

Ptofobia, depressão e história de quedas em idosos com neuropatia diabética atendidos no Distrito Federal

Fear of falling, depression and history of falls in elderly patients with diabetic neuropathy treated at the Distrito Federal

Hudson Azevedo Pinheiro
Gislane Ferreira de Melo
Gustavo de Azevedo Carvalho

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar o efeito do medo de cair em idosos com neuropatia diabética (NPD), residentes em uma comunidade do Distrito Federal. Utilizaram-se, para avaliar o medo de cair, um questionário objetivo e com questões abertas referente às quedas, a escala de eficácia de quedas (FES-I), e a escala de depressão geriátrica abreviada (EDG). Observou-se que a maioria da população estudada apresenta medo de cair e que essas quedas acontecem recorrentemente: 29% dos entrevistados caíram por escorregar; ou por tropeçar em alguma coisa: 37%; sentiram-se assustados: 37%; ou tiveram medo de ter quebrado “alguma coisa” ou mesmo morrer: 25%.

Palavras-chave: Medo; Depressão; Neuropatias Diabéticas; Idoso.

ABSTRACT: *The study aimed to evaluate the effect of fear of falling in elderly with diabetic neuropathy (NPD) living in a community of the Distrito Federal. Were used to evaluate the fear of falling and an objective questionnaire with open questions regarding falls, falls efficacy scale (FES-I), and the Geriatric Depression Scale Short (GDS). It was observed that most of the population has a fear of falling and these happen recurrently (29%), fell by slipping or tripping on something (37%) and felt scared (37%) or were afraid of breaking "something "or even dying (25%).*

Keywords: *Fear; Depression; Diabetic Neuropathy; Elder.*

Introdução

O medo pode ser concebido como uma emoção-choque que advém da percepção de perigo presente e urgente, que ameaça a preservação do indivíduo, provocando, então, uma série de efeitos no organismo que o tornam apto a uma reação de defesa (Rezende, Silva, Cardoso & Beresford, 2010).

Em alguns casos, há uma desregulação do medo que passa a ser anormal, disparando sinais de alerta em situações de perigo extremamente baixas e, tal medo necessita de muito tempo para voltar ao controle e à calma, podendo ser dissipado aos mínimos estímulos e, no caso da pessoa idosa, estão ligados ao caminhar, principalmente nas que apresentam fragilidade, que temem as consequências de uma queda, ou que já sofreram alguma; tais medos são paralisantes e levam à dependência nas atividades de vida diárias AVD, isolamento social e imobilidade (André, 2010).

O termo ptofobia surge para designar a reação fóbica, a manter-se em pé e em andar, relacionada ao medo de cair; mesmo não havendo nenhuma anormalidade orgânica (neurológica ou ortopédica), o indivíduo não consegue andar sem apoiar-se; na literatura várias razões são postuladas para que esta ocorra como perda da confiança na habilidade de equilíbrio e preocupação com as quedas e suas sequelas (Bhal, O'Donnell & Thoppil, 1982); Gai, Gomes & Cárdenas, 2009).

A literatura traz uma correlação entre medo e depressão e estes interferem diretamente na autoeficácia que é a crença que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar um comportamento específico ou realizar tarefas futuras, permitindo que o indivíduo exerça o controle sobre os eventos que afetam suas vidas e sobre como suas crenças se traduzem em realização e motivação (Rabelo & Cardoso, 2007; Johana & Diogo, 2007; Høst, Hendriksen, & Borup, 2011).

A neuropatia diabética (NPD) é uma complicação comum no indivíduo diabético e, refere-se à presença de sintomas e/ou sinais de disfunção de nervos periféricos, após exclusão de outras causas, sendo os seus sintomas mais comuns dores em queimação, pontadas, parestesias ou hiperestésias, sensações de frio e calor nos pés, todos com tendência a exacerbação, sobretudo noturna (Consenso internacional sobre o pé diabético, 1999).

O aumento no risco de quedas seria uma complicação indireta causada pela NPD, e está associada ao controle glicêmico, à perda da sensibilidade cutânea plantar associada à queixa de desequilíbrio (Bretan, Pinheiro & Corrente, 2010); Tilling, Darawil & Britton, 2006).

O objetivo desse estudo foi avaliar o efeito do medo de cair em idosos com neuropatia diabética (NPD).

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo transversal, com uma amostra de conveniência composta por idosos diabéticos com NPD, oriundos ou da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (DF) ou do ambulatório de fisioterapia da Universidade Católica de Brasília, atendidos entre janeiro e junho de 2011.

Os indivíduos foram divididos em dois grupos: grupo 1 (G1) que apresentavam história de quedas nos últimos 12 meses, e grupo 2 (G2) sem história de quedas; essa alocação foi feita por meio de uma entrevista em que o próprio idoso relatava questões no tocante ao episódio de queda, local onde caíram, sentimentos/ sensações referidas no momento da queda e se apresentavam medo de cair e por quê.

Para avaliar o medo de cair, utilizou-se a escala de eficácia de quedas (FES-I), em que o entrevistado pontua de 1 a 4 a sua preocupação quanto à queda, ao realizar 16 atividades

rotineiras, tanto em ambientes internos (casa), como na rua, onde quanto maior o escore total, maior o medo referido pelo indivíduo, em que pontuação ≥ 23 pontos sugere associação com histórico de queda esporádica, e uma pontuação ≥ 31 pontos enseja uma associação com queda recorrente. (Camargos, Dias, Dias & Freire, 2010).

Para avaliar indícios de depressão, utilizou-se a escala de depressão geriátrica abreviada (EDG) validada para a população brasileira, por meio de 15 itens para rastreio, em que o resultado entre 05 e 10 pontos indica depressão leve ou moderada e, acima de 11 pontos, depressão severa ou intensa (Ferrari & Delacorte, 2007).

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UCB, sob registro 046/ 2010.

Resultados

Participaram do estudo 50 idosos com diagnóstico de NPD, nos quais o G1 foi composto por 24 indivíduos, sendo 20 mulheres, com idade média de $67,8 \pm 7,0$ anos, e o G2 por 26 idosos, sendo 21 mulheres com idade média $65,5 \pm 4,9$ anos. O tempo médio de DM em ambos os grupos foi de $15,7 \pm 9,1$ anos.

No tocante à visão qualitativa sobre quedas e medo de cair, foram feitas cinco perguntas: Você tem medo de cair? Por quê? Por que você acha que caiu? Como você se sentiu após a queda? O que você estava fazendo quando caiu? Qual foi o local da última queda? Os resultados estão descritos nas figuras abaixo.

Figura 1: Você tem medo de cair? Por quê?

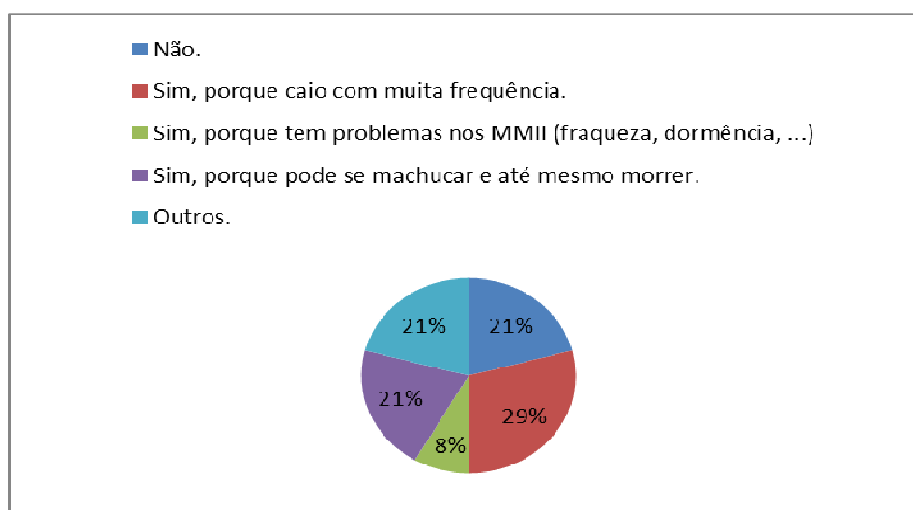


Figura 2: Por que você acha que caiu?

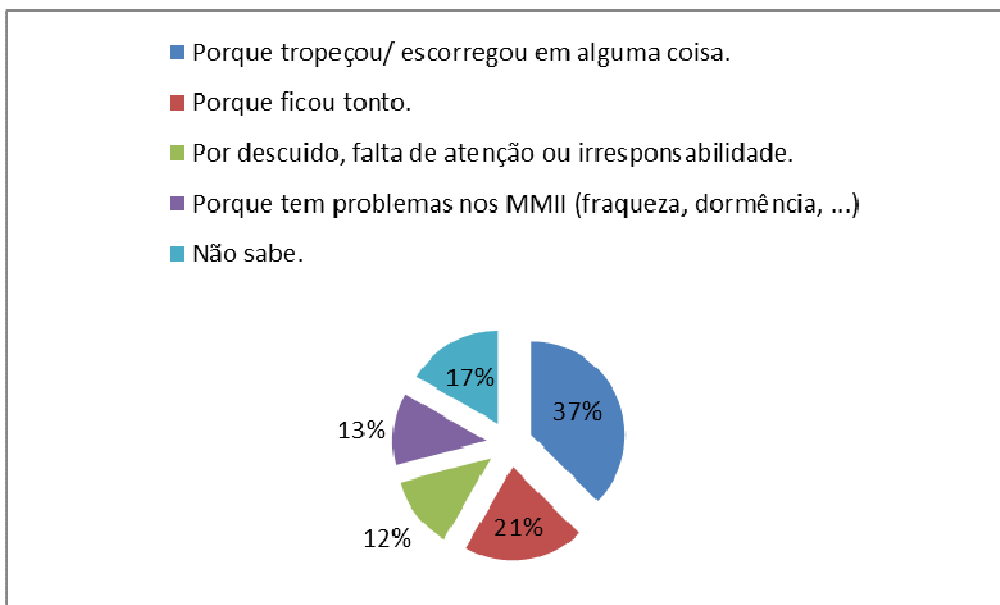


Figura 3: Como você se sentiu após a queda?

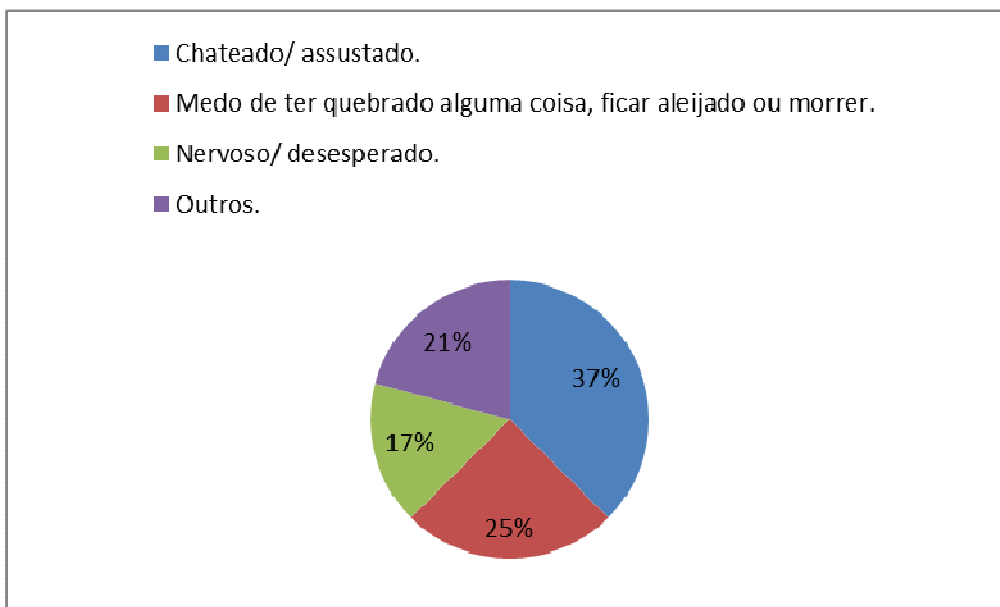
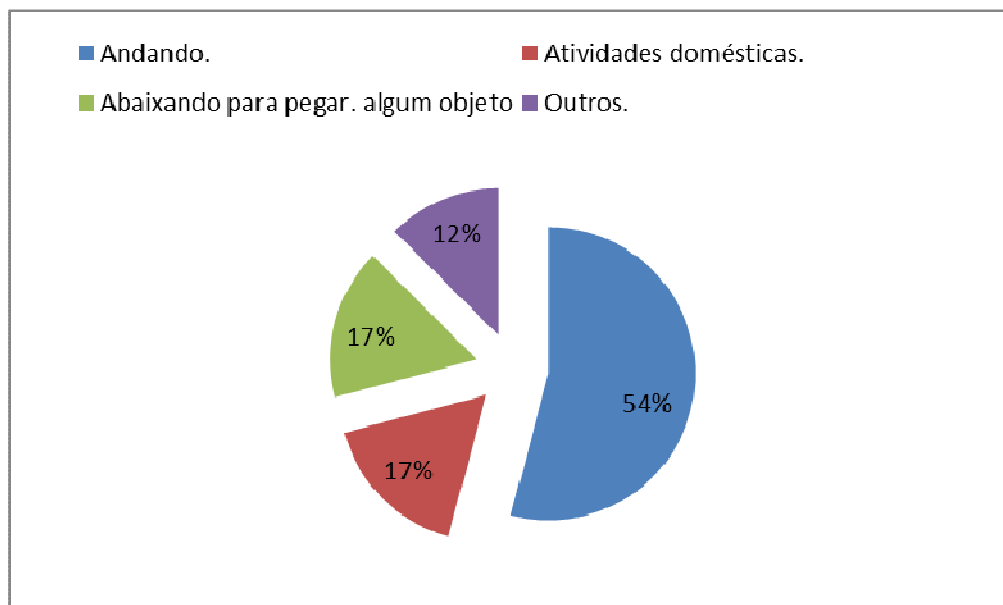
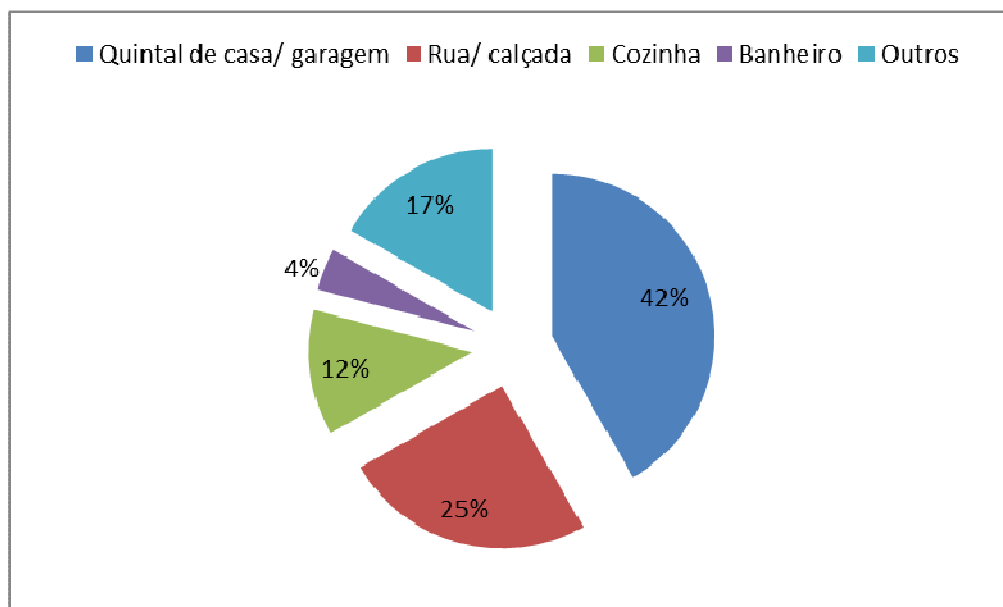


Figura 4: O que você estava fazendo quando caiu?**Figura 5:** Qual foi o local da última queda?

Para análise dos dados quantitativos e suas relações entre os grupos, utilizou-se o teste t de Student pareado para amostras independentes com nível de significância de 95%, e seus resultados estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 1: Comparação entre medo de cair e depressão entre os grupos G1 e G2

	História de Queda	n	Média	DP	p
EDG	Sim	24	4,25	2,48	0,91
	Não	26	4,33	3,63	
FES-I	Sim	24	25,00	8,20	0,001*
	Não	26		7,10	

*p<0,01

Discussão

Para o julgamento acerca da própria capacidade, o indivíduo deve levar em consideração uma série de fatores que contribuem para o aumento de suas crenças relacionadas a domínios específicos, quando Barros e Santos (2010) argumentam, em seu estudo, sobre os conceitos propostos por Bandura e citam que a autoeficácia é um mecanismo-chave para determinar o quanto de esforços as pessoas dedicam a uma atividade, além de quanto tempo elas deveram perseverar ao se depararem com um obstáculo; e também o quão serão resilientes às situações externas e, tipicamente, as crenças são avaliadas por perguntas do tipo “posso”, diferentemente das questões de autoconceito como eu sou ou eu sinto.

Na visão de Bandura, o comportamento humano é analisado em função de interação recíproca e contínua entre as condições ambientais, psicológicas e sociais e, quanto maior esse conceito no idoso, melhor é a adesão ao tratamento, sobretudo em problemas crônicos como o que ocorre no DM (como citado em Pereira & Almeida, 2004).

Observou-se, no presente estudo, que metade dos indivíduos, independentemente se tinham ou não história de queda, apresentavam o medo de cair. Isso se deve ao fato de que a ocorrência de quedas é um dos principais fatores de mortalidade e morbidade em idosos,

principalmente em função de suas consequências como fraturas, imobilizações, perda de mobilidade, dependência para realização de AVD gerando dependência.

A dependência do idoso, aliada à dificuldade em manter cuidados necessários à sua recuperação, requer cuidados que muitas vezes levam à sobrecarga familiar, que pode culminar ou justificar o encaminhamento dele a uma instituição de longa permanência, raramente por decisão própria, mas por ser essa a habitação possível, o único lugar que o hospeda, o espaço que lhe sobrou, capaz de fornecer os cuidados necessários, segregado do convívio social, afastado dos seus amores e afazeres, de seus pertences, casa e cantos encharcados de afeto; as mudanças físicas representam angústia, medo, insegurança e sensação de perda, principalmente quando essa mobilidade, que não é só de lugar, mas também do ser, é contrária ao desejo do próprio indivíduo. (Pinheiro & Loureiro, 2011).

Subirana (2011) relata que, sob o medo, o ser humano sente-se ameaçado por algo que pode ser real ou imaginário, reduz a capacidade de ser ele mesmo ou enfrentar os desafios impostos pela vida, afetando de forma negativa a mente e o corpo, podendo levar à agressividade, sentimentos de derrota e, até mesmo à depressão.

O presente estudo nos mostra que o medo de cair está presente nesta população devido à queda ser frequente em muitos desses indivíduos, quer seja por alterações orgânicas (causas intrínsecas), quer seja por alterações do ambiente, barreiras arquitetônicas que não estão adequadas à população que envelhece (Born, 2008).

As justificativas para o medo apresentadas no estudo corroboram com as justificativas levantadas por Rezende, Silva, Cardoso & Beresford, 2010), quando explicam que o medo de cair leva a repercussões negativas no bem-estar físico e funcional do idoso, no tocante à perda de independência e capacidade de realizar as AVD, socialização, favorecendo o sedentarismo que leva à sarcopenia, perda de equilíbrio, anormalidades de marcha e ainda, risco aumentados de cair novamente e mesmo à morte (Rezende *et al.*, 2010).

Quanto às sensações referidas no momento da queda, todas negativas, também se observa questões relacionadas à dependência física, perda de autonomia e mesmo a morte, sendo referido pelo G1, o grupo que experimentou o episódio de queda nos últimos 12 meses, com sensações como o susto, desespero, temor de ficar aleijado.

Estudos relatam relações diretamente proporcionais entre medo de cair e indícios de depressão e ansiedade e, também há associação entre baixa autoeficácia, motivação e medo

extremo de cair, sobretudo em agravos significativos nesta população como idosos que sofreram fratura de colo de fêmur em decorrência de quedas, presença de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e idades superiores a 80 anos (Visschedijk, van Balen, Hertogh & Achterberg, 2013). Hellström, Vahlberg, Urell & Emtner, 2009); Høst *et al.*, 2011).

Em relação ao ambiente, diferentemente do observado na literatura, em que o ambiente em que mais ocorrem às quedas é o banheiro, 42% dos indivíduos caíram ou no quintal ou na garagem de casa, no momento que estavam saindo ou chegando de seus domicílios, seguido de 25% que caíram na rua; o banheiro foi responsável apenas por 4% dessas quedas. Isso mostra que devemos pensar no planejamento de ambiente e, sobretudo em políticas de acessibilidade para a pessoa idosa, visto que ainda se tem dado pouca importância na avaliação ambiental, sobretudo de ambientes externos, à população idosa (Yang & Sanford, 2012).

Nesse estudo, observou-se que o FES-I foi eficaz para apontar o medo de cair, quando baixos níveis de medo foram observados no G2 e altos valores de medo no G1. Quanto à depressão, não houve diferenças significativas em ambos os grupos.

Fortes-Burgos; Neri e Cupertino (2008) relatam que, entre os idosos deprimidos, há um predomínio de estratégias negativas de enfrentamento, além de excessos comportamentais e comportamentos de risco, sugerindo autoeficácia inadequada, quando o próprio idoso mostra-se insatisfeito com seu desempenho, sobretudo perante as situações estressantes. Além disso, a experiência real de finitude, a maior dependência dos outros por circunstâncias de incapacidades e problemas de saúde, que podem afetar os descendentes, desafiam o senso de continuidade e integridade do self no idoso, que leva à baixa autoeficácia, favorecendo a depressão, que pode aumentar o medo de cair, que, por sua vez, leva à diminuição dos níveis de atividade e participação do idoso.

O medo de cair pode ter caráter protetor quando o idoso toma mais cuidado para não se expor ao risco; contudo, torna-se um risco quando causa limitações e insegurança, sendo apontado como um evento independente de uma experiência passada de quedas, havendo evidências que mostram que há um déficit de mobilidade consequente do medo gerando déficit funcional (Lopes, Costa, Santos, Castro & Bastone (2009).

Macedo, Marques, Oliveira, Gomes e Pereira (2005) referem, em seu estudo de revisão sobre a avaliação do medo de cair em idosos que, quando solicitados a deambular, os

idosos com história de quedas manifestam medo e ansiedade, tendendo a agarrar objetos, cambaleando para a frente como se fosse eminente o risco de cair, utilizando principalmente as estratégias de toque leve (uso das mãos). Eles referem ainda, em seu estudo, que a prevalência do medo de cair é maior em mulheres, idosos longevos, naqueles com história prévia de quedas, mobilidade reduzida e fragilidade.

Custódio, Malaquias e Voos (2010) avaliaram a relação entre cognição e equilíbrio em idosos com baixa escolaridade e observaram que, quanto melhor o ambiente é percebido, melhores são as estratégias posturais para a manutenção da estabilidade, mensurada pela EEB, e menor é o medo de cair, mensurado pelo FES-I. Eles sugerem ainda que idosos com maior dificuldade em tarefas executivas têm mais medo de cair.

No presente estudo, não foram levados em consideração os aspectos do nível de escolaridade, correlacionados ao medo e depressão, e sugere-se que novos estudos devam ser realizados correlacionando tais variáveis, e em diferentes grupos populacionais, e com diferentes agravos a saúde.

Conclusão

O estudo mostrou que idosos com neuropatia diabética e história de queda nos últimos 12 meses apresentam medo de cair novamente, e a princípio tal acontecimento não está diretamente relacionado a indícios de depressão.

Uma primeira queda teve impacto de forma negativa na vida desses idosos, gerando-lhes insegurança em sair de casa novamente por temerem novos episódios, sobretudo pela grande morbidade e mortalidade gerada pela mesma, e gerando dependência para as atividades de vida diária.

Referências

André, C. (2010). *Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânico*. (3ª ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.

Barros, M. & Santos, A.C.B. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Rev Espaço Acadêmico*, 112, 1-9.

Pinheiro, H.A., Melo, G.F.de & Carvalho, G.de A. (2012, set.). Ptofobia, depressão e história de quedas em idosos com neuropatia diabética atendidos no Distrito Federal. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5): 45-56.
Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Bhal, R., O'Donnell, J. & Thoppil, E. (1982). Ptofobia: Phobic Fear of Falling and Its Clinical Management. *PHYS THER*, 62, 187-190.

Born, T. (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

Bretan, O., Pinheiro, R.M. & Corrente, J.E. (2010). Avaliação funcional do equilíbrio e da sensibilidade cutânea plantar de idosos moradores na comunidade. *Braz J Otorhinolaryngol*, 76(2), 219-224.

Camargos, F.F.O., Dias, R.C., Dias, J.M.D. & Freire, M.T.F. (2010). Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale– International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). *Rev Bras Fisioter*, 14(3), 237-243.

Custódio, E.B., Malaquias, JR., J. & Voos, M.C. (2010). Relação entre cognição (função executiva e percepção espacial) e equilíbrio de idosos de baixa escolaridade. *Fisioter Pesq.*, 17(1), 46-51.

Ferrari, J.F. & Delacorte, R.R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.

Fortes-Burgos, A.C.G., Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.

Gai, J., Gomes, L. & Cárdenas, C.J. (2009). Ptofobia: o medo de cair em pessoas idosas. *Acta Med Port*, 22, 83-88.

Grupo de trabalho internacional sobre pé diabético. (2001). Consenso internacional sobre pé diabético/ publicado sobre a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Cláudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa- Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Hellström, K., Vahlberg, B., Urell, C. & Emtner, M. (2009). Fear of falling, fall-related self-efficacy, anxiety and depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Rehabil*, 23(12), 1136-1144.

Høst, D., Hendriksen, C. & Borup, I. (2011). Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. *Scand J Public Health*, 39(7), 742-748.

Johana, K.O. & Diogo, M.J.D. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4(17), 148-153.

Lopes, K.T., Costa, D.F., Santos, L.F., Castro, D.F. & Bastone, A.C. (2009). Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e história de quedas. *Rev Bras Fisioter*, 13(3), 223-229.

Macedo, B.G., Marques, K.S.F., Oliveira, E.B., Gomes, G.C. & Pereira, L.S.M. (2005). Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos. *Fisioter em Movimento*, 18(3), 65-70.

Pereira, M.G. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3(21), 585-595.

Pinheiro, H.Á. & Loureiro, A.M.L. (2011). Análise dos aspectos gerontológicos na canção “Filho Adotivo”. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, 5(2), 99-105.

Rabelo, D.F. & Cardoso, C.M. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, 12(1), 75-81.

Rezende, A.A.B., Silva, I.L., Cardoso, F.B. & Beresford, H. (2010). Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. *Acta Fisiatr 2010*, 17(3), 117-121.

Subirana, M. (2011). *Atreva-se a viver: medo, coragem e plenitude*, 19-58. Petrópolis (RJ): Vozes.

Tilling, L.M., Darawil, K. & Britton, M. (2006). Falls as a complication of diabetes mellitus in older people. *J Diab Comp*, 20,158-162.

Visschedijk, J., van Balen, R., Hertogh, C. & Achterberg, W. (2013). Fear of falling in patients with hip fractures: prevalence and related psychological factors. *J Am Med Dir Assoc*, 14(3), 218-220.

Yang, H.Y. & Sanford, J.A. (2012). Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. *J Aging Res.*, 2012, ID 625758.

Recebido em 02/09/2012

Aceito em 29/09/2012

Hudson Azevedo Pinheiro - Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário EuroAmericano de Brasília (DF).

E-mail: hudsonap@gmail.com

Gislane Ferreira de Melo - Doutora em Educação Física pela UCB. Docente dos programas de Pós-Graduação stricto sensu em Gerontologia e Educação Física da UCB.

Gustavo de Azevedo Carvalho - Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente dos programas de Pós-Graduação stricto sensu em Gerontologia e Educação Física da UCB-Brasília (DF).