.

De acordo com Rosa *et al.* (2017), *TUG* apresenta três versões: *TUG* simples, para avaliar o equilíbrio e risco de quedas e fragilidade; *TUG* Motor, com o objetivo de avaliar a mobilidade funcional durante a execução das atividades cotidianas; *TUG* Cognitivo, voltado para avaliar a habilidade de realizar duas atividades simultâneas.

Para a realização do *TUG* simples, foi solicitado que o participante sentasse numa cadeira com encosto, sem rodízios e sem apoio para os braços, com cerca de 46cm de altura. Em seguida, foi solicitado ao indivíduo que se levantasse assim que ouvisse o comando para tal, devendo caminhar ao longo de 3 metros e retornar para sentar-se novamente, num ritmo seguro e confortável (Rosa *et al.*, 2017).

Para a aplicação do *TUG* motor, foi solicitado que o voluntário segurasse um copo plástico rígido, com 10 cm de altura, contendo água até 50% de sua capacidade total, enquanto o mesmo executava o *TUG* simples. Para a versão do *TUG* cognitivo, os voluntários realizaram

o mesmo percurso do TUG simples enquanto repetiam cinco palavras, a saber: “pipa, rua, menino, boneca, menina”, ditas anteriormente (Fatori *et al.*, 2015).

Para todas as versões, o pesquisador cronometrou o tempo, desde o levantar até o sentar pela segunda vez do paciente, orientando-o quanto ao uso de calçado habitual e de dispositivos auxiliares de marcha, caso faça uso. Respeitou-se o tempo de repouso entre uma tarefa e outra, referido pelo próprio paciente, com a finalidade de evitar qualquer interferência de fadiga (Dutra *et al.*, 2016; American College Of Sports Medicine, 2001). Por fim, os resultados obtidos foram apresentados no formato de médias e desvio-padrão do tempo gasto para realização dos testes *TUG*, *TUG* motor e *TUG* cognitivo.

Para o presente estudo foi considerada a classificação proposta por Oliveira-Zmuda *et al.* (2022) em que o TUG realizado abaixo de dez segundos é indicativo de baixo risco de quedas, entre dez e vinte segundos seria moderado risco de quedas e maior que vinte segundos um elevado risco de quedas.

b) Custo da Dupla Tarefa (CDT)

A diferença entre o desempenho da dupla tarefa e o aproveitamento da tarefa única mensura o custo da dupla tarefa (CDT), ou seja, o gasto energético dispendido para a realização de tarefas simultâneas. Com isso, o CDT torna-se uma ferramenta útil para simular déficits neurais porque oferece dados interpretáveis, úteis à estimativa de possíveis comprometimentos cognitivos que interferirão na realização de atividades motoras em concomitância com demandas atencionais (Nascimento, 2022).

Para o presente estudo foi utilizado a fórmula proposta por Lima *et al.* (2015) que investiga a relação entre a dupla tarefa obtida pelo *TUG* simples e *TUG* cognitivo. O uso dessas equações permite aos responsáveis pela avaliação funcional e pelo treinamento qualificarem seus procedimentos, aperfeiçoando medidas úteis à prevenção de quedas.

$$\text{CUSTO NA DUPLA TAREFA} = 100 \times \frac{(\text{TUG dupla tarefa} - \text{TUG})}{\text{TUG}}$$

Quanto maior a porcentagem encontrada, maior será o gasto energético para a realização de atividades simultâneas. Um quartil abaixo de 20% é considerado de baixo custo e acima da referida porcentagem já seria indicativo de que o custo da dupla tarefa está elevado e, portanto, com maior risco de quedas durante a realização de atividades simultâneas (Costa, 2022).

3.4.5 Avaliação do medo de cair

a) *Falls Efficacy Scale-International* - Brasil (FES-I Brasil)

A *Falls efficacy scale-international* Brasil (FES – I Brasil) foi validada no Brasil por Camargos (2007) que, após o estudo, concluiu ser a escala adequada para avaliar o medo de cair em idosos comunitários brasileiros.

Duarte, Loureiro e Soldera (2013) explicam que a FES-I Brasil é composta por 16 atividades distintas de vida diária e, para cada atividade, o indivíduo deve relatar qual a sua preocupação em cair. Os níveis da escala variam de 1 a 4, sendo 1, o menor grau de preocupação em cair – nem um pouco preocupado; 2, um pouco preocupado; 3, muito preocupado; 4, a preocupação máxima – extremamente preocupado.

A pontuação total mínima consiste, portanto, em 16 pontos, indicando nenhuma preocupação em cair. O máximo será de 64 pontos, indicando a maior preocupação com a ocorrência de quedas, avalia a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com respectivos escores de um a quatro.

Neste estudo foi considerado como medo de cair o sujeito que assinalou pelo menos em uma das atividades da escala a opção 2 (um pouco preocupado), 3 (muito preocupado) ou 4 (extremamente preocupado), obtendo, portanto, escore superior a 16.

3.4.6 Avaliação da qualidade e vida

a) *WHOQOL-OLD*

O *Whoqol-Old* foi elaborado pela OMS e avalia o impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde, sobre a qualidade de vida. O referido instrumento avalia especificamente a identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para adultos idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento, para se obter melhores ganhos na qualidade de vida.

O *WHOQOL-OLD* constitui-se por 24 itens da escala tipo Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma destas facetas possui 4 itens, e o escore dos valores dessas facetas pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos

(Quadro1) e, também se combinarem produzindo um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo (Fleck; Chachamovich; Trentini, 2003).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas foram integralmente transcritos, organizados em um *corpus* de dados e posteriormente processados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires*), versão 0.7 alfa. Para esse estudo adotou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

De acordo com Ratinaud (2009), o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) executa cálculos e fornece resultados que permitem o agrupamento dos segmentos de texto em função dos seus vocábulos semelhantes entre si; esses agrupamentos são repartidos em função da frequência de aparecimento nos discursos, sendo chamadas de classes (*clusters*).

Com base nas classes formadas, o IRaMuTeQ calcula e fornece os segmentos de textos mais característicos e contextualizados com o vocabulário típico de cada classe. Portanto, as classes são campos lexicais que podem indicar as representações sociais ou campos de imagens de determinado objeto (Salviatti, 2017).

Dessa forma, as classes foram nomeadas e interpretadas de acordo com os temas apresentados pelas respostas dos participantes às perguntas do roteiro, originando três categorias temáticas. É conveniente destacar que a interpretação dos resultados se deu a partir da coocorrência das formas lexicais nos segmentos de texto, em a combinação com outros métodos, como a análise de conteúdo, uma vez que a própria CHD elabora categorias com base na exclusão mútua, e mantém a homogeneidade categorial e temática.

Após o processamento e análise dos dados, os resultados foram interpretados e subsidiados na Teoria das Representações Sociais.

Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de medidas de frequências e medidas de tendência central e dispersão.

A fim de estimar a relação conjunta entre as variáveis, foi aplicada a abordagem analítica da *Network Analyses* para criar um gráfico de rede ponderada, onde podemos identificar a(s) variável(eis) centrais, a força das relações e sua direção. Essa abordagem permite o estudo da complexidade das relações entre variáveis para além de pares de comparações. O método

estatístico empregado foi o *EBICgLasso*, o qual seleciona coeficientes relevantes das correlações parciais e produz um resultado sem associações espúrias (Hair Júnior *et al.*, 2009).

O *EBICgLasso* produziu um gráfico de redes com os seguintes parâmetros: grau de conectividade (*betweenness*), proximidade (*closeness*) e força (*strength*). Foram também apresentados parâmetros de agrupamentos latentes na rede de variáveis através dos indicadores de Barrat, Onnela, WS e Zhang.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 50 idosos, com média de idade de 67,96 ($\pm 5,99$) com dor crônica, sendo 92% do sexo feminino, morando apenas com o cônjuge (28%; n=14), fonte de renda de um salário-mínimo (52% n=26) e dois salários-mínimos (28%; n=14) (Tabela 1).

Ainda na tabela 1 detecta-se que das condições de saúde pré-existentstes destacou-se as doenças reumáticas em 84% (n=42) dos usuários, seguida da hipertensão arterial sistêmica que foi encontrada em 76% (n=38) da amostra. A presença de dor persistente por mais de três meses foi mencionada em 100% (n=50) dos idosos entrevistados. A intensidade da dor no momento da avaliação, estimado pela Escala Analógica Visual da Dor (EVA), apresentou média de 3,9 ($\pm 2,88$). A insônia foi referida por 68% (n=34) dos usuários e o sono interrompido em 32% (n=16).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra, João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	46	92
	Masculino	04	8
Com quem mora	Sozinho	04	8
	Somente com o cônjuge	14	28
	Cônjuge e filhos	09	18
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	09	18
	Somente com os filhos	09	18
	Somente com os netos	03	6
	Outra	02	4
Renda	1 salário mínimo	26	52
	2 salários mínimos	14	28

	3 a 5 salários mínimos	08	16
	6 a 9 salários mínimos	00	0
	Mais de 10 salários mínimos	00	0
	Não possui renda própria	02	4
*Doenças pré-existent	Hipertensão Arterial Sistêmica	38	76
	Cardiopatias	04	8
	Osteoporose	20	40
	DPOC	01	2
	Diabetes Mellitus	14	28
	Doenças Reumáticas	42	84
	Neoplasias	02	4
	Outros	01	2

*o total é superior ao número da amostra haja vista haver mais de uma doença pré-existente por participante.

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa.

Freitas *et al.* (2022) referem que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentam dor crônica e que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor.

Um estudo de revisão apontou uma alta variabilidade da prevalência da dor crônica em idosos nas pesquisas realizadas no Brasil, entre 29,7% a 73,3%. Entre os idosos não institucionalizados, os estudos mostraram prevalência de 29,3% a 54,7% (Vasconcelos; Araújo, 2018).

Husky *et al.* (2018) afirma que o aumento da idade é um fator de risco para dor crônica e condições dolorosas como dor lombar crônica, dor cervical crônica, bem como dor crônica no quadril e joelho. Dahlhamer *et al.* (2016) e Jackson *et al.* (2016) concluíram em seus estudos que tanto nos Estados Unidos quanto em todo o mundo há uma maior prevalência de dor crônica em adultos com mais de 65 anos de idade em comparação com a população adulta em geral. As condições de dor crônica mais frequentes em idosos são dor articular crônica não especificada (40%), dor crônica nas costas (5 a 45%) e dor crônica no pescoço (20%) (Pleis; Ward; Lucas, 2010).

A maior prevalência de dor crônica em mulheres idosas, que foi detectada no presente estudo, corrobora com os dados da pesquisa de Kanematsu *et al.* (2022). No referido estudo 78% da amostra de pacientes com dor crônica era do sexo feminino. Vasconcelos e Araújo (2018), em uma revisão sistemática sobre a prevalência de dor crônica no Brasil, encontraram

uma maior prevalência em mulheres idosas em onze dos nove artigos enquadrados nos critérios de inclusão do estudo de revisão.

Hayar, Salimene e Inamura (2014) enfatizam que a maior longevidade das mulheres em relação aos homens é apontada como uma das prováveis causas do aumento da prevalência da dor crônica no sexo feminino. As mulheres relatam dor crônica com mais frequência do que os homens e a prevalência de dor crônica é mais alta entre as mulheres idosas (Kshesek; Souza; Leandro, 2021).

Em estudo realizado por Freitas *et al.* (2022) também foi encontrada maior prevalência de mulheres idosas com dor crônica, o que caracteriza o conceito de feminização da velhice. De igual modo Ciola *et al.* (2020) identificaram um índice de 70,2% de mulheres na amostra da sua pesquisa com idosos com dor crônica. A maior expectativa de vida das mulheres, devido às menores taxas de mortalidade precoce em relação aos homens, contribui com a alta prevalência de dor crônica no sexo feminino.

A partir de um corpus constituído por 50 entrevistas, os dados apreendidos pelo *software IRaMuTeQ* possibilitou a construção de 273 Segmentos de Texto (ST), com 9618 ocorrências e aproveitamento de 80,95% do material analisado, o que aponta pertinência para os dados coletados quando o aproveitamento se encontra acima de 70%. Observou-se, ainda, que surgiram 840 formas ativas, distribuídas em uma frequência ≥ 3 :337 palavras.

Assim, a análise do conjunto textual baseou-se na distribuição de vocábulos, oriundos das respostas das entrevistas, sendo agrupadas pelo programa apenas as que apresentaram frequência maior que 3, obtendo-se um total de 221 palavras analisáveis, que foram agrupadas em grupos semânticos contextualizados, totalizando um total de 05 classes de categorias simbólicas. Esse processo é chamado de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme ilustra a Figura 1:

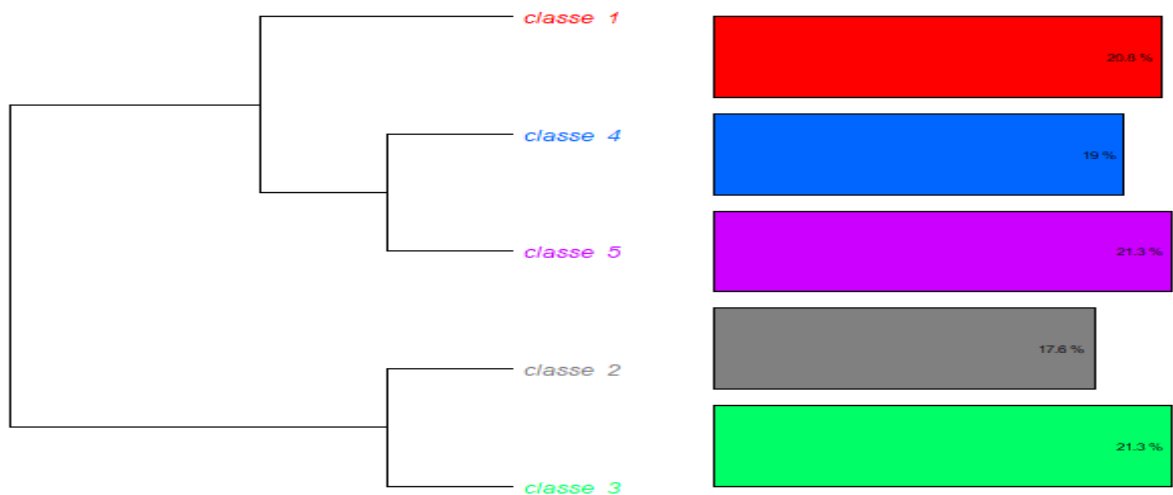


Figura 1. Dendrograma ilustrando as classes semânticas que emergiram sobre o do medo de cair para pessoas idosas.

Fonte: Veloso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa.

Visualiza-se, na figura apresentada acima, as subdivisões do corpus que deram origem às classes semânticas na seguinte sequência: o corpus se dividiu em duas partições; cada parte gerou dois subcorpus. O primeiro subcorpus deu origem à classe 1, que se subdividiu e formou as classes 4 e 5. O segundo subcorpus partiu-se e gerou as classes 2 e 3.

A Figura 2 e o Quadro 1 apresentam as categorias semânticas propostas para o estudo, constituídos pelas palavras mais significativas que definiram cada classe. Em decorrência da análise hierárquica, foram formadas cinco classes a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$), estabelecendo as seguintes semânticas, a saber: Classe 1 – **Riscos de quedas entre idosos**; Classe 2 – **Posicionamento frente a prevenção de quedas**; Classe 3 - **Conhecimento dos fatores que predis põem as quedas**; Classe 4 - **Sentidos associados à qualidade de vida para idosos**; Classe 5 - **Dimensões negativas sobre o medo de cair**.

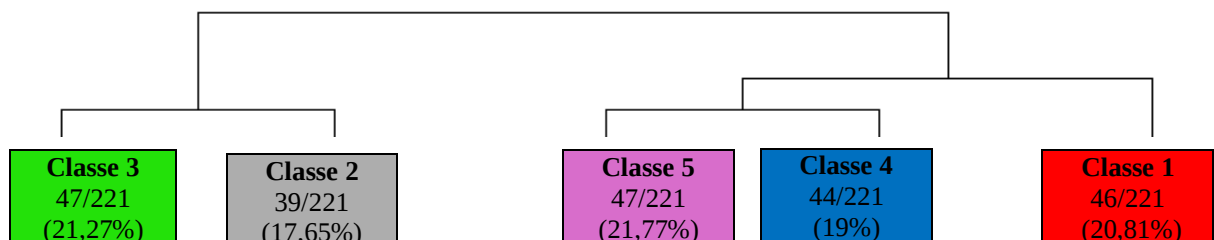


Figura 2. Dendrograma ilustrando as representações sociais do medo de cair para pessoas idosas.

Fonte: Veloso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas, com p-valor<0,001 (n=50)

Classe 1 - Riscos de quedas entre idosos		Classe 2 - Posicionamento frente a prevenção de quedas		Classe 3 - Conhecimento dos fatores que predis põem as quedas	
Palavra	chi²	Palavra	chi²	Palavra	chi²
Pessoa idosa	36,76	Segurar	43,05	Banheiro	75
Sofrer	26,38	Cuidado	28,02	Piso	25,26
Idade	26,14	Sandália	27,87	Colocar	24,05
Perigoso	22,4	Corrimão	23,87	Lavar	23,23
Conhecer	22,4	Subir rampa	23,34	Alto	22,46
Corpo	16,19	Calçado adequado	23,34	Móvel	21,75
Queda	16,14	Olhar	21,49	Cozinha	21,75
Saúde	15,59	Escada	19,91	Molhado	18,51
Desequilíbrio	15,5	Não cair	19,63	Vaso sanitário	17,93
Frágil	15,5	Solado antiderrapante	19,01	Açúcar no sangue	15,08
***		Pisar	18,31	Alimentação	15,08
		Descer	18,31	Roupa	14,19
		Chão	15,2	Inadequada	14,19
		Barra de proteção	14,39	Levantar	13,26
Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor	
*n_17	0,0001	*n_01	0,0001	*n_38	0,0001
*id_3	0,0001	*n_14	0,00016	*sex_2	0,0007
*sex_2	0,0001	*sex_1	0,0001	***	
Classe 4 - Sentidos associados à qualidade de vida para idosos 44/221 (19%)			Classe 5 – Dimensões negativas sobre o medo de cair 47/221 (21,77%)		
Palavra		chi²	Palavra		chi²
Qualidade de vida		60,36	Acamado		42,73
Bom		43,07	Caso		34,11
Sair		25,32	Caminhada		21,75
Depender		21,93	Quebrar ossos		21,6
Ajudar		21,8	Prevenção		21,31
Sentir		18,44	Exercício		20,62
Dor		19,74	Diariamente		18,31
Neto		19,47	Nunca		14,09
Amigo		17,36	Andar		14,37
Incomodar		16,58	Fêmur		14,37
Tarefas domésticas		15,91	Devagar		14,19
Passeio		15,27	Dor		14,19
Atividades		13,85	Dependente		14,09
Independente		12,81	Inválido		14,01
Razoável		12,81	Fraturar		13,79
Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor			
*sex_2		0,0001	*n_23		0,0001
*id_2		0,0001	*n_09		0,0001

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa

*variáveis independentes: idade, sexo e escolaridade.

**grupo que mais contribuiu para a formação da classe. chi²: qui-quadrado.

A Classe 1, intitulada “**Riscos de quedas entre idosos**”, detém 46 Segmentos de Texto (ST), com percentualidade de 20,81%, sendo representada por mulheres, na faixa etária mais avançada (acima de 80 anos). As palavras mais representativas: *pessoa idosa*, *sofrer*, *idade* e *perigoso* aparecem vinculadas a discursos que apontam as causas das quedas entre pessoas idosas e as associam às múltiplas mudanças físicas e funcionais advindas com o envelhecimento, ancoradas por crenças individuais e coletivas, já construídas e incorporadas socialmente.

Essa relação é reforçada pela correlação entre o aumento da idade, as mudanças corporais e a frequência de adoecimentos com o aumento da probabilidade de cair, constituindo a “realidade invisível” experienciada e propagada pelos participantes. Elementos léxicos como *frágil*, *desequilíbrio*, *corpo* e *saúde*, ilustram como as quedas se constituem objeto de representação social para pessoas idosas.

De acordo com Neri (2016), o processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional dos sistemas do organismo, normalmente caracterizado como um declínio das funções gerais, sendo a função motora a mais comprometida nos indivíduos idosos. Quer seja senescente (primário) ou senil (secundário), a realização de atos motores fica progressivamente comprometida durante o envelhecimento.

Alterações musculoesqueléticas, neuromotoras e somatossensoriais reduzem a mobilidade funcional de pessoas idosas ao longo dos anos, contribuindo para a redução da mobilidade e limitando os ajustes posturais necessários para a realização das atividades de vida diária, principalmente as que estão relacionadas com a participação social (Pillatt *et al.*, 2018).

Com efeito, as alterações nos sistemas osteomioarticular, cardiorrespiratório e nervoso, além do declínio das funções somatossensoriais, provocam subsequentes fragilidades na função motora, afetando diretamente a independência e a autonomia de pessoas idosas, por restringir suas habilidades para a execução de tarefas simples e cotidianas (Crisaldo *et al.*, 2021).

O estudo de Ermel *et al.* (2017) reitera esse contexto, ao observar que pessoas idosas brasileiras apresentavam comprometimentos nos domínios físico e da capacidade funcional, impactando negativamente a QV, quando comparados com participantes de nacionalidade portuguesa.

Os discursos apreendidos por essa classe destacam que o conhecimento elaborado pelos participantes sobre o conceito e os riscos de cair mostram-se interligados à percepção e compreensão da realidade que os cercam. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais sustenta que a apreensão do mundo real a partir da transformação do pensamento simbólico em

realidade, ocorre por meio de análises das ações sociais desenvolvidas pelos atores inseridos no contexto (Moreira; Silva, 2013).

Levando esses fatos em consideração, Jodelet (2017) reafirma que a representação é uma construção e uma expressão do sujeito sobre uma matéria concreta e observável (objeto), formulada dinamicamente e que manifesta as características de ambos (sujeito e objeto), conferindo interpretações e significados que se relacionam com o cotidiano de um grupo social ou de uma coletividade.

Por fim, durante a elaboração imagética do objeto quedas, os elementos citados pelos participantes refletem o universo consensual de pensamentos elaborados a partir de falas e experiências coletivas que os aproximaram previamente do referido objeto. O universo consensual expressa as ideias e as teorias do senso comum, onde os grupos sociais elaboram o próprio contexto a partir das experiências vivenciadas; é de onde eclodem as representações sociais a partir das opiniões expressas pelos sujeitos sobre tudo que os rodeiam (TURA, 2005).

Nomeada como **“Posicionamento frente a prevenção de quedas”**, a Classe 2 foi formada por 39 Segmentos de Texto (ST), o que equivale a 17,65% do material retido. Essa classe traz as representações de homens idosos, na faixa etária entre 60 e 69 anos, cujos conteúdos estão relacionados às práticas que devem ser adotadas por pessoas idosas para prevenção de quedas.

Em o “Posicionamento frente a prevenção de quedas” registram-se discursos sobre o vínculo entre o medo de cair e as estratégias adotadas por pessoas idosas, tais como segurar em corrimão, usar sapatos adequados com solado antiderrapante, prestando atenção enquanto caminha.

[...] Eu tento diminuir o risco de cair andando mais devagar, tirei uns degraus da minha casa e fiz rampa [...] (Part.14)

Verifica-se que os depoimentos dos participantes imbricam nas crenças sustentadas pelas repercussões negativas decorrentes das quedas, bem como nos comportamentos reforçados diante de um contexto de cronicidade associada às múltiplas mudanças que decorrem do processo de envelhecimento, principalmente nos âmbitos anatômico e fisiológico.

Em suas evocações, os participantes correlacionam medidas de adequações ambientais como principais estratégias para a prevenção de quedas, conforme ilustrado pelos vocábulos *corrimão*, *solado antiderrapante*, *barra de proteção* e *subir rampa*.

Tão importantes quanto os ajustes ambientais, os posicionamentos adotados referentes ao autocuidado e com maior integração com o ambiente externo são apresentados pelos

entrevistados como procedimentos necessários para a efetiva prevenção das quedas, numa transferência de responsabilidades pactuadas entre pessoas idosas, sociedade e família .

[...] Para evitar quedas novas, faço exercício físico na hidroginástica do centro de convivência do idoso, evito lugares molhados, lugares escuros, lugares abafados. Se precisar ir ao centro da cidade, chamo alguém para ir comigo [...] (Part. 11)

Observa-se, especificamente nessa classe, que os participantes descrevem seus universos cognitivo e social sobre as quedas num contexto de cronicidade, a partir dos posicionamentos que aprenderam a adotar diante das próprias experiências e das vivências observadas em seus respectivos espaços sociais.

Dessa forma, os discursos integram o pensamento construído pelos entrevistados (“o que pensam”) sobre quedas e dor crônica, reforçado pelos processos psicológicos atrelados ao medo de cair e às limitações funcionais consequentes às lesões musculoesqueléticas (“por que pensam”) e que ancoram as interações e práticas cotidianas adotadas para prevenir os acidentes por quedas (“como pensam”).

Conforme Vala e Castro (2012), o indivíduo tem a capacidade de reconhecer a existência de fatos e objetos no mundo externo, o que reflete um pensamento que é ativamente construído através da interação íntima com esses objetos, ao mesmo tempo em que expõe aspectos sociais e históricos que caracterizam tanto o sujeito quanto o objeto.

Nesse interim, a realidade passa a ser socialmente estabelecida e o saber torna-se uma construção do sujeito ligado ao entorno social no qual está inserido, compartilhando o objeto ou o fenômeno, numa intensa dinâmica de construção e reconstrução de símbolos, imagens e conceitos (Veloso; Moreira, 2022).

A Classe 3, “**Conhecimento dos fatores que predisõem as quedas**”, detém 47 dos 221 ST retidos (21,27%), contando com a contribuição de mulheres idosas, entre 70 e 79 anos. Seu conteúdo canaliza os conhecimentos que os entrevistados adquiriram sobre os fatores causais dos acidentes por quedas durante o envelhecimento, centrando os discursos em ambientes domésticos que favorecem as quedas, conforme indicam as evocações como *banheiro molhado, piso molhado, vaso sanitário e cozinha*.

Os participantes fazem forte referência às más condições de saúde e a adoção de hábitos de vida não saudáveis como parte de uma realidade visível, objetivada por crenças (pessoais e coletivas) e comportamentos desafiadores ao controle postural, tais como o aumento da taxa glicêmica e alimentação inadequada, conforme aludido no relato abaixo:

[...] Para evitar quedas tem que ter cuidado com a saúde, controlar a pressão arterial e o açúcar no sangue, tomar as vacinas, deixar a casa arrumada, com o piso seco no banheiro e na cozinha [...] (Part. 42)

Durante a elaboração imagética do objeto quedas, os elementos citados pelos participantes refletem o universo reificado de pensamentos elaborados a partir de falas veiculadas pelos profissionais de saúde que o assistem, assim como das experiências coletivas que os aproximaram previamente do referido objeto. No universo reificado, conhecimentos e ideias emergem a partir de métodos rigorosos, que são fundamentados em lógica e objetividade. É nesse contexto que se evidenciam as formas de saber e os conhecimentos científicos, nos quais apenas os especialistas interferem na realidade (Tura, 2005).

Moscovici (2015) enfatiza que as Representações Sociais devem ser entendidas como processos ativos, inseridos em um contexto de valores, noções e regras. Assim, elas se formam assim que o indivíduo expressa suas opiniões e adota comportamentos em relação ao objeto, resultando na interação conjunta entre estímulos e respostas, que englobam os conceitos e valores associados ao objeto representado. Dessa forma, o conhecimento científico se integra às crenças individuais, convertendo-se em um componente da cultura de um grupo, à medida que se torna um conhecimento compartilhado através das relações sociais estabelecidas.

As narrativas construídas sobre o conhecimento dos fatores causais das quedas podem tornar possível a transformação do entorno da população idosa, de modo a possibilitar transformações pessoais e coletivas a partir da adoção de estratégias preventivas – desde o estabelecimento dos ajustes ambientais às medidas de autocuidado, semeando possibilidades e oportunidades a si e aos outros que comungam dos mesmos espaços sociais, permitindo associações diversas durante a permuta do conhecimento.

A Classe 4, “**Sentidos associados à qualidade de vida para idosos**”, inclui 44 dos 221 ST retidos (19%). Foi assim nomeada por apresentar um conteúdo mais vinculado aos aspectos subjetivos que envolvem a qualidade de vida quando associada aos acidentes por quedas na velhice. Nela, prevaleceram participantes do sexo feminino, com idades entre 70 e 79 anos, que expressaram os sentidos associados à gama de interferências negativas que as quedas produzem sobre a QV de quem envelhece em um contexto de dor crônica.

[...] Cair é ruim para a pessoa idosa. O idoso pode quebrar osso e ainda depender dos outros. Sentir dor direto principalmente para quem já sente dores há muitos anos [...] (Part. 14)

Os conteúdos referidos por essa classe expressam a influência das condições de saúde associadas à presença da dor crônica sobre a percepção da qualidade de vida entre os entrevistados, observando que alguns participantes atribuíram a independência em realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) à uma percepção positiva da QV, como pode ser visualizado no segmento de texto abaixo:

[...] Considero a minha qualidade de vida boa. Não tenho o que reclamar, embora as minhas dores sejam fortes e limitem muitas atividades que costumo fazer no meu dia. Mas não deixo de fazer nenhuma delas. Não deixo as dores me derrubarem. [...] (Part. 42)

Os entrevistados remetem que uma boa qualidade de vida está relacionada aos momentos de socialização com *amigos* e com os *netos*, em atividades relacionadas ao lazer, como os *passeios*, mesmo com a presença de queixas álgicas. Atribuíram, portanto, a escolha de convívio com a dor crônica e ao desenvolvimento de estratégias que possibilitem a preservação de suas agendas funcionais como fatores significativos para a construção de uma percepção positiva da QV.

As relações afetivas, em âmbito familiar ou no contexto social onde se insere o idoso transparece nos elementos léxicos acima citados, tornando-os elementos constitutivos das representações sociais com dimensões mais negativas e cristalizadas sobre as quedas e a dor.

É notória a influência dos determinantes sociais da saúde sobre a percepção da qualidade de vida por pessoas idosas, considerando a multidimensionalidade do processo de envelhecimento e do próprio conceito do termo “qualidade de vida”. Nesse aspecto, a construção dos sentidos atribuídos ao objeto qualidade de vida passa a ser favorecida por discursos do universo consensual de pensamentos veiculados pelos idosos entrevistados, a partir das próprias experiências de convívio e de enfrentamento com a dor crônica.

As Representações Sociais permitem que as explicações e ideias compartilhadas por um grupo específico moldem os sistemas de valores e práticas que se desenvolvem no contexto social. Essas dinâmicas são formadas a partir das contribuições individuais dos membros do grupo, sendo continuamente atualizadas à medida que a comunicação entre eles evolui e os avanços sociais se tornam evidentes (Nóbrega, 2013).

A Classe 5, nomeada como “**Dimensões negativas sobre o medo de cair**”, incluiu 47 dos 221 ST retidos (21,27%), foi constituída por mulheres idosas, com idades entre 60 e 69

anos Os participantes expressam os sentidos associados às percepções da qualidade de vida para idosos. Essa classe é formada por mulheres idosas, entre 60 e 69 anos.

Um aspecto relevante nas representações construídas pelos participantes dessa classe é a correlação entre quedas e os seus possíveis desfechos negativos. Portanto, para os atores que construíram essa classe, as quedas seriam eventos que podem ser prevenidos, mas não são totalmente evitáveis, reforçando a associação entre os acidentes por quedas e as lesões ósseas, bem como as repercussões funcionais, tais como permanecer *acamada e dependente* por muito tempo, ou até mesmo *inválida*, após *ossos quebrados* como o *fêmur*.

Entre muitas situações negativas que giram em torno das quedas e de suas complicações, sofrer uma fratura pode significar, para pessoas idosas, perda ou redução da sua autonomia, prejudicando a QV (De Castro et al., 2021).

As representações sociais construídas pelos entrevistados remetem que a pessoa idosa passa a perceber positivamente sua qualidade de vida quando consegue desempenhar suas atividades diárias à medida que se mantém independente, mesmo diante de limitações impostas por condições de saúde caracterizadas pela presença da dor crônica e das possibilidades de vir a cair enquanto vivenciam as múltiplas transformações biopsicossociais decorrentes do envelhecimento.

Outrossim, à medida em os idosos se percebem mais idosos e frágeis do ponto de vista biológico e social, o ambiente domiciliar e os espaços públicos tornam-se desafiadores ao controle postural, ampliando a propensão ao desenvolvimento do medo de cair, mesmo em idosos que não havia vivenciado anteriormente algum evento de queda.

Dessa forma, o medo de cair mostra-se como uma manifestação imaginária de uma realidade invisível e possível, se levadas em consideração as mudanças fisiológicas e patológicas de uma velhice atrelada à presença da dor crônica. Por fim, sofrer uma fratura pode significar, a perda ou redução da sua autonomia, influenciando diretamente na redução da QV.

A análise qualitativa discutida nos parágrafos anteriores explorou as percepções, experiências e narrativas que emergem sobre o medo de cair e a QV em idosos com dor crônica no desempenho em dupla tarefa, revelando padrões e significados que fornecem uma compreensão profunda e contextualizada dos fenômenos investigados. Essa abordagem permitiu identificar nuances e variáveis relevantes que, agora, servirão de base para uma investigação quantitativa mais ampla. A transição para a análise quantitativa, que será descrita adiante, visa testar e generalizar essas observações iniciais, quantificando as relações e estabelecendo correlações, garantindo assim uma robustez estatística aos achados da pesquisa.

A tabela 2 ilustra a média das seis facetas do *Whoqol-old* que compõem a qualidade de vida, bem como o escore total do referido instrumento. Os escores mais baixos foram encontrados nas facetas intimidade (12,82; $\pm 3,42$) e autonomia (13,64; $\pm 2,97$), enquanto os escores mais elevados ocorreram nas facetas habilidades sensoriais (15,30; $\pm 2,96$) e morte e morrer (15,2; $\pm 2,97$). A média do escore total da QV encontrada nos usuários da amostra pelo *Whoqol-Old* foi 84,88 ($\pm 14,20$).

Tabela 2. Escores das facetas que compõem o *Whoqol-Old*. João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Facetas da qualidade de vida (WHOQOL-OLD)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Habilidades Sensoriais	15,30	2,96	9	20
Autonomia	13,64	2,97	8	19
Atividades passadas, presentes e futuras	14,06	2,87	7	19
Participação Social	14,3	2,88	8	20
Morte e Morrer	15,2	2,97	9	20
Intimidade	12,82	3,42	8	23
Escore Total	84,88	14,20	60	115

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.
Dados da pesquisa.

Ao relacionar os escores das facetas que compõem o *Whoqol-Old* aos achados qualitativos, observou-se que os ideários que construíram a classe semântica 4 (Sentidos associados à QV para idosos) apoiam-se no escore médio de 84,88 da QV, tendo as facetas intimidade (12,82) e autonomia (13,64) os menores escores, reforçando a influência das condições de saúde associadas à presença da dor crônica sobre a percepção da QV entre os entrevistados. A variável queda apresentou-se mais central na complexidade das relações, seguida da participação social como uma das facetas da QV.

Em um estudo transversal com 239 idosos, ao avaliar os fatores associados à qualidade de vida em idosos com dor crônica em atendimento ambulatorial, foi detectado que a faceta autonomia também apresentou os piores escores do *Whoqol-Old*, juntamente com a participação social (Da Paz *et al.*, 2021).

Os autores supracitados ressaltam que a faceta autonomia apresentou associação com depressão e intensidade da dor, principalmente nos membros inferiores. Os idosos com dor

crônica tem maior tendência a desenvolver depressão e vice-versa. A redução da autonomia leva a relações interpessoais disfuncionais, afastamento das atividades de recreação e lazer, ausência de cuidados com a saúde de forma geral e isolamento social, o que pode influenciar negativamente a QV dessas pessoas (Sivertsen *et al.*, 2015).

Apesar da maior parte dos idosos entrevistados (64%) morar com o cônjuge (apenas com o cônjuge ou com o cônjuge juntamente com outros membros da família), a faceta Intimidade apresentou o mais baixo escore da QV na amostra estudada. Esse achado difere dos resultados do estudo realizado por Manso, Maretti e Oliveira (2019) que detectaram que a faceta Intimidade apresentou o maior escore num grupo de 169 idosos cuja maioria morava com o cônjuge.

. Os autores supracitados alegam que o alto desempenho na faceta Intimidade pode ser explicado pela satisfação com a convivência e as relações íntimas com os seus companheiros e aqueles que os cercam, tendo em vista o predomínio de idosos casados e que vivem com as suas famílias. Porém, um resultado antagônico foi encontrado na presente pesquisa, o que pode sinalizar a existência de outros fatores influenciadores como a insatisfação na vida conjugal ou ausência da sensação de plenitude na afetividade e na sexualidade.

O medo de cair avaliado pela FES-I Brasil apresentou escore médio de 31,42 ($\pm 11,27$). 68% (n=34) dos usuários relataram ter ao menos um evento de queda nos últimos 12 meses, sendo encontrada uma média de 1,86 ($\pm 1,71$) quedas no referido período.

O escore médio do medo de cair mencionado no parágrafo anterior representa quase a metade do escore máximo (64) do referido instrumento, em que quanto maior o escore, maior a preocupação quanto ao medo de cair. Ou seja, os idosos participantes do estudo apresentam muito preocupação em cair. Esse tipo de medo tem sido reconhecido como um fator de risco de quedas e um determinante de funcionalidade e qualidade de vida na população idosa (Hadjistavropoulos; Delbaere; Fitzgerald, 2011).

Hadjistavropoulos, Delbaere e Fitzgerald (2011) frisam que o medo de cair pode levar à restrição das atividades funcionais, aumentando a perda da confiança e diminuindo a capacidade para evitar as quedas. A limitação funcional em idosos pode originar declínio funcional, atrofia muscular, falta de equilíbrio, alterações na marcha, depressão, isolamento social, com repercussões evidentes na qualidade de vida (Dos Santos; De Figueiredo, 2019).

A prevalência do medo de cair nas pessoas idosas apresenta natureza multifatorial, destacando-se os fatores como a idade avançada, ser do sexo feminino, fraca percepção do estado de saúde e de autoeficácia, sedentarismo, obesidade, déficit de equilíbrio postural,

alterações da mobilidade e da marcha, viver sozinho e/ou com rede social reduzida, problemas de visão, polimedicação e histórico de queda (Duarte et al., 2018).

Na presente pesquisa a média do histórico de eventos de quedas nos idosos participantes foi de 1,86 nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista. Segundo Duarte *et al.* (2018) as quedas podem afetar a capacidade funcional e acarretar perdas da autonomia e da independência. Suas consequências mais comuns são: fraturas, imobilidade, restrição de atividades, institucionalização, declínio da saúde, prejuízos psicológicos como o medo de sofrer novas quedas e, também, o risco de morte, além do aumento dos custos com os cuidados de saúde e prejuízos sociais relacionados à família.

O *Teste Timed Up and Go (TUG)* apresentou tempo médio de 13,04s ($\pm 3,58$) para o *TUG* simples, 13,54s ($\pm 3,85$) para o *TUG* motor e 15,38s ($\pm 4,78$) para o *TUG* cognitivo. O custo da Dupla Tarefa encontrado atingiu uma média de 0,14 ($\pm 0,06$), correspondente a 14% que é indicativo de baixo gasto energético na realização de atividades simultâneas.

Tabela 3. Escores do Teste *Timed up and Go (TUG)* e CDT, João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<i>TUG</i>	13,04	3,58	08	20
<i>TUG</i> MOTOR	13,54	3,85	08	22
<i>TUG</i> COGNITIVO	15,38	4,78	09	25
CDT	0,14	0,06	0,05	0,27

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa.

Para o presente estudo foi considerada a classificação proposta por Oliveira-Zmuda *et al.* (2022) em que o *TUG* realizado abaixo de dez segundos é indicativo de baixo risco de quedas, entre dez e vinte segundos seria moderado risco de quedas e maior que 20 segundos um elevado risco de quedas.

O *TUG* simples apresentou escore médio que se enquadra no estrato do moderado risco de quedas (10s a 20s), bem como o *TUG* motor e o *TUG* cognitivo. Em um estudo de Coorte realizado com 42 idosos foi encontrado o escore que representa um moderado risco de quedas em 76,92% dos idosos da amostra, corroborando com resultados do presente estudo.

Silva *et al.* (2017) observaram na sua pesquisa que idosos caidores necessitaram de mais segundos para concluir o teste (14,31s). O menor tempo de realização do *TUG* está relacionado à melhor potência muscular, velocidade de marcha e capacidade funcional. Inversamente,

valores elevados de tempo estão diretamente ligados à menor mobilidade funcional e força muscular dos membros inferiores, sugerindo que os indivíduos estão mais propensos a quedas (Wanser *et al.*, 2015).

No estudo longitudinal realizado por Oliveira-Zmuda *et al.* (2022) foi detectado que mais da metade dos idosos da amostra que apresentavam escore indicativo de moderado risco de quedas pelo TUG, apresentou pelo menos um evento de queda durante o acompanhamento por um ano. Resultados similares também foram encontrados em outros estudos longitudinais em que foi utilizado o TUG em idosos e que houve relatos de eventos de queda nos participantes com escore a partir de dez segundos (Cruz *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2019).

No presente estudo, o CDT apresentou média de 14%, o que não se enquadra no quartil indicativo de alto custo (maior que 20%) da dupla tarefa, apesar do escore médio do TUG cognitivo se encontrar inserido na classificação de moderado risco de quedas, bem como a média de 1,86 eventos de queda nos últimos doze meses.

Em um estudo realizado por Muir *et al.* (2012) foi avaliado o CDT de idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve e demência em que foi encontrado quartis de 25%, 27% e 9%, respectivamente. Com isso, o CDT médio de 14% encontrado na presente pesquisa pode ser justificado pela inclusão de idosos com pontuações, no Miniexame do Estado Mental, indicativas de boa capacidade cognitiva.

Para verificar a relação conjunta entre as variáveis do estudo foi realizada a abordagem analítica da *Network Analyses*. Foram identificadas as variáveis centrais, a força das relações e sua direção de forma a permitir o estudo da complexidade das relações entre variáveis para além de pares de comparações.

A variável quedas apresenta-se mais central na complexidade de relações (proximidade= 2,06), seguida da participação social como uma das facetas da QV pelo *Whoqol-Old* (proximidade=1,58). A variável CDT revela uma forte associação positiva com quedas assim como a variável TUG cognitivo, contudo, esta revela-se de menor intensidade. Por outro lado, a variável participação social configura-se como uma associação negativa com as quedas. As demais variáveis têm fraca relação direta com as quedas (Figura 3).

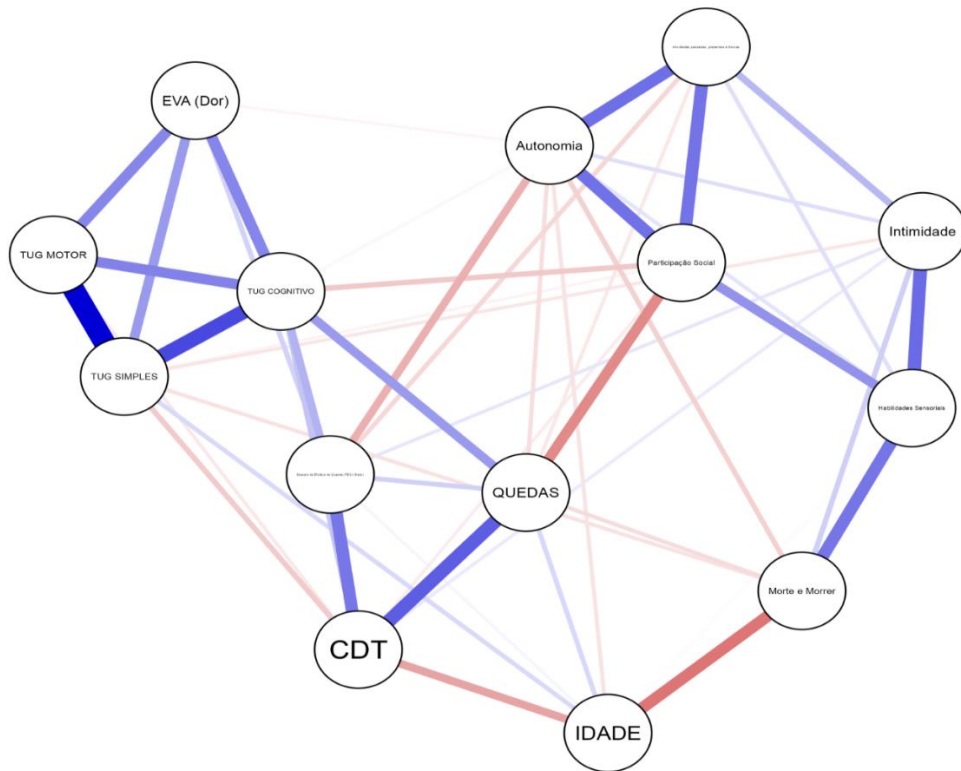


Figura 3. Relação conjunta entre as variáveis do estudo por meio do *Network Analyses*.

Fonte: Veloso; Moreira, 2024.

Dados da Pesquisa.

A posição mais central das quedas na análise multivariada demonstra que há múltiplos fatores influenciadores dos eventos de queda, porém, no presente estudo houve uma maior influência do CDT e do TUG cognitivo. Ambos os testes são preditores do desempenho em DT. À medida que aumenta a porcentagem do CDT e o tempo utilizado para realizar o TUG cognitivo, também aumentou a frequência de eventos de queda.

Com isso o CDT com quartis mais elevados, que é indicador de maior custo na realização da DT, tem relação direta com o aumento dos eventos de queda. O TUG cognitivo ao ser realizado por um tempo mais prolongado, que também é um teste que utiliza demandas cognitivas durante a deambulação, também teve relação direta com o aumento dos eventos de queda.

Fatori *et al.* (2015), ao avaliar dezenove idosos ativos, encontraram valores maiores em relação ao tempo gasto na realização das tarefas associadas, tanto motoras quanto motoras e cognitivas, quando comparadas com a tarefa simples.

Os achados do presente estudo, bem como do estudo mencionado no parágrafo acima pode ser justificado pela lentificação dos processos cognitivos durante o processo de envelhecimento, o que dificulta a realização simultânea de várias tarefas e retarda a aprendizagem e o resgate das informações. Também se torna válido frisar que o déficit de memória dificulta a realização das atividades de vida diária, causando dependência e ausência de autonomia (Moraes, 2012; Olchik *et al.*, 2012).

A participação social, que é uma das facetas da QV, também apresentou centralidade em relação às variáveis do estudo. Contudo, destacou-se a associação negativa com as quedas, ou seja, à medida que se aumentava o número de eventos de quedas nos últimos doze meses, reduzia-se os escores da participação social que é indicativo de uma agenda social restrita.

O histórico de eventos de queda e o medo de cair são fatores influenciadores do isolamento social, que restringe as atividades da vida diária, podendo gerar um ciclo vicioso. Pois uma redução das atividades diárias causa uma menor utilização do sistema musculoesquelético e redução dos níveis de força, alterando de forma negativa a capacidade funcional, aumentando o risco de quedas e, novamente, limitando as tarefas cotidianas e a participação social (Silva *et al.*, 2023).

Um risco de queda aumentado, o medo de cair e o histórico de quedas podem desencadear efeitos negativos na capacidade funcional e nos aspectos psicológicos de idosos, como um maior autorrelato de depressão, menor autoeficácia em relação às quedas, menor velocidade de marcha e pior autopercepção de saúde que podem culminar na baixa participação em eventos sociais do cotidiano (Dias *et al.*, 2011).

A influência na rede complexa das variáveis pode ser observada através da relação entre os parâmetros “Intermediação, Proximidade e Força” produzindo a Influência esperada, identificado que as variáveis “Idade”, “TUG Cognitivo” e “Morte/Morrer” foram as mais influentes pelo fato de obterem os maiores valores de correlação (tabela 4).

Tabela 4. Mensurações de Centralidade por Variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Variável	Network			Influência esperada
	Intermediação	Proximidade	Força	
Habilidades Sensoriais	0.615	-0.030	-0.443	0.881
Autonomia	-0.405	-0.094	0.357	-0.552
Atividades passadas, presentes e futuras	-0.632	-0.152	-0.520	0.293
Participação Social	2.316	1.585	0.733	-0.341
Morte e Morrer	-0.292	-0.768	-0.668	-1.513

Tabela 4. Mensurações de Centralidade por Variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Variável	Network			Influência esperada
	Intermediação	Proximidade	Força	
Intimidade	-0.858	-1.251	-1.219	0.267
Esacala de Eficácia de Quedas (FES-I Brasil)	-0.745	0.462	-0.460	-0.212
TUG SIMPLES	-0.518	-0.397	1.637	0.938
TUG MOTOR	-0.858	-0.942	0.141	1.015
TUG COGNITIVO	1.863	0.428	1.934	1.599
IDADE	-0.065	-0.431	-1.411	-2.036
QUEDAS	0.275	2.060	0.404	-0.560
EVA (Dor)	-0.858	-1.311	-0.954	0.535
CDT	0.162	0.841	0.470	-0.315

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.
Dados da pesquisa.

A Idade, o TUG cognitivo e Morte/Morrer (faceta da QV) exerceram maior influência em todas as variáveis do estudo, ao ser realizado a análise multivariada. A idade é correlacionada com o agravamento de múltiplas variáveis em diversos estudos com pessoas idosas. Pimentel e Loch (2020) apontam que os idosos acima de 80 anos estão mais expostos às doenças crônico-degenerativas e às demais alterações decorrentes dessa fase da vida, o que pode proporcionar impacto na autonomia e independência.

Santos *et al.* (2020) afirmam que idosos acima de 80 anos têm maior prevalência de doenças crônicas e as alterações do processo de envelhecimento tornam-se mais frequentes e intensas, incluindo a dor. Dentre os diferentes tipos de dor, a dor crônica é a que mais acomete a população idosa acima de 80 anos e se configura como fator limitante do ponto de vista funcional o que, consequentemente, impacta negativamente a QV (Bettiol *et al.*, 2017).

A proporção da ocorrência de quedas em idosos na faixa etária entre 65 e 74 anos é de 32%, entre 75 e 84 anos é de 35% e acima de 85 anos é de 51%. Isso indica que a vulnerabilidade, entre outros fatores, tende a crescer com a idade, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de ocorrências de acidentes por quedas (Gasparotto *et al.*, 2014).

Pereira, Ceolim e Neri (2013) estimam que 60 a 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de seus lares e esta proporção pode aumentar com o passar da idade, observada em indivíduos acima de 75 anos. Isso reforça a hipótese de que a quanto mais avançada a idade, maior também será a presença de fatores limitantes da funcionalidade e da QV.

O TUG cognitivo também se enquadrrou como uma das variáveis mais influenciadoras das outras variáveis do estudo. Por ser indicativo do desempenho em DT, os resultados do

referido teste podem sinalizar influência nas alterações da marcha, o aumento do risco de quedas e repercussão na QV.

A marcha em condições de DT é evento frequente em atividades cotidianas e a redução no desempenho em realizar atividades simultâneas exerce um grau de dificuldade adicional durante o ato de deambular, afetando o equilíbrio postural e diminuindo o desempenho dos idosos. Assim, estabelece-se um grande conflito na execução de tarefas que exigem simultaneamente as funções motora e cognitiva no idoso. Com isso, as alterações no desempenho em DT, ao causar limitações na marcha e na realização das atividades de vida diária, afetam a funcionalidade e as facetas da QV no idoso (Courtney *et al.*, 2011).

A tabela 5 e o gráfico 1 ilustram a formação de grupos dentro da rede de variáveis. É possível observar um agrupamento latente adensados pelo TUG motor e o TUG Simples e compostos ainda por EVA e TUG Cognitivo (Grupo 1). Além deste agrupamento, é possível detectar outra emergência latente pelo adensamento da variável Atividades passadas, presentes e futuras, a qual atrai as variáveis autonomia e participação social (Grupo 2). É também possível notar que estes grupos latentes se comunicam com as quedas de forma oposta, sendo que o grupo 1 produz uma correlação positiva e o grupo 2 uma correlação negativa.

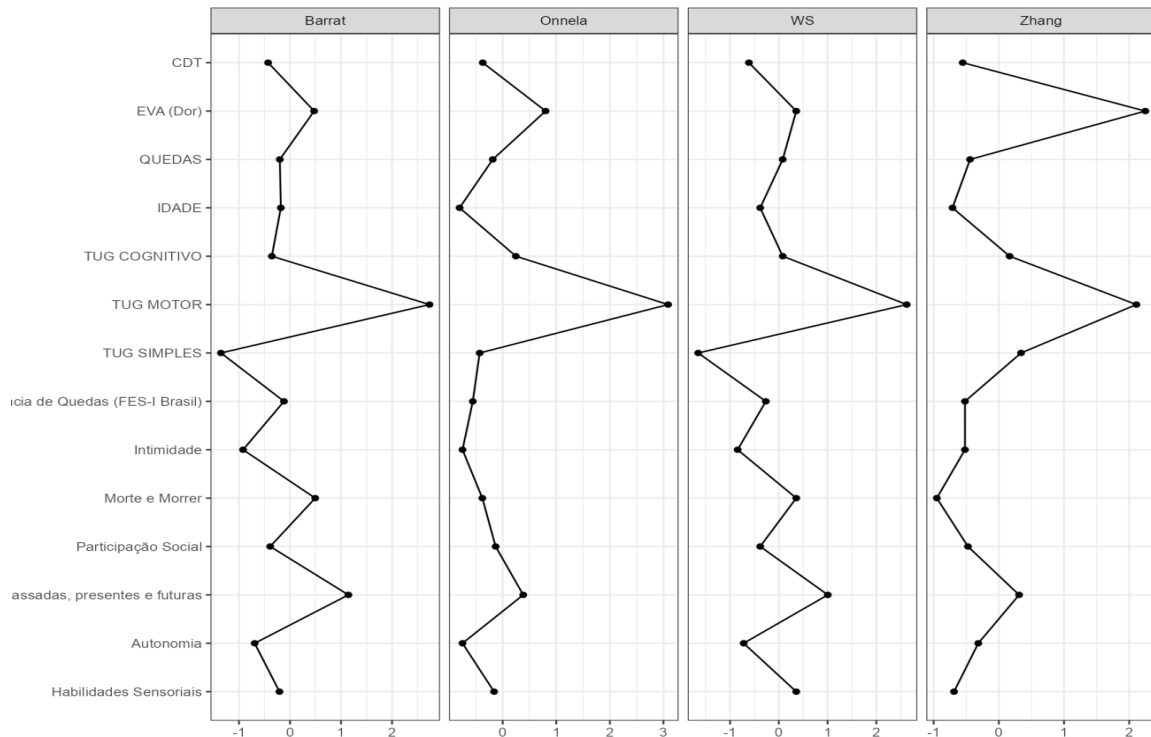
Tabela 5. Medidas de agrupamento por variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50)

Variável	Network			
	Barrat	Onnela	WS	Zhang
Habilidades Sensoriais	-0.207	-0.160	0.358	-0.688
TUG MOTOR	2.734	3.087	2.624	2.111
TUG COGNITIVO	-0.357	0.246	0.080	0.165
IDADE	-0.180	-0.804	-0.382	-0.711
QUEDAS	-0.200	-0.185	0.080	-0.442
EVA (Dor)	0.473	0.801	0.358	2.248
CDT	-0.429	-0.371	-0.613	-0.554
Autonomia	-0.693	-0.750	-0.721	-0.316
Atividades passadas, presentes e futuras	1.144	0.384	1.005	0.311
Participação Social	-0.389	-0.131	-0.382	-0.474
Morte e Morrer	0.494	-0.379	0.358	-0.952
Intimidade	-0.920	-0.749	-0.845	-0.520
Esacala de Eficácia de Quedas (FES-I Brasil)	-0.118	-0.558	-0.266	-0.520
TUG SIMPLES	-1.353	-0.429	-1.654	0.341

Fonte: Velôso; Moreira, 2024.

Dados da pesquisa.

Gráfico 1. Medidas de agrupamento por variável, João Pessoa-PB, 2024 (n=50).



Fonte: Veloso; Moreira, 2024.
Dados da pesquisa.

O grupo1 que é composto pelo TUG motor e pelo TUG Simples, acrescido ainda pela EVA e pelo TUG Cognitivo apresentou correlação positiva com os eventos de queda. Ou seja, à medida que os escores das variáveis do grupo 1 aumentam, também ocorre o aumento dos eventos de queda.

O TUG e as suas formas adaptadas de execução são importantes preditores do risco de quedas em idosos. Martinez *et al.* (2019) detectaram em seu estudo, com 68 idosos, associação entre o TUG e o autorrelato de quedas em idosos. No estudo de Bretan *et al.* (2013), o TUG foi utilizado em 102 idosos para avaliar o equilíbrio e detectou que a classificação dos estratos do TUG foram coerentes com o risco de quedas, ou seja, os autores concluíram que o TUG é uma ferramenta útil para avaliar o risco de quedas. Rodrigues e Souza (2016) também utilizaram o TUG para avaliar a eficiência na prevenção de quedas em idosos e concluíram que o teste é eficiente para avaliação do risco de quedas em idosos.

No estudo de Rodrigues e Souza (2016), por sua vez, foi utilizado o TUG para avaliar sua eficiência na prevenção de quedas em idosos, onde se observou uma prevalência do sexo feminino, e 16,4% da amostra informaram que sofreram quedas no último mês. Além disso, a pesquisa identificou com a utilização do teste TUG que 98,2 % da amostra não possui ou é

baixo o risco para quedas, e 1,8% demonstrou risco para quedas significativo. Com isso concluiu-se que o teste TUG demonstra eficiência para avaliação de risco de quedas em idosos.

O CDT revelou forte associação positiva com quedas, conforme visualizado nos discursos elaborados pelos participantes da classe semântica 5 ao correlacionarem os acidentes por quedas aos seus possíveis desfechos adversos, incluindo os prejuízos à participação social. Houve correlação positiva entre o grupo 1 (TUG; EVA) e quedas e correlação negativa entre o grupo 2 (atividades presentes, passadas e futuras; autonomia; participação social) e quedas.

A escala analógica visual da dor (EVA) também se encontrou inserida no grupo 1 com correlação positiva com os eventos de queda. Ou seja, à medida que aumenta o índice de dor pela EVA, aumenta também o histórico de eventos de queda. Sabe-se que dor crônica é particularmente comum e problemática em idosos, onde está associada a sofrimento significativo, isolamento social, incapacidade e maiores custos e encargos para os sistemas de saúde.

Ademais, a dor crônica leva ao idoso a adotar uma postura antálgica, como forma de compensação para evitar o agravamento do quadro álgico. Com isso, há o aparecimento de assimetrias devido ao desequilíbrio muscular entre os dimídios que, por sua vez, proporciona em maior desequilíbrio postural e fraqueza muscular que gera maior propensão a quedas (Domenichiello; Christopher, 2020; Bernfort *et al.*, 2015; Dahlhamer *et al.*, 2016).

O grupo 2 (Atividades passadas, presentes e futuras, autonomia, participação social), que são facetas da QV, apresentaram correlação negativa com quedas. Ou seja, os escores mais baixos das referidas facetas da QV eram associados a um maior histórico de eventos de queda. As quedas geram influências negativas na QV do idoso, que podem impactar os domínios da saúde física, mental e emocional, pelas consequências da queda ou mesmo pelo medo de cair (Santos *et al.*, 2018; Clark, 2019).

Assim como o histórico de quedas, o medo de cair está presente nos idosos com relatos de queda. Numa revisão sistemática realizada por Shone *et al.* (2019) foram encontradas associações robustas entre baixos escores do medo de cair e altos escores de QV e, inclusive o medo de cair se destacou como um preditor independente de QV.

É possível ponderar que as representações sociais se constituem como modos de conhecimentos práticos, nascidas no senso comum e inseridas nos grupos de pertença por meio de falas, crenças e conhecimentos elaborados que se renovam, a ponto de colaborar com a ressignificação de realidades, antes invisível e sem aplicabilidade, em realidades visíveis e passíveis de transformação.

Enquanto objetos de representação social, quedas e dor crônica mostram-se incorporadas no cotidiano de saberes disponíveis, de modo a despertarem crenças e comportamentos que constituem o medo de cair como uma importante dimensão psicoemocional do campo representacional.

Destarte, os participantes passam a incorporar o medo de cair como crença, que quando aliado aos principais desfechos provocados pelas quedas, cria um comportamento favorável à instalação de limitações funcionais e a redução da QV, vivenciados por eles mesmos ou apenas observados em respectivos grupos de pertença.

Os sujeitos passam, então, a agir de acordo com as influências do meio a que pertencem, evidenciado por posicionamentos que revelam a importância da adoção de estratégias de prevenção às quedas, seja por meio de práticas de autocuidado com saúde, de ajustes ambientais e de adequações psicoemocionais, sendo esses saberes a serem constantemente disponibilizados pelo meio social.

Um estudo transversal, que contou com a participação de pesquisadores da Finlândia, Polônia e Espanha, avaliou a qualidade de vida de pessoas idosas, evidenciando que a prática regular de atividade física e o estabelecimento de laços afetivos de idosos com grupos geracionais mais jovens são alguns dos fatores que contribuem para o aumento da qualidade de vida da população que envelhece (Raggi *et al.*, 2017).

Nesse cenário, as habilidades em realizar tarefas simultâneas, expressas pelo CDT, passam a configurar como uma ancoragem por proporcionar interações práticas, elaboradas terapeuticamente de modo a transformar crenças e comportamentos anteriormente concebidos sobre as limitações funcionais decorrentes da dor crônica e do medo de cair, contribuindo para incorporação de práticas promotoras de qualidade de vida no decorrer dos avançar dos anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o impacto das representações sociais sobre o medo de cair e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica no desempenho em dupla tarefa.

Os resultados remetem que a pessoa idosa passa a perceber positivamente sua qualidade de vida quando consegue desempenhar de forma independente suas atividades diárias, mesmo diante de limitações impostas por condições de saúde caracterizadas pela presença da dor crônica e das possibilidades de vir a cair, enquanto vivenciam as múltiplas transformações biopsicossociais decorrentes do envelhecimento.

As representações sociais elaboradas sobre as quedas e o medo de cair denotam uma articulação de saberes e práticas que se constroem sob a sustentação das práticas de autocuidado, aliados aos ajustes ambientais necessários para adequar o ambiente domiciliar às demandas físicas e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento, bem como sob determinantes sociais de saúde, a saber o contexto familiar e as relações sociais com a comunidade. Tais nuances mostram-se arraigadas a uma compreensão consensual do conceito de qualidade de vida dentro do campo representacional.

Os participantes do estudo estabeleceram que os conhecimentos sobre o medo de cair no contexto da dor crônica, quer seja em situações reais (já vividas pelos participantes) ou imaginárias (vividas por pessoas próximas aos participantes), mostram-se incorporados ao posicionamento frente à prevenção às quedas, reforçadas pelas imagens e sentidos construídos pelos desfechos adversos promovidos pelas quedas, refletindo o universo reificado de pensamentos elaborados e partilhados pelos profissionais de saúde que os assistem.

A caracterização de práticas promotoras de qualidade de vida evidenciou atitudes relacionadas a hábitos alimentares saudáveis, atividade e participação social, convivência com familiares, a realização de tarefas instrumentais de vida diária com independência e autonomia e de lazer com os amigos.

As limitações da amostra e a seleção por conveniência não chegaram a comprometer os resultados, mas devem ser considerados em estudos futuros para a maior amplitude e generalização das informações relacionadas ao objeto de estudo. Também torna-se importante frisar que a amostra predominantemente feminina é uma limitação, visto que as percepções de objetos e suas relações com o mundo visível e invisível difere entre os sexos masculino e feminino.

O estudo contribuiu para a compreensão de profissionais da saúde sobre a autonomia de pessoas idosas em conhecer e aplicar novos saberes no decorrer de períodos adversos. Cabe aos profissionais envolvidos no cuidado da pessoa idosa com dor crônica, nortear suas práticas em uma esfera multiprofissionais e integral no tocante ao envelhecimento, observando a capacidade de enfrentamento das adversidades da população idosa, a qual reflete as crenças e valores apreendidos ao longo do ciclo de vida.

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ASSOCIADAS

ARTIGO DE REVISÃO



MEDO DE CAIR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS: PESQUISAS EM EVIDÊNCIA

FEAR OF FALLING AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE: RESEARCH INTO EVIDENCE

MIEDO A CAER Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES: INVESTIGACIÓN EN EVIDENCIA

José Artur de Paiva Veloso¹
 Haydée Cassé da Silva²
 Olívia Galvão Lucena Ferreira³
 Laura de Sousa Gomes Veloso⁴
 Susanne Pinheiro Costa e Silva⁵
 Antônia Leda Oliveira Silva⁶
 Maria Adelaide Silva Paredes
 Moreira⁷

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0001-8606-5953

² Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0001-5859-556X

³ Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0002-8490-2444

⁴ Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0003-3522-9449

⁵ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0002-9864-3279

⁶ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0001-7758-2035

⁷ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil ORCID: 0000-0001-9460-9172

Autor correspondente

José Artur de Paiva Veloso
 Rua Doutor Antônio Palitot, n. 74 Apt.
 102, Bancários, CEP: 58.051-780, João
 Pessoa, PB, Brasil. Telefone:
 +55(83)99917-9257
 Email: arturvelosofasio@gmail.com

Submissão: 16-10-2023

Aprovado: 05-02-2024

RESUMO

Objetivo: identificar o saber científico gerado sobre medo de cair e qualidade de vida em pessoas idosas com histórico de quedas. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura, norteada pelo PRISMA. As consultas ocorreram nas bases de dados BDNF, MEDLINE via PubMed, Embase, SCOPUS e Web of Science, utilizando os descritores qualidade de vida; acidentes por quedas; medo de cair e pessoa idosa. Foram encontrados 1.899 artigos, dos quais 15 corresponderam aos critérios de elegibilidade. **Resultados:** no que tange aos participantes, 3.325 pessoas idosas de ambos os sexos foram incluídas nos estudos analisados. Verificou-se que aqueles considerados ativos, sem histórico de quedas recentes e que residiam na comunidade apresentavam menor prevalência de medo de cair. **Conclusão:** as evidências sugerem uma forte associação entre o medo de cair e a qualidade de vida para pessoas idosas, com histórico de quedas, influenciada pelos desempenhos físico, cognitivo e social. Contribuições para a prática: a relação entre melhor qualidade de vida e baixo medo de cair pode ser mediada por práticas de prevenção e de promoção à saúde física e mental, equilibrando os efeitos que as emoções desempenham sobre o controle postural entre pessoas idosas.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Acidentes por Quedas; Pessoa Idosa.

ABSTRACT

Objective: to identify the scientific knowledge generated about fear of falling and quality of life in elderly people with a history of falls. **Methods:** this is an integrative literature review, guided by PRISMA. The consultations took place in the BDNF, MEDLINE via PubMed, Embase, SCOPUS and Web of Science databases, using the descriptors quality of life; fall accidents; fear of falling and elderly people. 1,899 articles were found, of which 15 met the eligibility criteria. **Results:** regarding participants, 3,325 elderly people of both sexes were included in the studies analyzed. It was found that those considered active, with no history of recent falls and who lived in the community had a lower prevalence of fear of falling. **Conclusion:** evidence suggests a strong association between fear of falling and quality of life for elderly people with a history of falls, influenced by physical, cognitive and social performance. Contributions to practice: the relationship between better quality of life and low fear of falling can be mediated by prevention practices and promotion of physical and mental health, balancing the effects that emotions have on postural control among elderly people.

Keywords: Quality of Life; Accidental Falls; Aged.

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento científico generado sobre el miedo a caer y la calidad de vida en personas mayores con antecedentes de caídas. **Métodos:** se trata de una revisión integradora de la literatura, guiada por PRISMA. Las consultas se realizaron en las bases de datos BDNF, MEDLINE via PubMed, Embase, SCOPUS y Web of Science, utilizando los descriptores calidad de vida; accidentes por caídas; miedo a caer y personas mayores. Se encontraron 1.899 artículos, de los cuales 15 cumplieron los criterios de elegibilidad. **Resultados:** en cuanto a los participantes, fueron incluidos en los estudios analizados 3.325 ancianos de ambos sexos. Se encontró que aquellos considerados activos, sin antecedentes de caídas recientes y que vivían en la comunidad tenían menor prevalencia de miedo a caer. **Conclusión:** la evidencia sugiere una fuerte asociación entre el miedo a caer y la calidad de vida de personas mayores con antecedentes de caídas, influenciada por el desempeño físico, cognitivo y social. Contribuciones a la práctica: la relación entre mejor calidad de vida y bajo miedo a caer puede ser mediada por prácticas de prevención y promoción de la salud física y mental, equilibrando los efectos que las emociones tienen sobre el control postural entre las personas mayores.

Palabras clave: Calidad de Vida; Accidentes por Caídas; Personas Mayores



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um acontecimento mundial, representado de maneira ambígua e heterogênea nas diversas sociedades contemporâneas. O rápido crescimento da expectativa de vida, juntamente com a redução acentuada na taxa de fertilidade, levou a um aumento significativo do número absoluto e relativo de pessoas idosas ao longo das últimas três décadas no Brasil e no mundo⁽¹⁾.

As sociedades que envelhecem estão cada vez mais expostas ao aumento da ocorrência de incapacidades e da instalação de doenças, em parte imposta pela maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis durante o envelhecimento, mesmo diante dos avanços tecnológicos e das atuais políticas de promoção à saúde em seu contexto global⁽²⁾.

Entre as perturbações que geralmente acometem a pessoa idosa, as doenças crônicas não transmissíveis de natureza reumática mostram-se prevalentes e significativamente incidentes entre a população que envelhece, com maior prevalência no sexo feminino⁽³⁾. Doenças como osteoartrite, osteoporose e artrite reumatoide são exemplos de condições reumáticas crônicas pertinentes ao contexto epidemiológico do processo de envelhecimento que, aliadas às constantes e progressivas alterações bioquímicas, morfológicas e funcionais que acontecem no decorrer da senescência, contribuem significativamente para a instalação de situações desafiadoras para a manutenção da autonomia e da capacidade funcional entre pessoas idosas⁽³⁻⁴⁾.

<https://doi.org/10.31011/revaid-2024-v.98-n.1-art.2035> Rev Enferm Atual In Derme 2024;98(1): e024269



Os acidentes por quedas podem ser exemplos concretos dessas situações desafiadoras, não apenas para o indivíduo que envelhece como também para os sistemas de saúde. Sabe-se que os idosos apresentam maior propensão às quedas em virtude da associação entre as alterações somatossensoriais que interferem na manutenção do controle postural e desajustes ambientais aos quais são expostos em ambientes domiciliares e nas vias públicas por onde circulam⁽⁵⁾.

A multifatorialidade com as quais ocorrem e os impactos biopsicossociais que produzem tornam as quedas uma séria dificuldade na saúde pública diante das mudanças demográficas e epidemiológicas experimentadas nos dias atuais⁽⁶⁾. Lesões musculoesqueléticas, traumas com comprometimento neurológico e medo de sofrer novas quedas podem promover o comprometimento da mobilidade global, a redução da independência funcional e a restrição das atividades sociais⁽⁷⁾.

O medo de cair tem sido um dos comprometimentos mais relatados entre gerentes que sofreram episódios de quedas⁽⁸⁻⁹⁾, embora, também, refiram o desenvolvimento desse medo entre pessoas que ainda não tiveram experiência anterior a esses acidentes⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Observa-se, entre pessoas idosas, que o medo de cair é um constructo das antecipações futuras quanto ao evento em si, como também da redução da confiança nas próprias habilidades físicas e motoras para realizar as atividades cotidianas⁽¹²⁾.

Dessa forma, o medo de cair torna-se capaz de promover uma espiral descendente

ARTIGO DE REVISÃO



entre as pessoas idosas, que se caracteriza pela deterioração da capacidade funcional e redução das atividades e participação social, impactando negativamente a qualidade de vida nessa classe populacional^(8-9,11).

Em uma definição mais ampla, a qualidade de vida na velhice está associada a uma condição de saúde estável, englobando características físicas, cognitivas, espirituais e sociais compatíveis com a realidade ao qual a pessoa idosa encontra-se inserida⁽⁶⁾, podendo sofrer significativa influência diante da extensão e complexidade dos problemas inerentes às quedas.

Correlações entre a qualidade de vida e as repercussões biopsicossociais das quedas tem sido apontadas como importantes critérios para o estabelecimento de ações efetivas que minimizem os agravos à saúde da pessoa idosa; no entanto, mostram-se escassas na literatura científica. Nesse contexto, é razoável compreender a necessidade de ampliar a discussão sobre as lacunas proporcionadas pelo medo de cair na percepção da qualidade de vida entre idosos, de forma a contribuir para o enfrentamento dos desafios que emergem à medida que a população mundial se torna cada vez mais envelhecida.

Levando em consideração a relevância de reflexões acerca da temática proposta para pesquisadores e profissionais que atuam na saúde da pessoa idosa, buscou-se responder à seguinte questão norteadora: Qual a tendência das produções científicas sobre a qualidade de vida e

o medo de cair entre pessoas idosas que sofreram acidentes por quedas?.

Diante do exposto, objetivou-se identificar o saber científico gerado sobre medo de cair e qualidade de vida em pessoas idosas com histórico de quedas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo revisão integrativa de literatura, norteador pelos *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾.

A revisão integrativa de literatura constitui-se como uma importante ferramenta da Prática Baseada em Evidências, por fornecer uma significativa síntese do conhecimento e proporcionar uma melhor aplicabilidade das evidências elucidadas em inúmeros estudos, de forma a gerar um panorama mais amplo e consistente do fenômeno estudado, tangenciando as atuais práticas assistenciais em saúde⁽¹⁴⁾.

Para a execução da pesquisa, foram seguidas as seis etapas metodológicas propostas para a elaboração de uma revisão integrativa, a saber: questão norteadora; seleção das pesquisas relacionadas com a temática proposta; extração dos dados das pesquisas; verificação das informações e análise crítica dos resultados dos estudos; discussão dos principais dados⁽¹⁴⁾.

A questão norteadora para esta pesquisa foi delimitada pela estratégia PECOS⁽¹⁵⁾ (acrônimo entre as palavras População, Exposição, Comparador, Outcome ou Desfecho, Studies ou Estudos incluídos para análise), sendo ela: "Qual



ARTIGO DE REVISÃO



a tendência das produções científicas sobre medo de cair e qualidade de vida entre pessoas idosas que sofreram acidentes por quedas?”.

O primeiro elemento da estratégia (P) consiste na pessoa idosa com histórico de quedas; o segundo elemento (E) refere-se ao medo de cair; o terceiro elemento (C) equivale a idosos não caidores; o quarto elemento (O) corresponde à relação entre qualidade de vida e medo de cair; por fim, o quinto elemento equivale aos estudos incluídos.

Para o processo de seleção final das publicações, foram definidos como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, que abordem o medo de cair e a qualidade de vida de pessoas idosas com histórico de quedas; resumos que apresentem, ao menos, dois descritores compatíveis com os selecionados para o estudo; registros disponíveis na íntegra e na modalidade gratuita. Não foi definido marco cronológico para esse levantamento, seguindo recomendações PRISMA⁽¹³⁾.

Produções duplicadas ou as que envolveram idosos com comorbidades, tais como Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, câncer, síndrome da fragilidade, entre outras, foram excluídas a fim de evitar variáveis que confundissem a interpretação dos dados.

A partir da questão norteadora, realizou-se uma busca por artigos científicos nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, Embase, Web of Science, Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scopus utilizando os descritores controlados “qualidade de vida”, <https://doi.org/10.31011/revaid-2024-v.98-n.1-art.2035> Rev Enferm Atual In Derme 2024;98(1): e024269



“acidentes por quedas”, “pessoa idosa” e “pessoa idosa com 80 anos ou mais”, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) e o Medical Subject Headings (MeSH), bem como o descritor não controlado (palavra-chave) “medo de cair”, com suas respectivas combinações na língua inglesa, interligados pelos operadores booleanos “AND” e “OR”.

As buscas ocorreram no mês de janeiro de 2023, utilizando as seguintes estratégias: Quality of life AND Aged OR Aged 80 and over AND Accidental falls AND Fear of falling; Quality of life AND Aged AND Accidental falls AND Fear of falling; Quality of life AND Aged 80 and over AND Accidental falls AND Fear of falling. Ressalta-se que as mesmas foram ajustadas de acordo com as especificidades de cada base de dados investigada.

Após levantamento nas bases de dados, os registros duplicados foram automaticamente removidos por meio do gerenciador de referências EndNote Basic (Clarivate Analytics, PA, USA). A escolha dos estudos foi feita por meio da análise de dois revisores independentes, que inicialmente fizeram leitura dos títulos e dos resumos com auxílio da plataforma Rayyan e, em seguida, delimitaram a qualidade metodológica por meio das especificações propostas pelo *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN)⁽¹⁶⁾.

Os artigos que se enquadraram aos critérios de elegibilidade e tiveram concordância entre os dois revisores quanto à qualidade metodológica foram lidos na íntegra para

ARTIGO DE REVISÃO



posterior inclusão ou exclusão na análise. Possíveis discordâncias entre os dois revisores foram mediadas e revistas pela presença de um terceiro revisor.

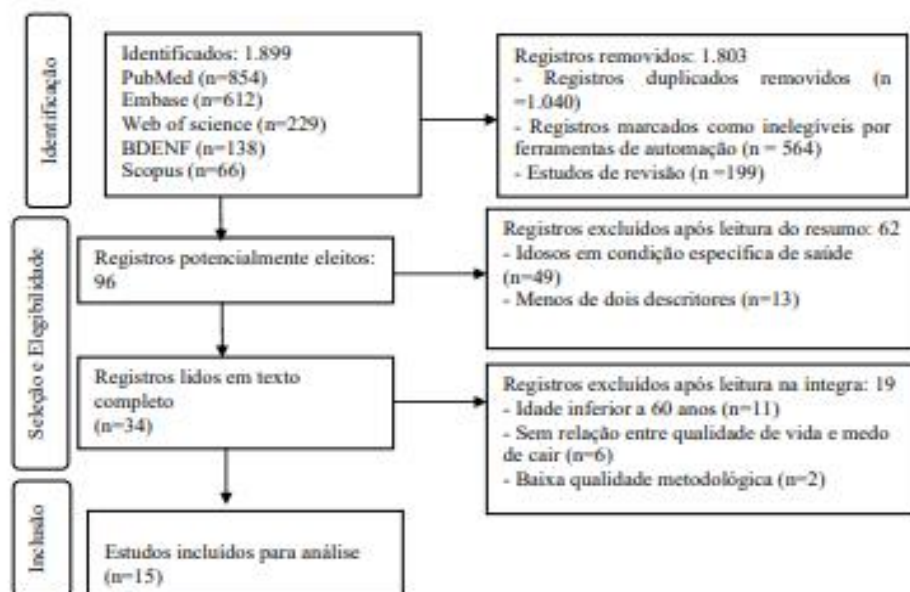
A sumarização dos dados para análise foi realizada por apenas um pesquisador, utilizando um instrumento de extração previamente elaborado, que incluiu dados sobre a identificação do artigo (autores, local, tipo de pesquisa, base de dados, ano de publicação), assim como as abordagens metodológicas

aplicadas durante os estudos (abordagem, amostra, critérios de inclusão, escalas/instrumentos, resultados).

RESULTADOS

Os dados extraídos foram analisados de forma descritiva, a partir do referencial teórico-metodológico proposto pela literatura consultada. O processo de busca e seleção adotado para esse estudo encontra-se apresentado pelo fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção de evidências, baseado nas recomendações PRISMA. João Pessoa, PB, Brasil, 2023



Para facilitar a compreensão dos registros incluídos para análise, elaborou-se um quadro síntese (Figura 2), com detalhamento das

seguintes informações: autoria, ano de publicação, base de dados, país de origem, tipo de estudo e caracterização da amostra.

Figura 2 - Estudos incluídos de acordo com a autoria, ano de publicação, base científica, país de origem, tipo de estudo, tamanho da amostra e idade dos participantes (n=15). João Pessoa, PB, Brasil, 2023.

Autoria / Ano de publicação	Base de dados	País de origem	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Idade (anos)
Cumming et al. (2000) ⁽¹⁷⁾	MEDLINE	Austrália	Exploratório transversal	528	≥65
Li et al. (2003) ⁽¹⁸⁾	MEDLINE	EUA	Exploratório transversal	256	≥70
Kato et al. (2008) ⁽¹⁹⁾	MEDLINE	Japão	Exploratório transversal	133	≥65
Davis, Marra, Liu-Ambrose (2011) ⁽²⁰⁾	MEDLINE	Canadá	Exploratório transversal	135	≥65 e ≤75
Rachadel et al. (2015) ⁽²¹⁾	BDENF	Brasil	Exploratório transversal	61	≥67,9
Yodmai et al. (2015) ⁽²²⁾	MEDLINE	Tailândia	Exploratório transversal	394	≥70
Cinarli, Koc (2017) ⁽²³⁾	MEDLINE	Turquia	Exploratório transversal	151	≥65
Bjerk et al. (2018) ⁽²⁴⁾	Web of Science	Noruega	Ensaio clínico controlado e randomizado	155	≥67
Bastami, Azadi (2020) ⁽²⁵⁾	Embase	Irã	Estudo quase-experimental	55	≥60
Gottschalk et al. (2020) ⁽²⁶⁾	MEDLINE	Alemanha	Exploratório transversal	309	≥70
Moraes et al. (2020) ⁽²⁷⁾	BDENF	Brasil	Estudo transversal	42	≥68,9
Nguyen et al. (2020) ⁽²⁸⁾	Scopus	Vietnã	Estudo transversal	430	≥65
Akosile et al. (2021) ⁽²⁹⁾	MEDLINE	Nigéria	Exploratório transversal	114	≥65
Kantow et al. (2021) ⁽³⁰⁾	MEDLINE	Tailândia	Exploratório transversal	462	≥65
Silva et al. (2021) ⁽³¹⁾	MEDLINE	Brasil	Estudo transversal de método misto	100	≥60

Observou-se a aplicação variável de desenhos de estudos, incluindo 13 estudos transversais^(17-23,26-31), um estudo quase experimental⁽²⁴⁾ e um estudo experimental do tipo pré e pós-teste⁽²⁵⁾.

Em relação aos participantes, 3.325 pessoas idosas de ambos os sexos foram incluídas nos estudos analisados, com variação do tamanho da amostra entre 42⁽²⁷⁾ e 528⁽¹⁷⁾

indivíduos. A maioria dos participantes residia na comunidade onde estavam inseridos^(18-20,22,27,30-31). Dois estudos compararam o medo de cair e qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados^(21,29); outros dois estudos recrutaram os participantes em ambiente hospitalar^(17,28). Vale destacar que dois estudos analisaram a qualidade de vida e o medo de cair

ARTIGO DE REVISÃO



envolvendo pessoas idosas assistidas em ambiente domiciliar⁽²⁴⁻²⁵⁾. Em relação à faixa etária, todos os estudos envolveram pessoas com mais de 60 anos, com exceção dos que recrutaram idosos com mais de 70 anos^(17,22,26).

Foram utilizados itens específicos para as propriedades psicométricas estudadas, sendo elas: 14 para a confiabilidade teste-reteste, 11 para a consistência interna e 7 para a validade de critério, entre os instrumentos utilizados para a coleta das variáveis dependentes (medo de cair e qualidade de vida). Cada item pode ser avaliado

como “excelente”, “bom”, “razoável” ou “fraco”⁽¹⁶⁾.

Em geral, todos os estudos usaram instrumentos válidos e confiáveis para analisar o medo de cair e a qualidade de vida, com exceção de alguns para os quais a pontuação para confiabilidade de teste-reteste⁽³¹⁾ ou a confiabilidade da consistência interna^(21,24), levando em consideração que a pior classificação atingida para um dos pontos específicos de cada propriedade psicométrica define a classificação final do artigo⁽¹⁶⁾.

Figura 3 - Descrição das características dos estudos quanto à qualidade metodológica (Checklist COSMIN) (n=15). João Pessoa, PB, Brasil, 2023.

Autoria / Ano de publicação	Confiabilidade teste-reteste	Confiabilidade consistência interna	Validade de critério
Cumming et al. (2000) ⁽¹⁷⁾	Bom	Bom	Bom
Li et al. (2003) ⁽¹⁸⁾	Bom	Bom	Bom
Kato et al. (2008) ⁽¹⁹⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Davis, Marra, Liu-Ambrose (2011) ⁽²⁰⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Rachadel et al. (2015) ⁽²¹⁾	Razoável	*	Razoável
Yodmai et al. (2015) ⁽²²⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Cinarli, Koc (2017) ⁽²³⁾	Bom	Bom	Razoável
Bjerk et al. (2018) ⁽²⁴⁾	Razoável	*	Razoável
Bastami, Azadi (2020) ⁽²⁵⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Gottschalk et al. (2020) ⁽²⁶⁾	Bom	Bom	Bom
Moraes et al. (2020) ⁽²⁷⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Nguyen et al. (2020) ⁽²⁸⁾	Razoável	Razoável	Razoável
Akosile et al. (2021) ⁽²⁹⁾	Bom	Bom	Bom
Kantow et al. (2021) ⁽³⁰⁾	Bom	Bom	Bom
Silva et al. (2021) ⁽³¹⁾	*	Razoável	Razoável

*propriedade psicométrica não avaliada no estudo.

A *Falls Efficacy Scale* (FES) e suas variações (*Falls Efficacy Scale – I Brazil*, *Short-Falls Efficacy Scale*, *Modified Falls Efficacy Scale* e respectivas traduções) foi o instrumento

mais utilizado entre os autores analisados^(17,19,21-23,25-26,29). A escala *Activities-Specific Balance Confidence Scale*⁽²⁹⁾ e o *The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly*⁽¹⁸⁾, que



ARTIGO DE REVISÃO



medem as confiança no equilíbrio e as restrições das atividades de vida diária em decorrência do medo de cair, respectivamente, também foram citadas. Um estudo identificou o medo de cair entre os participantes através de uma pergunta única, com padrão de resposta dicotomizada (sim/não)⁽²⁸⁾. Apenas um estudo aplicou um questionário para verificar o nível de consciência sobre o risco de quedas entre pessoas idosas com e sem histórico de quedas⁽³⁰⁾.

Ressalta-se que um dos estudos utilizou um instrumento de coleta de dados estruturado em três partes: (1) caracterização dos participantes; (2) Técnica/Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) com o termo indutor "cair"; e (3) fatores indicativos de fragilidade e risco de quedas⁽³¹⁾. Por fim, dos 15 artigos selecionados, apenas um forneceu dados consistentes sobre a incidência de quedas entre os participantes, através da Escala de Quedas de Morse.

Figura 4 - Descrição das características dos estudos quanto aos instrumentos e estimativas utilizados para avaliação do medo de cair e da qualidade de vida (n=15). João Pessoa, PB, Brasil, 2023.

Autoria / Ano de publicação	Instrumento para medo de cair / Estimativa	Instrumento para QV / Estimativa	Medo de cair x QV
Cumming et al. (2000) ⁽¹⁷⁾	FES-I / A pontuação média da FES foi estatisticamente e significativamente menor para as pessoas que disseram ter medo de cair (78,0 vs 89,4, com $p = 0,001$).	SF-36 / Os escores nas subescalas Função Física e Dor Corporal tenderam a diminuir mais entre as pessoas com alto medo de cair (FES mais baixos).	Os escores do SF-36 (particularmente os escores nas subescalas Função Física e Dor Corporal) tenderam a diminuir mais entre as pessoas com os escores FES iniciais mais altos ($p < 0,160$ e $-0,169$).
Li et al. (2003) ⁽¹⁸⁾	SAFFE / 38% dos entrevistados afirmaram possuir medo de cair. Idosos caidores tiveram um escore médio SAFFE significativamente maior ($M = 1,61$) em comparação com os não caidores ($M = 1,32$).	SF-12 / Média de pontos entre idosos com baixo medo de cair foi de $60,38 \pm 20,52$ (melhor QV no domínio saúde mental); menores pontuações no domínio físico para idosos com medo de cair ($42,68 \pm 17,58$).	Idosos com altos níveis de medo de cair são mais propensos a ter problemas de capacidade funcional e baixa qualidade de vida, principalmente para os domínios físico ($p < 0,001$) e mental ($p < 0,003$).
Kato et al. (2008) ⁽¹⁹⁾	FES-I / Média de 45 pontos entre os participantes.	SF-8 (versão curta do SF-36, adaptada para a sociedade japonesa) / Média de 48,2 pontos para o domínio "saúde"	Associação negativa significativa entre os domínios físicos da QV e o medo de cair ($\rho = -0,53$), principalmente entre o resumo do



		mental ^m .	componente físico.
Davis, Marra, Liu-Ambrose (2011) ⁽²⁰⁾	Activities-Specific Balance Confidence Scale.	EQ-5D	Relação significativa e positiva entre a Escala de confiança de equilíbrio de atividades específicas e a QVRS ($p < 0,001$), assim como entre a PPA e a QVRS. A autoeficácia relacionada a quedas contribuiu independentemente para o componente físico e mental da QVRS.
Rachadel et al. (2015) ⁽²¹⁾	FES – I / Média de $30 \pm 10,5$ idosos não institucionalizados ativos (grupo de maior pontuação).	SF-36 / Média de $78 \pm 19,6$ pontos no domínio “capacidade funcional” para o grupo idosos não institucionalizados ativos (grupo de maior pontuação).	Idosos institucionalizados apresentam maior preocupação com quedas, menor capacidade funcional e menor frequência de queixas dolorosas, quando comparados a idosos residentes em comunidade.
Yodmai et al. (2015) ⁽²²⁾	FES – I / Média do escore foi $26,97 \pm 4,31$ pontos, revelando medo moderado de cair. Os participantes revelaram possuir alto medo de cair quando fazem uso de transporte público ($9,87 \pm 2,19$).	WHOQOL-OLD / Dois terços dos entrevistados relataram qualidade de vida (QV) moderada.	QV dos idosos está relacionada com a segurança do agregado familiar e a confiança para utilizar o transporte público
Çınarlı, Koç (2017) ⁽²³⁾	Escala de Quedas de Morse e FES-I / Alta prevalência de quedas (48,3%), assim como o medo de cair (63,6%).	Perfil de Saúde de Nottingham (NHP) / QV foi considerada baixa entre os idosos com medo de cair e capacidade funcional reduzida.	O risco de queda foi e positivamente relacionado com as pontuações do NHP ($r = 0,45$, $p < .001$)
Bjerk et al. (2018) ⁽²⁴⁾	FES – I / pontuação média obtida entre os participantes foi de $30,7 \pm 9,8$	SF-36 / QVRS, medida pelo SF-36, apresenta uma pontuação resumida melhor nos componentes mentais ($49,4 \pm 10,3$) do que nos componentes físicos ($38,3 \pm 9,0$).	Uma pontuação mais alta na FES-I, indicando maior medo de cair, foi significativamente associada a uma pontuação mais baixa em quase todas as subescalas do SF-36, indicando QVRS reduzida.

ARTIGO DE REVISÃO



Bastami, Azadi (2020) ⁽²⁵⁾	FES - I / 38% dos participantes relataram alto nível de medo de cair. Pontuação pré-teste: 65,50±11,00; Pontuação pós-teste: 48,40±9,08, com $p<0,001$.	SF-36 / Pontuação total em pré-teste: 35,46±15,33; pontuação total em pós-teste: 61,28±14,77, com $p<0,001$.	Pré-teste com índices de QV antes da intervenção. Observou-se melhora significativa na QV dos idosos após a intervenção entre os idosos com medo de cair.
Gottschalk et al (2020) ⁽²⁶⁾	Short FES-I, em versão alemã / 66% da amostra alcançou mais de 28 pontos, demonstrando moderado medo de cair.	QVRS (EQ-5D, EQ-5D index e EQVAS) / Médias: EQ-5D index foi de 0,84; EQ-VAS foi de 70,91. A idade mais avançada foi associada a melhor QVRS avaliada pelo EQ-5D.	Associação negativa significativa entre medo de cair e o EQ-5D index ($\beta = -0,02$, $p < 0,001$).
Moraes et al. (2020) ⁽²⁷⁾	FES-I-Brasil / 23,76±6,16 pontos para o grupo participante.	WHOQOL-bref / Domínio psicológico apresentou maior pontuação: 74,90±11,02 pontos; WHOQOL-old / Faceta "Funcionamento dos sentidos" foi a de maior destaque, com 74,90±11,02 pontos.	Para idosos com medo de cair, os domínios de maior repercussão de QV foram o psicológico e o físico ($p<0,005$)
Nguyen et al. (2020) ⁽²⁸⁾	Única pergunta fechada: "Você tem medo de cair?", com uma resposta "Sim/Não" / 88,2% relataram medo de cair. Taxa de idosos com medo de cair foi notavelmente menor entre os fisicamente ativos (85,3%) e que receberam uma diretriz de prevenção de quedas anteriormente (83,2%).	QVRS EQ-5D Levels (EQ-5D-5L), além do EQ-Visual Analogue Scale (EQ-VAS)	Observou-se um grande efeito do FOF na diminuição do índice EQ-5D. A média do índice EQ-5D e EQ-VAS no grupo de idosos com medo de cair foi de 0,34±0,38 e 61,6±15,2, respectivamente. Foram significativamente menores do que os grupos sem medo de cair (índice EQ-5D = 0,56±0,22 e EQ-VAS = 66,9±13,8), com $p<0,05$.
Akosile et al. (2021) ⁽²⁹⁾	FES - I / A prevalência de medo de cair entre os idosos institucionalizados e os residentes na comunidade foi de	SF-36 / Os escores totais de QV para os idosos institucionalizados e da comunidade foram 44,21±11,41	Relação significativa e positiva entre medo de cair e QV entre os idosos institucionalizados e o residentes em



ARTIGO DE REVISÃO



	100% e 1,6%, respectivamente.	(ruim) e 75,05±11,81 (bom), respectivamente.	comunidade ($r=0,534$ e $r=0,556$, respectivamente, com $p<0,005$).
Kantow et al. (2021) ⁽³⁰⁾	Questionário sobre Consciência dos riscos de queda entre idosos / 71,6% apresentaram nível moderado de consciência dos riscos de quedas.	WHOQOL-OLD, em versão tailandesa / 68,6% apresentaram nível moderado de qualidade de vida; apenas 6,5% tinham alta qualidade de vida.	Correlação positiva baixa entre percepção de quedas e qualidade de vida, com coeficiente padronizado de 0,36 ($p<0,001$).
Silva et al. (2021) ⁽³¹⁾	TALP com termo indutor "Cair".	SF-36 / Domínio físico foi classificado como ruim por 48% dos participantes; domínio social, como muito boa por 38% da amostra; 45% consideraram o domínio emocional como excelente.	Comprometimento da qualidade de vida nos aspectos físico, emocional e de capacidade funcional para idosos com medo de cair.

FES-I: Falls Efficacy Scale International; QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; EQ-5D: EuroQol-5Dimensões; EQ-VAS: EuroQol-Estado de Saúde Atual; SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; SF-12: Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey; SF-8: Medical Outcomes Study 8-item Short-Form Health Survey; SAFTE: Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly

Verificou-se uma importante variação entre os instrumentos padronizados para avaliar a qualidade de vida entre os participantes, de modo que o SF-36 e suas respectivas traduções foi o mais citado entre as publicações analisadas^(17,21,23-24,29,31). Outros instrumentos também foram aplicados a fim de estabelecer a percepção da qualidade de vida entre idosos com e sem medo de cair: WHOQOL-BREF⁽²⁷⁾, WHOQOL-OLD^(22,27,30), *Nottingham Health Profile* (NHP)⁽²³⁾, SF-12⁽¹⁸⁾, SF-8⁽¹⁹⁾ e EQ-5D^(20,26,28).

Constatou-se que idosos ativos sem histórico de quedas recentes e que residiam na comunidade apresentavam menor prevalência de

medo de cair^(17,19,23-24,29), com pontuações médias mais baixas entre os escores da FES (inferior a 23 pontos). A maior consciência para os riscos de quedas⁽³⁰⁾ e a prática regular de atividade física⁽²¹⁾ também favorece menores índices de medo de cair entre a população idosa.

Ao associar o medo de cair e a qualidade de vida, observou-se que pessoas idosas com baixas pontuações na FES avaliaram melhor sua qualidade de vida^(17-19,22,25-27,29). Estudos demonstraram forte relação entre alto medo de cair e baixa pontuação entre os domínios relacionados às funções físicas^(19,22-25,27,31) e dor corporal⁽¹⁸⁾, avaliados pelo SF-36^(17,21-23,25-26,29),



ARTIGO DE REVISÃO



SF-12⁽¹⁸⁾ e SF-8⁽¹⁹⁾, de forma mais intensa entre os idosos institucionalizados^(21,29).

Pontuações elevadas nos domínios referentes à saúde mental indicaram uma melhor percepção na qualidade de vida⁽¹⁷⁻²⁰⁾, principalmente entre os participantes que relataram não possuir medo de cair. Um dos estudos⁽³¹⁾ demonstrou uma moderada relação entre um alto escore do domínio do funcionamento do papel social e o baixo medo de cair.

Em geral, os resultados apresentados pelos estudos analisados demonstraram uma forte associação entre níveis mais baixos de medo de cair e uma melhor qualidade de vida percebida diante de pessoas idosas fisicamente mais ativas, funcionalmente independentes, inseridas no contexto social e com relações sociais estáveis.

Por fim, considerando as análises de regressão multifatorial realizadas pela maior parte dos estudos selecionados^(17-18,20,23,25-31), é possível inferir que o medo de cair seja considerado um preditor independente da qualidade de vida entre pessoas idosas.

DISCUSSÃO

Sabe-se que as quedas e suas associações são importantes demandas de saúde relacionadas ao envelhecimento individual e populacional, tanto nos países desenvolvidos^(17-20,24,26) quanto nos que se encontram em desenvolvimento^(21-23,27-31).

Nos desenhos de pesquisa analisados, houve predomínio de estudos descritivos e transversais^(18-22,25,27-28,30-31), com nível de

evidência 6, sendo considerados fracos. Apenas dois estudos foram considerados evidências fortes, por se tratarem de estudo quase-experimental⁽²⁵⁾ e ensaio clínico randomizado⁽²⁴⁾. Isso demonstra que pesquisas de delineamento experimental ainda são restritas na gerontologia.

Observou-se que o crescimento de pesquisas envolvendo as repercussões psicológicas das quedas e suas associações com a qualidade de vida foi mais intenso nos últimos cinco anos^(23-24,26-31), potencializados por um período pandêmico, no qual as questões referentes ao bem-estar subjetivo tornaram-se importantes e necessárias para a elaboração de políticas e intervenções mais direcionadas à globalidade exigida pelo envelhecimento⁽³²⁻³³⁾.

Os resultados desta revisão demonstraram uma forte correlação entre melhor qualidade de vida percebida e níveis mais baixos de medo de cair, tanto em idosos com histórico de quedas recentes quanto em idosos que ainda não vivenciaram tais acidentes. Tais achados corroboram com o Relatório Global da Organização Mundial de Saúde sobre Prevenção de Quedas na Velhice⁽³⁴⁾, que apontam o aumento do risco de quedas à medida que o medo de cair se estabelece entre idosos que já caíram, colaborando para o desenvolvimento de declínios biopsicossociais que restringem as atividades e a participação social.

Vale ressaltar que o medo é uma emoção humana básica, de caráter evolutivo e protecionista por fornecer ao ser humano o sentido de preservação da vida, ao longo de sua evolução⁽³⁴⁾. Nesse contexto, o conceito de medo



ARTIGO DE REVISÃO



de cair de alturas inferiores a 3 metros atrela-se aos constantes desafios para a manutenção do controle postural impostos pelo envelhecimento, ocasionando o contínuo e progressivo afastamento das atividades cotidianas e sociais, evidenciando um ciclo desadaptativo e declinante para as funções físicas, cognitivas e sociais^(19-20,24,29).

Vale destacar que funções como equilíbrio e marcha se mostram interligadas aos componentes físicos e sociais referentes à qualidade de vida e ao medo de cair. Diante dos achados, as medidas de avaliação e intervenção diante de evidências do comprometimento da qualidade de vida em virtude das quedas e do medo de cair devem envolver estímulos para otimização do equilíbrio e manutenção/recuperação de um padrão de marcha mais funcional⁽²⁴⁾.

As evidências levantadas apresentam o SF-36^(17,21,24-25,29,31) e a FES^(17,19,21-22,24-27,29) como instrumentos mais utilizados para a caracterização da qualidade de vida e do medo de cair entre pessoas idosas, respectivamente. O SF-36 é um instrumento composto por 36 itens, divididos entre oito domínios, duas dimensões compostas (saúde física e saúde mental) e uma pontuação total. Os domínios englobam funcionamento físico, limitação do papel devido à saúde física, dor corporal, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitação do papel devido a problemas emocionais e saúde mental. Os escores de domínio, dimensão e total variam de 0 a 100, de forma que quanto mais alta for a pontuação

obtida melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

A investigação da qualidade de vida deve mostrar como os indivíduos experimentam as manifestações de uma doença ou de um agravo, de forma a valorizar os aspectos da vida que se relacionam ao contexto da saúde, identificando as reais necessidades de saúde para que experimentos clínicos controlados e práticas clínicas possam ser mais bem direcionadas⁽³⁵⁾.

Por sua vez, a FES-I e suas variações são amplamente utilizadas em estudos que envolveram diversos países e culturas, tais como Brasil^(21,27,31), Turquia⁽²³⁾, Noruega⁽¹⁷⁾, Irã⁽²⁵⁾, Estados Unidos⁽¹⁸⁾, entre outros. Os autores delinham que essa escala, fundamentada pela Teoria Cognitiva Social, possui excelentes propriedades psicométricas (consistência interna de 96%, confiabilidade de teste e reteste de 0,94) e deve ser utilizada para avaliar a confiança de uma pessoa idosa em realizar 16 tarefas cotidianas sem cair^(21,25,29). Para a versão brasileira, a pontuação dessa escala pode variar entre 16 e 64 pontos, tendo como ponto de corte em 23 pontos; valores menores correspondem a uma menor preocupação em cair⁽²¹⁾.

Como a FES-I pode mensurar tanto a autoeficácia de queda quanto o medo de cair, verifica-se que há uma confusão entre as definições desses dois constructos, que são distintos entre si, mas que estão relacionados à problemática das quedas entre idosos^(17,23-24,29).

Apesar do medo de cair ser um constructo psicológico, verificou-se que as correlações mais altas com a qualidade de vida envolveram



ARTIGO DE REVISÃO



componentes físicos, tais como funcionamento físico e dor corporal, função e mobilidade física^(17,19,21,23,27,31). Essa relação se deve, em parte, à restrição das atividades e da participação social decorrentes do medo de cair, que impulsionam pior percepção, verificado principalmente em estudos que compararam essas variáveis entre idosos institucionalizados e aqueles inseridos na comunidade^(21,29).

CONCLUSÃO

Os achados apresentados apontam que o conhecimento científico produzido sobre medo de cair e qualidade de vida em pessoas idosas mostra independência entre os eventos pregressos de acidentes por quedas, sejam estes recentes ou não. Nesse sentido, o medo de cair encontra-se mais relacionado aos aspectos gerais que envolvem as condições de saúde física e mental da população que envelhece, interferindo negativamente sobre a autonomia e a qualidade de vida. Ademais, percebe-se que medidas de avaliação e intervenção direcionadas à qualidade de vida e ao medo de cair precisam relacionar as habilidades motoras com as atividades cotidianas e a maior participação social.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health [Internet]. 2015 [cited Jan 29, 2023]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

2. Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22:e180154. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>
3. Santos BL, Rocha SV, Lessa LS, Vilela ABA. Multimorbidity in elderly municipal of northeast Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Salud Publica*. 2019;21:e51925. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n5.77775>
4. Sánchez MW, López BB, Cabaco AS, Litago JDU, Afonso RM. Relationship between cognitive reserve and cognitive impairment in autonomous and institutionalized older adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:e5777. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165777>
5. Santos SCA, Figueiredo DMP. Predictors of the fear of falling among community-dwelling elderly Portuguese people: an exploratory study. *Cienc Saúde Colet*. 2019;24(1):e7786. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29932016>
6. Oliveira DV, Nascimento Júnior JRA, Lima MCC, Leme DEDC, Antunes MD, Bertolini SMMG. Functional capacity and quality of life in older women practicing and not practicing hydrogymnastics. *Rev Rene*. 2017;18:e15663. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200003>
7. Valduga RLBS, Farias DL, Nascimento DC, Vieira DCL, Valduga LVA, Carvalho GA. Risk of falls and the relationship with the functionality and fear of falling in the older women. *R Bras Ci Mov*. 2019;24:e15366. doi: <https://doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v24n1p153-166>
8. Nadu AA, Sala DCP, Silva CL, Monteiro OO, Costa, PCP, Okuno MFP. Functional capacity: association with risk for falls, fear of falling and pain in the elderly. *Rev Rene*. 2021;22:e62430. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262430>
9. Schoene D, Heller C, Aung, YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?. *Clin Interv Aging*. 2019;14:e70119. doi: <https://doi.org/10.1155/2019/70119>



ARTIGO DE REVISÃO



<https://doi.org/10.2147/CIA.S197857>

10. Chen TY, Kim G. Racial/Ethnic Differences in the longitudinal effects of fear of falling on falls. *Gerontology*. 2021;67:e48292. doi: <https://doi.org/10.1159/000514448>

11. Lee A, Lee J, Lee G, Lee DR. Fear of falling and mortality among older adults in Korea: analysis of the Korean longitudinal study of aging. *Korean J Fam Med*. 2020;41:e2439. doi: <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0128>

12. Sahin IG, Gultac E, Can FI, Kiliç CY, Aydoğan NH. An Evaluation of the Fear of Falling, Balance Levels, and Prognostic Blood Parameters Among the Geriatric Population With Hip Fractures. *Cureus*. 2022;14:e21704. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.21704>

13. Welch V, Petticrew M, Petkovic J, Moher, D, Waters E, White H, et al. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *Int J Equity Health*. 2015;14:e0123. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.09.001>

14. Muka T, Glisic M, Jelena M, Verhoog S, Bohlius J, Bramer W, et al. A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research. *Eur J Epidemiol*. 2020;35:e4960. doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00576-5>

15. Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annu Rev Psychol*. 2019;70:e74770. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>

16. Cosmin Checklist Manual (COSMIN). EMGO Institute for Health and Care Research [Internet]. 2012 [cited Jan 20, 2023]. Available from: <http://www.cosmin.nl/images/upload/files/COSMIN%20checklist%20manual%20v9.pdf>

17. Cumming RG, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55:m299305. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/55.5.m299>

18. Li F, Fisher KJ, Harmer P, McAuley E, Wilson NL. Fear of falling in elderly persons: association with falls, functional ability, and quality of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58:e28390. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/58.5.p283>

19. Kato C, Ida K, Kawamura M, Nagaya M, Tokuda H, Tamakoshi A, et al. Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive function in Japan. *Nagoya J Med Sci [Internet]*. 2008 [cited Aug 14, 2023];70(2):19-27. Available from: https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7012/p19-27_Kato.pdf

20. Davis JC, Marra CA, Liu-Ambrose TY. Falls-related self-efficacy is independently associated with quality-adjusted life years in older women. *Age Ageing*. 2011;40:e3406. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afn019>

21. Rachadel TF, Broering J, Luza M, Piazza L. Institutionalization and physical activity in the elderly and their relationships with fear of falling and quality of life. *Sci Med*. 2015;25:20184. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2015.2.20184>

22. Yodmai K, Phummarak S, Sirisuth JC, Kumar R, Somrongthong R. Quality of life and fear of falling among an aging population in semi-rural Thailand. *J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]*. 2015 [cited Aug 10, 2023];27(4):771-4. Available from: <http://jame.ayubmed.edu.pk/jame/index.php/qjame/article/view/201q149>

23. Cinarli T, Koc Z. Fear and risk of falling, activities of daily living, and quality of life: assessment when older adults receive emergency department care. *Nurs Res*. 2017;66:e3305. doi: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000227>

24. Bjerk M, Brovold T, Skelton DA, Bergland A. Associations between health-related quality of life, physical function and fear of falling in older fallers receiving home care. *BMC Geriatr*. 2018;18:e28. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0945-6>

25. Bastami M, Azadi A. Effects of a multicomponent program on fall incidence, fear



ARTIGO DE REVISÃO



- of falling, and quality of life among older adult nursing home residents. *Ann Geriatr Med Res.* 2020;24:e2528. doi: <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0044>
26. Gottschalk S, König HH, Schwenk M, Jansen CP, Nerz C, Becker C, et al. Mediating factors on the association between fear of falling and health-related quality of life in community-dwelling German older people: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2020;20:e111. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01802-6>
27. Moraes MA, Brech, GC, Alonso AC, Lima, MAS. What is the impact of fear of falling on the functional capacity and quality of life of the elderly in a physiotherapy rehabilitation center in the city of Mogi das Cruzes, SP, Brazil? *Rev Kairós.* 2020;23:e5775. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p57-75>
28. Nguyen LH, Thu VG, Ha GH, Tat NC, Vu HM, Nguyen TQ, et al. Fear of falling among older patients admitted to hospital after falls in Vietnam: prevalence, associated factors and correlation with impaired health-related quality of life. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:e2493. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072493>
29. Akosile CO, Igwemmadu CK, Okoye EC, Odole AC, Mgbeojedo UG, Fabummi AA. Physical activity level, fear of falling and quality of life: a comparison between community-dwelling and assisted-living older adults. *BMC Geriatr.* 2021;21:e19. doi: <http://doi.org/10.1186/s12877-020-01982-1>
30. Kantow S, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Risk factors associated with fall awareness, falls, and quality of life among ethnic minority older adults in upper northern Thailand. *Clin Interv Aging.* 2021;16:e177788. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S328912>
31. Silva TL, Motta VV, Garcia WJ, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Parreira PMSD, et al. Quality of life and falls in elderly people: a mixed methods study. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 2):e20200400. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0400>
32. Souza LF, Canever JB, Moreira BS, Danielewicz AL, Avelar NCP. Association between fear of falling and frailty in community-dwelling older adults: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2022;17:e12940. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S328423>
33. Pereira CB, Kanashiro, AMK. Falls in older adults: a practical approach. *Arq Neuropsiquiatr.* 2022;80:e31323. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S107>
34. Chen WC, Li YT, Tung TH, Chen C, Tsai CY. The relationship between falling and fear of falling among community-dwelling elderly. *Medicine.* 2021;100:e26492. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002649>
35. Wierzchowska, KC, Rzymiski P, Wojciechowska M, Parda I, Wilczac M. Health-related quality of life (Nottingham Health Profile) in patients with endometriomas: correlation with clinical variables and self-reported limitations. *Arch Med Sci.* 2019;16:e58491. doi: <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.82744>

Fomento e Agradecimento:

A presente pesquisa não recebeu financiamento.

Agradecimentos aos membros do Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Crerios de autoria (contribuies dos autores)

- ¹ Concepção e planejamento do estudo
- ² Obtenção, análise e interpretao dos dados
- ³ Obtenção, análise e interpretao dos dados
- ⁴ Obtenção, análise e interpretao dos dados
- ⁵ Obtenção, análise e interpretao dos dados
- ⁶ Concepção e planejamento do estudo



ARTIGO DE REVISÃO



⁷Redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Editor científico: Francisco Mayron Moraes Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>

Editor científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-144>



REFERÊNCIAS

- ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 29, n. 4, p. 758-68, 2013.
- ARAI, H.; OUCHI, Y.; YOKODE, M.; ITO, H.; UEMATSU, H.; ETO, F.; OSHIMA, S.; OTA, K.; SAITO, Y.; SASAKI, H. Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 12, n. 1, p. 16-22, dez. 2011.
- ASAI, T.; OSHIMA, K.; FUKUMOTO, Y.; YONEZAWA, Y.; MATSUO, A.; MISU, S. Association of fall history with the Timed Up and Go test score and the dual task cost: A cross-sectional study among independent community-dwelling older adults. **Geriatrics and Gerontology International**, 2018.
- AYAN, C. et al.. Influence of the cognitive impairment level on the performance of the Timed "Up & Go" Test TUG in elderly institutionalized people. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 561, p. 44-49, 2013.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977.
- BEGATE, P. S.; RICARDO, A. C. M.; SAWAZKI, G. Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados através do teste de mobilidade timed up and go TUG. **Rev Funcional**, v.22, p. 43-52, 2 2009.
- BERNFORT, L.; GERDLE, B.; RAHMQVIST, M.; HUSBERG, M.; LEVIN, L. A. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden--impact on costs and quality of life. **Pain** v. 156, p. 521-527, 2015.
- BERTOLUCCI, P.H.F; BRUCKI, S.M.D; CAMPACCI, S.R. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 5, p. 1-7, 1994.
- 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.
- BETTIOL, C. H. O.; DELLAROZA, M. S. G.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A.; SANTOS, H. G. Fatores preditores de dor em idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2006 e 2010. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.
- BOSCATA, N.; TORINO, G. G.; A dor do ponto de vista clínico. **Dissertatio**, v. 13, p. 16-32, 2023.
- BRAUNER, F O. **Efeitos da dupla tarefa cognitivo-motora sobre a mobilidade funcional de idosos caídores e não caídores**. 2019. 85f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

- BRUCKY, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003.
- CAVAZZANA, A.; RÖHRBORN, A.; GARTHUS-NIEGEL, S.; LARSSON, M.; HUMMEL, T.; CROY, I. Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. **PLoS One**. v. 13, n. 8, 2018. Acesso em: 23 set. 2022.
- CAMARA, F. M. *et al.*, Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendência. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 4, p. 249-256, 2008.
- CAMARGO, B. V.; GOETZ, E. R.; BERTOLDO, R. B., JUSTO, A. M. Representação social do corpo na mídia impressa. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008.
- CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 1, n. 115, p. 13-45, jul./dez., 2017.
- CHANG, S. J. et al. A comparison of the influencing factors of chronic pain and quality of life between older Koreans and Korean-Americans with chronic pain: a correlational study. **Qual Life Res**, v. 31, n. 4, p. 1179-1189, 2021.
- CHOI, Y. S. et al. Does chronic back pain influence quality of life in koreans: a cross-sectional study. **Asian Spine J**, v. 8, p. 346-352, 2014.
- CHOI, K.; JEON, G-S.; CHO, S. Prospective Study on the Impact of Fear of Falling on Functional Decline among Community Dwelling Elderly Women. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 14, p. 469-504, 2017.
- CIOLA, G.; SILVA, M. F.; SANCHES, M. F. S.; YASUDA, M. S.; NERI, A. L.; BORIM, F. S. A. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 1-10, 2020.
- CLARK, B. C. Neuromuscular changes with aging and sarcopenia. **Journal of Frailty Aging**, v. 8, n.1, p. 7-9, 2019.
- COMERCIANTE, R. A. et al. Associação da Dor e Impacto do Exercício de Dupla Tarefa na Função, Cognição e Qualidade de Vida. **J Nutr Saúde Envelhecimento**, v. 25, p. 1053–1063, 2021.
- COSTA, R. C. M. **O efeito de intervenções com exercício físico no custo da marcha em dupla tarefa em idosos com comprometimento cognitivo leve e demência: Uma revisão sistemática e meta-análise**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.
- COUR, P. I. Comparison of patients diagnosed with "complex pain" and "somatoform pain". **Scand J Pain**. v. 17, n. 26, p. 49-52, 2017.

COURTNEY, D. et al. Mecanismos cognitivos e motores subjacentes à capacidade dos adultos mais velhos de dividir a atenção ao caminhar. **Journal of Physical Therapy**. v. 97, n. 7, p. 1039-1050, 2011.

CRISTALDO, M. R. A.; GUANDALINI, V. R.; FARIA, S. O.; SPEXOTO, M. C. B. Rastreamento do risco de sarcopenia em adultos com 50 anos ou mais hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, 2021.

CRUZ, D. T.; CRUZ, F. M.; CHAOUBAH, A.; LEITE, I. C. G. Fatores associados a quedas recorrentes em uma coorte de idosos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 475-482, 2017.

DA PAZ, M. G.; DE SOUZA, L. A. F.; TATAGIBA, B. S. F.; DA SERRA, J. R.; DE MOURA, L. A.; BARBOSA, M. A.; PEREIRA, L. V. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. 1-8, 2020.

DAHLHAMER, J.; LUCAS, J.; ZELAYA, C.; NAHIN, R.; MACKEY, S.; DEBAR, L.; KERNS, R.; VON KORFF, M.; PORTER, L.; HELMICK, C. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 67, n. 36, p. 1001-1006, 2018.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. **Caderno Saúde Pública**, v.29, n.2, pp. 325-334, 2013. Acesso em: 12 ago. 2022.

DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; SANTOS, E. G. S.; VIEIRA, R. A.; DIAS, J. M. D.; PERRACINI, M. R. Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 5, p. 406-413, 2011.

DOI, T. et al. Gray matter volume and dual-task gait performance in mild cognitive impairment. **Brain Imaging and Behavior**, v. 11, n. 3, p. 887, 2017. Acesso em: 11 jul. 2022. Acesso em: 02 set. 2022.

DOISE, W. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. **Bulletin de Psychologie**, v. 45, n. 405, p. 189-195, 1992.

DOMENICHELLO, A. F.; RAMSDEN, C. E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. **Program of Neuropsychopharmacol Biolical Psychiatry**, v. 13, n. 93, p. 284-290, 2019.

DOS SANTOS, S. C. A.; DE FIGUEIREDO, D. M. P. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 77-86, 2019.

DUARTE, G. P.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2018.

DUTRA, M. C.; CABRAL, A. L. L.; CARVALHO, G.A. Tradução para o português e validação do Teste Timed Up and Go. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 9, p. 81-88, 2016.

ERMEL, R. C.; CAMELO, A. C.; FRACOLLI, L. A.; ORTIZ, F. V. B. C.; ZUTIN, T. L. M.; GIANINI, S. H. S. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n. 2, p. 1315-1320, 2017.

ETHERTON, J.; LAWSON, GRAHAM, R. Individual and gender differences in subjective and objective indices of pain: gender, fear of pain, pain catastrophizing and cardiovascular reactivity, **Appl Psychophysiol Biofeedback**, v. 39, n. 2, p. 89-97, 2014.

FALSARELLA, G. R. et al. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n.4, pp. 897-910, 2014.

FATORI, C. O.; LEITE, C. F.; SOUZA, L. A. P. S. de; PATRIZZI, L. J. Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p.29-37, 2015.

FÉLIX, L. B.; ANDRADE, D. A.; RIBEIRO, F. S.; CORREIA, C.C. G.; SANTOS, M. F. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, v. 5, n. 2, p. 198-217, 2016.

FERNANDES, A. M. C. **Representação social da dor por doentes de fibromialgia**. 2003. 164f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FERNANDEZ, N. B.; HARS, M.; TROMBETTI, A.; VUILLEUMIER, P. Age-related changes in attention control and their relationship with gait performance in older adults with high risk of falls. **Neuroimage**, v. 189, p. 551-559, 2019.

FERRETTI, F.; CASTANHA, A. C.; PADOAN, E. R.; LUTINSKI, J.; SILVA, M. R. Quality of life in the elderly with and without chronic pain. **BrJP**. v. 1, n. 2, p. 111-5, 2018.

FINNERUP, N. B.; HAROUTOUNIAN, S.; KAMERMAN, P.; BARON, R.; BENNETT, D. L. H.; BOUHASSIRA, D.; CRUCCU, G.; FREEMAN, R.; HANSSON, P.; NURMIKKO, T.; RAJA, S. N.; RICE, A. S. C.; SERRA, J.; SMITH, B. H.; TREEDE, R. D.; JENSEN, T. S. "Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice". **Pain**, v. 157, n. 8, p. 1599-1606, ago. 2016.

FRANÇA, L. H. F. P. O envelhecimento populacional e seu reflexo nas organizações: a importância da educação ao longo da vida. **Boletim Técnico do Senac: A Revista da Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v.37, n.2, 2011.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, out. 2011.

FREITAS, E. P. S.; LIMA, A. V.; AMARAL, J. A. D.; MEDEIROS, F. A. L.; SILVA, J.; MEDEIROS, A. C. T. Dor crônica e qualidade de vida em idosos em tempos de pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. 1-11, 2022.

GARBI, M. D. E. O.; HORTENSE, P.; GOMEZ, R. R.; DA SILVA, T. D. E. C.; CASTANHO, A. C.; SOUSA, F. A. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 569-75, 2014.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n.1, p. 201-209, 2014.

GERHARDT, A. et al. Subgroups of musculoskeletal pain patients and their psychobiological patterns—The LOGIN study protocol. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 131, p. 136-146, 2012.

GOMES, G. C. **Efeitos do treinamento aeróbico e de dupla tarefa na mobilidade, marcha, equilíbrio e cognição em idosos da comunidade: [] um ensaio clínico controlado.** 2014. 170f. Tese (Doutorado em Neurociências) – Faculdade de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GOMES, C. D. et al. Análise do equilíbrio postural associado a dupla tarefa em idosos saudáveis. **FIEP Bulletin On-line**, v. 82, 2012.

GOMES, B. M. S. *et al.* Análise do conceito: envelhecimento ativo. **Brazilian Journal of Healthy Review**, v. 5, n. 6, p. 21.929-21.943, nov./dez., 2022.

HADJISTAVROPOULOS, T.; DELBAERE, K.; FITZGERALD, T. D. Re-conceptualizing the role of fear of falling and balance confidence in fall risk. **Journal of Aging Health**, v. 23, n.1, p. 3-23, 2011.

HAYAR, M. A. S. P.; SALIMENE, A. C. M.; KARSCH, U. M.; IMAMURA, M. Envelhecimento e dor crônica: um estudo sobre mulheres com fibromialgia. **Acta Fisiátrica**, v. 21, n. 3, p. 107-112, 2014.

HAIR JÚNIOR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R.L. **Análise multivariada de dados.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOANG, O. T. T.; JULLAMATE, P.; PIPHATVANITCHA, N.; ROSENBERG, E. Factors related to fear of falling among community-dwelling older. **Journal of Clinical Nursing**. v. 26, p. 68-76, 2016.

HUANG, T. T.; CHUNG, M. L.; CHEN, F. R.; CHIN, Y. F.; WANG, B. H. Evaluation of a combined cognitive-behavioural and exercise intervention to manage fear of falling among elderly residents in nursing homes. **Aging e Mental Helth**. Arizona, v. 20, 2016.

HUSKY, M. M.; FERDOUS, F. F.; COMPAGNONE, P.; FERMANIAN, C.; KOVESS-MASFETY, V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. **Health Qual Life Outcomes**, v. 16, n.1, p. 1-9, 2018.

JACKSON, T.; THOMAS, S.; STABILE, V.; SHOTWELL, M.; HAN, X.; MCQUEEN, K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. **Anesthesia and Analgesia**, v. 3, n. 123, p. 739-748, 2016.

JACOB, M. T. R. J.; MILANI, B. J. Inibição retrógrada das vias centrais hiperativas nas dores nociplásticas. **Brazilian Journal of Pain**, v. 6, suppl. 2, p. 120-125, 2023.

JESUÍNO, J. C. Linking science to common sense. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 38, n. 4, p. 393-409, 2008.

JODELET, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S. (Org.), **Psicología social**. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós; 1986. p. 469-94.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: Jodelet D (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.

JODELET, D. **Representações sociais e mundos de vida**. Curitiba: PUC/Press; 2017.

KANEMATSU, J. S.; ATANAZIO, B.; CUNHA, B. F.; CAETANO, L. P.; ARADA, D. M. Y. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 3, p. 1-8, 2022.

KSHESEK, G. B.; SOUZA, L. G. H.; LEANDRO, L. A. Prevalence of chronic pain in the older adults: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 21367-21381, 2021.

KIM, S. et al. Pain Acceptance in People With Chronic Pain and Spinal Cord Injury: Daily Fluctuation and Impacts on Physical and Psychosocial Functioning. **Journal of Pain**, v. 21, n. 3, p. 455-466, 2020.

KIM, H. J. et al. Intra-ethnic differences in chronic pain and the associated factors: An exploratory, comparative design. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International*. **Honor Society of Nursing**, v. 52, n. 4, p. 389-396, 2020.

KO, K. T. et al. Moderating effect of depression on the association between pain and activities of daily living in older adults. **Psychogeriatrics**, v. 18, n. 5, p. 379-387, 2018.

LARS, B. et al. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden--impact on costs and quality of life. **Pain**, v. 156, n. 3, p. 521-527, mar. 2015.

LEADLEY, R. M. et al. Healthy Aging in Relation to Chronic Pain and Quality of Life in - Europe. **Pain Pract**, v. 14, p. 547-558, 2013.

LEMOS, B. de O.; CUNHA, A. M. R. da.; CESARINO, C. B.; MARTINS, M. R. I. O impacto da dor crônica na funcionalidade qualidade de vida de idosos. **BrJP**. v. 2, n. 3, jul-set. 2019.

LIMA, L. C. A.; ANSAI, J. H.; ANDRADE, L. P.; TAKAHASHI, A. C. M. The relationship between dual-task and cognitive performance among elderly participants who exercise regularly. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 19, n. 2, p. 159-166, mar./abr. 2015.

LIRA, A. A. D.; SOUZA, L. S. B.; ALVES, M. S. C. F. , SILVA, E. L. A velhice na visão de estudantes universitários de Ciências Humanas, Ciências da Saúde e Ciência & Tecnologia da UFCG. In: Silva AO, Camargo BV (org.). **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRRN; 2018. p.185-206.

MANSO, M. E. G.; MARESTI, L. T. P.; OLIVEIRA, H. S. B. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p 1-10, 2019.

MARINI, A. M.; MARTINS, M. R. I.; FORNI, J. E. N.; ARAÚJO FILHO, G. M. de. Papeis educacionais e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. **Ciência do movimento**. v. 19, n. 38, p. 119-26, 2017.

MARINHO, Marina Santos; CHAVES, Priscila de Melo; TARABAL, Thaís de Oliveira. Dupla-tarefa na doença de Parkinson: uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., v. 17, n. 1, p. 191-199, Mar. 2014 .

MARTINEZ, B. P.; LOPES, W. B.; ALVES, G. A. A.; FORGIARINI JÚNIOR, L. A.; CAMELIER, F. W. R.; CAMELIER, A. A. Associação do desempenho físico no teste Timed Up and Go com autorrelato de quedas em idosos hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 159-165, 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde; 2012. p. 14-30.

MORETE, M.C.; SOLANO, J. P. C.; BOFF, M. S.; FILHO, W. J.; ASHMAWI, H. A. Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of São Paulo, Brazil. **J Pain Res**. v. 11, n. 1, p. 2561-2566.

MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Org.). **Representações Sociais**: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2013. 305p.

MOREIRA, J. O.; SILVA, J. M. A imagem corporal e o envelhecimento na perspectiva de professores de uma universidade brasileira. **Salud y Sociedad**, v. 4, n. 2, p. 136-144, 2013.

MOSCOVICI S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

MUIR, B. C.; RIETDYK, S.; HADDAD, J. M. Gait initiation: the first four steps in adults aged 20-25 years, 65-79 years, and 80-91 years. **Gait Posture**, v. 39, n. 1, p. 490-494, 2014.

NASCIMENTO, M. M. Paradigma da dupla tarefa no context de quedas de idosos: Revisão integrativa. **Revista Conceito & Saúde**, v. 22, n. 45, p. 1-25, 2022.

NERI, A. L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento | Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS, E. V; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X. C.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. 4. ed. Grupo Editorial Nacional (GEN); 2016. p. 76-101.

NISHIGUCHI, S.; YAMADA, M.; TANIGAWA, T. A 12-week physical and cognitive exercise program can improve cognitive function and neural efficiency in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 7, p. 1355–1363, 2015.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Org.). **Representações Sociais**: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2013. 305p.

OLCHIK, M. R.; MATTOS, D.; MAINERI, N. S.; FARINA, J.; OLIVEIRA, A.; YASSUDA, M. S. Revisão: efeitos do treino de memória em idosos normais e em idosos com comprometimento cognitivo leve. **Temas em Psicologia**, v. 20, n.1, p. 235-245, 2012.

OLIVEIRA, A. et al..Prevalência de osteoartrite de joelho, seus determinantes e impacto na qualidade de vida em idosos na zona rural de Ballabgarh, **Haryana. J. Fam. Med.**, v. 10, p. 354–360, 2021.

OLIVEIRA-ZMUDA, G. G.; SOLDERA, C. L. C.; JOVANOV, E.; BÓS, A. J. G. Fases do teste Timed Up and Go como preditoras de quedas futuras em idosos da comunidade. **Fisioterapia em movimento**, v. 35, p. 1-9, 2022.

PAPEGAAIJ, S.; HORTOBÁGYI, T.; GODDE, B. Neural correlates of motor-cognitive dual-tasking in young and old adults. **Plos One**, v. 12, n. 12, 2017.

PEREIRA, L.P; VASCONCELOS, P.P; SOUZA, L.A.F; PEREIRA, G.A; NAKATANI, A.Y.K; BACHION, M.M. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, jul/ago 2014.

PEREIRA, A. a.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p 535-546, 2013.

PILLATT, A. P.; BERLEZI, E. M.; SCHNEIDER, R. H. Quais fatores estão associados à sarcopenia e fragilidade em idosos residentes na comunidade?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 781-792, 2018.

PIMENTEL, J. O.; LOCH, M. R. “Melhor idade”? Será mesmo? A velhice segundo idosos participantes de um grupo de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 25, 2020.

PIMENTEL, I.; SCHEICHER, M. E. Comparação da mobilidade, força muscular e medo de cair em idosos caídas e não caídas. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 16, n. 2, p. 251-7, 2013. Acesso em: 21 jul. 2022.

PLEIS, J.R.; WARD, B. W.; LUCAS, J. W. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2009. **Vital and Healthy Statistics**, p.101–207, 2010.

RAGGI, A; CORSO, B.; MINICUCI, N.; QUINTAS, R.; SATTIN, D.; TORRES, L.; CHATTERJI, S.; FRISONI, B. G.; HARO, J. M.; KOSKINEN, S.; MARTINUZZI, A.; MIRET, M.; TOBIASZ-ADAMCZYK, B.; LEONARDI, M. Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. **PLoS One**, v. 11, n. 7, 2016.

RATINAUD P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. 2009.

RODRIGUES, A. L. P.; SOUZA, V. R. Eficiência do Teste Timed Up and Go na predição de quedas em idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza-Ce. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 58, p. 314-320, 2016.

ROSA, A. M.; DRYJANSKA, L. Social representations, health and community: visualizing selected results from the meta-theoretical analysis through the “geomapping” technique. In: Silva, A. O.; Camargo, B. V. **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRN; 2018. p. 349-78.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

SALVIATI, ME. Manual do Aplicativo IRAMUTEQ: compilação, organização e notas. [Internet]. Planaltina; 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-mariaelizabeth-salviati>.

SANTOS, J. D. C.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; PEREIRA, E. D. P.; ALVES, M. D. S.; LOURES, F. B. Representação social de pessoas idosas sobre quedas: análise estrutural e à luz de Neuman. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 851-859, 2018.

SANTOS, A. D. A. P.; SOUZA, I.G.; MALTA, J. S.; COSTA, J. M.; SILVA, K. L. Avaliação do acompanhamento farmacoterapêutico de idosos hospitalizados em uso de analgésicos opioides. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

SHERER et al. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. **BMC Fam Pract**, v. 17, n. 68, p. 1-8, 2016.

- SCHOENE, D.; HELLER, C.; YAUNG, Y. N.; SIEBER, C. C.; KEMMLER, W. FREIBERGER, E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? **Clinical Interventions in Aging**, v. 14, p. 701-719, 2019.
- SILVA, J. C. A.; SILVA, T. C. A.; SILVA, L. N.; RIBEIRO, M. D. A.; OLIVEIRA, S. B.; CAMPELO, G. O. Análise comparativa da manutenção postural estática e dinâmica entre idosos caídores e não caídores. **SANARE**, v. 16, n.1, p. 52-59, 2017.
- SILVA, L. M.; PEIXOTO, T. R.; COSTA, S. M. G.; COSTA, G. P. O.; SILVA, A. O. Representações sociais de saúde. **FIEP Bulletin on-line**, v. 82, n. 2, 2012.
- SILVA, I. C.; OLIVEIRA, D. V.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. R. A.; FIDELIX, Y. L.; NOGUEIRA, G.; BENNEMANN, R. M.; ACÊNCIO, F. R. Relação entre risco e medo de queda em idosas participantes de um projeto social. **Acta Fisiátrica**, v. 30, n. 2, p. 124-128, 2023.
- SILVA *et al.*, 2021. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Global Academy Nursing Journal**, v. 2, n. 3, p. 1-5, 2021.
- SIVERTSEN, H.; BJORKLOF, G. H.; ENGEDAL, K.; SELBAEK, G.; HELVIK, A. S. Depression and quality of life in older persons: a review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 40, n. 1, p. 311-339, 2015.
- SJOGREN, P. et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. **European Journal of Pain**, v. 13, p. 287-292, 2009.
- SOUZA, A. Q.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S.; OLIVEIRA, P. B.; TAVARES, D. M. S. Incidência e fatores preditivos de quedas em idosos na comunidade: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3507-3516, 2019.
- TAIT, J. L.; DUCKHAM, R. L.; MILTE, C. M.; MAIN, L. C.; DALY, R. M. Influence of sequential vs. simultaneous dual-task exercise training on cognitive function in older adults. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 9, n. 8, nov. 2017.
- TANAKA, Y.; NISHI, Y.; OSUMI, M.; MORIOKA, R. Uncovering the influence of social skills and psychosociological factors on pain sensitivity using structural equation modeling. **Journal of pain research**, v. 10, p. 2223-2231, 2017.
- THÉ, K. B.; GAZONI, F. M.; CHERPAK, G. L.; LORENZET, I. C.; SANTOS, L. A.; NARDES, E. M.; SANTOS, F. C. Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale. **Einstein**. v. 14, n. 2, p.152-7, 2016.
- TURA, L. F. R.. **Representações Coletivas e Representações Sociais**: notas introdutórias. In: Tura LFR, Moreira ASP (Org.). *Saúde e Representações Sociais*. João Pessoa: Pioneira; 2005. 253p.
- TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e representações sociais**. Rio de Janeiro: Quartet/FAPERJ; 2012. 315p.

VALA, J; CASTRO, P. **Pensamento social e representações sociais**. In Vala J., Monteiro, MB. (org.). *Psicologia social*. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 569-602.

VELOSO, Laura de Sousa Gomes. **Representações Sociais sobre o Corpo Construídas por Pessoas Idosas**. 2022. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2022.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal of Pain**, v. 12, p. 176-179, 2018.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. In: VALA, J.; MONTEIRO, MB. *Psicologia social*. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 569-602.

VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, p. 2163-2196, 2012.

YAMADA, K. et al. Prevalence of low back pain as the primary pain site and factors associated with low health-related quality of life in a large Japanese population: a pain-associated cross-sectional epidemiological survey. **Mod Rheumatol**, v. 24, p. 343-348, 2014.

WAMSER, E. L.; VALDERRAMAS, S. R.; PAULA, J. A.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; AMARANTE, T. P.; PINOTTI, F.. Melhor desempenho no teste Timed Up and Go está associado a melhor desempenho funcional em idosos da comunidade. **Geriatrics Gerontology and Aging Journal**, v. 9, n.4, p. 138-143, 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WOJCIESZEK, A. et al. The Impact of Chronic Pain, Stiffness and Difficulties in Performing Daily Activities on the Quality of Life of Older Patients with Knee Osteoarthritis. **Int J Environ Res Public Health**, v. 14, n. 19, p. 1-15, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Análise do desempenho da dupla tarefa sobre o medo de cair e a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica

Pesquisador: José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo “**Análise do desempenho da dupla tarefa e do o medo de cair na qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica**”, para fazer parte da população que será estudada. Sua participação é muito importante e consistirá em permitir que se faça entrevistas, avaliações das habilidades funcionais e cognitivas.

Em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação como participante voluntário (a). Os dados serão analisados em conjunto, guardando, assim, o absoluto **sigilo das suas informações pessoais**. Informo haver risco mínimo de quedas e possibilidades de sensações de fadiga aos participantes; no entanto, os pesquisadores voluntários estarão atentos em prevenir quedas. **Sua participação é voluntária**, tendo o Sr(a) a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização, e que **não haverá pagamento** pela mesma no caso de sua participação.

Após a conclusão da pesquisa, os dados serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores, ao qual será feita a divulgação para meio acadêmico e científico de modo que muitos outros pacientes possam se beneficiar das medidas terapêuticas bem-sucedidas. Assim, solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas,

congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Caso o Sr (a) aceite participar deste estudo, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador responsável: José Artur de Paiva Veloso. Endereço: Laboratório de Envelhecimento Ativo e Funcionalidade, IPÊ/PB, Campus I, Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco I, João Pessoa /PB. Telefone: (083) 99917-9257. E-mail: arturvelosofisio@gmail.com.

Contato do Comitê do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Local: Hospital Universitário Lauro Wanderley – 2º andar, Campus I – Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Rua Tab Stanislau Eloy, s/nº, Bairro: Castelo Branco - João Pessoa – PB. CEP 58050-585 - Telefone: (83) 3206-0754, e-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br.

CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu atendimento pelo projeto de extensão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo e assino duas vias deste termo, sendo uma via para mim e outra para o pesquisador.



João Pessoa, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Nº Formulário: _____ Data da Entrevista: ____/____/____ Tempo da entrevista: _____
1. Caracterização Sociodemográfica
1) Idade: _____ Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 2) Percepção de Cor da Pele: (1) Branca (2) Parda (3) Afrodescendente (99) NS/NR 3) Local de nascimento: (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR 4) Estado civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Divorciado (5) Outros 5) Com que mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filhos (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com os filhos (6) Somente com os netos (7) Outra 6) Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Matriz afrodescendente (4) Espírita (5) Outra 7) Renda: (1) 1 salário mínimo (2) 2 salários mínimos (3) 3 a 5 salários mínimos (4) 6 a 9 salários mínimos (5) Mais de 10 salários mínimos (6) Não possui renda própria (99) NS/NR
2. Anamnese

- 1) Doenças Preexistentes: (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (2) Cardiopatias (3) Osteoporose (4) DPOC (5) Diabetes Mellitus (6) Doenças Reumáticas (7) Neoplasias (8) Outros
- 2) Medicamentos em uso: (1) Ansiolíticos (2) Hipotensores não diuréticos (3) Anti-hiperglicemiantes (4) Antidepressivos (5) Outros (6) Não faz uso (7) Não sabe informar
- 3) Prática regular de atividade física: (1) Sim (2) Não
- 4) Histórico recente de quedas (últimos 12 meses): (1) Sim (2) Não
- 5) Percepção das condições de sono: (1) Normal (2) Hipersonia (3) Insônia (4) Sono interrompido (5) Não sabe informar
- 6) Presença de dor: (1) Sim (2) Não
- 7) Duração da dor: (1) Inferior a três meses (2) Superior a três meses
- 8) Intensidade da dor (EVA): _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA

Data da Anamnese: ____/____/____	
TUG SIMPLES	Tempo utilizado para realização do Teste: ____ seg.
TUG MOTOR	Tempo utilizado para realização do Teste: ____ seg.
TUG COGNITIVO	Tempo utilizado para realização do Teste: ____ seg.

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questões
1. O que o senhor (a) poderia me falar sobre queda? 2. Como o senhor (a) se previne de cair? 3. Como o senhor (a) avalia sua qualidade de vida? 4. Se um amigo seu cair, o senhor (a) acha que a qualidade de vida dele fica prejudicada? 5. O senhor (a) acredita ser possível prevenir as quedas? Explique a sua resposta.

ANEXOS

ANEXO A - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (FOLSTEIN; McHUGH, 1975)



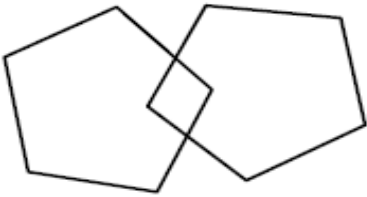
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NÍVEL DOUTORADO

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

QUESTÕES	VALOR	PONTUAÇÃO
Qual o dia, mês e ano? Dia da semana e estação do ano?	5	
Onde estamos? País, estado, cidade, bairro, clínica?	5	
Nomeie 3 objetos (carro, vaso, janela)	3	
7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre MUNDO de trás para frente.	5	
Nomeie os 3 objetos aprendidos anteriormente.	3	
Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2	
Repita “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	
Peça para o paciente ler e obedecer ao que está escrito: “FECHE OS OLHOS”	1	
Escreva uma frase de sua escolha.	1	
Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1	
Escore total	30	

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

Escore: Perda cognitiva grave - ≤ 9 ; Moderada – de 10 a 20; Leve – de 21 a 24; Normal ≥ 25 .

ANEXO B – ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – BRASIL (FES – I – BRASIL)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NÍVEL DOUTORADO

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS

Anexo 1

Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-Brasil)				
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	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
	1	2	3	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 o 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

**ANEXO C - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP – OLD
(WHOQOL-OLD)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**

Título da pesquisa: Análise do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Pesquisador Responsável: Doutorando José Artur de Paiva Veloso

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

**WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP – OLD
(WHOQOL-OLD)**

Instruções:

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

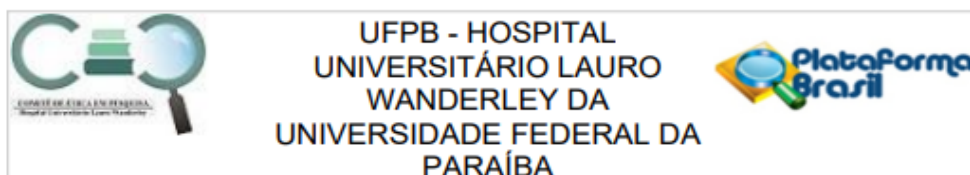
old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO D: PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO DESEMPENHO EM DUPLA TAREFA E DO MEDO DE CAIR SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA

Pesquisador: José Artur de Paiva Veloso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66900423.3.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.902.667

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa (1ª Versão), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Nível Doutorado) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, o projeto de pesquisa intitulado "Análise do Desempenho em Dupla Tarefa e do Medo de Cair sobre a Qualidade de Vida em Pessoas Idosas com Dor Crônica", do pesquisador responsável José Artur de Paiva Veloso e orientado pela Profª. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira. A pesquisa se objetiva analisar a influência do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica; avaliar a dupla tarefa cognitiva-motora para idosos com dor crônica; verificar o medo de cair em idosos com dor crônica e identificar a relação entre qualidade de vida e o medo de cair para idosos com dor crônica. Trata-se de um estudo observacional e de corte transversal com abordagem quantitativa, seguindo as diretrizes propostas pelo STROBE. O presente estudo será realizado nos Ambulatórios de Reumatologia e de Fisioterapia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A amostragem será do tipo não probabilística ou por conveniência em que serão selecionados 100 usuários. Como critérios de inclusão, os participantes deverão apresentar idade a partir dos 60 anos; possuir escolaridade superior a três anos; apresentar funções cognitivas preservadas que possibilitem responder aos instrumentos de pesquisa (avaliação cognitiva); ter

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 5.902.667

doença reumatológica prévia; e apresentar queixas álgicas no intervalo de três a seis meses. Como critérios de exclusão os que apresentarem histórico clínico de distúrbios neurológicos; doenças metabólicas descompensadas e vestibulopatias; possuírem déficits visuais e auditivos que não possibilitem a visualização e/ou a escuta correta dos comandos; e utilizarem diariamente medicamentos que reduzam as aferências e eferências do Sistema Nervoso Central (SNC). Serão utilizados instrumentos de avaliação para quantificar o desempenho em dupla tarefa, o medo de cair e a qualidade de vida, de acordo com os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, a saber: Medidas de Estrutura e Função Corporal; Medidas de Atividade e Medidas de Participação. A aplicação dos instrumentos de avaliação será realizada pelo pesquisador e por profissionais e alunos vinculados ao Grupo Internacional de Pesquisa em Saúde, Envelhecimento e Funcionalidade (GIPSEF) que serão previamente treinados. Os participantes responderão uma anamnese, que abordará as características sociodemográficas e clínicas, contemplando as seguintes informações: variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, religião, com quem reside, estado civil e renda; e variáveis clínicas: presença da dor; intensidade da dor; doenças preexistentes, medicamentos em uso; prática regular de atividade física; histórico recente de quedas; e percepção das condições de sono. Para a avaliação cognitiva dos participantes, será utilizado o instrumento Mini-Exame do Estado Mental; para a avaliação do desempenho em dupla tarefa será utilizado o instrumento "teste Timed Up and Go (TUG)"; para a avaliação do medo de cair será utilizado o instrumento "Falls Efficacy Scale-International-Brasil (FES-I Brasil)"; para a avaliação da qualidade de vida será utilizado o instrumento "Whoqol -Old". Para tratamento dos dados obtidos através das entrevistas, serão agrupados e analisados separadamente, de acordo com a natureza das variáveis por eles construídas, utilizando os softwares Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 21.0. A análise da normalidade da distribuição das variáveis será realizada, através do teste de Shapiro-Wilk. Para investigar as possíveis diferenças, será aplicado o teste t student para amostras relacionadas (variáveis com distribuição normal) ou o teste Wilcoxon (variáveis com distribuição não-normal). A busca por correlações entre as variáveis será realizada através da análise de correlação de Pearson (variáveis com distribuição normal) ou correlação de Spearman (variáveis com distribuição não-normal). Essa variação deverá ser transformada em percentual. Subsequente a esta etapa, será aplicado o teste de correlação de Pearson ou Spearman, segundo a normalidade das amostras, para investigar possíveis correlações entre as variações de desempenho funcional e cognitivo. O nível de significância estabelecido será de 5% ($p < 0,05$).

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

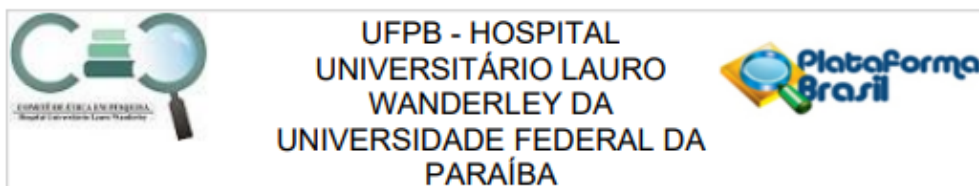
CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.902.667

Período de coleta de dados: março e abril de 2023.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a influência do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair sobre a qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica.

Específicos: • Avaliar a dupla tarefa cognitiva-motora para idosos com dor crônica;

• Verificar o medo de cair em idosos com dor crônica; • Identificar a relação entre qualidade de vida e o medo de cair para idosos com dor crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, destaca-se que o participante embora o teste TUG proposto pelo estudo possa conduzir a acidentes por quedas, ressalta-se que haverá intensa prevenção como uso de equipamentos e pisos não escorregadios, ambiente com iluminação e ventilação satisfatórias, assim como, a presença constante de pesquisadores treinados. Em caso de acidentes, os participantes serão levados para assistência no setor de Pronto Atendimento do HULW, para fins de orientações, estabelecimentos de riscos, primeiros socorros e encaminhamento para a assistência em rede local. Referente aos benefícios, destaca-se que esta pesquisa poderá proporcionar conhecimento sobre a influência do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair na qualidade de vida de idosos com dor crônica o que gerará subsídios para implementação de programas de orientações e/ou exercícios com tarefas simultâneas para a referida população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta relevância, vindo a proporcionar conhecimento sobre a influência do desempenho em dupla tarefa e do medo de cair na qualidade de vida de idosos com dor crônica o que gerará subsídios para implementação de programas de orientações e/ou exercícios com tarefas simultâneas para a referida população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos documentos de inclusão obrigatória na presente versão do protocolo de pesquisa foram apresentados, conforme recomendações contidas na Resolução CNS nº 466/2012 do MS, a saber:

- Apresentou a carta de anuência da Gerência de Ensino e pesquisa do HULW
- Apresentou folha de rosto, assinado pelo Vice-Diretor do CCS/UFPB;
- Apresentou a certidão do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba;

Endereço: Rua Tabellião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

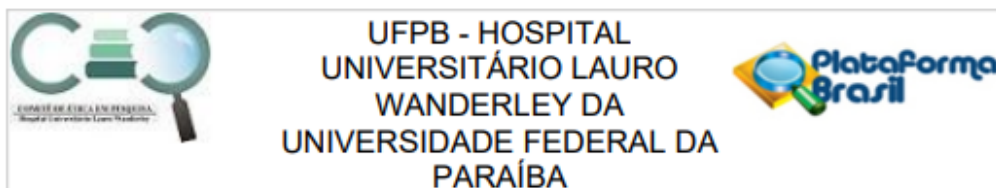
CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.902.667

- Apresentou Termo de Compromisso Livre e Esclarecido;
- Apresentou cronograma e orçamento;
- Apresentou Termo de Compromisso do pesquisador responsável;
- Apresentou Termo de Compromisso Financeiro da pesquisadora responsável;
- Apresentou Termo de compromisso do pesquisador colaborador;
- Apresentou os instrumentos de coletas de dados.

Recomendações:

Recomenda-se ao pesquisador responsável e demais colaboradores, a MANTER A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW e só INICIAR A COLETA DE DADOS APÓS APROVAÇÃO POR ESTE CEP, em respeito às observâncias éticas contidas na Resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 07 de fevereiro 2023.

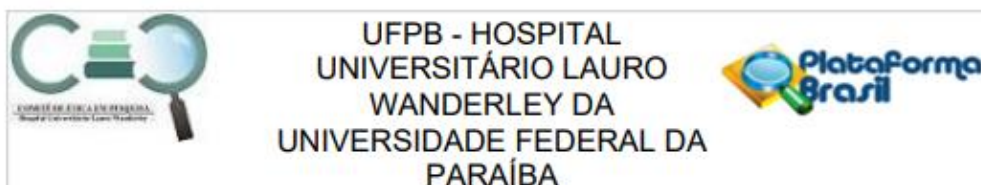
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Endereço: Rua Tabellão Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.902.667

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se corresponsável.

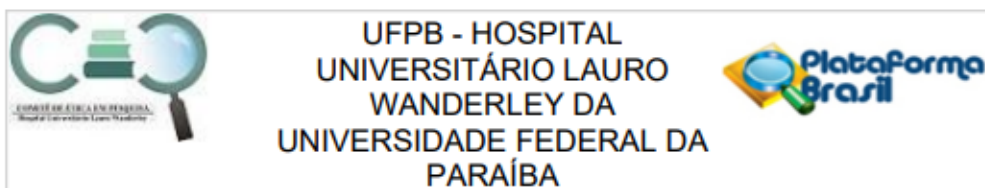
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2069781.pdf	27/01/2023 22:42:13		Aceito
Outros	TERMO_ORIENTADOR.pdf	27/01/2023 22:40:48	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/01/2023 16:08:38	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODOUTORADOARTURCEPHULW.pdf	23/01/2023 16:08:09	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAARTUR.pdf	15/01/2023 23:14:16	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	15/01/2023 23:11:27	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Declaração de concordância	HOMOLOGACAOPPGENF.pdf	21/12/2022 20:28:34	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSORESponsabilidade.pdf	21/12/2022 20:19:34	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSOFINANCEIRO.pdf	21/12/2022 20:16:51	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/12/2022 20:16:05	José Artur de Paiva Veloso	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/12/2022 18:53:26	José Artur de Paiva Veloso	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.902.667

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 17 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tabellião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br