



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Reabilitação

FATORES PREDITIVOS E RISCO DE QUEDA NAS PESSOAS IDOSAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Isabel Cristina Ferreira Pereira - N.º 5528



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Reabilitação

FATORES PREDITIVOS E RISCO DE QUEDA NAS
PESSOAS IDOSAS

PREDICTIVE FACTORS AND RISK OF FALL IN ELDERLY
PEOPLE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Olga
Maria Pimenta Lopes Ribeiro e coorientada pela
Professora Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Isabel Cristina Ferreira Pereira - N.º 5528

Porto, 2021

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.

Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Uma tese de mestrado é uma longa jornada que inclui inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar da caminhada a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

À Professora Doutora Olga Ribeiro e à Professora Doutora Maria Manuela Martins pela sábia e motivacional orientação, pela transmissão dos seus conhecimentos e do seu saber, que se tornaram tão frutuoso na conquista desta etapa da minha vida.

Aos meus pais, pela minha existência e pela perseverança, amor, tolerância que têm demonstrado ao longo da minha vida, pois sem eles nada seria possível.... Ao meu filho por ter conseguido suportar toda a distância exigida.

Aos meus amigos, pelo carinho, ternura e dedicação que sempre demonstraram, em todos os momentos cruciais da minha caminhada.

À minha equipa de trabalho e minha chefe por todo o apoio, por todo o incentivo, por toda a paciência que me dispensaram, nos momentos mais difíceis da minha vida académica.

A todos eles o meu Muito Obrigado!

ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diária

CEREPRI - Center for Research and Prevention of Injuries

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EEER - Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação

EUNESE - European Network for Safety among Elderly

EWGSOP - European Working Group of Sarcopenia in Older People

FC - Frequência Cardíaca

HRQL - Qualidade de vida relacionada à Saúde

HTA - Hipertensão Arterial

IECA - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

IMC - Índice de Massa Corporal

mmHg - milímetro de mercúrio

N.º - número

OE - Ordem Enfermeiros

OMS - Organização mundial de Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - Programa Informático

STCP - Serviços Transportes Coletivos Porto

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

TA - Tensão Arterial

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life - Old Module - Qualidade de vida no Idoso

RESUMO

Introdução: À medida que os anos passam, o risco de cair aumenta substancialmente e transforma a queda numa questão de saúde pública, não só, em virtude do aumento do número de idosos, na população mundial, como também na sua maior longevidade, sendo assim fundamental atuar rapidamente, para se poderem prevenir complicações e obter ganhos em saúde. A etiologia multifatorial das quedas torna complicada a sua prevenção, sendo por isso crucial, a identificação das pessoas com maior risco de cair, e os fatores que contribuem para tal.

Objetivo: Analisar os fatores que concorrem para as quedas, nomeadamente no que se refere às características sociodemográficas, à condição de saúde e à percepção da pessoa idosa sobre a sua qualidade de vida.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal, realizado numa unidade de saúde de uma região urbana, do norte de Portugal, no período de setembro de 2018 a julho de 2019, com a participação de 40 idosos, com idade mínima de 65 anos. Como instrumento de colheita de dados foi usado um formulário. Integrado no projeto Pt4Ageing, este estudo teve aprovação da Administração Regional de Saúde.

Resultados: Dos 40 participantes do estudo, com uma idade média de 74,8 anos, 30% (n=12) tiveram quedas. Em relação ao sexo e idade das pessoas idosas que verbalizaram ter tido quedas nos últimos seis meses, 8 eram mulheres com idade média de 74,4 anos e 4 eram homens, com idade média de 78,3 anos. Em relação aos fatores sociodemográficos e à condição de saúde, confirmou-se associação significativa entre a ocorrência de quedas, o estado civil e a tensão arterial diastólica. A ocorrência de quedas é mais frequente nas pessoas idosas solteiras, divorciadas ou viúvas ($p=0,018$) e nos idosos com valores de tensão arterial diastólica inferiores ($p=0,047$). Também não se verificou associação significativa, no que se refere aos fatores relacionadas com as doenças, os sintomas, a medicação, a qualidade de vida e a ocorrência de quedas. Por outro lado, as pessoas idosas com dificuldade em andar ($p=0,018$), com desequilíbrios constantes ($p=0,032$) e com dor ($p=0,02$), apresentam percepção do risco de queda, evidenciando concomitantemente maior score na faceta Família/Vida Familiar ($p=0,043$).

Conclusão: Apesar do tamanho da amostra ter limitado o aprofundamento da análise estatística, os resultados obtidos contribuem para a sistematização da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no âmbito da prevenção de quedas em idosos a viver no domicílio. A importância da consciencialização da pessoa idosa, a atuação precoce perante a dificuldade em andar e os desequilíbrios constantes, sendo áreas sensíveis à intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, tornar-se-ão extremamente relevantes para a prevenção de quedas.

Palavras-Chaves: Quedas, Idosos; Envelhecimento; Enfermagem em reabilitação

ABSTRACT

Introduction: As the years pass, the risk of falling increases substantially and turns falling into a public health issue, not only due to the increase in the number of elderly people in the world population, but also in its greater longevity, thus It is essential to act quickly to prevent complications and obtain health gains. The multifactorial etiology of falls makes its prevention complicated, and it is therefore crucial to identify people at greater risk of falling, and the factors that contribute to it.

Objective: To analyse the factors that contribute to falls, namely about sociodemographic characteristics, health status and the elderly person's perception of their quality of life.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study, carried out in a health unit in an urban region, north of Portugal, from September 2018 to July 2019, with the participation of 40 elderly people, with Minimum age of 65 years. As a data collection instrument, a form was used. As part of the Pt4Ageing project, this study was approved by the Regional Health Administration.

Results: Of the 40 study participants, with a mean age of 74.8 years, 30% (n=12) had falls. Regarding the gender and age of the elderly people who reported having had falls in the last six months, 8 were women with an average age of 74.4 years and 4 were men, with an average age of 78.3 years. Regarding sociodemographic factors and health status, a significant association was confirmed between the occurrence of falls, marital status and diastolic blood pressure. The occurrence of falls is more frequent in single, divorced or widowed elderly people ($p=0.018$) and in elderly people with lower diastolic blood pressure values ($p=0.047$). There was also no significant association about factors related to diseases, symptoms, medication, quality of life and the occurrence of falls. On the other hand, elderly people with difficulty walking ($p=0.018$), with constant imbalances ($p=0.032$) and with pain ($p=0.02$), present a perception of the risk of falling, showing concomitantly a higher score in the Family facet /Family Life ($p=0.043$).

Conclusion: Despite the sample size having limited the depth of statistical analysis, the results obtained contribute to the systematization of the intervention of specialist nurses in rehabilitation nursing, in the context of preventing falls in elderly people living at home. The importance of raising awareness among the elderly, acting early in the face of difficulty in walking and constant imbalances, which are areas that are sensitive to the intervention of specialist nurses in rehabilitation nursing, will become extremely relevant for the prevention of falls.

Key Words: Falls, Elderly Aged; Rehabilitation Nursin

ÍNDICE

Introdução	21
I PARTE: Enquadramento Teórico	23
A pessoa idosa e o envelhecimento	23
A problemática das quedas nas pessoas idosas	28
Fatores de risco de quedas em pessoas idosas	31
Estratégias de prevenção de quedas em pessoas idosas	32
Contribuição da Enfermagem de Reabilitação para a Prevenção de Quedas	34
II PARTE: Enquadramento Metodológico	43
Do problema às perguntas de investigação	43
Finalidade e Objetivos	44
Tipo de estudo	44
Variáveis em estudo	45
População, amostra e técnica de amostragem	49
Instrumento de colheita de dados	50
Tratamento e análise dos dados	51
Princípios Éticos	51
III PARTE: Apresentação de resultados	53
Caracterização Sociodemográfica e perfil dos participantes	53
Condição de saúde das pessoas idosas	65
Qualidade de vida das pessoas idosas	82
Olhares sobre as quedas das pessoas idosas	104
Perceção das pessoas idosas sobre o Risco de Queda	111
IV PARTE: Quedas em idosos: do risco à prevenção	117
Conclusão	129
Referências Bibliográficas	131
Anexos	143

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Variáveis com associação significativa à ocorrência de quedas	120
Figura 2 - Variáveis com associação significativa à percepção do risco de queda	125

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 - Representação gráfica da idade	54
Gráfico 2- Representação gráfica da idade do cônjuge	56
Gráfico 3 - Representação gráfica da idade - 1º filho	59
Gráfico 4 - Representação gráfica da idade - 2º filho	59
Gráfico 5 - Representação gráfica da tensão arterial - Sistólica	66
Gráfico 6 - Representação gráfica da tensão arterial - Diastólica	66
Gráfico 7- Representação gráfica da frequência cardíaca	68
Gráfico 8 - Representação gráfica do peso	69
Gráfico 9 - Representação gráfica da altura	71
Gráfico 10 - Representação gráfica do IMC	72
Gráfico 11 - Representação gráfica da glicemia capilar	74
Gráfico 12 - Representação gráfica da colesterolemia	76
Gráfico 13 - Representação gráfica das facetas - Funcionamento sensorial	93
Gráfico 14 - Representação gráfica das facetas - Autonomia	94
Gráfico 15 - Representação gráfica das facetas - Atividades passadas, presentes e futuras	94
Gráfico 16 - Representação gráfica das facetas - Atividades passadas, presentes e futuras	95
Gráfico 17 - Representação gráfica das facetas - Morte e morrer	95
Gráfico 18 - Representação gráfica das facetas - Intimidade	96
Gráfico 19 - Representação gráfica das facetas - Família/Vida familiar	96
Gráfico 20 - Representação gráfica das facetas - Total	97

LISTA QUADROS

Quadro 1 - Fases conceptuais da sarcopenia de acordo com EWGSOP	27
Quadro 2 - Atuação dos EEER perante nas pessoas com risco de queda/antecedentes de queda	41
Quadro 3 - Operacionalização das variáveis: sociodemográficas e profissionais	45
Quadro 4 - Operacionalização das variáveis: dados relativos à saúde	46
Quadro 5 - Operacionalização das variáveis: qualidade de vida	47
Quadro 6 - Operacionalização das variáveis relativas às quedas	49
Quadro 7 - Perfil dos 40 participantes	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da idade	54
Tabela 2 - Estado civil	55
Tabela 3 - Caracterização da idade do cônjuge	56
Tabela 4 - Número de filhos	57
Tabela 5 - Caracterização do número de filhos	57
Tabela 6 - Caracterização da idade dos filhos	58
Tabela 7 - Escolaridade	61
Tabela 8 - Fonte de rendimento	61
Tabela 9 - Profissão	62
Tabela 10 - Número de elementos do agregado familiar	63
Tabela 11 - Caracterização do número de elementos do agregado familiar	64
Tabela 12 - Estado geral de saúde	65
Tabela 13 - Caracterização da tensão arterial	65
Tabela 14 - Caracterização do pulso	67
Tabela 15 - Caracterização do peso	69
Tabela 16 - Caracterização da altura	70
Tabela 17 - Caracterização do IMC	73
Tabela 18 - Categorias do IMC	71
Tabela 19 - Caracterização da glicemia capilar	74
Tabela 20 - Caracterização da colesterolemia	75
Tabela 21 - Doenças	77
Tabela 22 - Sintomas/manifestações	79
Tabela 23 - Grupos de medicamentos	80
Tabela 24 - Qualidade de vida: Parte 1	82
Tabela 25 - Qualidade de vida: Parte 2	85

Tabela 26 - Qualidade de vida: Parte 3	87
Tabela 27 - Qualidade de vida: Parte 4	89
Tabela 28 - Qualidade de vida: Parte 5	89
Tabela 29 - Qualidade de vida: Parte 6	91
Tabela 30 - Qualidade de vida: Parte 7	89
Tabela 31 - Qualidade de vida: Parte 8	92
Tabela 32 - Caraterização das facetas	93
Tabela 33 - Teste de normalidade das facetas	100
Tabela 34 - Correlações entre as facetas	101
Tabela 35 - Comparações múltiplas das pontuações das facetas	103
Tabela 36 - Ocorrência de quedas nos últimos seis meses	104
Tabela 37 - Ocorrência de quedas e variáveis sociodemográficas	105
Tabela 38- Ocorrência de quedas e condição de saúde	107
Tabela 39 - Ocorrência de quedas e tipologias de doenças	108
Tabela 40 - Ocorrência de quedas e sintomas	108
Tabela 41 - Ocorrência de quedas e grupos de medicamentos	109
Tabela 42 - Ocorrência de quedas e qualidade de vida	110
Tabela 43- Risco de queda e variáveis sociodemográficas	111
Tabela 44 - Risco de queda e condição de saúde	113
Tabela 45 - Risco de queda e tipologias de doenças	113
Tabela 46 - Risco de queda e sintomas	114
Tabela 47- Risco de queda e grupos de medicamentos	115
Tabela 48 - Risco de queda e qualidade de vida	116

INTRODUÇÃO

No contexto do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, preconiza-se como última etapa a realização de uma dissertação. Assim, e dando sequência a essa exigência do plano de estudos, surgiu a presente investigação, que tem como título “Fatores preditivos e risco de queda nas pessoas idosas”.

Em relação à investigação em Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006), emitiu uma tomada de posição referindo que, o saber obtido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática fundamentada na evidência, aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

De acordo com Fortin (2009), a investigação científica, é um processo sistemático simplificador da análise dos fenómenos, tendo em vista a aquisição de respostas a determinadas questões, que logram uma investigação.

Atualmente, no contexto nacional e internacional, o envelhecimento populacional prevê uma intervenção progressiva mais especializada e rigorosa, com o objetivo de tornar os idosos mais ativos e saudáveis. As alterações demográficas da população portuguesa, caracterizam-se por um aumento crescente do envelhecimento. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2020), em Portugal, a população com 65 ou mais anos de idade poderá entre 2018 e 2080, passar de 2,2 para 3,0 milhões. O acréscimo mais acentuado resulta, sobretudo, de um maior aumento da esperança de vida, considerado neste cenário. Em Portugal, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Com o aumento da idade, da inatividade física e do aparecimento de processos degenerativos do sistema nervoso central e do sistema muscular ocorre declínio da propriocepção, alterações de equilíbrio bem como da força muscular, aumentando o risco de queda e, concomitantemente, a probabilidade de ocorrerem lesões graves, com repercussão na qualidade de vida das pessoas idosas (Portella et al, 2018).

A queda, é considerada como uma mudança inesperada e não intencional de posição, que leva, inadvertidamente, o indivíduo a um nível inferior. Tendo em vista a sua repercussão, na saúde das pessoas idosas, a queda é apontada como um evento crítico, pois normalmente, está associada a fragilidade, dependência, institucionalização e morte.

Assim, as quedas, são consideradas um problema de saúde pública, já que a sua ocorrência, está associada a altas taxas de morbilidade, além de implicarem um elevado custo social e económico (Santos et al., 2018). Consequentemente, a prevenção de quedas é um repto ao

envelhecimento, dado que, o número de quedas aumenta em simultâneo com o número de pessoas idosas. Atendendo à pertinência de se definirem programas de intervenção específicos, torna-se emergente, a identificação dos fatores que concorrem para as quedas nas pessoas idosas. Neste sentido, a elaboração deste estudo integrado num projeto mais ampla designado *Personal Trainer* na Gestão da Saúde de Pessoas com mais idade (PT4Ageing), visa contribuir para sustentação de uma intervenção sistematizada que tem em vista a prevenção de quedas na população idosa, por ser uma geração frágil e débil, propensa a este evento adverso.

Sendo parte integrante de um projeto mais amplo - PT4Ageing - que envolveu o desenvolvimento de outras investigações, este estudo, reflete apenas o componente relativo às variáveis tradutoras do perfil das pessoas idosas e das possíveis repercussões na ocorrência de quedas e na perceção do risco de cair.

Importa referir que, este estudo se enquadra na fase 1, pretendendo-se dar resposta à seguinte questão: Que fatores contribuem para o risco de queda nas pessoas idosas a residir em contexto domiciliário?

A dissertação será dividida em cinco partes. A primeira será o enquadramento teórico onde serão abordados: a pessoa idosa e o envelhecimento, a problemática das quedas nas pessoas idosas, fatores de risco de quedas em idosos, estratégias de prevenção de quedas em pessoas idosas e a contribuição da Enfermagem de Reabilitação para a Prevenção de Quedas. Na segunda parte é analisado o enquadramento metodológico, constando: do problema às perguntas de investigação, finalidade e objetivos, tipo de estudo, variáveis em estudo, população, amostra, técnica de amostragem e princípios éticos. A terceira parte corresponde à apresentação de resultados e inclui: caracterização sociodemográfica e perfil dos participantes, qualidade de vida dos participantes, olhares sobre as quedas das pessoas idosas e perceção das pessoas idosas sobre o risco de queda. A quarta parte baseia-se na análise de resultados sendo intitulada, quedas em idosos: do risco à prevenção e, por fim, uma quinta parte onde é realizada uma conclusão ao trabalho. Inclui também um anexo com parte do questionário aplicado e que foi usado para a realização deste trabalho.

I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo da dissertação, no tópico relativo à pessoa idosa e ao envelhecimento, será explorada a problemática do envelhecimento e suas repercussões. Abordar-se-á também a temática das quedas e os fatores de risco de queda nos idosos. Posteriormente, serão exploradas algumas das estratégias para a prevenção de quedas em pessoas idosas, bem como o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na minimização da ocorrência desse evento crítico. O referencial teórico de Afaf Meleis servirá de guia orientador do EEER para uma atuação neste âmbito.

A pessoa idosa e o envelhecimento

Manfredi et al. (2019), consideram que, o envelhecimento populacional, é uma das mais relevantes tendências do século XXI. Apresenta consequências importantes e de longo alcance, para todos os domínios da sociedade, colocando novos reptos, que se deparam com o dever de favorecer o envelhecimento ativo e saudável, retardando assim, a fragilidade e o declínio funcional.

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento da população está a agilizar-se celeremente a nível mundial. É a primeira vez na história que a maioria das pessoas pode ter esperança de viver para além dos 60 anos. As consequências desta durabilidade são profundas, para a saúde dos indivíduos, para os sistemas de saúde, para os seus orçamentos e para os profissionais de saúde.

Segundo a OMS (2015) e Llanes (2015), durante o século XX, a população mundial tem sofrido um envelhecimento progressivo. Assim, enquanto nos anos 50 a população mundial com mais de 60 anos foi estimada em 400 milhões, nos anos 90 aumentou para 700 milhões, e de acordo com estimativas da OMS (2015), em 2025 será de cerca de 1,2 mil milhões. Do mesmo modo, houve também um aumento da população muito idosa (“oldest old”), ou seja, os maiores de 80 anos que nos próximos 30 anos, atingirão 30% nos países desenvolvidos e 12% nos países em desenvolvimento.

De acordo com Salas (2006), este processo de transição demográfica representa um desafio global, não só do ponto de vista económico, mas também individual, sanitário e social, com as suas respetivas repercussões económicas. Isto deve-se, entre outras causas, ao impacto no consumo de recursos socio-sanitários, tais como, a utilização de medicamentos e serviços de saúde quer relativos quer absolutos. Do mesmo modo, também para a OMS (2015) e Llanes (2015), o envelhecimento transforma progressiva e substancialmente a situação sanitária dos indivíduos e influencia diretamente a estrutura e dinâmica da família como um pilar

básico da sociedade. Seals (2014), observou que, devido à rápida evolução demográfica do envelhecimento, enfrentamos um sério desafio em termos de grande número de adultos idosos, de infraestruturas e recursos insuficientes, para apoiar a sua saúde e necessidades sociais fundamentais.

Para Llanes (2015) e Seals (2014), do ponto de vista biomédico, o impacto do envelhecimento nos indivíduos, pode ser visto, de uma forma relativamente simples, como a deterioração da função fisiológica, levando a limitações funcionais, aumento do risco de doença e incapacidade, diminuição da produtividade e perda de independência, o que se traduz numa qualidade de vida reduzida.

De acordo com Llanes (2015) e Salas (2006), o interesse especial dos seres humanos em aumentar a sua esperança de vida, juntamente com o crescente desenvolvimento científico e tecnológico, sustenta a tendência atual que considera que, embora seja importante viver o máximo de tempo possível é essencial que estes anos sejam passados com a melhor qualidade de vida possível. Por esta razão, nos últimos anos a investigação tem sido orientada, não só para aumentar o número de anos através de um melhor conhecimento das alterações fisiopatológicas, que ocorrem durante o processo de envelhecimento, mas também, para saber que condições colocam o indivíduo idoso em situações de risco ou com potencial para o fazer, através da redução progressiva do equilíbrio homeostático e da sua própria capacidade de reserva face ao envelhecimento.

Note-se que, para Salas (2006) e Seals (2014), embora a idade cronológica seja um elemento importante, nunca seria, por si só, um critério isolado, suficiente para quantificar, avaliar e definir as necessidades de um adulto idoso doente. Já para Llanes (2015) e Salas (2006), surge a necessidade de quantificar a idade biológica em vez da idade cronológica. A idade biológica é composta por dois aspetos: o primeiro deles é a idade ou condição cronológica dos órgãos e sistemas corporais de uma pessoa e o segundo é a posição atual da pessoa, no que diz respeito ao seu índice de longevidade. Neste seguimento, os mesmos autores dão como exemplo que, o sistema cardiovascular de um indivíduo de 70 anos de idade funciona de forma semelhante em indivíduos da mesma idade. Mas existe a possibilidade de uma pessoa fisicamente ativa ou desportiva de 70 anos, poder ter uma capacidade pulmonar ou cardíaca característica de um indivíduo mais jovem; portanto, a idade biológica não é equivalente à idade cronológica.

De acordo com Llanes (2015), uma das características do envelhecimento é a diminuição da funcionalidade, que condiciona o indivíduo a uma maior suscetibilidade às agressões externas, diminuindo os mecanismos de defesa e resposta e a eficácia para manter o equilíbrio do ambiente interno. Assim, tanto Llanes (2015) como Salas (2006), consideram que, como a reserva funcional se perde, a suscetibilidade a complicações é maior,

aumentando a probabilidade de qualquer "agressão" desencadear uma perda de função, levando à incapacidade e, eventualmente, à dependência.

Seals (2014) e Luján et al. (2010), acrescentam que, o envelhecimento traz consigo uma série de consequências para o indivíduo bem como para o sistema social e de saúde, interferindo na capacidade funcional daqueles que sofrem com ele. Gomes (2019) acrescenta que o envelhecimento conduz a alterações anatómicas e fisiológicas que contribuem para o risco de queda.

Quer Soberanes (2009), considera que, a capacidade funcional é a aptidão que um adulto mais velho tem em executar, de forma autónoma ou independente, atividades básicas da vida diária (AVD's). Existem dois tipos de atividades na vida quotidiana de um indivíduo: as primeiras são atividades básicas, que o indivíduo executa autonomamente, para cuidar de si próprio (mover-se, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, controlar os esfínteres e cuidados pessoais), o segundo tipo, refere-se a capacidades instrumentais, sendo estas mais complexas (utilização de transportes públicos, limpeza, lavagem, cozinhar, tomar medicamentos, utilizar escadas, trabalhos ao ar livre, como jardinagem e cuidar de animais, etc.).

Para os mesmos autores, a capacidade funcional da pessoa idosa, está também intimamente relacionada com a qualidade de vida. Esta última, está a tornar-se cada vez mais importante na saúde e começou mesmo a ser utilizada, como medida de resultados de saúde, especialmente em situações em que as ações já não podem ser dirigidas para prolongar a vida, como no caso de doentes muito idosos e terminais.

De acordo com a OMS (2015), a qualidade de vida, refere-se à percepção que cada pessoa tem da posição que ocupa na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Soberanes, González e Moreno (2009), consideram que, a qualidade de vida é um conceito amplo, e que elementos como, o estado psicológico, a saúde física, o nível de independência, as relações sociais do indivíduo e a relação do indivíduo com o ambiente circundante, são fatores determinantes na mesma. Neste domínio, a qualidade de vida está relacionada com a saúde, permitindo avaliar o impacto das doenças no estado de saúde do idoso tanto do ponto de vista social como pessoal.

Segundo Abellán et al. (2007), no âmbito da gerontologia, foi aplicado um velho axioma de Séneca que indica que, "a velhice é em si mesma uma doença", contudo, na gerontologia moderna é um facto confirmado que, o envelhecimento humano se deve a um acontecimento fisiológico e que, a qualidade de vida é condicionada pelo mesmo processo de envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade dos idosos, tornando-os cada vez mais

suscetíveis à doença e à deficiência. Também Gómez (2005), acrescenta que, entre os determinantes da capacidade funcional, estão as síndromes geriátricas.

De acordo com Alonso Galbán et al. (2007) e Joan M et al. (2007), o conceito de síndrome geriátrica é relativamente novo, esta terminologia começou a ser utilizada no final dos anos 60. Originalmente, o nome síndrome geriátrica, era utilizado para se referir às características mais frequentemente encontradas em pessoas idosas, admitidas nos serviços geriátricos. Hoje em dia, este termo é utilizado para se referir a uma síndrome clínica multietiológica, que representa a forma geralmente diferente de adoecer nos idosos, com graves repercussões, especialmente a gênese da incapacidade funcional ou social.

Para Abellán et al. (2007), as síndromes geriátricas, foram definidas em 1989 por Kane, no seu livro *Essentials of Clinical Geriatrics*, permitindo a sua memorização, por meio de uma regra mnemónica, utilizando a regra dos "i's": *Instability*: instabilidade e quedas; *Immobility*: imobilidade; *Inanition*: desnutrição; *Incontinence*: incontinência urinária e fecal; *Infection*: infeções; *Intellectual impairment*: demência e síndrome da confusão aguda; *Irritable colon*: obstipação, impacção fecal; *Isolation (depression)*: insónia, depressão/insónia; *Immune deficiency*: imunodeficiências; *Impairment of vision and hearing*: distúrbios visuais e auditivos; *Impotence*: impotência ou distúrbios sexuais e *Iatrogenesis*: iatrogénico.

Alonso Galbán et al. (2007) e Abellán et al. (2007), consideram que, todas estas síndromes geriátricas partilham as seguintes características em comum: prevalência e incidência elevadas na população com mais de 65 anos de idade, contudo, a prevalência aumenta em certos grupos, tais como, os maiores de 80 anos de idade, residentes em instituições ou pessoas hospitalizadas.

Após o aparecimento destas síndromes, verifica-se uma deterioração significativa da qualidade de vida e que muitas vezes geram ou aumentam o grau de dependência e cuidados, produzindo um aumento da necessidade de apoio social e cuidados de saúde, que acresce, no caso de serem tardiamente diagnosticadas, favorecendo a institucionalização e o isolamento social das pessoas idosas.

A abordagem de diagnóstico e tratamento, requer uma avaliação abrangente, gestão interdisciplinar e utilização correta dos diferentes níveis de cuidados.

De acordo com Alonso Galbán et al (2007), fragilidade e sarcopenia, foram acrescentadas às clássicas síndromes geriátricas descritas por Kane. O termo "sarcopenia", provém do grego sarx (carne) e penia (pobreza). Originalmente, o termo sarcopenia era usado apenas, para descrever a diminuição da massa muscular, devido ao envelhecimento. Já para Soberanes et al. (2009) e Abellán et al. (2007), esta síndrome é considerada uma das principais causas de incapacidade nos idosos bem como um facto determinante na etiopatogenia da fratura

da anca, devido à fragilidade. Neste sentido, a sarcopenia é também considerada como uma síndrome geriátrica, e esta visão favorece a sua identificação e tratamento.

Cruz-Jentoft et al. (2010), referiram que a sarcopenia se caracteriza pela perda progressiva e generalizada de força e massa muscular levando a um risco acrescido de incapacidades como debilidade física, baixa qualidade de vida e baixo rendimento muscular (massa/força muscular e performance).

Tanto Gómez (2005) como Abellán et al. (2007), estão de acordo que a sarcopenia conduz à deterioração da saúde com elevados custos pessoais: incapacidade, aumento do risco de quedas e fraturas, mobilidade reduzida, incapacidade de realizar atividades diárias, perda de independência e aumento do risco de morte.

Abellán et al. (2007), consideram que o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia nas Pessoas Idosas (EWGSOP), recomenda que, para se fazer o diagnóstico seja utilizada a presença de baixa massa muscular e que a função muscular esteja também prejudicada. (desempenho ou força)

Gómez (2005) e Abellán et al. (2007), estão de acordo que para fazer o diagnóstico da sarcopenia, devemos basear-nos nos seguintes critérios: 1- Baixa massa muscular; 2 - Diminuição da força muscular; 3 - Menos desempenho físico.

Para Cruz-Jentoft et al. (2010), a sarcopenia, dependendo da sua gravidade, é um conceito que pode ajudar a selecionar estratégias terapêuticas e objetivos de recuperação a atingir. Segundo Gomez (2005) e Cruz-Jentoft et al. (2010), o EWGSOP, estadeou a patologia em três fases: “présarcopenia”, “sarcopenia” e “sarcopenia grave” (Quadro 1)

Quadro 1. - Fases conceptuais da sarcopenia de acordo com EWGSOP.

Estádio	Massa muscular	Força muscular	Desempenho físico
Présarcopenia	↓		
Sarcopenia	↓↓	↓	↓
Sarcopenia grave	↓↓↓	↓	

Fonte: Cruz-Jentoft et al. (2010)

Segundo Gómez (2005), a fase de présarcopenia é caracterizada pela presença de baixa massa muscular, sem qualquer efeito no desempenho físico ou força muscular. Esta fase, só pode ser identificada por técnicas que medem com precisão a massa muscular e fazem comparações com populações padronizadas. Na fase de sarcopenia, há baixa massa muscular juntamente com baixa força muscular ou fraco desempenho físico. Por fim, na sarcopenia grave, são satisfeitos os três critérios da definição: presença de baixa massa muscular,

diminuição da força muscular e do desempenho físico. A identificação destas fases da sarcopenia permite selecionar tratamentos apropriados e estabelecer os objetivos de recuperação da pessoa idosa, contribuindo ainda para a prevenção de complicações, de que são exemplo as quedas.

Cruz-Jentoft et al. (2010), ao falar sobre condições negativas, afirma que, o envelhecimento conduz ao aparecimento de doenças crônicas que tendem a se prolongar e a desencadear sequelas que vão gerar incapacidades e limitação nas atividades da vida diária. Os adultos mais velhos são especialmente sensíveis, no que concerne à diminuição da sua capacidade locomotiva, proporcionando uma deterioração progressiva do estado de funcionalidade física, mental e social. Existe uma relação clara entre a perda de massa e potência muscular e a perda de independência funcional, contribuindo para quedas, fraturas e a necessidade de institucionalização. As consequências da sarcopenia em indivíduos idosos, são abrangentes; estas consequências, podem ser avaliadas em termos de custos de cuidados de saúde, incapacidade, morbidade e mortalidade.

Segundo o Plano Nacional de Saúde revisto e estendido até 2020 (Ministério da Saúde, 2015), temos a noção de que, cada idoso envelhece de modo individual e único, mas não podemos ignorar que, o processo de envelhecimento, está regularmente ligado a alterações menos positivas, particularmente ao aumento da prevalência de doenças crônicas, de situações de pobreza e de isolamento social. Os problemas de saúde nos idosos são dominantes, especialmente no foro osteoarticular e na polimedicação, indicadora de um perfil de saúde frágil. A dependência é outro dos problemas a que os idosos estão mais sujeitos e que pode advir de problemas crônicos, mas também, pode ser o desfecho de acidentes que alteram substancialmente o nível funcional da pessoa. As quedas são um reflexo deste tipo de acidentes e um problema dominante e recorrente entre os idosos. São ainda predominantes, as lesões relacionadas com estes eventos, essencialmente lesões minor. Contudo, as fraturas e os TCE, também são habituais e podem facilmente causar grandes transtornos para a vida dos idosos e dos seus familiares.

A problemática das quedas nas pessoas idosas

Álvarez (2015), considera que as quedas são uma das mais importantes síndromes geriátricas, devido à sua elevada incidência e elevada morbidade e mortalidade. A WHO (2007), define uma queda como a consequência de qualquer acontecimento que precipita uma pessoa no solo contra a sua vontade. Esta definição engloba cenários clínicos heterogêneos, desde uma queda accidental, durante a prática desportiva, até uma causa cardíaca ou um evento vascular.

Em concordância com Gómez (2005) e Abellán et al. (2007), epidemiologicamente, nas pessoas com mais de 75 anos, os acidentes são a sexta causa principal de morte, e entre estes, as quedas são a principal causa. Nos adultos mais velhos, uma das alterações que ocorre frequentemente é o aparecimento de perturbações de equilíbrio e de marcha. Vinte por cento dos indivíduos com mais de 65 anos de idade têm algum tipo de dificuldade na marcha, incluindo a velocidade de marcha que é frequentemente mais lenta.

De acordo com Abellán et al. (2007), para começar a andar é necessária estabilidade mecânica em posição de pé. Para que a marcha decorra com normalidade é também necessária a integração do sistema músculo-esquelético com reflexos posturais, envolvendo estímulos propriocetivos, visuais e vestibulares, associados a um mecanismo de controlo integrador que ocorre no sistema nervoso central (SNC). Nas pessoas idosas todos estes elementos podem ser afetados em diferentes graus.

Já para Pío et al. (2007) e Tinetti (2003), as quedas são uma síndrome geriátrica que, muitas vezes, passa despercebida, isto porque, a maioria das pessoas idosas não lhe dão a importância necessária, considerando as quedas como uma ocorrência normal, durante o processo de envelhecimento ou evitando relatá-las por medo de perder a sua independência. É também frequente, os profissionais de saúde não recolherem a informação necessária, sobre um historial de quedas ou alterações na marcha e equilíbrio, o que dificultará a definição de estratégias preventivas.

Todd e Skelton (2004), definem que, globalmente, as quedas e lesões causadas por quedas em adultos mais velhos são um problema grave, para os serviços de saúde, devido ao aumento acelerado da esperança de vida.

Tendo como referência WHO (2015), constatamos que o episódio de queda, tem vindo a aumentar em todo o mundo e que origina grandes consequências financeiras na família, na comunidade e na sociedade, onde estão incluídos os sistemas de saúde, através de custos diretos, medicamentos, consultas, tratamentos e custos indiretos, perda de produtividade, de rendimentos e absentismo. Estas são a causa de cerca de 10 a 15% de episódios de urgência e aproximadamente 20 a 30% de feridas traumáticas simples. Segundo o Despacho nº 1400-A/2015, “a maioria dos diagnósticos relacionados com quedas, nas admissões hospitalares, são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se ainda que, a estadia hospitalar, varie entre 4 a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa, com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano” (p. 3882-(7)).

Para Gómez (2005) e Abellán et al. (2007), a soma das alterações da visão, sistema vestibular, reflexos propriocetivos, sistema nervoso periférico e sistema músculo-

esquelético, entre outros, resulta num aumento do risco de queda. Vega Rodríguez et al. (2007) e Airam (2014), estão de acordo que as quedas são muito frequentes em idosos, gerando consequências importantes, tanto no indivíduo que o sofre a queda como para o sistema de saúde.

Vega Rodríguez et al. (2013) e Lavedán et al. (2015), consideram que entre as síndromes geriátricas, as quedas são de especial importância, devido à sua elevada frequência e à gravidade das suas consequências.

Para Dinamarca et al. (2015), a incidência de quedas é estimada em 50% (0,6-3,6 quedas/doentes por ano). Entre 10 e 25% destes doentes sofrem consequências secundárias graves, geralmente lesões ou fraturas graves.

Em conformidade com Dinamarca et al. (2015), a queda está associada a consequências físicas, psicológicas, económicas e sociais, significativas. Segundo Vega Rodríguez et al. (2013) e Metcalfe (2008), estima-se que 1% das quedas resultarão em fraturas; no entanto, 90% das fraturas são precedidas por uma queda. Os custos desta entidade, refletem-se no aumento da necessidade de cuidados a estes doentes e nas despesas sociais e de saúde.

Dinamarca et al. (2015), definem que as consequências desta síndrome podem ser classificadas em imediatas e retardadas. Entre as consequências imediatas estão: lesões e fraturas menores dos tecidos moles, que ocorrem mais frequentemente no fémur, anca, pulsos, úmero e costelas; também após uma deficiência cognitiva inexplicada deve ser considerada a possibilidade de hematoma subdural.

A dificuldade em levantar-se está presente em 50% dos casos e 10% dos doentes permanecem no chão durante mais de uma hora, sendo que esta situação pode originar perturbações psicológicas, desidratação, infeções e nalguns casos levar à hipotermia, que em 90% dos casos pode causar a morte; síndrome pós-queda, que é caracterizada pela falta de autoconfiança dos doentes, devido ao medo de cair novamente, com restrição de ambulação, quer pelo próprio doente quer pelos seus prestadores de cuidados, causando isolamento e depressão (Dinamarca et al, 2015).

De acordo com Dinamarca et al. (2015), entre as consequências da estadia prolongada do adulto mais velho no chão, após uma queda, pode ocorrer hipotermia, úlceras de pressão, rabdomiólise, trombose venosa profunda, processos infecciosos e outras sequelas de imobilidade, que mais tarde são suscetíveis de provocar sequelas sobre a sua funcionalidade. Também Metcalfe (2008), concorda que, com a idade a pele perde a sua elasticidade, o que explica a menor resistência das pessoas idosas às forças de corte.

Também, Airam (2014) e Metcalfe (2008), apontam como outra consequência das quedas, no sistema de saúde, os elevados custos diretos e indiretos que estes doentes incorrem. 50% das hospitalizações em serviços de trauma são ocupadas por doentes idosos e 25% deles são diagnosticados com uma fratura da anca.

Fatores de risco de quedas em pessoas idosas

Segundo Callis (2016), alguns dos fatores de risco mais importantes na ameaça de quedas em idosos são: as doenças osteoarticulares, neuropsiquiátricas e cardiovasculares, causas extrínsecas (presença de obstáculos físicos, escadas, calçado, casa, etc.), efeitos secundários de certos medicamentos, fraqueza muscular, distúrbios do equilíbrio e da marcha, diversidade de medicação, défice cognitivo e deterioração das atividades da vida diária.

Já Ambrose et al. (2013), consideram que o risco de queda aumenta com a idade, devido a alterações neuromusculares, deterioração geral, medicação (psicotrópica ou ansiolítica), doenças neurológicas, que afetam o sistema locomotor, perda de acuidade visual, etc. Em concordância com Callis (2016) e Ambrose et al. (2013), os fatores de risco de quedas podem ser divididos em: fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Quanto aos fatores intrínsecos, específicos da pessoa e determinados por alterações fisiológicas, relacionadas com a idade, destacam-se:

- ✓ Causas neurológicas - Perturbações labirínticas por problema isquémico, infeccioso, traumático; Acidente vascular cerebral; Doença de Parkinson; Demência; Perturbações musculares, relacionadas com a transmissão nervosa envolvida; Mielopatias; Insuficiência Vertebrobasilar; Alterações Cerebelares; Perturbações cognitivas, Alterações visuais e Convulsões;
- ✓ Causas cardiovasculares - Hipersensibilidade do seio carotídeo; Enfarte miocárdio; Cardiomiopatia obstrutiva; Arritmias cardíacas; Embolia pulmonar; Hipotensão arterial; Ortostacias e Valvulopatias;
- ✓ Causas musculoesqueléticas - Deformidades da coluna vertebral; Artrose; Artrite; Miosite; Fraturas e Fraqueza muscular;
- ✓ Outras causas - Intoxicações; Hipoglicémia; Endócrina (tiroide); Psicogénicos; Síncope neurovegetativa; Anemia; Infeções; Desidratação; Diarreia; Incontinência urinária; Depressão; Ansiedade.

A diversidade de fármacos, necessária para muitos idosos, pode causar acidentes devido a efeitos secundários, mau cumprimento da dosagem, confusão dos diferentes medicamentos e automedicação, que podem causar sonolência, perda de reflexos, agitação, distúrbios visuais, entre outros. Entre os fármacos, destacam-se: anti hipertensores,

betabloqueadores, antagonistas do cálcio, diuréticos, inibidores da ECA, antidiabéticos orais, hipnóticos, antidepressivos, neurolépticos, álcool, anti parkinsonianos, etc.

Importa referir que esses fatores intrínsecos estão relacionados com a pessoa e com o processo fisiológico do envelhecimento, refletindo-se frequentemente na incapacidade de manter ou recuperar o equilíbrio quando ocorre alguma alteração do centro de gravidade (Gomes et al., 2019), o que pode provocar episódios de quedas.

Os Fatores extrínsecos, correspondem aos chamados fatores ambientais em que a pessoa se encontra (Gomes et al., 2019), ao ambiente arquitetónico, ou elementos de uso pessoal, e contribuem para 50% das quedas, sendo estes divididos em:

- ✓ Barreiras arquitetónicas em casa - Mobiliário inadequado e quebrável; Banheira ou duche escorregadio sem barras de apoio; Escadas sem corrimão e com degraus gastos ou grandes; Prateleiras altas; Iluminação deficiente; Presença de fios ou outras obstruções, indutoras de queda no chão; Animais de estimação; Chão escorregadio e desnivelado; Camas altas e Lavatórios e sanitários demasiado baixos.
- ✓ Hábitos perigosos - Andar descalço; Utilização de barras de sabão; Subir em cadeiras, bancos ou escadas; Virar em movimentos bruscos do pescoço ou do corpo; Alterações súbitas na postura; Excesso de esforço físico para a sua idade; Abuso do álcool; Dieta incorreta e Utilização de calçado inadequado).

Estratégias de prevenção de quedas em pessoas idosas

Em conformidade com o Center for Research and Prevention of Injuries (CEREPRI, 2006), as lesões em idosos geram custos elevados e a prevenção das mesmas deve ser uma prioridade na política de saúde pública de todos os países europeus. A principal causa de custos hospitalares na Europa são: fratura de fémur, joelho/ perna, ferimentos superficiais, feridas abertas e ferimentos na cabeça. Para esta entidade, as possíveis causas devem ser investigadas, com prioridade e executar intervenções para esses tipos de lesões.

Egea et al (2007), alegam que para a prevenção de quedas recorrentes é essencial identificar os fatores de risco, que produziram quedas anteriores, e aplicar as intervenções apropriadas a um nível interdisciplinar e de forma individualizada.

Para Thomson et al. (2005) e Plautz e Beck (1996), as quedas podem ser evitadas por uma combinação (intervenção multifatorial) de medidas, para aumentar a consciencialização e mudar atitudes, como campanhas nos média, brochuras, vídeos; medidas de modificação de

comportamento, como exercícios, recompensas e incentivos; medidas de modificação estrutural, como mudanças ambientais e regulamentares.

Stone, Jeffrey e CEREPRI (2006), referem que a EUNESE (European Network for Safety among Elderly), tem dados de alto ou médio nível, sobre a eficácia das seguintes intervenções, para prevenir quedas e suas consequências:

- ✓ Exercícios guiados e programas de treino de marcha, ou seja, caminhar rapidamente, exercícios mistos, treino excêntrico crônico, exercício mais retirada da medicação, tai chi como programa de treino de equilíbrio computadorizado, fisioterapia, banda baixa intensidade;
- ✓ Prevenção e tratamento da osteoporose, ou seja, cálcio e vitamina D, cálcio e exercícios, tratamento com cálcio e hormonas substituto e Alfacalcidol;
- ✓ Medidas de segurança ambiental: criando um ambiente físico que inclui casas, ruas e centros - que minimize os riscos de lesões por quedas;
- ✓ Programas de prevenção multicêntricos, isto é, que usam uma combinação de estratégias - clínicas, educacionais e ambientais - enfatizando sua variação dependendo das circunstâncias. Protetores de quadril em idosos vulneráveis;
- ✓ Revisão periódica de medicamentos, especialmente psicotrópicos, pois esses medicamentos causam confusão e instabilidade postural.

Além do mencionado, a intervenção psicológica para o risco de quedas é importante devido ao impacto emocional que produz. Meléndez-Moral et al. (2014), num estudo realizado em 2014, demonstraram que a segurança pode ser aumentada e o medo de cair pode ser reduzido, através de um programa de educação, para realizar corretamente e em segurança atividades da vida diária (AVD), através de exercícios, para melhorar a resistência, força, coordenação, equilíbrio e marcha. Nas pessoas mais velhas, a educação para a saúde também é eficaz, fornecendo informação ao doente sobre, como se levantar após uma queda, como entrar e sair da cama, como se sentar, como se vestir e despir, entre outros.

Liu et al. (2014), alegam que as intervenções sobre o comportamento das pessoas idosas, podem melhorar a sua autoconfiança e sentido de controlo para evitar a queda. Para tal, os profissionais devem ajudar os idosos a estabelecer objetivos realistas, para a realização de AVD's e a verbalizar o seu autoconceito. É também necessário, levá-los a transformar os seus medos em respostas positivas, tais como: a realização de exercícios ou a iniciativa de modificar o ambiente em que vivem, de modo a sentirem-se mais seguros.

Laguna-Parras et al. (2010), concordam que a colocação de medidas de segurança, (barras de apoio) não são totalmente seguras, existindo sempre o risco de quedas. Estas, estão geralmente relacionados com a idade, a patologia e a medicação. Um problema associado à

prevenção de quedas é a utilização de imobilizações. Embora sendo a utilização de imobilizações muito generalizada, no entanto, o seu uso tem um impacto mínimo no número total de incidentes de quedas e não tem impacto na incidência de lesões devidas a quedas.

Tricco et al. (2017), consideram que o uso de restrições, para além de não melhorar os incidentes de quedas, infringe os direitos dos doentes e pode agravar a agitação e a confusão nas pessoas idosas. As grades são consideradas uma forma de contenção, se forem utilizadas para evitar que a pessoa fique livre para sair da cama. As atividades de fortalecimento muscular e/ou de equilíbrio, o estabelecimento de programas de intervenção, podem prevenir quedas, bem como a identificação de fatores de risco e quais os medicamentos que provocam quedas.

Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Quedas

De modo a tornar mais intencional a sua intervenção perante pessoas em processo de envelhecimento, os EEER têm vindo a sustentar a sua prática na teoria das transições. Meleis et al. (2000).

Na sequência de investigações realizadas, Meleis e colaboradores (2000) identificaram quatro tipos de transições, relevantes para a prática de enfermagem e vividas individualmente pelos utentes ou pelas suas famílias: desenvolvimental; saúde/doença; situacional e organizacional. Embora exista uma “tipologia” das transições estas não são unidimensionais, discretas ou reciprocamente exclusivas. Pelo contrário, evidenciam que cada transição é caracterizada por ser única, devido às suas complexidades e inúmeras dimensões.

Face ao exposto, importa destacar neste âmbito, o processo de envelhecimento, enquanto uma importante transição de desenvolvimento, que exigirá da pessoa idosa a alteração de comportamentos e adaptações para uma vivência transaccional o mais saudável possível.

Como todas as pessoas podem vivenciar mais que uma transição ao mesmo tempo, é essencial que, a pessoa em transição esteja atenta às mudanças, de maneira a envolver-se nelas. A transição pode acontecer sequencialmente ou simultaneamente, conforme o grau de sobreposição entre as transações. Quanto à sua natureza, também podem ou não estar relacionadas. Consequentemente, os autores (Meleis et al., 2000), classificam as transições em: simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas.

As transições são complexas e multidimensionais, contendo propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos.

Meleis et al. (2000), reiteram que numa transição é necessário que exista consciencialização, referente às mudanças que estão a ocorrer. O nível de consciencialização induz o nível de desenvolvimento, dado que, a pessoa só se pode empenhar após ter a perceção da mudança.

As transições podem ser o resultado da mudança, como resultar em mudança. Para compreender o processo de transição é imprescindível conhecer e descrever os seus efeitos e significados. A importância da mudança inclui a natureza, temporalidade, importância da gravidade atribuída e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança também pode estar ligada a eventos críticos, rutura nas relações, rotinas, ideias, perceções e identidades. Também a diferença é outra propriedade das transições, agregada à mudança, tendo por base as expectativas que não foram satisfeitas ou mesmo divergentes, sentimentos diferentes, ou ver o mundo e os outros de maneira diferente. Porém, a diferença nem sempre obriga a alteração de comportamentos.

Contudo, ao avaliarmos a experiência de transição é indispensável ponderar a possibilidade de variabilidade ao longo do tempo, dado que, pode ser preciso uma reavaliação dos resultados.

Para Meleis et al. (2000), os pontos de viragem são derivados de um processo de transição e muitas vezes são cúmplices, com a consciência de mudança ou diferença e também com um maior empenho na experiência da transição.

Segundo o mesmo autor, existem três condições que favorecem ou dificultam as transições e que podem ter influência na qualidade e nas consequências da transição. Essas condições podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade. Quanto às condições pessoais, estão de acordo que as crenças e as atitudes imputadas aos eventos, que motivam a transição e o processo de transição, podendo favorecer ou prejudicar uma transição saudável. Em determinados estudos sobre as múltiplas transições verifica-se que, as pessoas com nível socio económico mais baixo, são mais passíveis de ter sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição, Abe e Moritsuka, (1986), Uphold e Susman (1981), cit. por Meleis et al. (2000). Igualmente, quando existe uma preparação e conhecimentos antecipados do que se pode esperar durante a transição e quais os procedimentos que devem ser utilizados na gestão da situação, favorecem a experiência da transição, porém o oposto afeta todo o processo. Assim, estas duas condições favorecem uma transição saudável.

No que respeita aos recursos da comunidade e às condições da sociedade, também estes podem favorecer ou prejudicar a vivência da transição.

Sabendo que, as quedas e a gravidade das lesões que delas advém, aumentam com a idade e havendo cada vez mais idosos, prevê-se que o número de quedas e lesões se avolume nos próximos anos. A OMS (2015), reporta por exemplo, como consequências comuns das quedas, as fraturas do fémur e as lesões na espinal medula, com um crescimento expressivo nos próximos anos.

A prevenção de quedas traduz-se num desafio paralelo à promoção do envelhecimento saudável, especialmente nos países em que se verifica um maior crescimento da população idosa e onde este problema se poderá tornar endémico (WHO, 2007). É uma situação tendencialmente evitável, que consome muitos recursos (Todd & Skelton, 2004) e em relação à qual se nota alguma falta de atenção que se traduz, por exemplo, na ausência de dados epidemiológicos (Kannus, 2007, cit por WHO, 2007). Também a falta de recursos e de conhecimentos sobre o que fazer para controlar o problema das quedas nos idosos, tornando-o um tema de difícil abordagem para os profissionais dos serviços de saúde, exigindo uma necessidade de criar e reforçar conhecimentos nesta área e de apostar na sua formação (WHO,2007).

Atendendo a que cair numa idade avançada, significa um grande problema de saúde pública e de abordagem complexa, prevenir estes acidentes requer um envolvimento global dos cidadãos, dos idosos, das suas famílias e dos profissionais de saúde.

Segundo a OMS (2015), para controlar este fenómeno é fundamental haver um envolvimento político e uma maior intervenção preventiva.

Assim, Milisen et al. (2009), referem, no que respeita aos profissionais de saúde, nem todos estão preparados ou com disponibilidade para proceder a uma avaliação do risco de queda, ainda que idealmente, seja recomendada uma avaliação multidisciplinar, coordenando as competências de cada grupo profissional para o mesmo fim. Para Machado et al. (2009), é imprescindível que seja feita alguma coisa, posto que, cada profissional que cuida destas pessoas, se deve esforçar por procurar perceber o que pode fazer para melhorar as suas condições e garantir maior segurança para os idosos.

A prevenção das quedas deve ser iniciada, não só, com a sensibilização da sociedade em geral para a necessidade de encarar o envelhecimento como uma fase da vida que requer maior atenção e cuidado de todos, mas também, pelo reforço da importância do problema das quedas nos idosos realçando a possibilidade da prevenção.

A identificação dos idosos que apresentam risco de queda, é outro passo elementar, já que, as intervenções planejadas, tendo como base o perfil de risco individual, são mais eficazes. (Gillespie *et al.* (2009), WHO, (2007)). A estratégia deve começar por identificar quem está em risco de cair, quais os fatores que colocam em risco cada pessoa e atuar de forma coordenada, com todos os intervenientes, tendo como objetivo controlar, sempre que possível, os fatores identificados (Todd & Skelton, 2004).

Retomando o referencial teórico das transições, Meleis et al. (2000), consideram que, os padrões de resposta podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. No que concerne aos indicadores de processo estes compreendem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado, e desenvolver confiança e coping.

A indispensabilidade de encetar relações com os outros, sentindo-se e estando “ligado”, é fulcral para o bem-estar. A interação com os outros, quer em novas relações quer em relações mais antigas, é muito significativo para o desenrolar da transição, especialmente como fontes de apoio e informação. Esta circunstância tem uma grande importância quando se trata da indispensabilidade de sentir-se ligado ao profissional de saúde, enquanto recurso e suporte para o desenrolar da transição. Na verdade, sentir-se confortável na relação com o profissional de saúde tem sido considerado um indicador positivo da experiência da transição (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2000), defendem que o diálogo entre os vários elementos que compõem o processo de transição, possibilita um cenário equilibrado e efetivo de colaboração, tornando-se assim, da mesma forma, um indicador de uma transição saudável. Saber localizar-se e estar situado no tempo, espaço e relações, é muito relevante na maioria das transições. A comparação é primordial, pois é, através dela, que se esclarece ou fundamenta, como e porque estão nesta situação, de onde são e de onde vieram e também quem e o que são. A progressão da confiança e o coping facilita o aumento da confiança nas pessoas que vivem uma transição, revelando-se pela sua compreensão nos diversos processos em que estão incluídos. O recurso a mecanismos de coping eficazes permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde.

Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado surgem quer através da mestria quer pela integração fluida da identidade. A mestria evidencia um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, através das quais tem possibilidade de viver a transição com sucesso. Temos como exemplos de mestria, a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança, por meio da consciência de si próprio. A integração fluida da identidade baseia-se na forma como o indivíduo inclui na

sua vida os novos comportamentos, experiências e competências alcançadas para um melhor ajustamento à realidade depois da transição (Meleis et al., 2000).

Como é fácil de constatar os indicadores de resultado, normalmente, não ocorrem no início da transição. Assim, muitas vezes, as respostas obtidas estão conectadas com os indicadores do processo.

A Teoria das Transições de Meleis possibilita ao EEER ter uma melhor compreensão do processo de transição de desenvolvimento, vivenciado pela pessoa em processo de envelhecimento. Mediante uma visão mais aprofundada, é possível definir orientações para a prática profissional, criando ao EEER a possibilidade de pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante a mudança que a pessoa idosa vivencia.

Chu R. (2017) considera que, os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na prevenção de quedas. Além disso, o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no planeamento dos cuidados, é também essencial, para promover a segurança das pessoas idosas.

No âmbito da prevenção de quedas e do contributo dos profissionais de saúde, importa realçar que, o contexto onde a pessoa idosa se encontra é importante e determinará diferenças, na atuação dos enfermeiros e particularmente dos EEER.

Lowe e Hodgson (2012), concordam que os doentes hospitalizados dependem da disponibilidade de enfermeiros. Avaliar os doentes de hora a hora, ajuda-os a sentirem-se mais confiantes e menos apreensivos. Supervisionar a pessoa idosa, de hora em hora para atender às suas necessidades, será garantia para: evitar quedas, assegurar que o doente é assistido até à casa de banho; não se levanta sem vigilância; que é assistido quando muda de posição na cama; que o nível de dor do doente é avaliado e que tem fácil acesso a chamada de ajuda, que tem acesso a água e vestuário. Perguntar sobre as necessidades dos doentes e dar-lhes a oportunidade de expressar as suas preocupações sem sentir que estão a interromper o trabalho do enfermeiro.

Rowe J. (2012), acha que fornecer informação escrita aos doentes e suas famílias, explicar a necessidade de pedir ajuda, colocar o sistema de pedido de ajuda ao alcance fácil do doente, são elementos-chave para alcançar a redução da queda.

As intervenções após as quedas envolvem avaliações físicas abrangentes e relatórios de incidentes. Programas de intervenção, fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, têm sido utilizados para prevenir quedas, sendo muitos deles concebidos e implementados por EEER. Estes programas de exercício devem ser adaptados às necessidades de cada doente.

Allan et al. (2009), reconhecem que os doentes com deficiência cognitiva, demência ligeira ou moderada, correm mais risco de sofrer uma queda. Propõem e utilizam a reabilitação neste grupo de doentes, mas continua a ser um desafio complexo, devido à medicação instituída, que poderá ser ajustada, ajudando a diminuir a hipotensão e estimulando a atividade física.

Em Portugal foi criado o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que pretende essencialmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas, que possam contribuir para melhorarem a gestão de riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde, dado que, a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza o saber de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades .

Este Plano, elaborado com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, exige o envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, tendo como finalidade a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos relacionados com a prática de cuidados. As instituições de saúde através das suas comissões da qualidade e segurança, devem implementar e acompanhar um conjunto de ações propostas, tendo em vista, a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população.

Especificamente, no objetivo estratégico número 6 do Plano Nacional de Segurança dos Doentes está estabelecida a prevenção da ocorrência de queda. A estratégia de intervenção que, de acordo com este plano, deve ser adotada, consiste na prevenção das quedas, nomeadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo assim na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, ao mesmo tempo, na redução dos custos para a sociedade em geral e em especial para o sistema de saúde.

Em concordância com Ferrández et al. (2017), no enquadramento comunitário as intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a Prevenção de Quedas, estando em conexão com os objetivos do Plano Nacional de Segurança dos Doentes, tem como base a promoção da saúde que permite às pessoas terem um controle maior da sua própria saúde. Incorpora um grande leque de intervenções sociais e ambientais, que tem como finalidade proteger a saúde e a qualidade de vida, prevenindo e abordando os problemas de saúde. A promoção da saúde assenta em três componentes fundamentais: boa governação da saúde, educação para a saúde e cidades saudáveis. Assim, a educação para a saúde fundamenta-se em pessoas que adquirem conhecimentos, competências e informação que lhes possibilitam fazer escolhas saudáveis.

Na prevenção de quedas, a educação tem sido bastante empreendedora. No âmbito das cidades saudáveis, devem ser implementadas medidas de urbanismo saudável e de prevenção a nível comunitário com o objetivo de prevenir as quedas em idosos.

Geralmente, o método seguido atualmente, é de detetar a partir de doentes de cuidados primários em risco de quedas e intervir na sua fragilidade, seleccionando aqueles que possam vir a ser incluídos nos programas de prevenção de quedas que inclui a implementação de atividade física, a revisão de medicação e os riscos em casa (Faria et al.,2021).

Manfredi G, et al. (2019), consideram que nos últimos tempos, o tema da fragilidade tem tido cada vez maior dedicação, motivada quer pela elevada frequência da sua ocorrência quer pelo peso das suas consequências, não devendo, por conseguinte, ser apontada como uma condição determinante do envelhecimento.

Neste âmbito, também, Apóstolo et al. (2018) e Dent et al. (2019), estão de acordo que a fragilidade é cada vez mais identificada com um problema de saúde pública: o reconhecimento das condições e os fatores de risco suscetíveis de mudança que contribuem para esta síndrome bem como as barreiras que condicionam a capacidade funcional, cognitiva e a participação em atividades básicas e instrumentais, feitas cotidianamente, são essenciais.

É fundamental que os EEER, ao nível comunitário consigam discernir antecipadamente a fragilidade nos idosos e intervenham no desenvolvimento de técnicas, gestão de sintomas ou redução do risco, na incapacidade e dependência e, possivelmente modificar o estado de fragilidade de modo a prevenir resultados adversos como as quedas, a incapacidade e o maior risco de institucionalização e mortalidade (Faria et al., 2021).

Já Beard et al.(2016), concluem que embora haja muitos estudos internacionais sobre a fragilidade, esta temática tem sido pouco investigada pelos enfermeiros de reabilitação na comunidade e, considerando que, esta síndrome é indicadora de risco de perda funcional e a causa que atinge substancialmente a qualidade de vida e o bem estar nos idosos, deverá ser uma grande oportunidade para a intervenção dos EEER, nomeadamente na identificação das causas e no incremento de programas de prevenção e intervenção eficientes.

No Quadro seguinte, surgem particularidades da atuação do EEER.

Quadro 2: Atuação dos EEER perante as pessoas com risco de queda/antecedentes de queda

<p>Atuação dos EEER perante pessoas com risco de queda/antecedentes de queda</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a condição de saúde da pessoa idosa 2. Identificar fatores de risco de queda 3. Avaliar a consciencialização da pessoa idosa sobre a relação entre o compromisso nos sistemas corporais e o risco de queda 4. Avaliar o conhecimento da pessoa idosa sobre medidas de prevenção de quedas 5. Avaliar a capacidade da pessoa idosa para adotar medidas de prevenção de quedas 6. Avaliar o conhecimento da pessoa idosa sobre a necessidade de adaptação do domicílio à sua condição atual 7. Identificar fatores facilitadores e dificultadores da adoção de medidas preventivas 8. Avaliar a disponibilidade do cuidador 9. Avaliar o conhecimento do cuidador sobre medidas de prevenção de quedas 10. Avaliar a capacidade do cuidador para adotar medidas de prevenção de quedas <p>Conceber programas de reabilitação individualizados, rigorosamente ajustados à condição de cada pessoa idosa e tendo em consideração os dados que decorrem da avaliação mencionada dos tópicos 1 a 10.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor

Os EEER podem ajudar os idosos a prevenir quedas, ao mesmo tempo que têm funções e responsabilidades específicas ao trabalhar com pessoas com antecedentes de queda.

II PARTE: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

De acordo com Fortin (2009), é essencial criar um desenho de investigação que consiste num plano coeso criado pelo investigador com vista a conseguir as respostas válidas às questões de investigação.

Neste capítulo, descrevemos a forma como foi organizado o estudo. Será abordada a pergunta de partida e as questões de investigação, a finalidade e objetivos; tipo de estudo, as variáveis em estudo; a população, a amostra e técnica de amostragem; o instrumento de colheita de dados; tratamento e análise dos dados e os princípios éticos.

Do problema às perguntas de investigação

A determinação do problema de investigação assume elevada importância, uma vez que, constitui o ponto de partida para a realização da investigação, fornecendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo.

Segundo Fortin (2009), a primeira fase para um processo de investigação consiste em eleger um domínio de interesse ou de preocupação para o investigador. Este domínio deve conduzir a uma questão que seja pertinente e que poderá ser estudada, formulando-se assim o problema da investigação, que carece de solução e ao qual o processo de investigação procura dar resposta. É essencial a existência de algumas condições para a formulação do mesmo, principalmente a escolha antecipada de um tema de investigação direcionado para a problemática e a estruturação de uma questão, que servirá de guia para o tipo de investigação, ajudando atingir uma maior clareza em relação ao problema.

Para o mesmo autor, uma questão de investigação é uma pergunta explícita, relacionada com o domínio que se deve explorar com vista a obter diferentes informações. Deve ser um enunciado interrogativo, claro e explícito, que terá que conter os conceitos essenciais específicos à natureza da população em estudo.

No âmbito do projeto PT4Ageing, que tem como objetivo conceber, implementar e avaliar um programa de intervenção dirigido às populações idosas, com a finalidade de promover a sua saúde, maximizando o potencial de autonomia e o envelhecimento ativo na comunidade, através de um acompanhamento mais próximo e ajustado às necessidades reais destas populações. No âmbito desse projeto, esta dissertação enquadra-se na fase 1. Nesta fase os principais objetivos eram conhecer o perfil das pessoas idosas, identificando, o mais precocemente possível, as áreas de intervenção e identificar os fatores que contribuem para o risco de queda.

Neste seguimento e, tal como apresentado anteriormente, define-se como pergunta de partida: Que fatores contribuem para o risco de queda nas pessoas idosas a residir no contexto domiciliário?

Face ao exposto, formularam-se as seguintes questões: Qual a incidência de quedas nas pessoas com mais de 65 anos?; Qual a perceção das pessoas idosas sobre o risco de queda?; Será que existe associação entre as características sociodemográficas e a ocorrência de quedas e perceção do risco de queda?; Será que existe associação entre a condição de saúde da pessoa idosa e a ocorrência de quedas e perceção do risco de queda?; Será que existe associação entre a qualidade de vida e a ocorrência de quedas e perceção do risco de queda?

Finalidade e Objetivos

A finalidade do estudo é contribuir para a sistematização da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no âmbito da prevenção de quedas em idosos, a viver no domicílio.

Segundo Fontin (2009), o objetivo reporta as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Quanto aos objetivos foram definidos os seguintes:

- ✓ - Identificar o perfil das pessoas idosas que participaram no estudo;
- ✓ - Identificar a incidência de quedas nas pessoas com mais de 65 anos;
- ✓ - Identificar a perceção das pessoas idosas sobre o risco de queda;
- ✓ - Analisar os fatores que concorrem para as quedas, nomeadamente no que se refere às características sociodemográficas, à condição de saúde e à perceção da pessoa idosa sobre a sua qualidade de vida.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, exploratório e transversal, realizado numa unidade de saúde, da região urbana, no norte de Portugal, no período de setembro de 2018 a julho de 2019.

Fontin (2009) considera que, o estudo descritivo/exploratório tem como intenção descrever um fenómeno ou conceito referente a uma população, de modo a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta. Num estudo transversal pretende-se colher informações concernentes à frequência de determinada situação no momento do estudo.

Variáveis em estudo

Para Fortin (2009), a colheita de dados consiste num sistema de observações, de medida e de consignação de dados, indicando informações sobre certas variáveis em sujeitos que participam numa investigação.

Neste estudo, a coleta de dados com recurso a um formulário, foi realizada em ambiente privado, na unidade de saúde referida em que o investigador e o participante tiveram privacidade para a aplicação do formulário.

Nas Quadros 3, 4, 5 e 6 expõem-se as variáveis em estudo.

Quadro 3 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

Componentes	Dimensões	Indicadores
Sexo	Homem; Mulher	Sim/Não
Idade		Anos Completos
Estado civil	Solteiro(a); Casado(a)/união de facto; Separado(a)/divorciado(a); Viúvo(a)	Sim/Não
Idade cônjuge		Anos Completos
Filhos		N.º de filhos
Idade dos filhos		Anos Completos
Escolaridade		Valor numérico
Fonte de rendimento		Valor numérico
Profissão		Denominação da profissão
N.º de elementos do agregado familiar		Valor numérico

Quadro 4 - Operacionalização das variáveis relativas à condição de saúde

Componentes	Dimensões	Indicadores
Estado geral de saúde	Excelente; Muito boa; Boa; Aceitável; Má; Outra	Sim/Não
Caracterização Saúde	Pulso; Peso; Altura; IMC; Glicemia Capilar; Colesterolemia	Valor numérico
Doenças	Doença cerebrovascular; Doença cardiovascular; Doença neurológica; Doença musculoesquelética e osteoarticular; Doença oncológica; Doença respiratória; Doença endócrina; Doença do sistema nervoso; Doença psiquiátrica; Outras	Sim/Não/ Não sei
Sintomas	Sintomas de tristeza persistente; Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia; Dor músculo-esquelética e osteoarticular; Dificuldade em andar; Desequilíbrios constantes; Diminuição da visão; Perda de urina; Não tem sintomas	Sim/Não
Toma medicamentos		Sim/Não
Grupos de medicamentos	Medicamentos para o sistema cardiovascular; Medicamentos para o sistema respiratório; Analgésicos; Anti-inflamatórios; Antidepressivos; Sedativos; Antidiabéticos orais; Insulina; Outros medicamentos	Sim/Não
Dor		Sim/Não

Quadro 5 - Operacionalização das variáveis relativas a Qualidade de vida

Componentes	Dimensões	Indicadores
Faceta Funcionamento Sensorial	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua vida diária? (item 1)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades? (item 2)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas? (item 3)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)? (item 20)	Muito mau (1); Mau (2); Nem Bom Nem Mau (3); Bom (4); Muito bom (5)
Faceta Autonomia	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões? (item 4)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro? (item 5)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade? (item 6)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); Muitíssimo (5)
	Consegue fazer aquilo que gosta? (item 11)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras	Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida? (item 12)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)
	Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece? (item 13)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)
	Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida? (item 15)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)

	Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida? (item 19)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
Facetas Partição social	Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia? (item 14)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)
	Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza? (item 17)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
	Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo? (item 16)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
	Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade? (item 18)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
Faceta Morte e morrer	Está preocupado(a) com o modo como irá morrer? (item 7)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte? (item 8)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
	Tem medo de morrer? (item 9)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
	Receia sofrer antes de morrer? (item 10)	Nada (1); Pouco (2); Muito Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
Faceta Intimidade	Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima? (item 21)	Nada (1); Pouco (2); Nem Muito Nem Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
	Sente que tem amor na sua vida? (item 22)	Nada (1); Pouco (2); Nem Muito Nem Pouco (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)
	Tem oportunidade para amar alguém? (item 23)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)

	Tem oportunidade para se sentir amado(a)? (item 24)	Nada (1); Pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Completamente (5)
Faceta Família/Vida familiar	Está satisfeito(a) com as suas relações familiares? (item 25)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família? (item 26)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
	Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares? (item 27)	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem Satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5)
	Sente que a sua família lhe dá valor? (item 28)	Nada (1); Pouco (2); Nem Muito (3); Muito (4); MUITÍSSIMO (5)

Quadro 6 - Operacionalização das variáveis relativas às quedas

Componentes	Indicadores
Ocorrência de quedas nos últimos seis meses	Nenhuma; Uma vez; Duas vezes; Três ou mais vezes
Percepção do risco de queda	Sim/Não

População, amostra e técnica de amostragem

No âmbito de qualquer investigação, é necessário a descrição da população a ser estudada. Segundo Fortin (2009), as características da população definem o conjunto de sujeitos que serão abrangidos durante um estudo e onde são determinados os critérios de seleção. Por outro lado, a amostra reporta-se ao conjunto de pessoas que são “retirados” de uma determinada população.

A população em estudo, foram pessoas com mais de 65 anos, residindo no domicílio, e a técnica de amostragem usada foi não probabilística de conveniência, sendo a amostra constituída por 40 idosos. Os critérios de inclusão foram: ser idoso inscrito em uma unidade de saúde, de uma região urbana, do norte de Portugal; ter se deslocado à referida unidade

de saúde; de acordo com o juízo clínico dos enfermeiros de família, apresentar benefício terapêutico, da implementação do programa de enfermagem de reabilitação e aceitar participar no projeto de investigação. Foram excluídos todos os idosos que não apresentavam capacidade cognitiva para responder ao formulário ou evidenciavam incapacidade para se deslocar à referida unidade de saúde. Para averiguar a capacidade cognitiva, foi efetuada a avaliação das pessoas nas seguintes áreas: orientação; memória; pensamento concreto; disponibilidade e volição.

A colheita de dados foi realizada pelos enfermeiros da unidade de saúde, no período de setembro de 2018 a julho de 2019. Importa salvaguardar que na sequência da avaliação efetuada às pessoas idosas sempre que se identificassem valores superiores ou inferiores aos de referência, os enfermeiros agiam em conformidade.

Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados foi usado o formulário, constituído por 4 partes:

- > Parte I - Variáveis Sociodemográficas e Profissionais - Sexo; Idade; Estado civil; Idade do cônjuge; Filhos; Idade dos filhos; Escolaridade; Fonte de rendimento; Profissão; N.º de elementos do agregado familiar;
- > Parte II - Condição de Saúde - Estado geral de saúde; Doenças; Sintomas; Toma de medicamentos; Grupos de medicamentos; Dor;
- > Parte III - Qualidade de Vida - O módulo WHOQOL-OLD utilizado neste estudo, é constituído por 6 facetas [num total de 24 itens, 4 por faceta, com escala de resposta tipo Likert de cinco pontos (1-5)]: Funcionamento sensorial (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação); Autonomia (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões); Atividades passadas, presentes e futuras (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); Participação social (avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade); Morte e morrer (avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer); e Intimidade (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas). O WHOQOL-OLD permite obter um resultado global e um resultado por faceta, correspondendo a valores mais elevados, uma qualidade de vida mais elevada.
- > Parte IV - Ocorrência de Quedas e Perceção do Risco de Queda - Ocorrência de quedas nos últimos seis meses; Perceção do risco de queda

Tratamento e análise dos dados

Para a análise dos dados, com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Em relação às variáveis quantitativas os resultados serão apresentados em mediana, média e desvio padrão (\pm).

A normalidade dos dados foi previamente verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Considerando a natureza das variáveis, para compreender a sua distribuição, serão utilizados os testes *Mann-Whitney U Test*, *Kruskal-Wallis Test*, *teste do Qui-quadrado* e o teste de *Fisher*, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). No que se refere à variável “qualidade de vida”, para comparar as 7 facetas entre si, recorrer-se-á ao teste de *Wilcoxon-Mann-whitney*, para amostras emparelhadas, com nível de significância ajustado pela correção de Bonferroni

Princípios Éticos

Qualquer investigação, realizada junto de seres humanos, levanta questões éticas e morais, motivo pelo qual, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa (Fortin, 2009).

No que se refere à autodeterminação respeita-se o direito de a pessoa decidir em relação à participação no processo de investigação. As pessoas que participam neste projeto têm o direito de, em qualquer momento, poderem retirar-se do mesmo sem que sejam prejudicadas. Assim, antes do preenchimento do formulário, será explicado às pessoas quais os objetivos da sua realização e ser-lhes-á dada a possibilidade de escolherem quanto à participação ou ainda ao direito à desistência, a meio da sua realização. Relativamente ao direito à intimidade, indica que, todas as pessoas têm direito a que não haja qualquer questão que as possa identificar e que lhes seja permitido decidir acerca da extensão da informação sobre a questão colocada. Ao responderem ao formulário todas as pessoas têm o direito de decidir qual a resposta que darão às perguntas. O direito ao anonimato e à confidencialidade, menciona que, todas as pessoas devem ser informadas que não se devem identificar durante as suas respostas. Indica ainda que, o formulário realizado não deve conter qualquer tipo de pergunta que seja suscetível a que haja uma identificação da pessoa. Durante a explicação dos objetivos, é necessário que as pessoas sejam alertadas para que não coloquem qualquer tipo de informação que as possa identificar. Quanto ao Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, baseia-se nas regras de proteção das pessoas contra incómodos capazes de as prejudicarem. No que concerne ao direito a um tratamento justo e equitativo, compreende que a escolha dos participantes seja ligada diretamente com a questão em estudo e não por conveniência.

Na salvaguarda de todos os direitos das pessoas idosas, importa referir que o presente estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética da Administração Regional de Saúde da região do Norte de Portugal em janeiro de 2018. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidade do estudo e assinaram o consentimento informado, tendo-se garantido a confidencialidade e anonimato na utilização da informação coletada.

III PARTE: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

De acordo com Fortin (2009), a apresentação de resultados baseia-se na análise dos dados de um estudo que admita valores numéricos, utiliza estatísticas descritivas que permitem relatar as características da amostra, na qual os dados foram selecionados e descrever valores obtidos pela medida das variáveis.

Neste sentido, nas páginas seguintes serão apresentadas inicialmente as características da amostra e, posteriormente, os resultados obtidos em resposta às questões de investigação formuladas.

Caracterização sociodemográfica e perfil dos participantes

A amostra é composta por 40 idosos.

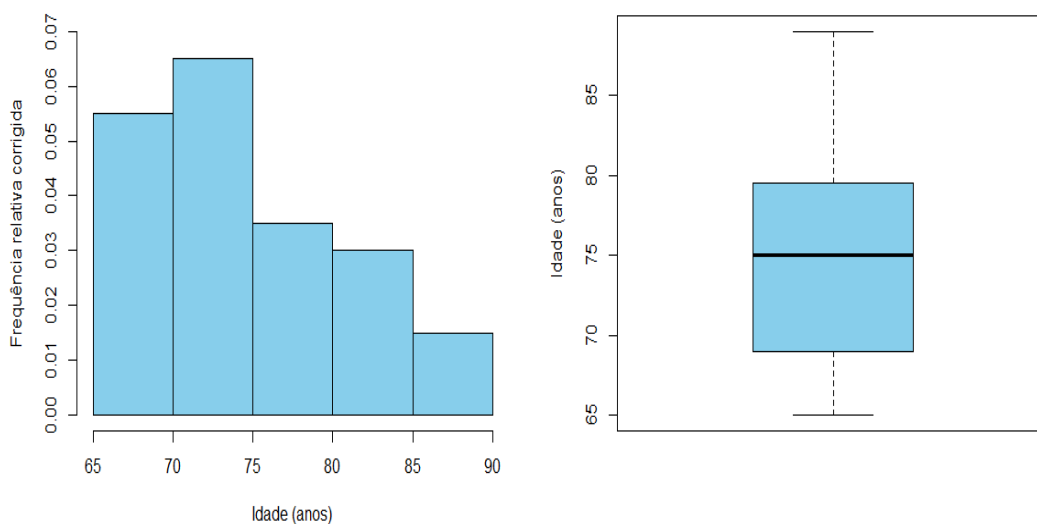
A quase totalidade das questões da avaliação prévia, foi respondida adequadamente e afirmativamente por todos os idosos. Existem apenas três exceções, mas mesmo nestas, a quase totalidade dos idosos respondeu adequada e afirmativamente: Sabe qual a razão da sua visita à Unidade de Saúde (39 idosos ou 97,5%), demonstra vontade de se envolver nos seus cuidados de saúde (39 idosos ou 97,5%) e demonstra vontade em participar num possível programa de intervenção (35 idosos ou 87,5%).

A maioria dos idosos é do sexo feminino (25 idosas ou 62,5%). A distribuição da idade encontra-se na tabela 1 e gráfico 1.

Tabela 1 - Caracterização da idade

Idade	
Mínimo	65
Máximo	89
Média	74,8
1º Quartil	69
Mediana	75
3º Quartil	80
Coef. Assimetria	0,38
Desvio padrão	6,7
Coeficiente de variação (%)	9,0

Gráfico1 - Representação gráfica da idade



A distribuição é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,38), o que significa que, predominam as idades baixas e moderadas. Com efeito, sendo a idade mínima de 65 anos, predominam as idades até 75 anos, onde se regista uma quebra do número de

idosos. A partir daí, observam-se diminuições graduais até à idade máxima de 89 anos, existindo poucos idosos com idade superior a 85 anos. A idade média é 74,8 anos, quase coincidente com a mediana, que é de 75 anos (ou seja, metade dos idosos tem idade até 75 anos), o 1º quartil é 69 anos (ou seja, um quarto dos idosos tem idade até 69 anos) e o 3º quartil é 80 anos (ou seja, três quartos dos idosos têm idade até 80 anos). Em resultado da concentração nas idades mais baixas a dispersão é muito reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (9%).

Relativamente ao estado civil (Tabela 2), os idosos são maioritariamente casados(as)/união de facto (22 idosos ou 55%), seguindo-se os viúvos(as) (12 idosos ou 30%), os separados(as)/divorciados(as) (4 idosos ou 10%) e os solteiros(as) (2 idosos ou 5%).

Tabela 2 - Estado civil dos participantes

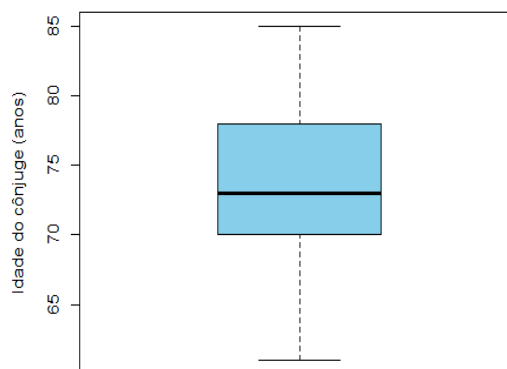
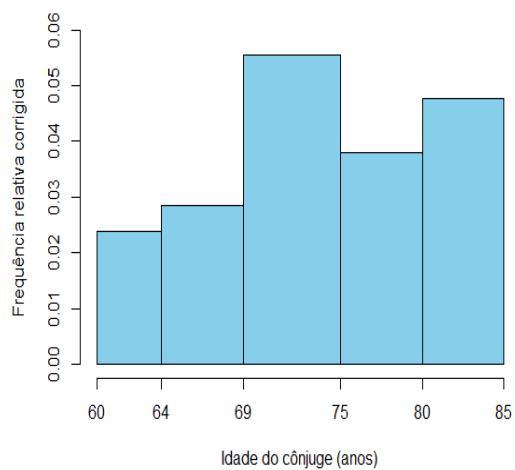
Estado civil	n	%
Casado(a)/união de facto	22	55,0
Viúvo(a)	12	30,0
Separado(a)/divorciado(a)	4	10,0
Solteiro(a)	2	5,0
Total	40	100,0

Existem 22 idosos (ou 55,0%) que têm cônjuge. Sendo a idade mínima de 61 anos, existem apenas duas idades inferiores a 68 anos e poucos casos inferiores a 70 anos. Destaca-se a classe entre 69 anos e 75 anos, seguindo-se as idades superiores a esta última e sendo a máxima de 85 anos. A idade média é 74,1 anos, muito ligeiramente superior à mediana que é de 73 anos (ou seja, metade dos cônjuges tem idade até 73 anos), o 1º quartil é 70 anos (ou seja, um quarto dos cônjuges tem idade até 70 anos) e o 3º quartil é 78 anos (ou seja, três quartos dos cônjuges têm idade até 78 anos). Em resultado da concentração nas idades próximas de 70 anos, a dispersão é muito reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (9%) (Tabela 3 e gráfico 2).

Tabela 3 - Caracterização da idade do cônjuge

Idade do cônjuge	
Mínimo	61
Máximo	85
Média	74,1
1º Quartil	70
Mediana	73
3º Quartil	78
Coef. Assimetria	-0,04
Desvio padrão	6,7
Coeficiente de variação (%)	9,0

Gráfico 2- Representação gráfica da idade do cônjuge



As Tabelas 4 e 5 mostram a distribuição do número de filhos e a sua caracterização.

Tabela 4 - Número de filhos

Nº de filhos	n	%
0	7	17,5
1	11	27,5
2	16	40,0
3	5	12,5
4	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 5 - Caracterização do número de filhos

Número de filhos	
Mínimo	0
Máximo	4
Média	1,6
1º Quartil	1
Mediana	2
3º Quartil	2
Coef. Assimetria	0,08
Desvio padrão	1,0
Coeficiente de variação (%)	65,3%

Predominam os idosos com 2 filhos (16 idosos ou 40%), seguindo-se os que têm 1 filho (11 idosos ou 27,5%), nenhum filho (7 idosos ou 17,5%), 3 filhos (5 idosos ou 12,5%) e 4 filhos (1 idoso ou 2,5%). Em resumo, predominam os idosos com poucos filhos (até 2 filhos). O número médio de filhos é 1,6, quase coincidente com a mediana, que é 2 filhos (ou seja, metade dos idosos tem até 2 filhos), o 1º quartil é 1 filho (ou seja, um quarto dos idosos tem 1 filho

ou nenhum) e o 3º quartil é 2 filhos, tal como a mediana (ou seja, três quartos dos idosos têm até 2 filhos) A existência de diferente número de filhos leva a uma dispersão elevada, refletida no valor do coeficiente de variação (65,3%).

A distribuição da idade dos dois primeiros filhos encontra-se no Tabela 6 e nos Gráficos 3 e 4.

Tabela 6 - Caracterização da idade dos filhos

Idade dos filhos	1º filho	2º filho
Mínimo	33	25
Máximo	75	62
Média	52,5	45,1
1º Quartil	45	43
Mediana	52	46
3º Quartil	59	49
Coef. Assimetria	0,14	-0,23
Desvio padrão	9,4	8,6
Coeficiente de variação (%)	18,0	19,0

Gráfico 3 - Representação gráfica da idade - 1º filho

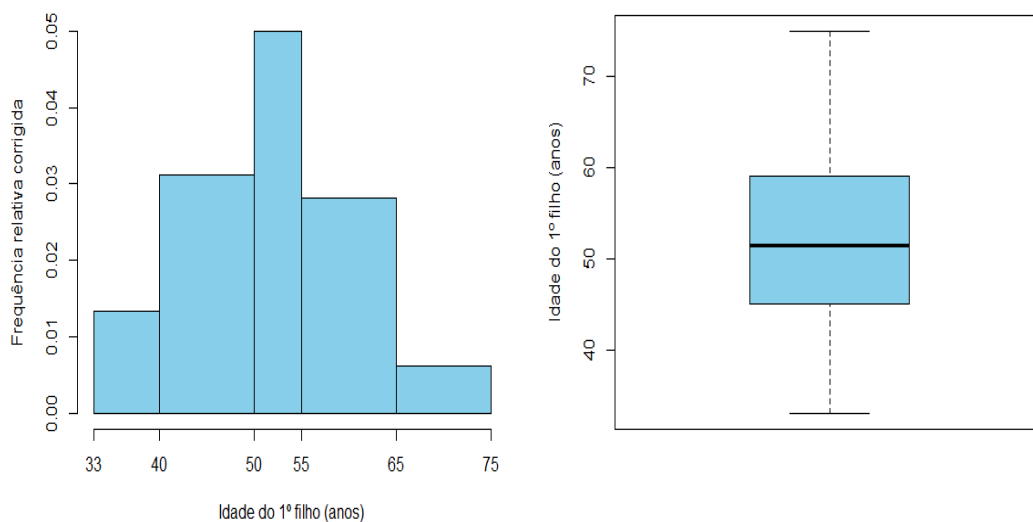
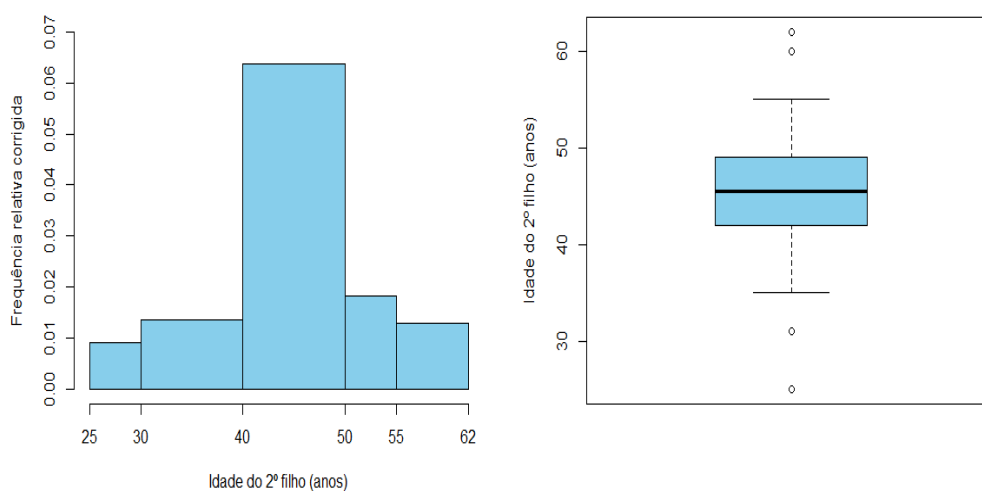


Gráfico 4 - Representação gráfica da idade - 2º filho



Em relação ao primeiro filho, a idade mínima é 33 anos, existindo muito poucos filhos com idade inferior a 40 anos. A grande maioria das idades encontra-se entre 40 e 65 anos, destacando-se a classe entre 50 anos e 55 anos. Existem poucos filhos com idade superior a 65 anos, sendo a máxima de 75 anos. A idade média é 52,5 anos, quase coincidente com a mediana, que é de 52 anos (ou seja, metade dos filhos tem idade até 52 anos), o 1º quartil é 45 anos (ou seja, um quarto dos filhos tem idade até 45 anos) e o 3º quartil é 59 anos (ou

seja, três quartos dos filhos têm idade até 59 anos). Em resultado da concentração nas idades centrais, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (18%).

No que se refere ao segundo filho, a idade mínima é 25 anos, existindo muito poucos filhos com idade inferior a 30 anos e poucos ainda com idade entre 30 anos e 40 anos. A grande maioria das idades encontra-se entre 40 e 50 anos onde se regista uma grande quebra do número de filhos. Existem assim poucos filhos com idade superior a esta última, sendo a máxima 62 anos. A idade média é 45,1 anos, quase coincidente com a mediana que é 46 anos (ou seja, metade dos filhos tem idade até 46 anos), o 1º quartil é 43 anos (ou seja, um quarto dos filhos tem idade até 43 anos) e o 3º quartil é 49 anos (ou seja, três quartos dos filhos têm idade até 49 anos). Em resultado da concentração nas idades centrais (entre 40 anos e 50 anos), a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (19%).

Relativo ao terceiro filho, existem apenas seis idosos com três ou quatro filhos (conforme Tabela anterior), sendo as idades do terceiro iguais a 38, 40, 42, 43, 53 e 58 anos (devido ao seu reduzido número não é necessário proceder ao cálculo de medidas descritivas). Existe apenas um idoso com quatro filhos, sendo a idade do quarto filho igual a 55 anos.

A Tabela 7 mostra a distribuição em relação à escolaridade.

Tabela 7 - Escolaridade dos participantes

Escolaridade dos participantes	n	%
0	12	30,0
2	2	5,0
3	2	5,0
4	18	45,0
6	2	5,0
9	2	5,0
12	1	2,5
15	1	2,5
Total	40	100,0

Predominam os idosos com 4 anos de escolaridade (18 idosos ou 45%), seguindo-se os que não têm qualquer escolaridade (12 idosos ou 30%), 2 anos, 3 anos, 6 anos e 9 anos (2 idosos ou 5% cada), 12 anos e 15 anos (1 idoso ou 2,5% cada). Portanto, a escolaridade é muito baixa, pois note-se o grande número de idosos sem qualquer escolaridade e 85% dos idosos com apenas 4 anos. Note-se ainda que existe apenas um idoso com o 12º ano e outro com o Ensino Superior (mais de 12 anos).

A Tabela 8 mostra a distribuição em relação à fonte de rendimento.

Tabela 8 - Fonte de rendimento dos participantes

Fonte de rendimento dos participantes	n	%
Reforma/pensão	34	85,0
Trabalho	2	5,0
Rendimento social de inserção	2	5,0
Outra	2	5,0
Total	40	100,0

A fonte de rendimento da quase totalidade dos idosos é a Reforma/pensão (34 idosos ou 85%), seguindo-se o Trabalho, o Rendimento social de inserção e a Outra (2 idosos ou 5% cada).

No que diz respeito à profissão, a Tabela 9 mostra a distribuição numérica e percentual dos participantes.

Tabela 9 - Profissão dos participantes

Profissão	n	%
Doméstica	6	15,0
Vendedor	4	10,0
Administrativa	2	5,0
Empregada fabril	2	5,0
Costureira	3	7,5
Empregado de Escritório	3	7,5
Acabadeira de calçado	1	2,5
Ajudante analista	1	2,5
Delegado de vendas (setor farmacêutico)	1	2,5
Empregada doméstica	1	2,5
Estofador de móveis	1	2,5
Indústria de camionagem	1	2,5
Inspetor-chefe da Polícia Judiciária	1	2,5
Lojista	1	2,5
Metalúrgico	1	2,5
Modista	1	2,5
Motorista da STCP	1	2,5
Motorista de táxi	1	2,5
Operador gráfico	1	2,5

Padeira	1	2,5
Pasteleira	1	2,5
Professora do ensino primário	1	2,5
Restauração	1	2,5
Gestor de empresa	1	2,5
Telefonista	1	2,5
Trabalhadora do setor do calçado	1	2,5
Total	40	100,0

Existem 26 profissões diferentes, destacando-se apenas a profissão de Doméstica (6 pessoas idosas ou 15,0%).

Nas tabelas 10 e 11 observa-se a distribuição do número de elementos do agregado familiar e a sua caracterização.

Tabela 10 - Número de elementos do agregado familiar

Nº de elementos	n	%
1	16	40,0
2	14	35,0
3	7	17,5
4	3	7,5
Total	40	100,0

Tabela 11 - Caracterização do número de elementos do agregado familiar

Número de elementos do agregado familiar	
Mínimo	1
Máximo	4
Média	1,9
1º Quartil	1
Mediana	2
3º Quartil	3
Coef. Assimetria	0,68
Desvio padrão	0,94
Coeficiente de variação (%)	49,1%

O número mais frequente é 1 elemento (16 idosos ou 40%), seguindo-se 2 elementos (14 idosos ou 35%), 3 elementos (7 idosos ou 17,5%) e 4 elementos (3 idosos ou 7,5%). Em resumo, predominam os agregados familiares de dimensão reduzida, isto é, até 3 elementos e, especialmente, até 2 elementos. Note-se até que, o mais frequente é apenas 1 elemento. O número médio de elementos é 1,9 (cerca de 2), quase coincidente com a mediana, que é 2 elementos (ou seja, o agregado familiar de metade dos idosos tem até 2 elementos), o 1º quartil é 1 elemento (ou seja, o agregado familiar de um quarto dos idosos é 1 elemento) e o 3º quartil é 3 elementos (ou seja, o agregado familiar de três quartos dos idosos tem até 3 elementos). A dispersão é moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (49,1%).

Condição de saúde das pessoas idosas

Quanto à percepção do estado geral de saúde, na Tabela 12 estão explanados os resultados.

Tabela 12 - Estado geral de saúde: percepção dos participantes

Saúde	n	%
Boa	18	45,0
Aceitável	18	45,0
Excelente	0	0,0
Outra	0	0,0
Muito boa	2	5,0
Má	2	5,0
Total	40	100,0

Predominam fortemente os idosos que consideraram a sua saúde como Boa e Aceitável (18 idosos ou 45% cada), seguindo-se os que têm saúde Muito boa e Má (2 idosos ou 5% cada).

A distribuição da tensão arterial sistólica e da diastólica encontra-se no Tabela 13 e Gráficos 5 e 6.

Tabela 13 - Caracterização da tensão arterial

Tensão arterial	Sistólica	Diastólica
Mínimo	102	53
Máximo	188	110
Média	140,3	77,6
1º Quartil	130	71
Mediana	141	78
3º Quartil	150	82
Coef. Assimetria	0,11	0,60
Desvio padrão	17,7	10,4
Coeficiente de variação (%)	12,6	13,4

Gráfico 5 - Representação gráfica da tensão arterial - Sistólica

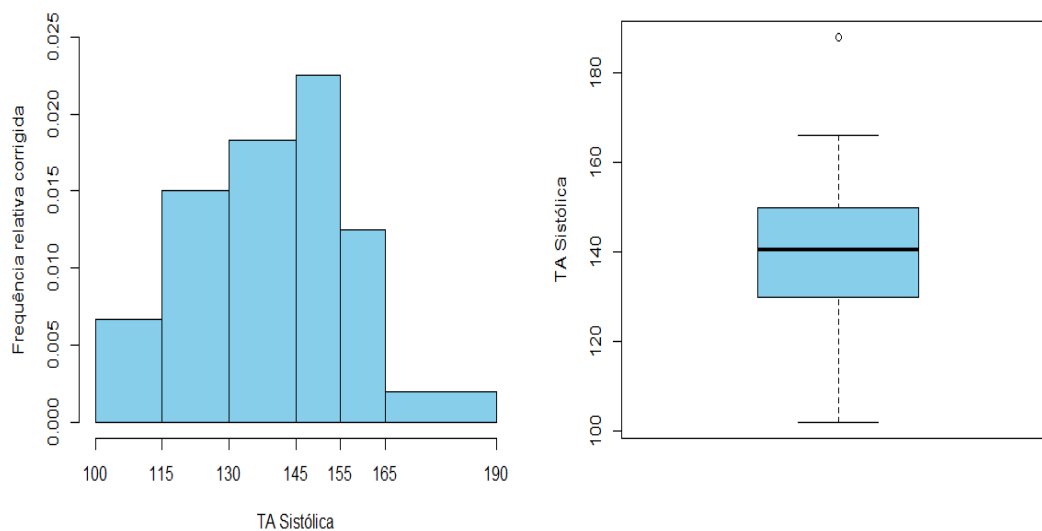
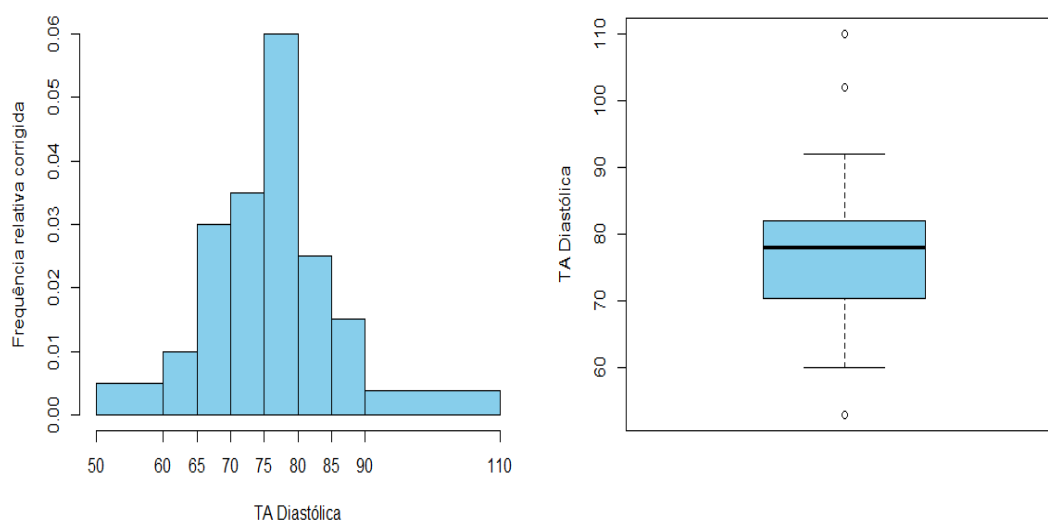


Gráfico 6 - Representação gráfica da tensão arterial - Diastólica



Na tensão sistólica, a distribuição é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,11), o que significa que predominam as tensões baixas e moderadas. Com efeito, sendo a tensão mínima de 102mmHg, existem poucos idosos com tensão até 114mmHg, onde se regista um grande aumento do número de idosos. A partir daí, existem aumentos graduais desse número até à tensão de 155mmHg, onde se regista uma quebra e existindo apenas um

idoso com tensão superior a 166mmHg, sendo a máxima de 188mmHg. A tensão média é 140,3mmHg, quase coincidente com a mediana que é de 141mmHg (ou seja, metade dos idosos tem tensão até 141mmHg), o 1º quartil é 130mmHg (ou seja, um quarto dos idosos tem tensão até 130mmHg) e o 3º quartil é 150mmHg (ou seja, três quartos dos idosos têm tensão até 150mmHg). Em resultado da concentração nas tensões baixas e moderadas, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (12,6%).

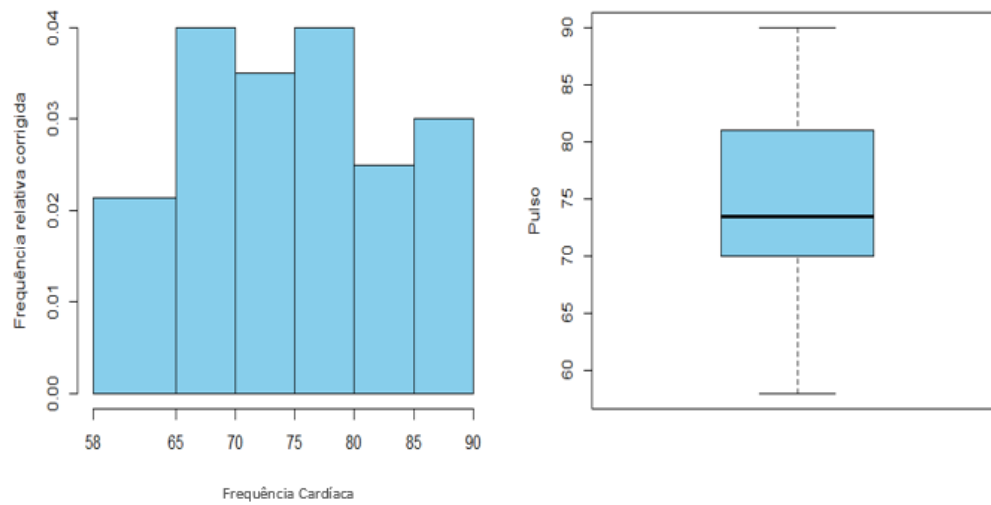
No que respeita à tensão diastólica, a distribuição é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,6), o que significa que predominam as tensões baixas e moderadas. Com efeito, sendo a tensão mínima de 53mmHg, existem apenas dois idosos com tensão até 60mmHg e poucos com tensão até 65mmHg, onde se regista um grande aumento do número de idosos e acréscimos graduais desse número até uma tensão de 75mmHg. A classe entre 75 e 80mmHg é predominante, registando-se uma forte quebra do número de idosos nesta última tensão e quebras graduais até à tensão de 90mmHg, existindo apenas três idosos com tensão superior a esta última. Portanto, existem poucos idosos com tensão muito baixa ou muito elevada. A tensão média é 77,6mmHg, quase coincidente com a mediana que é de 78mmHg (ou seja, metade dos idosos tem tensão até 78mmHg), o 1º quartil é 71 (ou seja, um quarto dos idosos tem tensão até 71mmHg) e o 3º quartil é 82 (ou seja, três quartos dos idosos têm tensão até 82mmHg). Em resultado da concentração nas tensões baixas e moderadas a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (13,4%).

A distribuição da frequência cardíaca, encontra-se na Tabela 14 e gráfico 7.

Tabela 14- Caracterização da frequência cardíaca

Frequência cardíaca	
Mínimo	58
Máximo	90
Média	74,8
1º Quartil	70
Mediana	74
3º Quartil	81
Coef. Assimetria	-0,13
Desvio padrão	9,0
Coeficiente de variação (%)	12,0

Gráfico 7- Representação gráfica da frequência cardíaca



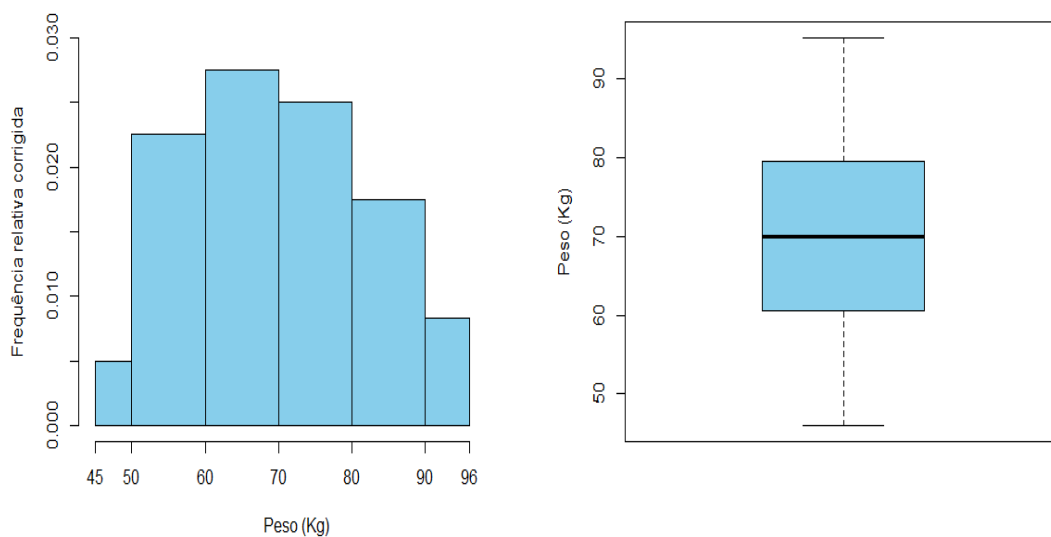
Sendo a frequência cardíaca mínima de 58bpm, existem poucos idosos com frequência cardíaca até 65bpm, onde se regista um grande aumento do número de idosos. Em consequência, predominam os idosos com frequência cardíaca entre 65 e 80bpm, seguindo-se os idosos com frequência cardíaca com valor superior a este último, sendo o máximo de 90bpm. A frequência cardíaca média é de 74,8, quase coincidente com a mediana que é de 74bpm (ou seja, metade dos idosos tem frequência cardíaca até 74bpm), o 1º quartil é 70bpm (ou seja, um quarto dos idosos tem frequência cardíaca até 70) e o 3º quartil é 81bpm (ou seja, três quartos dos idosos têm frequência cardíaca até 81bpm). Em resultado da concentração, nos valores de frequência cardíaca moderados (especialmente entre 65 e 80bpm), a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (12%).

Em relação ao peso, a distribuição encontra-se no Tabela 15 e no gráfico 8.

Tabela 15 - Caracterização do peso

Peso	
Mínimo	46,0
Máximo	95,2
Média	70,7
1º Quartil	60,8
Mediana	70
3º Quartil	79,3
Coef. Assimetria	0,02
Desvio padrão	12,0
Coeficiente de variação (%)	17,0

Gráfico 8 - Representação gráfica do peso



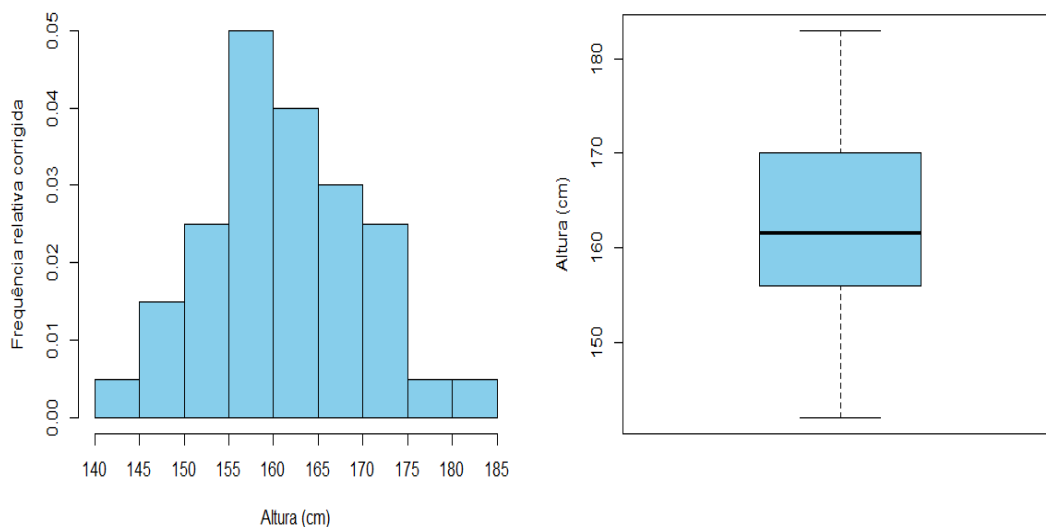
O peso mínimo é 46Kg, de um único idoso, não existindo mais nenhum com peso inferior a 51Kg. Predominam os idosos com peso até 80Kg, registrando-se a partir daí diminuições graduais do número de idosos até um máximo de 95,2Kg. O peso médio é 70,7Kg, muito próximo do mediano que é 70Kg (ou seja, metade dos idosos tem peso até 70Kg), o 1º quartil é 60,8Kg (ou seja, um quarto dos idosos tem peso até 60,8Kg) e o 3º quartil é 79,3Kg (ou seja, três quartos dos idosos têm peso até 79,3Kg), o que mostra o predomínio dos pesos centrais (entre 50Kg e 80Kg). Em resultado, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (17%).

No que se refere à altura, a distribuição encontra-se na tabela 16 e gráfico 9.

Tabela 16 - Caracterização da altura

Altura	
Mínimo	142
Máximo	183
Média	162
1º Quartil	156
Mediana	162
3º Quartil	170
Coef. Assimetria	0,09
Desvio padrão	8,7
Coeficiente de variação (%)	5,4

Gráfico 9 - Representação gráfica da altura



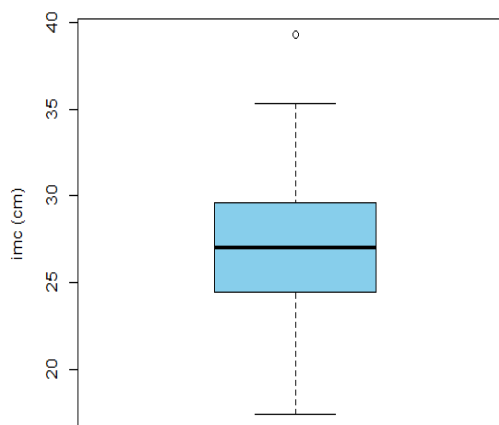
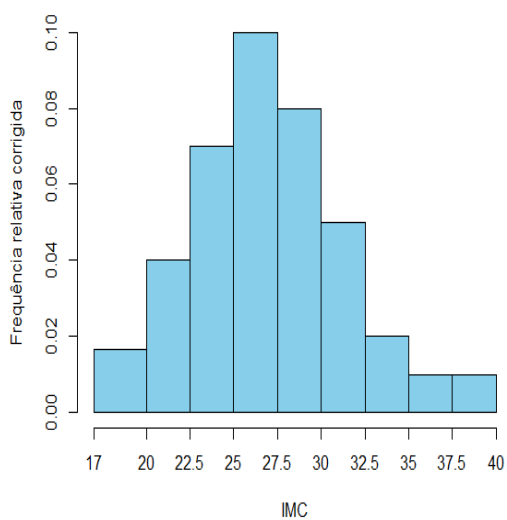
Sendo a altura mínima de 1,42m, existem apenas dois idosos com altura inferior a 1,5m. Registam-se aumentos graduais no número de idosos até 1,55m, onde se verifica um grande aumento desse número, sendo a classe entre 1,55m e 1,6m a mais importante. A partir daí, registam-se diminuições graduais do número de idosos e uma forte quebra em 1,75m, existindo apenas dois idosos com altura superior 1,73m e sendo o máximo de 1,83m. A altura média é 1,62m, coincidente com a mediana (ou seja, metade dos idosos tem altura até 1,62m), o 1º quartil é 1,56 m (ou seja, um quarto dos idosos tem altura até 1,56m) e o 3º quartil é 1,7 m (ou seja, três quartos dos idosos têm altura até 1,7m). A concentração das alturas, nos valores centrais, leva a uma dispersão muito reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (5,4%).

Em relação à distribuição do índice de massa corporal (IMC), encontra-se na Tabela 17 e gráfico 10.

Tabela 17 - Caracterização do IMC

IMC	
Mínimo	17,4
Máximo	39,3
Média	27,0
1º Quartil	24,5
Mediana	27,0
3º Quartil	29,5
Coef. Assimetria	0,22
Desvio padrão	4,5
Coeficiente de variação (%)	16,5

Gráfico 10 - Representação gráfica do IMC



Sendo o IMC mínimo de 17,4, regista-se um aumento gradual do número de pessoas idosas até à classe entre 25 e 27,5, que é predominante, e diminuições graduais desse número até ao máximo de 39,3. Portanto, predominam os IMC moderados (centrais), com um comportamento quase simétrico para valores inferiores e superiores. O IMC médio é 27, coincidente com a mediana (ou seja, metade dos idosos tem IMC até 27), o 1º quartil é 24,5 (ou seja, um quarto dos idosos tem IMC até 24,5) e o 3º quartil é 29,5 (ou seja, três quartos dos idosos têm IMC até 29,5). A concentração nos IMC moderados leva a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (16,5%).

A Tabela 18 mostra a distribuição das categorias do índice de massa corporal.

Tabela 18 - Categorias do IMC

Categoria	n	%
Baixo peso	2	5,0
Obesidade	9	22,5
Peso normal	11	27,5
Excesso de peso	18	45,0
Total	40	100,0

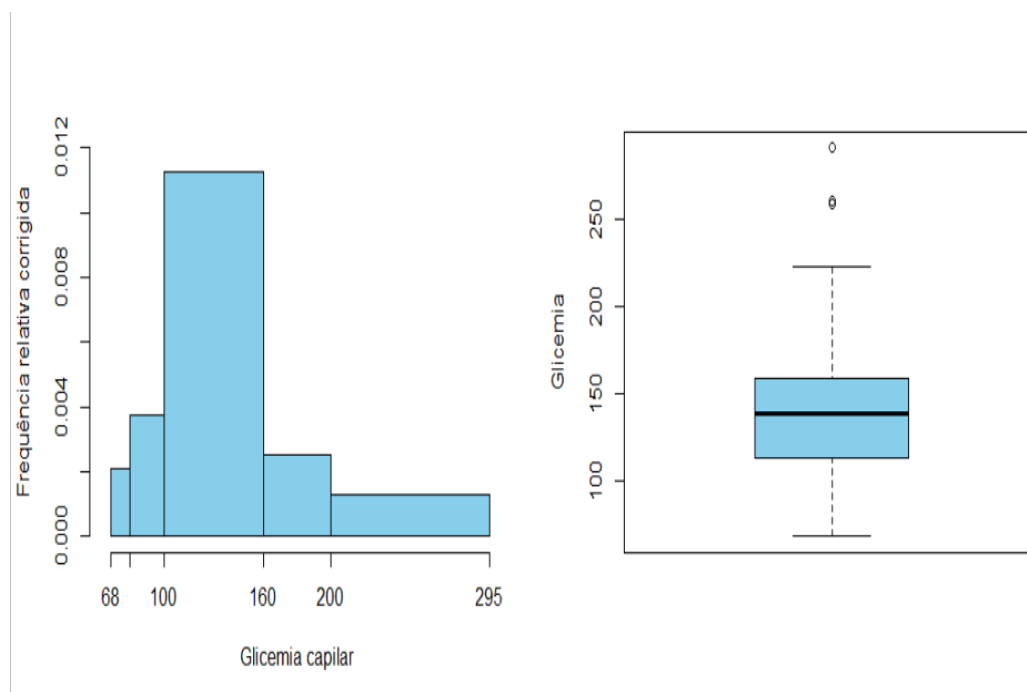
A categoria mais frequente é o Excesso de peso (18 idosos ou 45%), seguindo-se o Peso normal (11 idosos ou 27,5%), a Obesidade (9 idosos ou 22,5%) e o Baixo peso (2 idosos ou 5%).

No que concerne à distribuição da glicemia capilar os resultados estão explanados na Tabela 19 e gráfico 11.

Tabela 19 - Caraterização da glicemia capilar

Glicemia Capilar	
Mínimo	68
Máximo	291
Média	146,1
1º Quartil	115
Mediana	139
3º Quartil	159
Coef. Assimetria	1,1
Desvio padrão	49,2
Coeficiente de variação (%)	33,7

Gráfico 11 - Representação gráfica da glicemia capilar



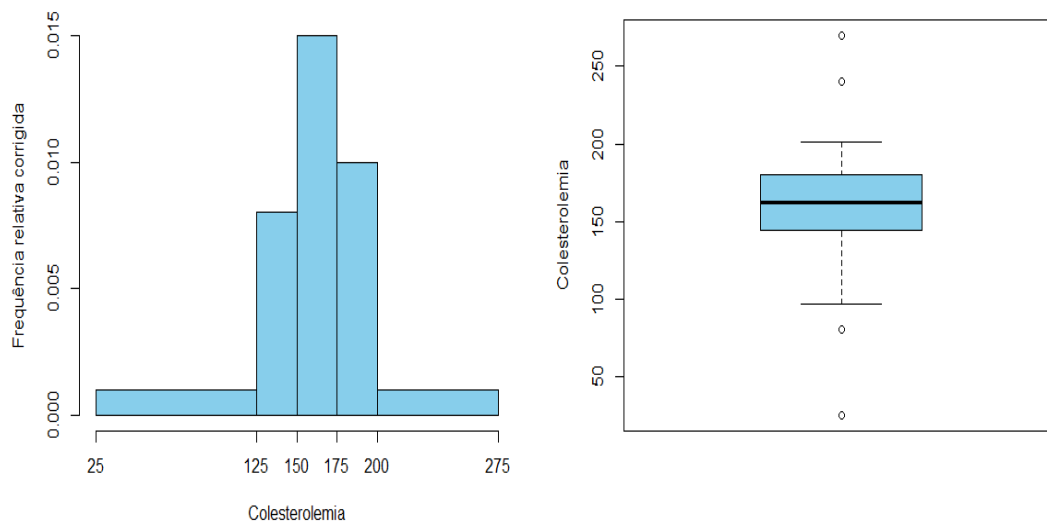
Sendo a glicemia capilar mínima de 68mg/dl, existe apenas um idoso com glicemia inferior a 80mg/dl e quatro com glicemia até 100mg/dl. Predominam fortemente os idosos com glicemia entre 100 e 160mg/dl, onde se regista uma grande quebra do número de idosos. Em consequência, existem poucos idosos com glicemia entre 160 e 200mg/dl ou com glicemia superior a esta última, sendo a máxima de 291mg/dl. A distribuição é por isso fortemente assimétrica positiva conforme comprova o coeficiente de assimetria de Fisher. A glicemia média é 146,1mg/dl, superior à mediana, que é 139mg/dl (ou seja, metade dos idosos tem glicemia até 139mg/dl), o 1º quartil é 115mg/dl (ou seja, um quarto dos idosos tem glicemia até 115) e o 3º quartil é 159mg/dl (ou seja, três quartos dos idosos têm glicemia até 159). Apesar do predomínio dos valores baixos ou moderados a existência de valores mais elevados leva a uma dispersão moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (33,7%).

A distribuição da colesterolemia, encontra-se na Tabela 20 e gráfico 12.

Tabela 20 - Caracterização da colesterolemia

Colesterol	
Mínimo	80
Máximo	270
Média	159,1
1º Quartil	145
Mediana	163
3º Quartil	180
Coef. Assimetria	-0,47
Desvio padrão	40,9
Coeficiente de variação (%)	25,7

Gráfico 12 - Representação gráfica da colesterolemia



Sendo a colesterolemia mínima de 25mg/dl, existem poucos idosos com valores inferiores a 130mg/dl, encontrando-se a quase totalidade dos idosos nas classes centrais, entre 130 e 200mg/dl e em especial entre 150 e 175mg/dl. Em resultado, existem também poucos idosos com valores superiores a 200 mg/dl, sendo o máximo de 270 mg/dl. A colesterolemia média é 159mg/dl, inferior à mediana que é 163 mg/dl (ou seja, metade dos idosos tem colesterolemia até 163 mg/dl), o 1º quartil é 145 mg/dl (ou seja, um quarto dos idosos tem colesterolemia até 145 mg/dl) e o 3º quartil é 180 mg/dl (ou seja, três quartos dos idosos têm colesterolemia até 180 mg/dl). Apesar do predomínio dos valores centrais a existência de valores muito superiores ou inferiores leva a uma dispersão moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (25,7%).

A Tabela 21 mostra a distribuição das respostas sobre as doenças das pessoas idosas.

Tabela 21 - Doenças

Doença	Sim		Não		Não sei		Não resp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença cerebrovascular	4	10,0	36	90,0	0	0,0	0	0,0
Doença cardiovascular	31	77,5	9	22,5	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica	0	0,0	40	100,0	0	0,0	0	0,0
Doença musculoesquelética e osteoarticular	18	45,0	20	50,0	2	5,0	0	0,0
Doença oncológica	1	2,5	39	97,5	0	0,0	0	0,0
Doença respiratória	4	10,0	36	90,0	0	0,0	0	0,0
Doença endócrina	24	60,0	16	40,0	0	0,0	0	0,0
Doença do sistema nervoso	0	0,0	40	100,0	0	0,0	0	0,0
Doença psiquiátrica	6	15,0	33	82,5	1	2,5	0	0,0
Outras	8	20,0	30	75,0	0	0,0	2	5,0

Quanto à doença cerebrovascular (AVC), a quase totalidade dos idosos respondeu negativamente (36 idosos ou 90%), seguindo-se os que responderam afirmativamente (4 idosos ou 10%) e não existindo nenhuma resposta Não sei.

Na doença cardiovascular (enfarte, angina de peito, HTA), a maioria dos idosos respondeu afirmativamente (31 idosos ou 77,5%), seguindo-se os que responderam negativamente (9 idosos ou 22,5%) e não existindo nenhuma resposta Não sei.

No que concerne à doença musculoesquelética e osteoarticular (artrite/artrose), metade dos idosos respondeu negativamente (20 idosos ou 50%), seguindo-se os que responderam afirmativamente (18 idosos ou 45%) e os que responderam Não sei (2 idosos ou 5%).

No que respeita à doença oncológica, a quase totalidade dos idosos respondeu negativamente (39 idosos ou 97,5%), existindo um único idoso (ou 2,5%) que respondeu afirmativamente e não existindo nenhuma resposta Não sei.

Na doença respiratória (DPOC, asma, bronquite), a quase totalidade dos idosos respondeu negativamente (36 idosos ou 90%), seguindo-se os que responderam afirmativamente (4 idosos ou 10%) e não existindo nenhuma resposta “Não sei”.

Acerca da doença endócrina (diabetes), a maioria dos idosos respondeu afirmativamente (24 idosos ou 60%), seguindo-se os que responderam negativamente (16 idosos ou 40%) e não existindo nenhuma resposta “Não sei”.

No que concerne à doença psiquiátrica (depressão), a maioria dos idosos respondeu negativamente (33 idosos ou 82,5%), seguindo-se os que responderam afirmativamente (6 idosos ou 15%) e “Não sei” (1 idoso ou 2,5%).

Relativo a, doença neurológica (Parkinson) e doença do sistema nervoso (Alzheimer), a totalidade dos idosos respondeu negativamente.

No que respeita a, “Outras”, a maioria dos idosos respondeu negativamente (30 idosos ou 75%), seguindo-se os que responderam afirmativamente (8 idosos ou 20%) e não existindo nenhuma resposta “Não sei”, mas existindo duas Não respostas (5%). As doenças indicadas foram Cataratas (1 idoso), Epilepsia (2 idosos), doença gastrointestinal (1 idoso), Glaucoma (1 idoso), enfisema pulmonar (1 idoso), Miopia (1 idoso) e Problemas da Tireoide (1 idoso).

A Tabela 22 mostra a distribuição das respostas quanto à manifestação dos sintomas nos idosos.

Tabela 22 - Sintomas/manifestações

Sintomas	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sintomas de tristeza persistente	7	17,5	33	82,5
Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	6	15,0	34	85,0
Dor musculoesquelética e osteoarticular	21	52,5	19	47,5
Dificuldade em andar	13	32,5	27	67,5
Desequilíbrios constantes	12	30,0	28	70,0
Diminuição da visão	21	52,5	19	47,5
Perda de urina	5	12,5	35	87,5
Não tem sintomas	5	12,5	35	87,5

Acerca dos sintomas de tristeza persistente, a maioria dos idosos não teve estes sintomas (33 idosos ou 82,5%), pelo que os que tiveram são uma minoria (7 idosos ou 17,5%).

No que concerne às alterações de memória, que interferem na sua vida do dia a dia, a maioria dos idosos não teve estes sintomas (34 idosos ou 85%), pelo que os que tiveram são uma minoria (6 idosos ou 15%).

Referente à dor musculoesquelética e osteoarticular, a maioria dos idosos teve estes sintomas (21 idosos ou 52,5%), pelo que os que não tiveram estão em minoria (19 idosos ou 47,5%).

Quanto à dificuldade em andar, a maioria dos idosos não teve este sintoma (27 idosos ou 67,5%), pelo que os que tiveram são uma minoria (13 idosos ou 32,5%).

No parâmetro, desequilíbrios constantes, a maioria dos idosos não teve estes sintomas (28 idosos ou 70%), pelo que os que tiveram são uma minoria (12 idosos ou 30%).

Em relação à diminuição da visão, a maioria dos idosos teve estes sintomas (21 idosos ou 52,5%), pelo que os que não tiveram estão em minoria (19 idosos ou 47,5%).

Referente à Perda de urina, a maioria dos idosos não teve estes sintomas (35 idosos ou 87,5%), pelo que os que tiveram são uma minoria (5 idosos ou 12,5%).

No que respeita a, “Não tem sintomas”, a maioria dos idosos respondeu negativamente (35 idosos ou 87,5%), pelo que as pessoas idosas que assumem não ter sintomas são uma minoria (5 idosos ou 12,5%).

Quando questionados sobre a presença de qualquer dor, embora a maioria dos idosos não sentisse nenhum tipo de dor, moedeira ou desconforto (29 idosos ou 72,5%), a fração dos que sentiram tem alguma relevância (11 idosos ou 27,5%). Os locais onde a dor foi sentida são Anca (1 idoso), Braço direito (1 idoso), Costas (1 idoso), Joelho (1 idoso), Joelho e ancas (1 idoso), Membro inferior esquerdo (1 idoso), Ombro (2 idosos), Pé esquerdo (1 idoso), Pernas (1 idoso) e Pernas e cabeça (1 idoso). Relativamente à intensidade da dor sentida por estes 11 idosos, as intensidades indicadas foram 3 e 9 (3 idosos cada), seguindo-se 4 (2 idosos), 2, 5 e 7 (1 idoso cada).

A totalidade dos idosos toma medicamentos. Apenas um idoso (ou 2,5%) não soube dizer quais os medicamentos que toma. A Tabela 23 mostra os grupos de medicamentos que integram o regime medicamentoso das pessoas idosas.

Tabela 23 - Grupos de medicamentos

Grupo	Sim		Não	
	N	%	n	%
Medicamentos para o sistema cardiovascular	40	100,0	0	0,0
Medicamentos para o sistema respiratório	2	5,0	38	95,0
Analgésicos	7	17,5	33	82,5
Anti-inflamatórios	9	22,5	31	77,5
Antidepressivos	9	22,5	31	77,5
Sedativos	4	10,0	36	90,0
Antidiabéticos orais	21	52,5	19	47,5
Insulina	5	12,5	35	87,5
Outros medicamentos	7	17,5	33	82,5

Relativo a, Medicamentos para o sistema cardiovascular, a totalidade dos idosos tomava estes medicamentos.

Referente a Medicamentos para o sistema respiratório, a quase totalidade dos idosos não tomava estes medicamentos (38 idosos ou 95%), pelo que uma reduzida minoria tomava (2 idosos ou 5%).

No que concerne a Analgésicos, a grande maioria dos idosos não tomava estes medicamentos (33 idosos ou 82,5%), pelo que poucos idosos tomavam (7 idosos ou 17,5%).

No que respeita a Anti-inflamatórios e Antidepressivo, a maioria dos idosos não tomava estes medicamentos (31 idosos ou 77,5%), mas a proporção dos que tomavam ainda é considerável (9 idosos ou 22,5%).

Em relação a Sedativos, a quase totalidade dos idosos não tomava estes medicamentos (36 idosos ou 90%), pelo que apenas uma minoria tomava (4 idosos ou 10%).

Quanto aos Antidiabéticos orais, a maioria dos idosos tomava estes medicamentos (21 idosos ou 52,5%), mas quase metade não tomava (19 idosos ou 47,5%).

Acerca da Insulina, a maioria dos idosos não tomava estes medicamentos (35 idosos ou 87,5%), pelo que poucos idosos tomavam (5 idosos ou 12,5%).

No que se refere a outros medicamentos, a maioria dos idosos não tomava outros medicamentos (33 idosos ou 82,5%), pelo que apenas uma minoria os tomava (7 idosos ou 17,5%). Os medicamentos tomados por estes últimos são: Ferro (2 idosos), Finasterida, Diprosone (1 idoso), Levotiroxina sódica (1 idoso), protetor gástrico (2 idosos), e Varfarina (1 idoso).

Qualidade de vida das pessoas idosas

A Tabela 24 mostra a frequência das respostas dos idosos, à primeira parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que, na tabela apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 24 - Qualidade de vida: Parte 1

Itens	Frequência											
	Nada		Pouco		Nem muito nem pouco		Muito		Muitíssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	14	35,0	14	35,0	7	17,5	5	12,5	0	0,0	40	100,0
2	21	52,5	13	32,5	3	7,5	3	7,5	0	0,0	40	100,0
3	24	60,0	10	25,0	2	5,0	3	7,5	1	2,5	40	100,0
4	0	0,0	3	7,5	0	0,0	12	30,0	25	62,5	40	100,0
5	0	0,0	0	0,0	2	5,0	10	25,0	28	70,0	40	100,0
6	1	2,5	1	2,5	1	2,5	12	30,0	25	62,5	40	100,0
7	17	42,5	9	22,5	7	17,5	5	12,5	2	5,0	40	100,0
8	13	32,5	16	40,0	5	12,5	5	12,5	1	2,5	40	100,0
9	17	42,5	9	22,5	7	17,5	3	7,5	4	10,0	40	100,0
10	5	12,5	6	15,0	5	12,5	14	35,0	10	25,0	40	100,0
Total	112	28,0	81	20,3	39	9,8	72	18,0	96	24,0	400	100,0

Acerca da afirmação “As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato” afetam a sua vida diária (item1), “Nada” e “Pouco” são as respostas mais frequentes (14 idosos ou 35% cada), seguindo-se “Nem muito nem pouco” (7 idosos ou 17,5%) e “Muito” (5 idosos ou 12,5%), não existindo nenhuma resposta “Muitíssimo”. Portanto, a intensidade com que os idosos sentiram estas dificuldades é baixa pois “Nada” e “Pouco” em conjunto representam a maioria dos idosos (28 idosos ou 70%) e nem existem respostas “Muitíssimo”.

Em relação à afirmação, “As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades?” (item2), “Nada” é a resposta maioritária (21 idosos ou 52,5%), seguindo-se “Pouco” (13 idosos ou 32,5%), “Nem muito nem pouco” e “Muito” (3 idosos ou 7,5% cada), não existindo nenhuma resposta “Muitíssimo”. Portanto, a intensidade com que os idosos sentiram estas dificuldades é muito baixa, pois, “Nada” e “Pouco” em conjunto, representam a maioria dos idosos (34 idosos ou 85%) e a primeira representa por si só, a maioria dos idosos (21 idosos ou 52,5%) e nem existem respostas “Muitíssimo”.

Face à afirmação, “As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?” (item3), “Nada” é a resposta maioritária (24 idosos ou 60%), seguindo-se “Pouco” (10 idosos ou 25%), “Muito” (3 idosos ou 7,5%), “Nem muito nem pouco” (2 idosos ou 5%) e “Muitíssimo” (1 idoso ou 2,5%). Portanto, a intensidade com que os idosos sentiram estas dificuldades é muito baixa, pois, “Nada” e “Pouco” em conjunto, representam a maioria dos idosos (34 idosos ou 85%) e a primeira representa por si só, a maioria dos idosos (24 idosos ou 60%).

Relativo à afirmação, “Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?” (item4), “Muitíssimo” é a resposta maioritária (25 idosos ou 62,5%), seguindo-se “Muito” (12 idosos ou 30%) e “Pouco” (3 idosos ou 7,5%), não existindo nenhuma resposta “Nem muito nem pouco” nem “Nada”. Portanto, a intensidade com que os idosos sentiram a liberdade para tomar decisões é muito elevada, pois “Muitíssimo” e “Muito” em conjunto representam a quase totalidade dos idosos (37 idosos ou 92,5%) e a primeira representa por si só a maioria dos idosos (25 idosos ou 62,5%) e nem existe nenhuma resposta “Nada”.

Perante a afirmação, “Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?” (item5), “Muitíssimo” é a resposta maioritária (28 idosos ou 70%), seguindo-se “Muito” (10 idosos ou 25%) e “Nem muito nem pouco” (2 idosos ou 5%), não existindo nenhuma resposta “Pouco” nem “Nada”. Portanto, a intensidade com que os idosos sentiram poder para decidir acerca do seu futuro é muito elevada, pois “Muitíssimo” e “Muito” em conjunto, representam a quase totalidade dos idosos (38 idosos ou 95%) e a primeira representa por si só, a maioria dos idosos (28 idosos ou 70%) e nem existem respostas “Nada” ou “Pouco”.

Respeitante à afirmação, “Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?” (item6), “Muitíssimo” é a resposta maioritária (25 idosos ou 62,5%), seguindo-se “Muito” (12 idosos ou 30%), “Nem muito nem pouco”, “Pouco” e “Nada” (1 idoso ou 2,5% cada). Portanto, a intensidade com que os idosos sentem que as outras pessoas respeitam a sua liberdade é muito elevada, pois “Muitíssimo” e “Muito” em conjunto, representam a quase totalidade dos idosos (37 idosos ou 92,5%) e a primeira representa por si só, a maioria dos idosos (25 idosos ou 62,5%).

No que toca à afirmação, “Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?” (item7), “Nada” é a resposta mais frequente (17 idosos ou 42,5%), seguindo-se “Pouco” (9 idosos ou 22,5%), “Nem muito nem pouco” (7 idosos ou 17,5%), “Muito” (5 idosos ou 12,5%) e “Muitíssimo” (2 idosos ou 5%). Portanto, a intensidade com que os idosos manifestam preocupação com o modo como irão morrer é baixa, pois “Nada” e “Pouco” em conjunto, representam a maioria dos idosos (26 idosos ou 65%) e a primeira representa por si só, uma fração importante dos idosos (17 idosos ou 42,5%).

Relativamente à afirmação, “Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?” (item8), “Pouco” é a resposta mais frequente (16 idosos ou 40%), seguindo-se “Nada” (13 idosos ou 32,5%), “Nem muito nem pouco” e “Muito” (5 idosos ou 12,5% cada) e “Muitíssimo” (1 idoso ou 2,5%). Portanto, a intensidade com que os idosos manifestam medo de não poder controlar a sua morte é baixa, pois “Nada” e “Pouco” em conjunto, representam a maioria dos idosos (29 idosos ou 72,5%).

No que diz respeito à afirmação, “Tem medo de morrer?” (item9), “Nada” é a resposta mais frequente (17 idosos ou 42,5%), seguindo-se “Pouco” (9 idosos ou 22,5%), “Nem muito nem pouco” (7 idosos ou 17,5%), “Muitíssimo” (4 idosos ou 10%) e “Muito” (3 idosos ou 7,5%). Portanto, a intensidade com que os idosos manifestam medo de morrer é baixa, pois “Nada” e “Pouco” em conjunto, representam a maioria dos idosos (26 idosos ou 65%) e a primeira representa por si só, uma fração importante dos idosos (17 idosos ou 42,5%).

Perante à afirmação, “Receia sofrer antes de morrer” (item10), “Muito” é a resposta mais frequente (14 idosos ou 35%), seguindo-se “Muitíssimo” (10 idosos ou 25%) “Pouco” (6 idosos ou 15%), “Nem muito nem pouco” e “Nada” (5 idosos ou 12,5% cada). Portanto, a intensidade com que os idosos receiam sofrer antes de morrer é um pouco elevada, pois “Muito” e “Muitíssimo” em conjunto, representam a maioria dos idosos (24 idosos ou 65%).

Em relação ao total dos itens incluídos nesta primeira secção do instrumento, para avaliar a qualidade de vida, “Nada” é a resposta mais frequente (112 respostas ou 28%), seguindo-se “Muitíssimo” (96 respostas ou 24%), “Pouco” (81 respostas ou 20,3%) e “Nem muito nem pouco” (39 respostas ou 9,8%).

A Tabela 25 mostra a frequência das respostas dos idosos, à segunda parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que, na tabela apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 25 - Qualidade de vida: Parte 2

Itens	Frequência											
	Nada		Pouco		Moderada-mente		Bastante		Completa-mente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	2	5,0	5	12,5	18	45,0	15	37,5	40	100,0
2	0	0,0	5	12,5	10	25,0	11	27,5	14	35,0	40	100,0
3	0	0,0	4	10,0	10	25,0	18	45,0	8	20,0	40	100,0
4	0	0,0	4	10,0	10	25,0	13	32,5	13	32,5	40	100,0
Total	0	0,0	15	9,4	35	21,9	60	37,5	50	31,3	160	100,0

Acerca da afirmação, “Consegue fazer aquilo que gosta?” (item1), “Bastante” é a resposta mais frequente (18 idosos ou 45%), seguindo-se “Completamente” (15 idosos ou 37,5%), “Moderadamente” (5 idosos ou 12,5%) e “Pouco” (2 idosos ou 5%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, o grau com que os idosos conseguem fazer aquilo que gostam é elevado, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a maioria dos idosos (33 idosos ou 82,5%).

No que se refere à afirmação, “Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?” (item2), “Completamente” é a resposta mais frequente (14 idosos ou 35%), seguindo-se “Bastante” (11 idosos ou 27,5%), “Moderadamente” (10 idosos ou 25%) e “Pouco” (5 idosos ou 12,5%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, o grau com que os idosos continuam a ter oportunidade para realizar os seus planos é moderado ou mesmo um pouco elevado, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a maioria dos idosos (25 idosos ou 62,5%).

No que concerne à afirmação, “Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?” (item3), “Bastante” é a resposta mais frequente (18 idosos ou 45%), seguindo-se “Moderadamente” (10 idosos ou 25%), “Completamente” (8 idosos ou 20%) e “Pouco” (4 idosos ou 10%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, o grau com que os idosos

manifestam ter recebido o reconhecimento que merecem é moderado ou mesmo um pouco elevado, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a maioria dos idosos (26 idosos ou 65%).

Face à afirmação, “Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?” (item4), “Bastante” e “Completamente” são as respostas mais frequentes (13 idosos ou 32,5% cada), seguindo-se “Moderadamente” (10 idosos ou 25%) e “Pouco” (4 idosos ou 10%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, o grau com que os idosos manifestam ter atividades para ocupar o dia-a-dia é moderado ou mesmo um pouco elevado, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a maioria dos idosos (26 idosos ou 65%).

Quanto ao total dos itens incluídos, nesta segunda secção do instrumento para avaliar a qualidade de vida, “Bastante” é a resposta mais frequente (60 respostas ou 37,5%), seguindo-se “Completamente” (50 respostas ou 31,3%), “Moderadamente” (35 respostas ou 21,9%) e “Pouco” (15 respostas ou 9,4%), não existindo nenhuma resposta “Nada”.

A Tabela 26 evidencia a frequência das respostas dos idosos à terceira parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que, na tabela apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 26 - Qualidade de vida: Parte 3

Itens	Frequência											
	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	0	0,0	2	5,0	7	17,5	16	40,0	15	37,5	40	100,0
2	1	2,5	2	5,0	8	20,0	19	47,5	10	25,0	40	100,0
3	0	0,0	1	2,5	9	22,5	17	42,5	13	32,5	40	100,0
4	0	0,0	4	10,0	13	32,5	12	30,0	11	27,5	40	100,0
5	0	0,0	1	2,5	16	40,0	14	35,0	9	22,5	40	100,0
Total	1	0,5	10	5,0	53	26,5	78	39,0	58	29,0	200	100,0

Em relação à afirmação, “Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?” (item1), “Satisfeito” é a resposta mais frequente (16 idosos ou 40%), seguindo-se “Muito satisfeito” (15 idosos ou 37,5%), “Nem satisfeito nem insatisfeito” (7 idosos ou 17,5%) e “Insatisfeito” (2 idosos ou 5%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (31 idosos ou 77,5%).

No que se refere à afirmação, “Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?” (item2), “Satisfeito” é a resposta mais frequente (19 idosos ou 47,5%), seguindo-se “Muito satisfeito” (10 idosos ou 25%), “Nem satisfeito nem insatisfeito” (8 idosos ou 20%), “Insatisfeito” (2 idosos ou 5%) e “Muito insatisfeito” (1 idoso ou 2,5%). Portanto, o grau de satisfação dos idosos é elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (29 idosos ou 72,5%).

Relativamente à afirmação, “Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?” (item3), “Satisfeito” é a resposta mais frequente (17 idosos ou 42,5%), seguindo-

se “Muito satisfeito” (13 idosos ou 32,5%), “Nem satisfeito nem insatisfeito” (9 idosos ou 22,5%) e “Insatisfeito” (1 idoso ou 2,5%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (30 idosos ou 75%).

Perante a afirmação, “Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?” (item4), “Nem satisfeito nem insatisfeito” é a resposta mais frequente (13 idosos ou 32,5%), seguindo-se “Satisfeito” (12 idosos ou 30%), “Muito satisfeito” (11 idosos ou 27,5%) e “Insatisfeito” (4 idosos ou 10%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é moderado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam ainda a maioria dos idosos (23 idosos ou 57,5%), mas note-se que a resposta mais frequente é “Nem satisfeito nem insatisfeito” (13 idosos ou 32,5%).

No que concerne à afirmação, “Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?” (item5), “Nem satisfeito nem insatisfeito” é a resposta mais frequente (16 idosos ou 40%), seguindo-se “Satisfeito” (14 idosos ou 35%), “Muito satisfeito” (9 idosos ou 22,5%) e “Insatisfeito” (1 idoso ou 2,5%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é moderado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto representam ainda a maioria dos idosos (23 idosos ou 57,5%), mas note-se que a resposta mais frequente é “Nem satisfeito nem insatisfeito” (16 idosos ou 40%).

Em relação ao total dos itens incluídos nesta terceira secção do instrumento para avaliar a qualidade de vida, “Satisfeito” é a resposta mais frequente (78 respostas ou 39%), seguindo-se “Muito satisfeito” (58 respostas ou 29%), “Nem satisfeito nem insatisfeito” (53 respostas ou 26,5%), “Insatisfeito” (10 respostas ou 5%) e “Muito insatisfeito” (1 resposta ou 0,5%).

A Tabela 27 (Importa referir que na tabela, apenas está indicada a numeração de cada item), mostra a frequência das respostas dos idosos ao item “Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?” (item1, “Bom” é a resposta maioritária (29 idosos ou 72,5%), seguindo-se “Nem bom nem mau” (7 idosos ou 17,5%), “Mau” (3 idosos ou 7,5%) e “Muito bom” (1 idoso ou 2,5%), não existindo nenhuma resposta “Muito mau”. Portanto, em relação à avaliação dos órgãos dos sentidos a avaliação dos idosos é boa, pois “Bom” e “Muito bom” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (30 idosos ou 75%).

Tabela 27 - Qualidade de vida: Parte 4

Itens	Frequência											
	Muito mau		Mau		Nem bom nem mau		Bom		Muito bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	3	7,5	7	17,5	29	72,5	1	2,5	40	100,0

A Tabela 28 evidencia a frequência das respostas dos idosos, à quinta parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que na tabela, apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 28 - Qualidade de vida: Parte 5

Itens	Frequência											
	Nada		Pouco		Nem muito nem pouco		Muito		Muitíssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	5,0	3	7,5	5	12,5	21	52,5	9	22,5	40	100,0
2	0	0,0	3	7,5	5	12,5	13	32,5	19	47,5	40	100,0
Total	2	2,5	6	7,5	10	12,5	34	42,5	28	35,0	80	100,0

Perante a afirmação, “Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?” (item1) - “Muito” é a resposta maioritária (21 idosos ou 52,5%), seguindo-se “Muitíssimo” (9 idosos ou 22,5%), “Nem muito nem pouco” (5 idosos ou 12,5%), “Pouco” (3 idosos ou 7,5%) e “Nada” (2 idosos ou 5%). Portanto, a intensidade deste sentimento é elevada, pois “Muito” e “Muitíssimo” em conjunto, representam a maioria dos idosos (30 idosos ou 75%).

No que respeita à afirmação, “Sente que tem amor na sua vida?” (item2), “Muitíssimo” é a resposta mais frequente (19 idosos ou 47,5%), seguindo-se “Muito” (13 idosos ou 32,5%), “Nem muito nem pouco” (5 idosos ou 12,5%) e “Pouco” (3 idosos ou 7,5%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, a intensidade deste sentimento é elevada, pois

“Muito” e “Muitíssimo” em conjunto representam a maioria dos idosos (32 idosos ou 80%) e “Muitíssimo” representa por si só quase metade dos idosos (19 idosos ou 47,5%).

Quanto ao total dos itens incluídos nesta quinta secção do instrumento para avaliar a qualidade de vida, “Muito” é a resposta mais frequente (34 respostas ou 42,5%), seguindo-se “Muitíssimo” (28 respostas ou 35%), “Nem muito nem pouco” (10 respostas ou 12,5%), “Pouco” (6 respostas ou 7,5%) e “Nada” (2 respostas ou 2,5%).

A Tabela 29 mostra a frequência das respostas dos idosos, à sexta parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que, na tabela apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 29 - Qualidade de vida: Parte 6

Itens	Frequência											
	Nada		Pouco		Moderadamente		Bastante		Completamente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1	2,5	3	7,5	5	12,5	16	40,0	15	37,5	40	100,0
2	1	2,5	3	7,5	6	15,0	15	37,5	15	37,5	40	100,0
Total	2	2,5	6	7,5	11	13,8	31	38,8	30	37,5	80	100,0

No que se refere à afirmação, “Tem oportunidade para amar alguém?” (iem1), “Bastante” é a resposta mais frequente (16 idosos ou 40%), seguindo-se “Completamente” (15 idosos ou 37,5%), “Moderadamente” (5 idosos ou 12,5%), “Pouco” (3 idosos ou 7,5%) e “Nada” (1 idoso ou 2,5%). Portanto, a intensidade deste sentimento é elevada, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (31 idosos ou 77,5%).

Face à afirmação, “Tem oportunidade para se sentir amado(a)?” (item2), “Bastante” e “Completamente” são as respostas mais frequentes (15 idosos ou 37,5% cada), seguindo-se “Moderadamente” (6 idosos ou 15%), “Pouco” (3 idosos ou 7,5%) e “Nada” (1 idoso ou 2,5%). Portanto, a intensidade deste sentimento é elevada, pois “Bastante” e “Completamente” em conjunto, representam a maioria dos idosos (30 idosos ou 75%).

Em relação ao total dos itens incluídos nesta sexta secção do instrumento para avaliar a qualidade de vida, “Bastante” é a resposta mais frequente (31 respostas ou 38,8%),

seguinto-se “Completamente” (30 respostas ou 37,5%), “Moderadamente” (11 respostas ou 13,8%), “Pouco” (6 respostas ou 7,5%) e “Nada” (2 respostas ou 2,5%).

A Tabela 30 mostra a frequência das respostas dos idosos, à sétima parte da escala da qualidade de vida. Importa referir que, na tabela apenas está indicada a numeração de cada item.

Tabela 30 - Qualidade de vida: Parte 7

Itens	Frequência											
	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	4	10,0	2	5,0	16	40,0	18	45,0	40	100,0
2	0	0,0	4	10,0	1	2,5	18	45,0	17	42,5	40	100,0
3	0	0,0	3	7,5	3	7,5	20	50,0	14	35,0	40	100,0
Total	0	0,0	11	9,2	6	5,0	54	45,0	49	40,8	120	100,0

Relativo a, “Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?” (item1), “Muito satisfeito” é a resposta mais frequente (18 idosos ou 45%), seguindo-se “Satisfeito” (16 idosos ou 40%), “Insatisfeito” (4 idosos ou 10%) e “Nem satisfeito nem insatisfeito” (2 idosos ou 5%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é muito elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a maioria dos idosos (34 idosos ou 85%).

Tendo em consideração a afirmação, “Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?” (item2), “Satisfeito” é a resposta mais frequente (18 idosos ou 45%), seguindo-se “Muito satisfeito” (17 idosos ou 42,5%), “Insatisfeito” (4 idosos ou 10%) e “Nem satisfeito nem insatisfeito” (1 idoso ou 2,5%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é muito elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a maioria dos idosos (35 idosos ou 87,5%).

Perante a afirmação, “Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?” (item3), “Satisfeito” é a resposta mais frequente (20 idosos ou 50%), seguindo-se “Muito satisfeito” (14 idosos ou 35%), “Insatisfeito” e “Nem satisfeito nem insatisfeito” (3 idosos ou

7,5% cada), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Portanto, o grau de satisfação dos idosos é muito elevado, pois “Satisfeito” e “Muito satisfeito” em conjunto, representam a maioria dos idosos (34 idosos ou 85%).

Em relação ao total dos itens incluídos nesta sétima secção do instrumento para avaliar a qualidade de vida, “Satisfeito” é a resposta mais frequente (54 respostas ou 45%), seguindo-se “Muito satisfeito” (49 respostas ou 40,8%), “Insatisfeito” (11 respostas ou 9,2%) e “Nem satisfeito nem insatisfeito” (6 respostas ou 25%), não existindo nenhuma resposta “Muito insatisfeito”.

A Tabela 31 mostra a frequência das respostas dos idosos ao item, “Sente que a sua família lhe dá valor?” (item1), “Muito” é a resposta mais frequente (18 idosos ou 45%), seguindo-se “Muitíssimo” (14 idosos ou 35%), “Nem muito nem pouco” (5 idosos ou 12,5%) e “Pouco” (3 idosos ou 7,5%), não existindo nenhuma resposta “Nada”. Portanto, a intensidade deste sentimento é elevada, pois “Muito” e “Muitíssimo” em conjunto, representam a grande maioria dos idosos (32 idosos ou 80%).

Tabela 31 - Qualidade de vida: Parte 8

Item	Frequência											
	Nada		Pouco		Nem muito nem pouco		Muito		Muitíssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	3	7,5	5	12,5	18	45,0	14	35,0	40	100,0

Em seguida, na tabela 32 e nos Gráficos 13 a 20, analisam-se os resultados relativos às facetas.

Tabela 32 - Caracterização das facetas

Coeficientes	Fac. 1	Fac. 2	Fac. 3	Fac. 4	Fac. 5	Fac. 6	Fac.7	Total
Mínimo	9	12	8	8	4	7	8	83
Máximo	20	20	20	20	20	20	20	133
Média	16,3	17,8	15,5	15,6	14,1	16,0	16,6	111,7
1º Quartil	15	16	14	14	12	15	16	105
Mediana	17	18	16	16	15	17	17	110
3º Quartil	19	20	17	18	17	19	19	122
Coef. Assimetria	-1,0	-0,84	-0,29	-0,22	-0,61	-1,0	-1,3	-0,32
Desvio padrão	3,1	2,3	2,8	3,1	4,2	3,7	3,3	12,7
Coeficiente de variação (%)	19,2	12,7	18,3	20,0	29,8	23,2	19,9	11,4

Gráfico 13 - Representação gráfica das facetas - Funcionamento sensorial

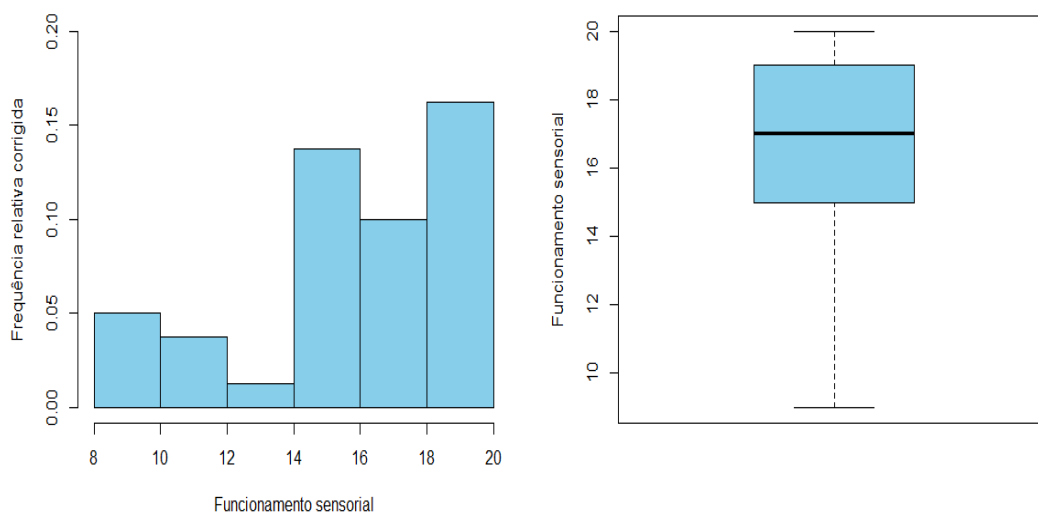


Gráfico 14 - Representação gráfica das facetas - Autonomia

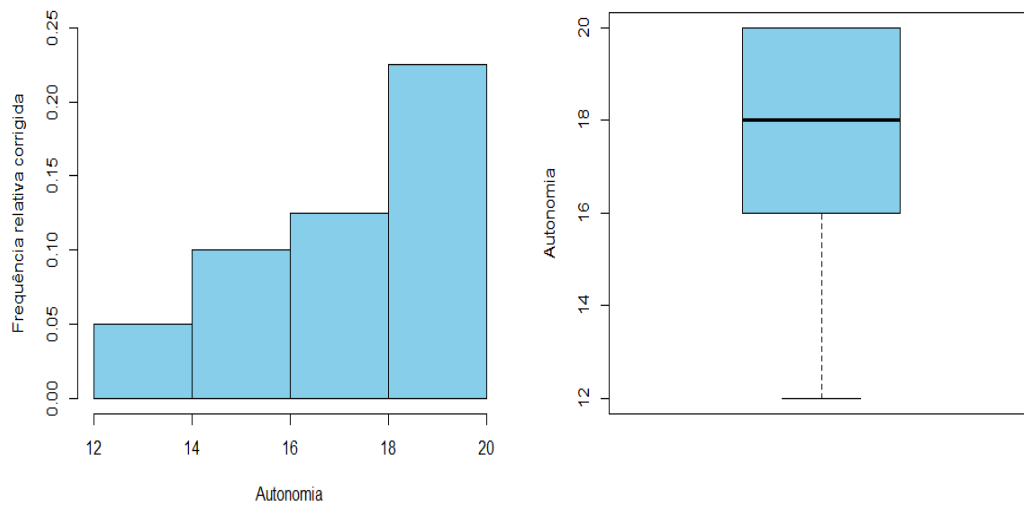


Gráfico 15 - Representação gráfica das facetas - Atividades passadas, presentes e futuras

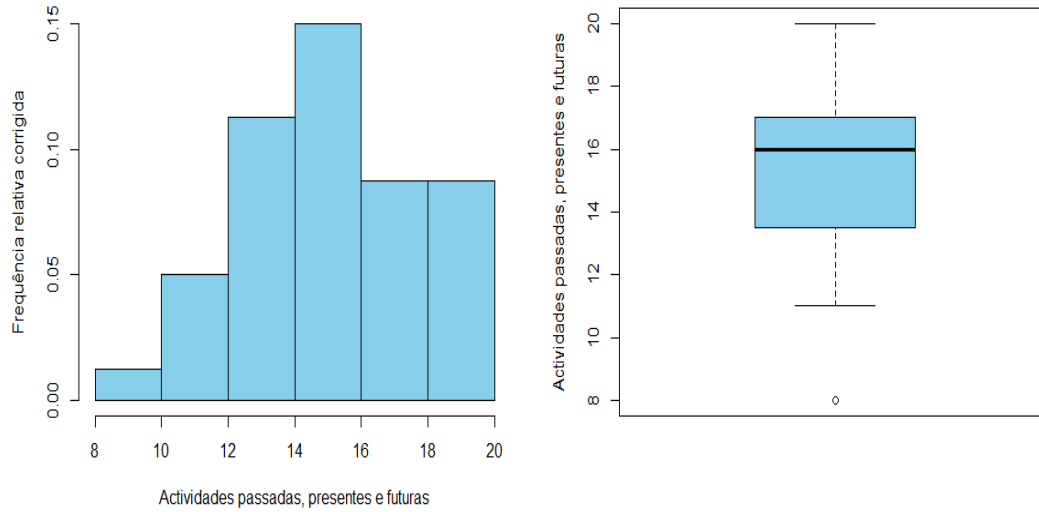


Gráfico 16 - Representação gráfica das facetas - Participação social

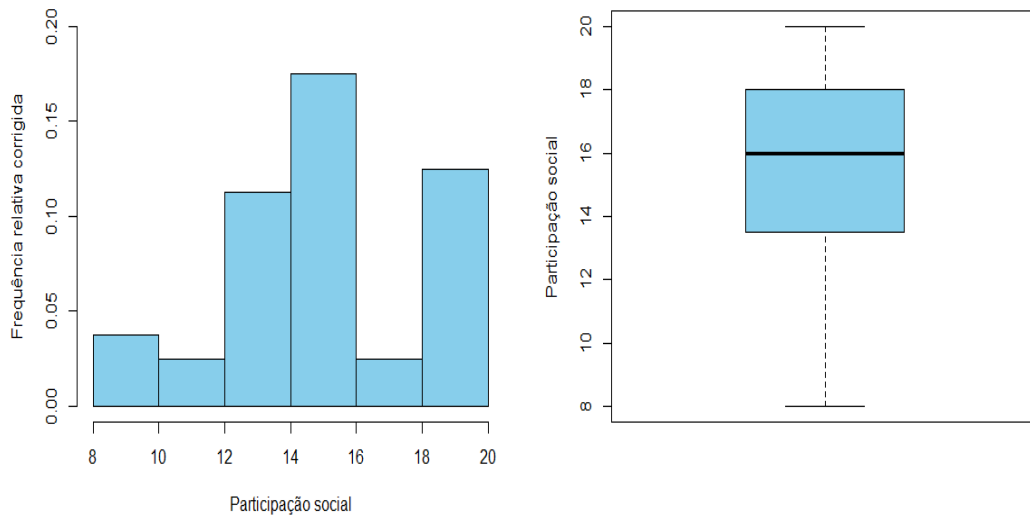


Gráfico 17 - Representação gráfica das facetas - Morte e morrer

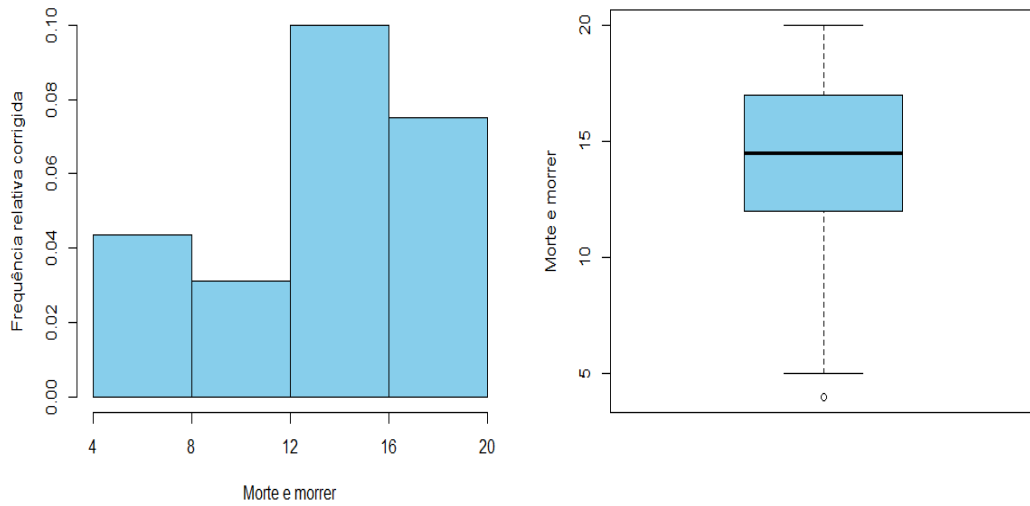


Gráfico 18 - Representação gráfica das facetas - Intimidade

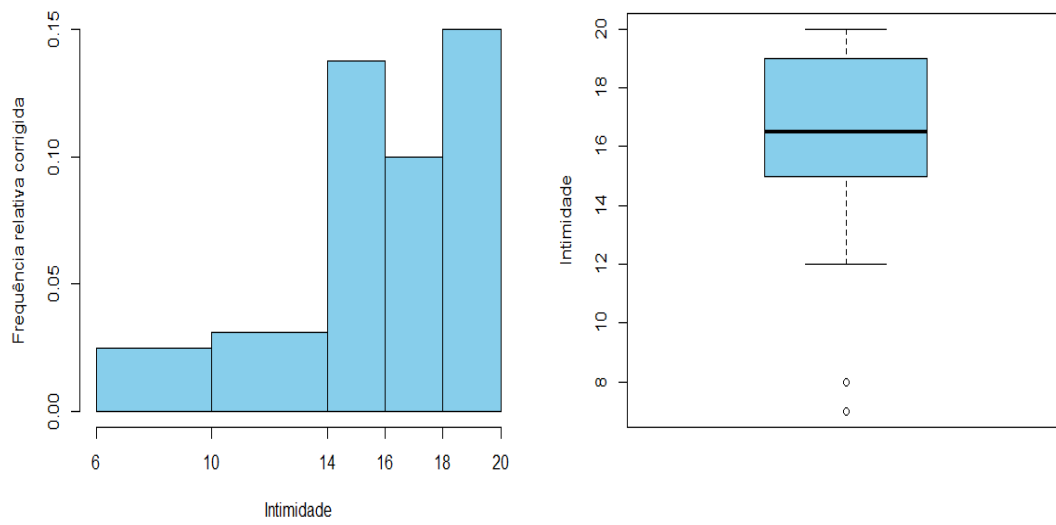


Gráfico 19 - Representação gráfica das facetas - Família/Vida familiar

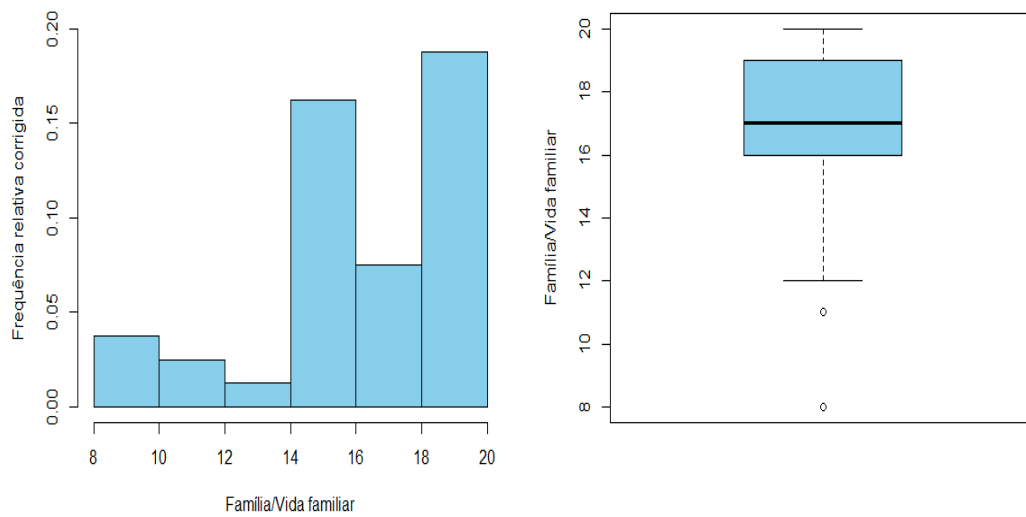
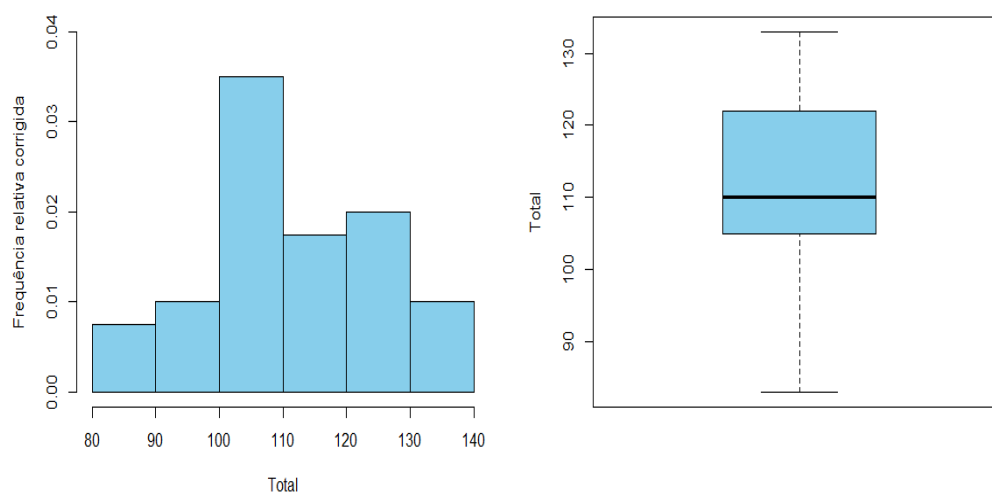


Gráfico 20 - Representação gráfica das facetas - Total



Em relação ao **Funcionamento Sensorial**, a distribuição é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -1), o que significa que predominam as pontuações altas. Com efeito, sendo a mínima de 9 (claramente superior ao mínimo da escala, que é 4), existem poucas pontuações até 14, onde se regista um aumento brusco do número de idosos. Em resultado, predominam fortemente as pontuações a partir de 14, sendo a máxima de 20 (o máximo da escala). A pontuação média é 16,3, um pouco inferior à mediana, que é de 17 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 17), o 1º quartil é 15 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 15) e o 3º quartil é 19 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 19). Em resultado da concentração nas pontuações altas, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (19,2%).

Face a, **Autonomia**, a distribuição é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0,84), o que significa que, predominam as pontuações altas ou mesmo muito altas. Com efeito, sendo a mínima de 12 (muito superior ao mínimo da escala, que é 4), registam-se aumentos graduais do número de idosos, especialmente a partir de 18, até ao máximo de 20 (o máximo da escala). A pontuação média é 17,8, quase coincidente com a mediana, que é 18 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 18), o 1º quartil é 16 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 16) e o 3º quartil é 20 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 20). Em resultado da concentração nas pontuações altas, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (12,7%).

Nas **atividades passadas, presentes e futuras**, sendo a pontuação mínima de 8 (superior ao mínimo da escala, que é 4), existem poucos idosos com pontuação até 10, registrando-se aumentos graduais do número de idosos até à classe entre 14 e 16, a mais frequente. Nesta última pontuação, observa-se uma quebra do número de idosos, existindo ainda muitos idosos a partir daí até ao máximo de 20 (o máximo da escala). A pontuação média é 15,5, um pouco inferior à mediana, que é 16 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 16), o 1º quartil é 14 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 14) e o 3º quartil é 17 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 17). Em resultado da concentração nas pontuações moderadas e altas, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (18,3%).

Quanto à **Participação social**, predominam as pontuações centrais, ou seja, moderadas ou um pouco elevadas, existindo poucos idosos com pontuações inferiores e sendo a mínima de 8 (superior ao mínimo da escala, que é 4). Acima de 16, existem poucos idosos com pontuação entre 16 e 18, mas existem muitos com pontuação entre esta última e 20, a máxima (coincidente com o máximo da escala). A pontuação média é 15,6, um pouco inferior à mediana, que é 16 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 16), o 1º quartil é 14 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 14) e o 3º quartil é 18 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 18). Em resultado da concentração nas pontuações moderadas, a dispersão ainda pode ser considerada reduzida (quase moderada), refletida no valor do coeficiente de variação (20%).

No que concerne à faceta, **Morte e morrer**, a distribuição é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0,61), o que significa que, predominam as pontuações altas ou mesmo muito altas. Com efeito, sendo a mínima de 4 (coincidente com o mínimo da escala), existem alguns idosos com pontuação até 12 onde se regista um grande aumento do seu número. Em resultado, predominam fortemente os idosos com pontuações elevadas, sendo a máxima de 20 (o máximo da escala). A pontuação média é 14,1, um pouco inferior à mediana, que é 15 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 15), o 1º quartil é 12 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 12) e o 3º quartil é 17 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 17). Apesar do predomínio das pontuações altas, a existência de pontuações muito mais baixas leva a uma dispersão moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (29,5%).

Perante a faceta, **Intimidade**, a distribuição é fortemente assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -1), o que significa que, predominam as pontuações altas. Com efeito, sendo a mínima de 7 (claramente superior ao mínimo da escala, que é 4), existem poucas pontuações até 14, onde se regista um aumento brusco do número de idosos. Em resultado, predominam fortemente as pontuações a partir de 14, destacando-se as mais

altas (acima de 18) e sendo a máxima de 20 (o máximo da escala). A pontuação média é 16, um pouco inferior à mediana, que é de 17 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 17), o 1º quartil é 15 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 15) e o 3º quartil é 19 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 19). Apesar do predomínio das pontuações altas, a existência de pontuações muito inferiores leva a uma dispersão moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (29,8%).

No que respeita à **Família/Vida familiar**, a distribuição é fortemente assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -1,3), o que significa que, predominam as pontuações altas. Com efeito, sendo a mínima de 8 (muito superior ao mínimo da escala, que é 4), existem poucas pontuações até 14, onde se regista um aumento brusco do número de idosos. Em resultado, predominam fortemente as pontuações a partir de 14, destacando-se as que estão entre 14 e 16 e entre 18 e 20 e existindo ainda um número muito considerável de idosos com pontuações entre 16 e 18. A pontuação média é 16,6, ligeiramente inferior à mediana, que é 17 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação até 17), o 1º quartil é 16 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação até 16) e o 3º quartil é 19 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação até 19). O predomínio das pontuações altas leva a uma baixa dispersão, quase moderada, refletida no valor do coeficiente de variação (19,9%).

Relativamente ao score Total, sendo a pontuação mínima de 83 (muito superior ao mínimo da escala, que é 28), existem poucos idosos com pontuação até 100, onde se regista um aumento brusco do seu número e predominando a classe entre 100 e 110. Nesta última, observa-se uma grande diminuição do número de idosos, existindo um número importante para pontuações entre 110 e 130, onde se regista uma nova quebra desse número. Em consequência, existem poucos idosos com pontuação até 140, a máxima (coincidente com o máximo da escala). A pontuação média é 111,7, ligeiramente superior à mediana, que é 110 (ou seja, metade dos idosos tem pontuação total até 110), o 1º quartil é 105 (ou seja, um quarto dos idosos tem pontuação total até 105) e o 3º quartil é 122 (ou seja, três quartos dos idosos têm pontuação total até 122). Em resultado da concentração nas pontuações moderadas (centrais), a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (11,4%).

Após a caracterização das facetas, a sua normalidade é testada em seguida com recurso ao teste de Shapiro-Wilk. Esta hipótese é rejeitada para quase todas as facetas, sendo a faceta Atividades passadas, presentes e futuras e a Escala Total as duas únicas exceções (Tabela 33).

Tabela 33 - Teste de normalidade das facetas

	Fac. 1	Fac. 2	Fac. 3	Fac. 4	Fac. 5	Fac. 6	Fac.7	Total
Estatística	0,842	0,872	0,966	0,941	0,939	0,860	0,824	0,967
<i>p</i>	< 0,0 01	< 0,001	0,275	0,037	0,031	< 0,001	< 0,001	0,296

A Tabela 34 mostra a matriz de correlações entre as facetas, incluindo o teste da sua significância. Como a normalidade foi rejeitada para quase todas as facetas, recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 34 - Correlações entre as facetas

		Fac. 3	Fac. 4	Fac. 5	Fac. 6	Fac.7	Total
Fac. 1							
Corr.	0,213	0,137	-0,057	0,136	0,012	-0,019	0,379
<i>P</i>	0,186	0,398	0,725	0,401	0,941	0,910	0,016
Fac. 2							
Corr.		0,726	0,577	0,045	0,397	0,436	0,742
<i>P</i>		< 0,001	< 0,001	0,785	0,011	0,005	< 0,001
Fac. 3							
Corr.			0,800	0,112	0,437	0,414	0,861
<i>P</i>			< 0,001	0,490	0,005	0,008	< 0,001
Fac.4							
Corr.				0,073	0,428	0,296	0,760
<i>P</i>				0,653	0,006	0,064	< 0,001
Fac. 5							
Corr.					0,760	-0,245	0,183
<i>P</i>					< 0,001	0,128	0,258
Fac. 6							
Corr.						0,533	0,540
<i>P</i>						< 0,001	< 0,001
Fac. 7							
Corr.							0,599
<i>P</i>							< 0,001

Em relação à faceta, **Funcionamento sensorial**, só a correlação com a Escala Total é significativa, sendo positiva e baixa. Assim, conclui-se que a pontuação desta faceta está fracamente associada no mesmo sentido com a pontuação Total.

No que respeita à **Autonomia**, a pontuação desta faceta apresenta correlações significativas com a pontuação de todas as restantes facetas e da Escala Total, com exceção da faceta Morte e morrer. Assim, conclui-se que, a pontuação desta faceta está fortemente associada com a pontuação da faceta Atividades passadas, presentes e futuras e da Escala Total; está moderadamente associada com a pontuação das facetas Participação social e Família/Vida familiar e fracamente associada com a pontuação da faceta Intimidade. Todas estas correlações são positivas, ou seja, no mesmo sentido.

Perante à faceta, **Atividades passadas, presentes e futuras**, a pontuação apresenta correlações significativas com a pontuação de todas as restantes facetas e da Escala Total, com exceção da faceta Morte e morrer. Assim, conclui-se que a pontuação desta faceta está fortemente associada com a pontuação da faceta Participação social e da Escala Total e está moderadamente associada com a pontuação das facetas Intimidade e Família/Vida familiar. Todas estas correlações são positivas, ou seja, no mesmo sentido.

Face à **Participação social**, a pontuação desta faceta apresenta correlações significativas com a pontuação da faceta Intimidade e da Escala Total. Assim, conclui-se que, a pontuação desta faceta está moderadamente associada com a pontuação da faceta Intimidade e está fortemente associada com a Escala Total. Estas correlações são positivas, ou seja, no mesmo sentido. Pelo contrário, a correlação da pontuação desta faceta com a pontuação das facetas Morte e morrer e Família/Vida familiar não é significativa.

Relativamente à **Morte e morrer**, a pontuação desta faceta apresenta uma correlação significativa com a pontuação da faceta Intimidade. Assim, conclui-se que a pontuação desta faceta está fortemente associada no mesmo sentido com a pontuação da faceta Intimidade. Pelo contrário, as correlações da pontuação desta faceta com a pontuação da faceta Família/Vida familiar e da Escala Total não são significativas.

Quanto à **Intimidade**, a pontuação desta faceta apresenta correlações significativas com a pontuação da faceta Família/Vida familiar e da Escala Total. Assim, conclui-se que a pontuação desta faceta está moderadamente associada com a pontuação da faceta Família/Vida familiar e com a Escala Total. Estas correlações são positivas, ou seja, no mesmo sentido.

No que se refere à **Família/Vida familiar**, a pontuação desta faceta apresenta uma correlação significativa com a pontuação da Escala Total. Assim, conclui-se que a pontuação desta faceta está moderadamente associada no mesmo sentido com a pontuação Total.

Em seguida, compara-se a pontuação das facetas para avaliar a respetiva qualidade de vida (Tabela 35).

Tabela 35 - Comparações múltiplas das pontuações das facetas

	Fac. 2	Fac. 3	Fac. 4	Fac. 5	Fac. 6	Fac.7
Fac. 1						
Estat.	166,5	391,0	430,0	514,5	353,5	287,0
<i>P</i>	0,025	0,214	0,238	0,004	0,982	0,651
Fac. 2						
Estat.		614,5	481,5	625,5	412,5	356,0
<i>P</i>		< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,005	0,034
Fac. 3						
Estat.			167,0	392,5	261,5	149,5
<i>P</i>			0,599	0,105	0,383	0,053
Fac.4						
Estat.				487,0	259,0	194,0
<i>P</i>				0,092	0,361	0,123
Fac. 5						
Estat.					264,0	214,0
<i>P</i>					0,079	0,014
Fac. 6						
Estat.						154,5
<i>P</i>						0,173

Como a normalidade foi rejeitada para quase todas as facetas, recorre-se em primeiro lugar ao teste de Friedman, uma vez que se trata de amostras emparelhadas, pois são os mesmos idosos nas várias facetas. A estatística de teste é 37,9, com um valor- $p < 0,001$, pelo que se conclui que existem diferenças nas pontuações médias das facetas. Então, para comparar

as facetas entre si (21 comparações), recorre-se ao teste de *Wilcoxon* (amostras emparelhadas), sendo necessário ajustar o nível de significância pela correção de Bonferroni. Assim, para um nível de significância de 5%, o nível ajustado é $5\%/21 \approx 0,24\%$. A estatística do teste e respetivo valor-p para estas comparações encontram-se na Tabela 41. Apenas a faceta Autonomia apresenta diferenças significativas em relação às outras, concluindo-se que a pontuação média desta faceta é superior à das facetas Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social e Morte e morrer. Todas as outras comparações não são significativas, pelo que se admite em todas elas que as pontuações médias das respetivas facetas são iguais.

Olhares sobre as quedas das pessoas idosas

A maioria dos idosos não teve nenhuma queda nos últimos seis meses (28 idosos ou 70%), seguindo-se os que tiveram uma queda (10 idosos ou 25%), duas quedas (1 idoso ou 2,5%) e três ou mais quedas (1 idoso ou 2,5%). Portanto, apenas uma minoria dos idosos teve quedas nos últimos seis meses (12 idosos ou 30%). Importa referir que nenhum idoso tem dispositivo de alarme em caso de queda.

Tabela 36 - Ocorrência de quedas nos últimos seis meses

	n	%
Nenhuma	28	70,0
Uma vez	10	25,0
Duas vezes	1	2,5
Três ou mais vezes	1	2,5
Total	40	100,0

Em relação às pessoas idosas que verbalizaram ter tido quedas nos últimos seis meses, 8 eram mulheres com idade média de 74,4 anos e 4 eram homens com idade média de 78,3 anos.

Após a análise da ocorrência de quedas, verifica-se se existe relação entre essa ocorrência e as variáveis sociodemográficas. Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Os resultados dos testes encontram-se na Tabela 37 (estatística de teste e valor-p).

Tabela 47 - Ocorrência de quedas e variáveis sociodemográficas

	Est.	<i>p</i>
Género	0,0	> 0,999
Idade	-0,51	0,617
Estado civil	6,02	0,018
Número de filhos	0,01	0,945
Escolaridade	0,0	> 0,999
Número de elementos do agregado familiar	0,24	0,622

No que se refere ao Sexo, recorre-se ao teste do qui-quadrado. Admite-se que não existe associação entre a ocorrência de quedas e o sexo.

Quanto à Idade, em primeiro lugar, testou-se a normalidade da idade para ambos os grupos de idosos com recurso ao teste de *Shapiro-Wilk*. A estatística de teste e o valor *p* para o grupo sem quedas e para o grupo com quedas são respetivamente (0,9521, 0,224) e (0,97028, 0,914), pelo que se admite que esta variável tem distribuição normal em ambos os grupos. Em resultado, compara-se a idade média dos dois grupos recorrendo ao teste *t-Student* para amostras independentes. Após confirmação de que a idade média é igual para os dois grupos de idosos admite-se que não existe associação entre a idade e a ocorrência de quedas.

Acerca do Estado civil, para efetuar o teste os solteiros, os separados e os viúvos foram agregados devido ao baixo número de idosos. Mesmo assim, o baixo número de idosos casados com quedas (apenas 3) obriga a recorrer ao teste de *Friedman*. Conclui-se que a ocorrência de quedas é menor para os casados/união de facto do que para os outros idosos (incluindo os solteiros, os separados e os viúvos).

Tendo como base a Idade do cônjuge, apenas três idosos com quedas têm cônjuge pelo que não é possível efetuar qualquer teste de comparação. Indica-se apenas a idade média dos cônjuges de ambos os grupos de idosos: essa idade é 73,4 anos e 78,3 anos para os idosos sem quedas e com quedas, respetivamente.

Em função do Número de filhos, recorre-se ao teste do qui-quadrado mas devido ao baixo número de idosos, agregou-se os idosos com 0 filhos e com 1 filho, por um lado, e os idosos com dois ou mais filhos, por outro. Admite-se que não existe associação entre o número de filhos e a ocorrência de quedas.

No que respeita à Escolaridade, recorre-se ao teste do qui-quadrado mas devido ao baixo número de idosos, agregou-se os que têm escolaridade até 3 anos, por um lado, e os que têm escolaridade de 4 anos ou mais. Admite-se que não existe associação entre a escolaridade e a ocorrência de quedas.

No que se relaciona com a Fonte de rendimento, não é possível efetuar qualquer teste de comparação devido ao reduzido número de idosos com outra fonte de rendimento além da Reforma/pensão.

Referente ao Número de elementos do agregado familiar, recorre-se ao teste do qui-quadrado, mas devido ao baixo número de idosos agregaram-se os que têm um agregado familiar com mais de 1 elemento. Admite-se que não existe associação entre o número de elementos do agregado familiar e a ocorrência de quedas.

Investiga-se também, se existe relação entre a perceção de saúde e a ocorrência de quedas. Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Além disso, devido ao reduzido número de idosos as perceções Má e Aceitável são agregadas e as perceções Boa e Muito boa também são agregadas. A estatística do teste do qui-quadrado é 0,11905, com um valor- p de 0,73, pelo que se admite que não existe associação entre a perceção de saúde e a ocorrência de quedas.

Analisamos ainda, se existe relação com as questões relativas à condição de saúde. Tal como anteriormente, uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Os resultados do teste de *Mann-Whitney*, encontram-se na tabela 38 (estatística de teste e valor- p).

Tabela 38- Ocorrência de quedas e condição de saúde

	Est.	<i>p</i>
Tensão arterial sistólica	207,5	0,248
Tensão arterial diastólica	235,5	0,047
Pulso	186,0	0,605
Peso	174,0	0,871
Altura	155,0	0,712
Índice de massa corporal	192,0	0,488
Glicemia capilar	150,5	0,616
Colesterolemia	163,0	0,894

Em relação à Tensão arterial sistólica, admite-se que a tensão média é igual para os idosos que tiveram e para os que não tiveram quedas. Logo admite-se que não existe relação entre a tensão arterial sistólica e a ocorrência de quedas.

Quanto à Tensão arterial diastólica, conclui-se que a tensão média dos idosos com quedas é mais baixa. Logo a ocorrência de quedas é mais frequente para os idosos com tensão arterial diastólica mais baixa.

Em relação ao Pulso, Peso, Altura, Índice de massa corporal, Glicemia capilar e Colesterolemia, admite-se que o valor médio é igual para os idosos que tiveram e para os que não tiveram quedas. Logo admite-se que não existe relação entre o pulso, peso, altura, índice de massa corporal, glicemia capilar e colesterolemia e a ocorrência de quedas.

Verifica-se agora, se existe relação com as tipologias de doenças. Tal como anteriormente, uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Os resultados do teste do qui-quadrado, encontram-se na tabela seguinte (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 49 - Ocorrência de quedas e tipologias de doenças

	Est.	<i>p</i>
Doença musculoesquelética	0,04	0,836
Doença endócrina	0,0	> 0,999

Relativamente à Doença cerebrovascular, Doença neurológica e Doença do sistema nervoso, não é possível efetuar o teste porque não existem idosos com estas doenças e com quedas.

Perante a, Doença cardiovascular e a Doença psiquiátrica, não é possível efetuar o teste devido ao número demasiado reduzido de idosos sem estas doenças e com quedas.

Face à Doença musculoesquelética e osteoarticular, constata-se que não existe associação entre a doença musculoesquelética e a ocorrência de quedas.

No que respeita à Doença respiratória, não é possível efetuar o teste porque existem apenas dois idosos com esta doença e com quedas e outros dois com esta doença e sem quedas.

No que se refere à Doença endócrina, admite-se que não existe associação entre a doença endócrina e a ocorrência de quedas.

Quanto à Doença oncológica, não é possível efetuar o teste porque existe apenas um idoso com esta doença e com quedas.

Verifica-se agora, se existe relação com os sintomas. Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, tal como anteriormente, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Os resultados do teste do qui-quadrado ou do teste de *Fisher* (quando necessário), encontram-se na Tabela 40 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 40 - Ocorrência de quedas e sintomas

	Est.	<i>p</i>
Sintomas de tristeza persistente	4,0	0,168
Dor musculoesquelética e osteoarticular	0,02	0,890
Desequilíbrios constantes	1,2	> 0,999
Diminuição da visão	0,0	> 0,999

Quanto à Dor musculoesquelética e osteoarticular, aos Sintomas de tristeza persistente, aos Desequilíbrios constantes e à Diminuição da visão, admite-se que não existe associação entre estes sintomas e a ocorrência de quedas.

Relativamente às Alterações de memória, que interferem na vida do dia a dia e à dificuldade em andar, não é possível efetuar o teste devido ao número demasiado reduzido de idosos com estes sintomas e com quedas.

Perante o sintoma Perda de urina, não é possível efetuar o teste porque só existe um idoso com este sintoma e com quedas.

Além disso, não é possível verificar se existe associação entre a toma de medicamentos e a ocorrência de quedas porque todos os idosos tomam medicamentos.

Verifica-se agora, se existe relação com os grupos de medicamentos. Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Os resultados do teste do qui-quadrado ou do teste de Fisher (quando necessário), encontram-se na tabela 41 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 41 - Ocorrência de quedas e grupos de medicamentos

	Est.	<i>p</i>
Anti-inflamatório	2,2	0,411
Antidepressivos	4,1	0,097
Antidiabéticos orais	0,02	0,890

Relativamente aos Medicamentos para o sistema cardiovascular não é possível efetuar o teste porque a totalidade dos idosos toma estes medicamentos.

Em relação aos Anti-inflamatórios Antidiabéticos orais e antidepressivos, admite-se que não existe associação entre estes grupos de medicamentos e a ocorrência de quedas.

Quanto aos Medicamentos para o sistema respiratório e a sedativos, não é possível efetuar o teste porque apenas um idoso toma estes medicamentos e tem quedas.

No que se refere aos Analgésicos, não é possível efetuar o teste porque apenas dois idosos tomam estes medicamentos e tem quedas.

Respeitante à Insulina, não é possível efetuar o teste devido ao reduzido número de idosos que tomam este medicamento.

Por fim, devido ao reduzido número de idosos com quedas e que sentem dor, recorre-se ao teste de Fisher. A estatística do teste é 1,5 com um valor- p de 0,704, pelo que se admite que não existe associação entre sentir dor e a ocorrência de quedas.

Verifica-se em seguida, se existe relação entre a ocorrência de quedas e as facetas da qualidade de vida.

Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Para a comparação recorre-se ao teste de *Mann-Whitney* e os resultados encontram-se na tabela 42 (estatística de teste e valor- p). Admite-se que não existe associação entre a ocorrência de quedas e todas as facetas e o score total da qualidade de vida.

Tabela 42 - Ocorrência de quedas e qualidade de vida

Facetas	Est.	p
Funcionamento sensorial	196,5	0,399
Autonomia	120,0	0,152
Atividades passadas, presentes e futuras	152,5	0,656
Participação social	138,0	0,379
Morte e morrer	197,5	0,389
Intimidade	181,0	0,709
Família/Vida familiar	151,5	0,630
Total	159,5	0,813

Perceção das pessoas idosas sobre o Risco de Queda

A maioria dos idosos é de opinião que não tem risco de queda (27 idosos ou 67,5%), no entanto uma proporção importante considera que tem esse risco (13 idosos ou 32,5%).

Após a análise da opinião sobre o risco de queda, verifica-se se existe relação entre essa opinião e as variáveis sociodemográficas. Os resultados dos testes encontram-se na tabela 43 (estatística de teste e valor- p).

Tabela 43- Risco de queda e variáveis sociodemográficas

	Est.	p
Género	0,20	0,080
Idade	-0,88	0,392
Estado civil	0,19	0,659
Idade do cônjuge	33,0	0,369
Número de filhos	0,06	0,812
Escolaridade	0,23	0,630
Número de elementos do agregado familiar	0,0	> 0,999

Em função do Sexo, o baixo número de idosos com risco de queda obriga a recorrer ao teste de Friedman. Admite-se que não existe associação entre a perceção do risco de queda e o sexo.

Em relação à Idade, em primeiro lugar testou-se a normalidade da idade, para ambos os grupos de idosos com recurso ao teste de *Shapiro-Wilk*. A estatística de teste e o valor- p para o grupo sem risco de queda e para o grupo com risco de queda são respetivamente (0,95983, 0,3662) e (0,91655, 0,225), pelo que se admite que esta variável tem distribuição normal em ambos os grupos. Em resultado compara-se a idade média dos dois grupos recorrendo ao teste *t-Student*, para amostras independentes. Admite-se que a idade média é igual para os dois grupos de idosos, pelo que se admite que não existe associação entre a idade e a perceção do risco de queda.

Quanto ao Estado civil, para efetuar o teste, os solteiros, os separados e os viúvos foram agregados, devido ao baixo número de idosos. Recorre-se ao teste do qui-quadrado, admitindo-se que não existe associação entre a perceção do risco de queda e o estado civil.

Perante a, Idade do cônjuge, devido ao baixo número de idosos com risco de queda e com cônjuge, recorre-se ao teste de *Mann-Whitney*. Admite-se que não existe associação entre a idade do cônjuge e a percepção do risco de queda.

Em relação ao Número de filhos, recorre-se ao teste do qui-quadrado, mas devido ao baixo número de idosos agregaram-se os idosos com 0 filhos e com 1 filho por um lado, e os idosos com dois ou mais filhos por outro. Admite-se que não existe associação entre o número de filhos e a percepção do risco de queda.

Relativamente à Escolaridade, recorre-se ao teste do qui-quadrado, mas devido ao baixo número de idosos, agregaram-se os que têm escolaridade até 3 anos, por um lado, e os que têm escolaridade de 4 anos ou mais. Admite-se que não existe associação entre a escolaridade e a percepção do risco de queda.

No que respeita à Fonte de rendimento, não é possível efetuar qualquer teste de comparação devido ao reduzido número de idosos com outra fonte de rendimento além da Reforma/pensão.

No que concerne ao Número de elementos do agregado familiar, recorre-se ao teste do qui-quadrado, mas devido ao baixo número de idosos, agregaram-se os que têm um agregado familiar com mais de 1 elemento. Admite-se que não existe associação entre o número de elementos do agregado familiar e a percepção do risco de queda.

Investiga-se também, se existe relação entre a percepção de saúde e a opinião sobre o risco de queda. Devido ao reduzido número de idosos, as percepções Má e Aceitável são agregadas e as percepções Boa e Muito boa também são agregadas. A estatística do teste do qui-quadrado é 0.45584, com um valor-p de 0.5, pelo que se admite que não existe associação entre a percepção de saúde e a percepção do risco de queda.

Verifica-se também, se existe relação com as questões da condição de saúde. Os resultados do teste de *Mann-Whitney*, encontram-se na Tabela 44 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 44 - Risco de queda e condição de saúde

	Est.	<i>p</i>
Tensão arterial sistólica	115,0	0,082
Tensão arterial diastólica	172,5	0,942
Pulso	170,5	0,896
Peso	142,5	0,348
Altura	226,5	0,144
Índice de massa corporal	121,0	0,119
Glicemia capilar	216,5	0,242
Colesterolemia	204,0	0,419

No que se refere à Tensão arterial sistólica, à Tensão arterial diastólica, ao Pulso, ao Peso, à Altura, ao IMC, à Glicemia capilar e à Colesterolemia, admite-se que a média é igual para os idosos com risco de queda e para os que não têm esse risco. Logo, admite-se que não existe relação entre a Tensão arterial, Pulso, Peso, Altura, IMC, Glicemia capilar e Colesterolemia e a percepção do risco de queda.

Verifica-se agora, se existe relação com as tipologias de doenças. Os resultados do teste do qui-quadrado encontram-se na tabela 45 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 45 - Risco de queda e tipologias de doenças

	Est.	<i>p</i>
Doença musculoesquelética	0,84	0,358
Doença endócrina	2,5	0,113
Outras doenças	1,2	> 0,999

Perante a, Doença cerebrovascular, não é possível efetuar o teste porque o número de idosos com esta doença é muito reduzido.

Acerca da, Doença cardiovascular, não é possível efetuar o teste porque existe apenas um idoso sem esta doença e com percepção do risco de queda.

Quanto à Doença neurológica e Doença do sistema nervoso, não existem idosos com esta doença.

Em relação à Doença musculoesquelética e osteoarticular, admite-se que não existe associação entre a doença musculoesquelética e a percepção do risco de queda.

No que se refere à Doença oncológica e à Doença respiratória, não é possível efetuar o teste, porque existem apenas um e dois idosos, respectivamente, com esta doença e com percepção do risco de queda.

No que toca à Doença endócrina, admite-se que não existe associação entre a doença endócrina e a percepção do risco de queda.

No que concerne à Doença psiquiátrica, não é possível efetuar o teste porque o número de idosos com esta doença é muito reduzido.

Relativo a, outra doença, devido ao reduzido número de idosos, recorre-se ao teste de Fisher, admitindo-se que não existe associação entre as outras doenças e a percepção do risco de queda.

Verifica-se agora, se existe relação com os sintomas. Os resultados do teste do qui-quadrado ou do teste de *Fisher* (quando necessário), encontram-se na tabela 46 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 46 - Risco de queda e sintomas

	Est.	<i>p</i>
Sintomas de tristeza persistente	1,7	0,662
Dor musculoesquelética e osteoarticular	1,3	0,258
Dificuldade em andar	5,6	0,018
Desequilíbrios constantes	4,9	0,032
Diminuição da visão	0,21	0,648

No que respeita a, Sintomas de tristeza persistente e Diminuição da visão, admite-se que não existe associação entre estes sintomas e a ocorrência de quedas.

No que se refere às Alterações de memória que interferem na vida do dia a dia, não é possível efetuar o teste, porque só existe um idoso com este sintoma e com percepção do risco de queda.

Em relação à Dor musculoesquelética e osteoarticular, admite-se que não existe associação entre estes sintomas e à percepção do risco de queda.

Relativamente à Dificuldade em andar e Desequilíbrios constantes, conclui-se que os idosos com estes sintomas têm maior percepção do risco de queda do que aqueles que não têm esses sintomas.

No que se refere à Perda de urina, não é possível efetuar o teste devido ao reduzido número de idosos com este sintoma.

Não é possível verificar se existe associação entre a toma de medicamentos e a percepção do risco de queda porque todos os idosos tomam medicamentos.

Verifica-se agora, se existe relação com os grupos de medicamentos. Os resultados do teste do qui-quadrado ou do teste de *Fisher* (quando necessário), encontram-se no Tabela 47 (estatística de teste e valor- *p*).

Tabela 47- Risco de queda e grupos de medicamentos

	Est.	<i>p</i>
Anti-inflamatório	3,4	0,187
Antidepressivos	3,5	0,120
Antidiabéticos orais	0,80	0,370

Quanto aos Medicamentos para o sistema cardiovascular, analgésicos e sedativos, não é possível efetuar o teste devido ao reduzido número de idosos que tomam estes medicamentos.

No que concerne a, Medicamentos para o sistema respiratório e Insulina, não é possível efetuar o teste porque apenas um idoso toma estes medicamentos e tem percepção do risco de queda e outro não tem.

Em relação aos Antidepressivos, Antidiabéticos orais e Anti-inflamatórios, admite-se que não existe associação entre este grupo de medicamentos e a percepção do risco de queda.

Devido ao reduzido número de idosos sem risco de queda e que sentem dor, recorre-se ao teste de *Fisher*. A estatística do teste é 6,3 com um valor- *p* de 0,02, pelo que se conclui que os idosos que sentem dor têm maior percepção do risco de queda.

Uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distingue-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Devido ao reduzido número de idosos com quedas

recorre-se ao teste de *Fisher*. A estatística do teste é 2,9 com um valor- *p* de 0.1536, pelo que se admite que não existe associação entre a ocorrência de quedas e a percepção do risco de queda.

Em seguida, verifica-se se existe relação entre o risco de queda e as facetas da qualidade de vida (Tabela 48).

Tabela 48 - Risco de queda e qualidade de vida

Facetas	Est.	<i>p</i>
Funcionamento sensorial	240,0	0,059
Autonomia	179,0	0,930
Atividades passadas, presentes e futuras	192,5	0,631
Participação social	179,5	0,919
Morte e morrer	270,5	0,006
Intimidade	115,0	0,080
Família/Vida familiar	106,5	0,043
Total	207,0	0,370

Para a comparação, recorre-se ao teste de *Mann-Whitney* e os resultados encontram-se no Tabela 48 (estatística de teste e valor- *p*). Admite-se que não existe associação entre a percepção do risco de queda e as facetas, assim como como o score total, exceto em relação às facetas Morte e morrer e Família/Vida familiar.

Perante a faceta Morte e morrer, conclui-se que o score é superior para os idosos sem percepção do risco de queda. Relativamente à faceta Família/Vida familiar, conclui-se que o score é superior para os idosos com percepção do risco de queda.

Refira-se ainda que, quanto à faceta Funcionamento sensorial, o valor- *p* é apenas ligeiramente superior a 5% pelo que esta diferença é quase insignificativa, já sendo mesmo significativa a um nível de significância de 10%. Em consequência, pode concluir-se, que o score é (ligeiramente) superior para os idosos sem risco de queda.

IV PARTE: QUEDAS EM IDOSOS: DO RISCO À PREVENÇÃO

A Quadro 55 mostra uma descrição sumária do perfil dos 40 participantes no estudo. Importa referir que no que respeita às características sociodemográficas, à condição de saúde, às doenças e sintomas mais frequentes, os resultados corroboram com os obtidos por outros autores (Faria et al., 2021).

Quadro 7 - Perfil dos 40 participantes

Características sociodemográficas	Condição de Saúde	Doenças/ Sintomas/ Medicamentos	Qualidade de Vida: Facetas
<ul style="list-style-type: none"> - 62,5% mulheres - Idade média: 74,8 anos - 55,0% casados - Idade média do cônjuge: 74,1 anos - Média de 1,6 filhos - 45% com 4 anos de escolaridade - 85% com fonte de rendimento: reforma/pensão - Média de 1,9 elementos no agregado familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - 90% com perceção de saúde Boa ou Aceitável - TA sistólica média: 140,3mmHg - TA diastólica média: 77,6mmHg - FC média de 74,8bpm - 67,5% com excesso de peso ou obesidade - Glicemia média de 146,1mg/dl - Colesterolemia média de 159,1mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> - Doenças: cardiovascular (77,5%), endócrina (60,0%), musculoesquelética e osteoarticular (45,0%) - Sintomas: dor musculoesquelética e osteoarticular (52,5%), diminuição da visão (52,5%) e dificuldade em andar (32,5%) - Grupos de medicamentos: medicamentos para o sistema cardiovascular (100%), antidiabéticos orais (52,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamento sensorial: média de 16,3 - Autonomia: média de 17,8 - Atividades passadas, presentes e futuras: média de 15,5 - Participação social: média de 15,6 - Morte e Morrer: média de 14,1 - Intimidade: média de 16,0 - Família/ Vida Familiar: média de 16,6

Ainda que inicialmente um dos objetivos do estudo fosse a análise dos fatores preditivos de queda/risco de queda, o reduzido número de participantes limitou a análise estatística

previamente definida, sendo que apenas foi possível identificar os fatores que concorrem para as quedas e para o risco de queda.

No que se refere a esta problemática, Ramírez et al. (2013), salientam que, em relação ao perfil das pessoas idosas com episódios de quedas, aproximadamente 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 anos que vivem na comunidade, caem pelo menos uma vez por ano. Na nossa amostra 25,0% dos idosos tiveram uma queda e apenas dois idosos tiveram duas ou mais quedas (5%). Em relação ao sexo e à idade das pessoas idosas que verbalizaram ter tido quedas nos últimos seis meses, 8 eram mulheres com idade média de 74,4 anos e 4 eram homens com idade média de 78,3 anos.

Num estudo realizado por Carballo-Rodríguez et al. (2018), de entre as características dos idosos que sofreram pelo menos uma queda a idade média foi de 87,9 anos, superior à verificada no nosso estudo que foi de 75,7 anos para os 12 participantes com antecedentes de queda. Importa referir que no nosso estudo, não foi encontrada nenhuma associação significativa entre a idade e a ocorrência de quedas ($p = 0,617$). Já Lavedán et al. (2015), observaram que a frequência da ocorrência de quedas aumenta à medida que aumenta a idade da pessoa idosa.

De acordo com os resultados obtidos por Romano et al. (2017), no que se refere ao sexo, até aos 75 anos de idade as mulheres sofrem mais quedas, mas após os 75 anos de idade tendem a igualar e não existem diferenças significativas. Isto é consistente com os resultados do nosso estudo, onde a maioria das pessoas idosas com antecedentes de queda são mulheres. Castro (2005), também constatou que as mulheres caem até 40% mais em comparação com 20% nos homens com 65 anos. Já Rubenstein et al. (2002), demonstraram que esta descoberta pode ser atribuída às múltiplas tarefas que as mulheres desempenham em casa, tornando-as mais suscetíveis de sofrer lesões por quedas. Embora no nosso estudo, a maioria das pessoas idosas com quedas fossem mulheres, não foi encontrada qualquer associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de quedas e o sexo ($p > 0,999$).

Os idosos que vivem sozinhos possuem uma maior exposição aos riscos de queda. Alguns estudos, como os de Perracini & Ramos (2002), Marin et al. (2008), demonstram que além da relação com o morar sozinho ou não, ainda se verifica o aumento do número de quedas em idosos divorciados, solteiros ou viúvos, o que está em consonância com os resultados obtidos no nosso estudo. De facto, é nos solteiros, divorciados e viúvos, ou seja, nas pessoas idosas, que frequentemente vivem sós, que se verificam mais quedas ($p = 0,018$).

Com o aumento da esperança média de vida, os idosos geralmente permanecem casados por um período mais prolongado. A este respeito, Siqueira et al. (2007), constataram que o cuidado mútuo entre parceiros pode explicar uma menor ocorrência de quedas entre os

indivíduos com companheiro. De acordo com o nosso estudo e com o que tem vindo a ser descrito na literatura, neste âmbito importa acrescentar a preocupação com a idade avançada dos cônjuges, cuja média foi de 73,4 anos e 78,3 anos para os cônjuges dos idosos sem quedas e com quedas, respetivamente.

No que se refere à escolaridade, não se confirmou qualquer associação entre o nível de escolaridade e a ocorrência de quedas ($p > 0,999$).

Um estudo realizado por Cockell (2014), encontrou uma associação entre cair e não ser reformado. Reformas laborais globais e crise económica levam os adultos mais velhos a prolongar a reforma. Soares et al. (2014), verificaram que ficar mais tempo no mercado de trabalho, para além de desencadear sintomas depressivos, aumenta o risco de queda do adulto mais velho. McDermott et al. (2009), mencionaram que estes sintomas estão associados a défices cognitivos que afetam a atenção, a função executiva e a velocidade de processamento. Entretanto, no nosso estudo não foi possível realizar qualquer teste de comparação para esta variável, devido ao baixo número de pessoas idosas com outra fonte de rendimento para além da reforma/pensão.

Segundo Gangavati et al. (2011), Harvard College (2011), Kario et al. (2001) e Suárez Alemán et al. (2018), as alterações da pressão arterial podem constituir fatores de risco de quedas. Normalmente, as quedas aparecem associadas a idosos que apresentam em simultâneo: tensão arterial descontrolada e hipotensão ortostática. É normal que isto aconteça, e pode dever-se ao facto de se verificar, com frequência, a presença desses dois fenómenos. Harvard College, (2011) e Kario et al. (2001), referem que não é de estranhar que tal aconteça e pode dever-se a duas razões: por inibição da sensibilidade dos recetores dos vasos sanguíneos, que permitem um controlo da pressão arterial e pelo facto dos mecanismos de compensação serem tardiamente ativados. As duas situações podem ter diferentes formas de manifestação de um controlo ineficaz da pressão arterial. Por outro lado, noutros estudos, Gangavati et al. (2011) e Harvard College (2011), salientaram que não foi encontrada relação entre a hipotensão ortostática e as quedas nos idosos, mas alguns autores sugerem que estes resultados podem ser derivados da forma como é avaliada a tensão arterial bem como das definições adotadas pelos investigadores. No nosso estudo, em relação à tensão arterial sistólica, confirmou-se que a tensão média é igual para os idosos que tiveram e que não tiveram quedas. Logo, concluiu-se que, não existe relação entre a tensão arterial sistólica e a ocorrência de quedas ($p = 0,248$). Quanto à tensão arterial diastólica, constatou-se que, a tensão média dos idosos com quedas é mais baixa. Logo, a ocorrência de quedas é mais frequente para os idosos com tensão arterial diastólica mais baixa ($p = 0,047$) (Figura 1).

Figura 1 - Variáveis com associação significativa à ocorrência de quedas



Quanto aos outros aspetos, que caracterizam a condição de saúde - frequência cardíaca, IMC, Glicemia e Colesterolemia - não se verificaram associações significativas. No que se refere a estas variáveis, no estudo de Galván et al. (2010), apenas foi encontrada associação entre um diagnóstico positivo de quedas e obesidade, tendo-se constatado que o peso médio é equivalente, tanto para os idosos que tiveram quedas como para os que não tiveram. Neste estudo, não foi encontrada qualquer associação entre o peso e a ocorrência de quedas ($p = 0,871$). A relação entre a altura e a ocorrência de quedas ($p = 0,712$), também foi excluída. Fjeldstad et al. (2008), relataram uma maior prevalência de quedas, 27% num grupo obeso e apenas 15% num grupo normal. Corbeil et al. (2001), referiram que a obesidade, com distribuição anormal de gordura corporal, particularmente na zona abdominal, pode ser um fator de aumento de quedas em comparação com os não obesos. Isto deve-se, provavelmente, à adaptação do corpo bem como ao apoio a nível poliarticular, sendo uma das alterações fisiopatológicas associadas.

Czerwinski et al. (2008), referiram que na velhice a diminuição da força muscular pode alterar o equilíbrio de uma pessoa, causando instabilidade da marcha. Além disso, a presença de doenças agudas e crónicas, como a osteoporose, por exemplo, juntamente com o uso de medicamentos, pode alterar o estado cognitivo, aumentando o risco de quedas. Os

fatores extrínsecos também são comuns; podem ser ambientes mal iluminados, tapetes soltos, escadas sem corrimão, pisos escorregadios, tempo inclemente (chuva, pedras, neve, gelo) ou mobiliário inadequadamente colocado, levando a ambientes inseguros e perigosos para o adulto mais velho. Há necessidade de modificar os ambientes domésticos para minimizar os perigos bem como a imprescindibilidade de promover a saúde, prevenir doenças e incapacidades nos idosos a fim de reduzir o risco de quedas. Para além das limitações físicas resultantes da queda, o adulto mais velho tem medo de cair novamente. Segundo Scheffer, et al. (2008), o medo da síndrome de queda é um dos principais problemas da sua saúde e esta condição gera mudanças físicas, funcionais, psicológicas e sociais na vida desta população. Fhon et al. (2012), está de acordo que para além destas mudanças, em muitos casos, por medo de cair novamente, os adultos mais velhos limitam as suas atividades diárias, tais como tarefas diárias, o que leva à imobilidade, causando mesmo isolamento social, tristeza e morte.

No nosso estudo, não foi possível verificar se existe uma associação entre o consumo de medicamentos e a ocorrência de quedas porque todas as pessoas idosas tomam medicamentos. No entanto, entre os idosos com duas ou mais quedas, constatou-se que não existe associação entre a ocorrência de quedas e a toma de anti-inflamatórios, antidepressivos e antidiabéticos orais ($p = 0,411$, $0,097$ e $0,890$ respetivamente). No estudo de Romano et al. (2017), mais de 30% das quedas ocorreram em doentes que tomavam cinco ou mais medicamentos. Isto também é destacado na investigação conduzida por Kuschel et al. (2016), na Suécia, que mostra que metade dos medicamentos prescritos para pessoas idosas pode aumentar o risco de quedas, especialmente analgésicos e antidepressivos.

Por outro lado, Wu et al. (2013), afirmaram que certas alterações no estado de saúde, tais como a presença de comorbidade, a existência de sintomas depressivos, problemas auditivos e visuais, polimedicação e o risco de desnutrição, uma pior qualidade de vida, problemas de sono juntamente com os medicamentos utilizados para o seu tratamento, são fatores associados à experiência das quedas. Já Silva (2020) reporta que a falta de equilíbrio conduz a um comprometimento na sua qualidade de vida, na sua capacidade funcional e limita a capacidade de desempenhar as funções necessárias à manutenção das atividades de vida

Em termos da associação, entre qualidade de vida e risco de queda, Fjedstad et al. (2008), realizaram um estudo utilizando o questionário sobre qualidade de vida, relacionada com a saúde, associando as dimensões da função física, vitalidade, dor e saúde em geral com o diagnóstico de quedas, concluindo que os idosos obesos podem apresentar diminuição da qualidade de vida, sendo visíveis alterações no funcionamento físico, como caminhar, curvar-se, inclinar-se e ajoelhar-se. Esta diminuição pode conduzir à dependência de outros

indivíduos para ajudar nas AVD's, levando a que os indivíduos sintam fracasso, que pode diminuir a sua qualidade de vida em vários domínios da saúde física e mental.

Vaapio et al. (2009), referem que a função física, função social, vitalidade e saúde mental são abaladas, e Boyd & Stevens (2009), mencionaram que as quedas afetam a qualidade de vida, a funcionalidade e levam à depressão.

Segundo Bertera e Bertera (2008), é evidente que existe uma relação entre as quedas e as consequências que produzem nos pacientes, afetando a sua qualidade de vida, com fatores como o aparecimento do medo, relatado por alguns autores como um fator condicionante que determina largamente a qualidade de vida do paciente, uma vez que, a sua funcionalidade é afetada. Isto torna-se ainda mais relevante, se considerarmos autores tais como Horst-Sikorka et al. (2006), e Marcinkowska et al. (2006), que relataram que as dimensões ou parâmetros de qualidade de vida, têm um elevado valor preditivo de mortalidade, em doentes diagnosticados com quedas associadas a fraturas.

Para Jensen et al. (2003), o conhecimento dos fatores de risco intrínsecos e ambientais que podem desencadear quedas, é essencial para uma intervenção preventiva correta. Os principais fatores de risco identificados são: perturbações do equilíbrio e da marcha, fraqueza muscular, polimedicação, história de quedas anteriores, bem como idade avançada, sexo feminino, deficiência visual e alterações cognitivas. No nosso estudo, embora não se verificasse associação significativa, entre os diversos sintomas e a ocorrência de quedas, constatou-se que, relativamente à dificuldade de andar e desequilíbrios, os idosos com estes sintomas, tem maior perceção do risco de queda do que aqueles que não os têm.

Já no estudo efetuado por Padron et al. (2018), os pacientes com piores índices de velocidade de marcha, apresentavam maior risco de cair ($p=0,049$). Doentes com problemas nas dimensões: mobilidade, autocuidado e atividades habituais, têm um maior risco de queda ($p < 0,05$), com uma tendência na dimensão da dor ($p = 0,08$) e nenhuma diferença na ansiedade/depressão ($p = 0,283$). O referido, contrasta com o nosso estudo, uma vez que não se constatou associação entre dificuldade de caminhar e a ocorrência de quedas, e nenhuma associação entre diminuição da visão e ocorrência de quedas (ambos $p > 0,999$). Também não foi encontrada qualquer associação entre sintomas de tristeza e dor músculo-esquelética e a ocorrência de quedas ($p = 0,168$ e $p = 0,890$, respetivamente). No entanto, verificou-se que os idosos que sentem dor e que têm dificuldade em andar apresentam maior perceção de risco de queda ($p = 0,02$ e $p = 0,018$, respetivamente).

No presente estudo, a análise realizada à variável qualidade de vida, mostrou que o funcionamento sensorial foi dominado por pontuações elevadas. De facto, com um mínimo

de 9 (claramente superior ao mínimo da escala, que é 4), predominam fortemente pontuações de 14 e superiores com um máximo de 20 (o máximo da escala).

No que respeita à autonomia, predominam pontuações altas ou mesmo muito altas. De facto, com um mínimo de 12 (bem acima do mínimo da escala, que é 4), registaram-se aumentos graduais no número de pessoas idosas, especialmente de 18 até um máximo de 20 (o máximo da escala).

Em relação às atividades passadas, presentes e futuras, a pontuação média é de 15,5. Com uma pontuação mínima de 8 (superior ao mínimo na escala, que é 4), há poucas pessoas mais velhas com uma pontuação até 10.

Em termos da participação social, verificou-se que as pontuações centrais predominam (a pontuação média é 15,6), ou seja, moderada ou um pouco alta, com poucas pessoas mais velhas com pontuações mais baixas e um mínimo de 8.

No que se refere à faceta morte e morrer, predominam pontuações altas ou mesmo muito altas. Assim, com um mínimo de 4 (coincidindo com o mínimo da escala), há algumas pessoas mais velhas e com pontuações até 12, verifica-se um grande aumento no seu número. Da mesma forma, nos itens relacionados com a intimidade, predominaram as pontuações altas com um mínimo de 7 (claramente superior ao mínimo da escala, que é 4).

Quanto à família e/ou itens da vida familiar, predominam as pontuações altas. De facto, com um mínimo de 8 (bem acima do mínimo da escala), predominam fortemente pontuações de 14 e acima, havendo ainda um número muito considerável de pessoas mais velhas com pontuações de 16 a 18.

A escala de qualidade de vida total, teve uma pontuação mínima de 83 (muito superior ao mínimo da escala, que é 28), predominando pontuações entre 100 e 110. Numa investigação sobre a qualidade de vida dos adultos mais velhos, residentes na comunidade que sofreram quedas, autores como Ribeiro et al. (2008), verificaram que 88,5% referiram medo de cair; destes, 26,9% referenciaram mudanças nas atividades básicas da vida diária, 23,1% indicaram mudanças nos hábitos e 19% referiram imobilização. Estes autores, mencionam também que, os adultos mais velhos que caíram, experimentaram sentimentos negativos, concentração prejudicada, memória prejudicada, baixa autoestima e imagem corporal prejudicada.

Face aos resultados obtidos na amostra em estudo, a hipótese de relação entre a qualidade de vida e a ocorrência de queda foi descartada, para todas as facetas e para o total da escala. Importa, no entanto, destacar que, além de globalmente, a pontuação relativa à qualidade de vida ter sido boa, as pontuações obtidas na faceta Autonomia foram altas,

estando esta fortemente associada à faceta Atividades passadas, presentes e futuras e moderadamente associada às facetas Participação social e Família/Vida familiar.

No que se refere aos sintomas frequentes nas pessoas idosas, Soto-Varela et al (2016) e Dros (2011), referem que as alterações no equilíbrio em idades avançadas, são um grande problema de saúde pública da população ocidental, não só, porque elevam o risco de queda, mas também, pela implicação que esta sintomatologia tem nas atividades diárias e na vida social.

Ciorba (2015) e Yeolekar (2016), alegam que juntamente com fatores ambientais, a manutenção do equilíbrio também depende da função do sistema nervoso central e da sua maturação. Sabendo que, o sistema sensorial do idoso vai sofrendo deterioração parcial e que cérebros mais idosos têm menos capacidades de processamento, de memória e de atenção; da mesma forma, se algum elemento visual, vestibular ou proprioceptivo for afetado, poderá estar no germe de sintomas como desequilíbrio e vertigem.

Para Lord et al (1999), a danificação do sistema sensorial afeta a estabilidade postural, provocando a diminuição da habilidade para recuperar a perda de equilíbrio. Essa instabilidade postural é caracterizada como sendo um fator intrínseco importante de causa das quedas em idosos. Os autores evidenciam que, idosos que caem, apresentam uma perda de cinestesia significativa nos membros inferiores e conseqüentemente, que o tempo de percepção do movimento da articulação do joelho é 50% maior em indivíduos entre 57 e 77 anos do que em indivíduos entre 25 e 35 anos.

Também para Yeolekar (2016), a possibilidade de se mover livremente é um fator importante na qualidade de vida da população jovem ou idosa e um sistema vestibular saudável, é importante para garantir a liberdade e a segurança nos movimentos. No nosso estudo, verificamos que relativamente à dificuldade em andar e desequilíbrios constantes, os idosos que manifestam estes sintomas têm maior percepção do risco de queda ($p=0,018$ e $p=0,032$, respetivamente) do que aqueles que não têm esses sintomas (Figura 2).

Para Paula (2010), a dor especialmente nos membros inferiores, é causa de risco para a ocorrência de quedas. Quanto maior for a dor, maior é o risco de quedas e de fraturas. Um estudo realizado por Leveille et al. (2009), em idosos com 70 ou mais anos, teve como objetivo, investigar a associação entre a presença de dores crónicas e aumento da ocorrência de quedas. Entre as pessoas que evidenciaram dor severa ou muito severa, num dado mês, a probabilidade de cair no mês seguinte aumentou em 77%, comparando com aqueles que relataram não ter nenhuma dor e mesmo os que tiveram dor suave, apresentaram risco elevado de quedas. No nosso estudo, devido ao reduzido número de idosos, sem risco de queda e que sentem dor, recorreu-se ao teste de Fisher para analisar a

existência de associação. A estatística do teste foi de 6.3 com um valor- p de 0,02, pelo que se conclui que os idosos que sentem dor têm maior percepção do risco de queda.

Figura 2 - Variáveis com associação significativa à percepção do risco de queda



Para analisar a existência de relação entre a ocorrência de quedas e a percepção do risco de queda, uma vez que só existem dois idosos com duas ou mais quedas, distinguiu-se apenas entre os que não tiveram quedas e os que tiveram. Atendendo ao reduzido número de idosos com quedas recorreu-se ao teste de Fisher. A estatística do teste é 2,9 com um valor- p de 0,1536, pelo que se admite que não existe associação entre a ocorrência de quedas e a percepção do risco de queda.

O conhecimento que cada idoso tem acerca da sua saúde, é um fator importante, pois pode constituir um impulso significativo, para a mudança de comportamentos relativos à própria saúde.

Num estudo efetuado por Celich (2010), apenas 11,53% da amostra considera a sua saúde como ótima, enquanto a maioria considera “regular” (cerca de 44%). Já na investigação efetuada por Nascimento e Tavares (2016), acerca da prevalência e fatores associados a quedas em idosos, verifica-se uma auto-percepção negativa de saúde associada à presença de quedas. A auto-percepção do risco de queda é um fator muito importante, dado que, poderá favorecer uma mais fácil deteção de riscos associados ao evento queda. Num estudo exploratório descritivo de Silva et al. (2013), efetuado no Brasil, os autores exprimem que mais da metade das quedas (75%) ocorreu no próprio domicílio, por não terem consciência das suas limitações, sendo que cerca de 84,7% foram da própria altura. No nosso estudo e relativamente à faceta Família/Vida familiar, conclui-se que o score é superior para os idosos com percepção do risco de queda, talvez, pela consciencialização que apresentam em relação à necessidade de ajuda de pessoa para evitar as quedas.

Ainda no nosso estudo, no que se refere ao funcionamento dos sentidos, nomeadamente audição, visão, paladar, olfato e tato, contemplados na faceta Funcionamento sensorial, o

valor- *p* é apenas ligeiramente superior a 5%, pelo que esta diferença é quase insignificativa, já sendo mesmo significativa se considerado um nível de significância de 10%. Em consequência pode concluir-se que o score nesta faceta é (ligeiramente) superior para os idosos sem perceção do risco de queda, até porque, efetivamente, sem as dificuldades no funcionamento dos sentidos terão menor risco de queda.

Segundo o estudo de avaliação do equilíbrio postural e do risco de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados (Alves e Scheicher; 2011), os autores concluíram que o equilíbrio de idosos institucionalizados é significativamente menor do que o de idosos não institucionalizados. Esta situação advém da fragilidade da situação clínica, que leva a um número reduzido de atividades físicas, motivando a diminuição da capacidade funcional, sedentarismo, atrofia e quedas. Perante esta situação, a maneira de aumentar o equilíbrio postural e minimizar o risco de queda é incentivar a prática de atividade física. Gatens e Musto (2011), referem a importância de integrar a pessoa em programas de reabilitação, que melhorem o equilíbrio e a mobilidade, dado que, é uma das combinações essenciais para a prevenção de quedas. Almeida, et al (2010), definem o equilíbrio corporal como sendo a capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de apoio, seja ela móvel ou estacionária. Já Muscolino (2008), caracteriza o equilíbrio como a *“capacidade de manter o balanço durante as posições mantidas estaticamente, como durante os movimentos dinâmicos”*.

Já Oliveira et al. (2015), referem que a existência de fatores de risco de queda viabiliza a intervenção do enfermeiro, com a finalidade de eliminar esses fatores e prevenir episódios de queda. Assim, o reconhecimento dos fatores de risco bem como a aptidão de minimizar os seus efeitos, exigem a implementação de estratégias preventivas, com a finalidade de obter resultados capazes de reduzir o risco de queda. Portanto, as medidas preventivas e/ou corretivas podem ser utilizadas diretamente, tanto para a melhoria de determinados fatores de risco intrínsecos de queda como para as alterações de equilíbrio e dependência nas AVD, mediante treino de equilíbrio e treino de atividades de vida diária, respetivamente.

De acordo com a CIPE®, as AVD's apresentam-se ligadas ao foco de enfermagem autocuidado, definido como *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2016). Segundo Alves (2015), as AVD's são consideradas todas as atividades desempenhadas pela pessoa, na sua vida diária, durante o cumprimento dos seus papéis sociais. Porém, devido a certas situações o seu desempenho autónomo poderá estar comprometido, sendo assim necessário ajuda nos autocuidados.

Também Reis & Bule (2016), sugerem que sempre que existe alteração da autonomia na realização das AVD's, a intervenção do EEER é indicada para criar as condições necessárias

à motivação da pessoa, para readquirir a sua função ou readaptar-se à sua nova condição, através do processo de capacitação, o qual cria as “*condições pelas quais as expectativas e as motivações pessoais são alcançadas*”. Considerando esta reflexão, Vigia et al. (2017), constata que o EEER tem uma intervenção primordial no treino de AVD's, dado que, executa e implementa programas de treino das AVD's, tendo como finalidade a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia, prevenindo simultaneamente complicações de que são exemplo as quedas.

Em consonância com outros autores (Gomes et al., 2019), dos resultados deste estudo, emerge a necessidade dos EEER conceberem planos de intervenção de reabilitação personalizados e individualizados, centrados no fortalecimento da força muscular, no treino de equilíbrio e marcha, por forma a promover a adaptação às limitações decorrentes dos processos patológicos, maximizar a autonomia, assim como diminuir o risco de queda.

CONCLUSÃO

Devido à sua incidência e gravidade, as quedas são um importante problema de saúde pública, pois afetam a qualidade de vida das pessoas, além de provocarem um aumento da dependência e da necessidade de ajuda, para a concretização das atividades de vida.

O conhecimento que cada idoso tem, acerca da sua saúde, é um fator muito significativo, pois pode constituir um importante impulso para a mudança de comportamentos relativos à própria saúde.

No presente trabalho, procurou-se identificar os fatores que concorrem de quedas em idosos, e embora a amostra em estudo constituísse uma limitação, dos resultados emergem aspetos relevantes.

As características sociodemográficas e clínicas dos participantes refletem o perfil de idosos residentes em Portugal, maioritariamente mulheres, com baixo nível de escolaridade, cuja fonte de rendimento é a pensão/reforma e com um a dois elementos no agregado familiar. No que se refere à idade média dos cônjuges foi de 73,4 anos e 78,3 anos, para os idosos sem quedas e com quedas, respetivamente, o que, mais uma vez, comprova que aquando da necessidade de ajuda, os próprios cônjuges, podem também apresentar diversas dificuldades, relacionadas com o processo de envelhecimento e/ou à presença de processos patológicos.

Em relação à qualidade de vida, as pontuações obtidas em cada uma das facetas, foram maioritariamente altas ou muito altas, sendo de destacar, que as menores pontuações se verificaram na faceta participação social, o que reforça, mais uma vez, a necessidade de se criarem condições, para que as pessoas idosas tenham oportunidade de participar em mais atividades da comunidade, passando algumas dessas iniciativas por ações preventivas de complicações de que são exemplo as quedas.

Dos 40 participantes do estudo, com uma idade média de 74,8 anos, 30% tiveram quedas. Em relação ao sexo e idade das pessoas idosas, que verbalizaram ter tido quedas nos últimos seis meses, 8 eram mulheres com idade média de 74,4 anos e 4 eram homens com idade média de 78,3 anos. Em relação aos fatores sociodemográficos e à condição de saúde, confirmou-se associação significativa entre a ocorrência de quedas e o estado civil e a tensão arterial diastólica. A ocorrência de quedas é mais frequente nas pessoas idosas solteiras, divorciadas ou viúvas e nos idosos com valores de tensão arterial diastólica inferiores.

No que se refere aos fatores relativos às doenças, aos sintomas, à medicação, à qualidade de vida e à ocorrência de quedas, não se verificou associação significativa. Por outro lado, as pessoas idosas com dificuldade em andar, com desequilíbrios constantes e com dor,

apresentam de forma significativa percepção do risco de queda, evidenciando concomitantemente, maior score na faceta Família/Vida Familiar, demonstrando, portanto, satisfação com o apoio que recebem face às dificuldades que já apresentam.

A evidência de que as pessoas idosas têm a percepção que a dificuldade em andar, os desequilíbrios constantes e a dor podem agravar o risco de queda, além do ponto de vista da consciencialização dos idosos, ser um resultado interessante, impõe que os EEER invistam, de forma sistematizada, no andar e no equilíbrio, focos de atenção que vão ao encontro da essência da Enfermagem de Reabilitação.

A proximidade com os idosos e a família, ajuda os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a identificar problemas reais e potenciais. A criação de planos de cuidados individualizados e o apoio e cuidado do adulto mais velho em casa, mantendo e preservando a sua autonomia e independência funcional bem como a sua visão da vida, permitem evitar vários acontecimentos adversos.

Perante os resultados deste estudo e como estratégia de intervenção, verificamos que será fundamental, informar a população sobre quais as formas de prevenir quedas, sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, bem como sobre a importância de resolver/retardar a evolução negativa de sinais e sintomas, que habitualmente culminem em quedas, de que são exemplo, as dificuldades no andar, as alterações no equilíbrio e a presença de dor.

Tal como referido anteriormente, o tamanho da amostra constituiu a principal limitação deste estudo. Durante a colheita de dados, houve dificuldade na concentração de elementos para a amostra, por estar condicionada ao número de idosos que se deslocaram ao Centro de Saúde e que aceitaram participar no estudo. Nesse sentido, justifica-se a realização de estudos com maior número de participantes, de modo a identificar com mais consistência os fatores que concorrem de queda.

Contudo, este trabalho teve muitos aspetos positivos, por nos ter possibilitado conquistar conhecimentos na área da investigação e realização de todo o processo respeitante a um estudo descritivo, exploratório e transversal.

Espera-se que este estudo contribua para uma reflexão crítica e apropriada sobre o tema e para a continuação de futuros trabalhos nesta área, dado que pode ser o ponto de partida para a definição de estratégias de prevenção de quedas em pessoas idosas, permitindo-lhes uma melhor qualidade de vida.

Fez-se a caminhada com muito interesse, empenho e abnegação e conheceu-se uma realidade relevante e oportuna a ser analisada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- > Abellán G et al. (2007), Tratado de Geriatria para residentes. *Sociedad Española De Geriatria y Gerontología*. 820, ISBN: 84-689-8949-5. 2007
- > Airam Pareja-Ríos, Pablo. (2014). Fractura de cadera en el anciano: a propósito de un caso. *Ene*, 8(1). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100009>
- > Aires Silva, T., Alves de Souza Moreira, K. ., & Rodrigues de Almeida, . M. A. . (2020). Relação Entre O Envelhecimento, A Polimedicação E O Enfermeiro: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista De Iniciação Científica E Extensão*, 3(2), 438-56. Recuperado de <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/302>
- > Allan, L. M., Ballard, C. G., Rowan, E. N., & Kenny, R. A. (2009). Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. *PLoS one*, 4(5), 5521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005521>
- > Almeida, Ana Paula Pessoa Veloso de, Veras, Renato Peixoto e Doimo, Leonice Aparecida (2010), Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de idosas praticantes de hidroginástica e ginástica. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 12(1), 55-61. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n1p55>
- > Alonso Galbán, Patricia, Sansó Soberats, Félix José, Díaz-Canel Navarro, Ana María, Carrasco García, Mayra e Oliva, Tania. (2007). Envelhecimento populacional e fragilidade em idosos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es.
- > Álvarez L. (2015), Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* LXXI, 617, 807 - 810. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
- > Alves, C. (2015). A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na atividade básica de vida diária vestuário da pessoa com alterações da mobilidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral. *Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde de Santarém*. <http://hdl.handle.net/10400.15/1261>
- > Alves, N., & Scheicher, M. (2011). Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 4(14), 763-768. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400015>
- > Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. (2013), Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009

- > Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H., & Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 16(1), 140-232. <https://doi.org/10.11124/JBISRR-2017-003382>
- > Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England)*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- > Bertera, E. M., & Bertera, R. L. (2008). Fear of falling and activity avoidance in a national sample of older adults in the United States. *Health & social work*, 33(1), 54-62. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.54>
- > Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age and ageing*, 38(4), 423-428. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp053>
- > Callis N. (2016). Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied nursing research: ANR*, 29, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007>
- > Carballo-Rodríguez, Adelina, Gómez-Salgado, Juan, Casado-Verdejo, Inés, Ordás, Beatriz, & Fernández, Daniel. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 29(3), 110-116. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es&tlng=es.
- > Castro Martín E. (2005), Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. Tesis Doctoral. *Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba*. <http://hdl.handle.net/10396/326>
- > Celich, K., Souza, S., Zenevich, L., & Orso, Z. (2012). Fatores que predispoem às quedas em idosos. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.776>
- > Center for Research and Prevention of Injuries-(CEREPRI). (2006), Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada Seguridad de las personas de edad avanzada centrada en las lesiones accidentales. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludpublica/prevpromocion/docs/caidas.pdf>

- > Chu R. (2017), Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera *Nursing (Ed. Española)*. 34(6), 20-25. DOI: 10.1016/j.nursi.2017.11.008
- > Ciorba, A. (2015). Dizziness and the risk of falling in the elderly: a literature review. *Journal of Hearing Science*, 5(1), 9-13.
- > Cockell, Fernanda Flávia Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicologia & Sociedade.*, 26(2), 461-471. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200022>.
- > Corbeil, P., Simoneau, M., Rancourt, D., Tremblay, A., & Teasdale, N. (2001). Increased risk for falling associated with obesity: mathematical modeling of postural control. *IEEE transactions on neural systems and rehabilitation engineering : a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 9(2), 126-136. <https://doi.org/10.1109/7333.928572>
- > Cruz-Jentoft, A. J., & Landi, F. (2014). Sarcopenia. *Clinical Medicine (London, England)*, 14(2), 183-6. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-2-183>
- > Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*, 39(4), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- > Czerwiński, E., Kumorek, A., Milert, A., & Borowy, P. (2008). Causes of falls in women in Krakow population. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja*, 10(5), 429-440.
- > Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., Won, C. W., Vellas, B. (2019). Physical Frailty: ICF SR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *The journal of nutrition, health & aging*, 23(9), 771-787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
- > Dinamarca-Montecinos, José Luis, Améstica-Lazcano, Gedeón, Rubio-Herrera, Ramona, Carrasco-Buvinic, Alejandro, & Vásquez, Alejandra. (2015). Características epidemiológicas y clínicas de las fracturas de cadera en adultos mayores en un hospital público chileno. *Revista médica de Chile*, 143(12), 1552-1559. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001200008>

- > Dros, J., Maarsingh, O. R., Beem, L., van der Horst, H. E., ter Riet, G., Schellevis, F. G., & van Weert, H. C. (2011). Impact of dizziness on everyday life in older primary care patients: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 9, 44. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-44>
- > Egea, P.T., & Castillo, P.D. (2007). Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. *Nursing*. 25(2):56-64. DOI: 10.1016 / S0212-5382 (07) 70866-X
- > Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguilera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E., & Martins Flores, J. (2021). Fragilidade Em Pessoas Idosas Residentes No Domicílio Inscritas Numa Unidade De Saúde Do Norte De Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6-14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>
- > Ferrández Belén L, Sancho Raimundo SE, Gamarra Lousa M. (2017). Intervenciones educativas y evidencias para la prevención de caídas en ancianos. *RIdEC*, 10(2), 6-20. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27142/intervenciones-educativas-y-evidencias-para-la-prevencion-de-caidas-en-ancianos/>
- > Fhon, Jack Roberto Silva et al. (2012). Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 927-934. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500015>
- > Fjeldstad, C., Fjeldstad, A. S., Acree, L. S., Nickel, K. J., & Gardner, A. W. (2008). The influence of obesity on falls and quality of life. *Dynamic medicine: DM*, 7, 4. <https://doi.org/10.1186/1476-5918-7-4>
- > Fortin, M-F. (2009), O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª edição. Loures. Lusociência.
- > Galván Y, Moreno Y, González A. (2010). El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Arch Med Fam.*,12(1),17-24.
- > Gangavati, A., Hajjar, I., Quach, L., Jones, R. N., Kiely, D. K., Gagnon, P., & Lipsitz, L. A. (2011). Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 383-389. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03317.x>
- > Gatens, C., & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. *Loures: Lusociência*, 4ª Ed, 551-578.

- > Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- > Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 11-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- > Gómez A. (2005), Grandes síndromes geriátricas. *Farmacia Profesional*, 19(6).
- > Harvard college (2021), With rising, a fall in blood pressure. *Harvard Health Letter*, 4-5. <https://www.health.harvard.edu/heart-health/with-rising-a-fall-in-blood-pressure>
- > Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M, Wawrzyniak A, Burchardt W. (2006). The prognostic value of quality of life parameters in patients recovering from osteoporotic fractures of the proximal femur. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabil.*, 8(4), 402-411. PMID: 17597684.
- > ICN. (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (*Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros*). https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- > INE (2017). Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080. Instituto Nacional de Estatística - Statistics Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- > Jensen, J., Nyberg, L., Gustafson, Y., & Lundin-Olsson, L. (2003). Fall and injury prevention in residential care--effects in residents with higher and lower levels of cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 627-635. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00206.x>
- > Joan M. Pérez-Castejón Garrote (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable, *Jano: Medicina e Humanidades*, 16308, 40-45. ISSN-e 0210-220X
- > Kario, K., Tobin, J. N., Wolfson, L. I., Whipple, R., Derby, C. A., Singh, D., Marantz, P. R., & Wassertheil-Smoller, S. (2001). Lower standing systolic blood pressure as a predictor of falls in the elderly: a community-based prospective study. *Journal of the American College of Cardiology*, 38(1), 246-252. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(01\)01327-4](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(01)01327-4)
- > Kuschel, B. M., Laflamme, L., & Möller, J. (2015). The risk of fall injury in relation to commonly prescribed medications among older people--a Swedish case-control study.

European journal of public health, 25(3), 527-532.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku120>

- > Laguna-Parras, Juan Manuel, Carrascosa-Corral, Raquel R., Zafra López, Fernando, Carrascosa-García, M^a. Isabel, Luque Martínez, Francisco M., Alejo Esteban, José A., & García-Fernández, Francisco P. (2010). Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos*, 21(3), 97-107. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es&tlng=.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es&tlng=)
- > Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M. (2015). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria*. 47(6):367-75. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.012>.
- > Leveille, S. G., Jones, R. N., Kiely, D. K., Hausdorff, J. M., Shmerling, R. H., Guralnik, J. M., Kiel, D. P., Lipsitz, L. A., & Bean, J. F. (2009). Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA*, 302(20), 2214-2221. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1738>
- > Liu, Y. W., & Tsui, C. M. (2014). A randomized trial comparing Tai Chi with and without cognitive-behavioral intervention (CBI) to reduce fear of falling in community-dwelling elderly people. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.05.008>
- > Llanes Betancourt, C. (2014). O envelhecimento demográfico e a necessidade de desenvolver competências profissionais em enfermagem geriátrica. *Habanera Journal of Medical Sciences*, 14 (1). <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/561>
- > Lord, S. R., Rogers M. S., Howland A., Fitzpatrick R. (1999). Lateral stability, sensorimotor function and falls in older people (Clinical investigation). *J Am Geriatric Society*, 47(9), 1077-1081. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05230.x>
- > Lowe, L., & Hodgson, G. (2012). Hourly rounding in a high dependency unit. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain 1987))*, 27(8), 35-40. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.8.35.c9362>
- > Luján, Luis M. Bello, O'Shanahan, Nayra Bello. (2010). III Plan de Salud de Canarias. Para la innovación en la Gestión de la Salud y los Servicios. Documento de referencia N° 2. Condiciones de vida y de salud en Canarias. Unidad de Apoyo. *Dirección del Servicio Canario de la Salud*.

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/docreferencia2_condicionesvidasalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf

- > Machado, T. R., Oliveira, C. J. de, Costa, F. B. C., & Araujo, T. L. de. (2017). Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 11(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46862>.
- > Manfredi, G., Midão, L., Paúl, C., Cena, C., Duarte, M., & Costa, E. (2019). Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatrics & gerontology international*, 19(8), 723-729. <https://doi.org/10.1111/ggi.13689>
- > Marcinkowska M, Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W, Burchardt W. (2006). Quality of life in patients with hip bone fractures. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 21(121), 44-49. PMID: 17007292.
- > Marin, M. J. S; Amaral, F.S; Martins, I.B; Bertassi, V.C. (2008). Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *Reme: Rev. Min. Enferm.*, 11(4), 369-374. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/359>.
- > McDermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.022>
- > Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- > Melendez-Moral, J. C., Garzón-Soler, T., Sales-Galán, A., & Mayordomo-Rodríguez, T. (2014). Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores que viven en la comunidad. *Aquichan*, 14(2). <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2397>
- > Metcalfe D. (2008). The pathophysiology of osteoporotic hip fracture. *McGill journal of medicine: MJM: an international forum for the advancement of medical sciences by students*, 11(1), 51-57.
- > Milisen, K., Geeraerts, A., Dejaeger, E., & Scientific Working Party, Uniform Approach for Fall Prevention in Flanders (2009). Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. *Gerontology*, 55(2), 169-178. <https://doi.org/10.1159/000165172>

- > Ministério da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020 . *Direcao-Geral da Saude*. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- > Nascimento, Janaína Santos e Tavares, Darlene Mara dos Santos (2016) Prevalência E Fatores Associados A Quedas Em Idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem 2016*, 25(02), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>.
- > Oliveira, F., Santos, S., Kerber, N., Francioni, F., & Cruz, V. (2015). Produção científica acerca dos fatores de risco ambientais para quedas em idosos: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(2), 759-767. <https://doi.org/10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201534>
- > Ordem Dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>
- > Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. - Regulamento n.º 392/2019. *Diário da República: II Série*, 2, 13565 - 13568. <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- > Ordem Enfermeiros. (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª serie, Despacho n.º 1400-A/2015 28, 3882-(2)-3882-(10). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/planonacionalsegurancadoentes.pdf>
- > Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Ginebra: OMS*. http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
- > Padron Guillen D, Guardado Fuentes L, Carballido de Miguel B, Carrillo García P, Bermejo García L, Salas Carrillo M, Lazaro del Nogal M. (2018). Caídas y calidad de vida en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.*; 53 (1): 1-113. DOI: 10.1016 / j.regg.2018.04.274
- > Paula, F. L. (2010). Envelhecimento e Quedas de Idosos. *Rio de Janeiro - Apicuri*. <http://vitormarinho.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/585/envelhecimentoQuedas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- > Perracini, Monica Rodrigues e Ramos, Luiz Roberto Fatores. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, 36(6), 709-716. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>.
- > Pío, Teresa Villar San, Lampré, M.^a Pilar Mesa; Gimeno, Ana Belén Esteban; Romero, Ana Cristina Sanjoaquin; Arín, Elena Fernández Arín. (2007). Alteraciones De La Marcha, Inestabilidad Y Caídas. *Tratado Geriatria para Resid*, 199-209. https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2019_II.pdf
- > Plautz, B., Beck, D. E., Selmar, C., & Radetsky, M. (1996). Modifying the environment: a community-based injury-reduction program for elderly residents. *American journal of preventive medicine*, 12(4), 33-38.
- > Portella, M. R., & de Lima, A. P. (2018). Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 22(2). <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6366>
- > Ramírez, A.G., Aguirre, J.J., Ancizar, P.L., Oliveras, J., Benavente, T.M., Armendia, A.R., Casanovas, A.S., Tirado, P., Alonso, T.G., Clemente, R.P., Sierra, M., & Díez, E. (2013). El fenómeno de las caídas en residencias e instituciones: revisión del Grupo de Trabajo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (GCOF-SEGG). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48, 30-38.
- > Reis, G., & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Vida. Lusodidacta*, 57-66. <http://hdl.handle.net/10174/20187>
- > Ribeiro, Adalgisa Peixoto et al. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>
- > Romano Durán, Elisenda, Rodríguez Camarero, Ginés Fco., & Martínez-Esparza, Elvira Hernández. (2017). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. *Gerokomos*, 28(2), 78-82. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200078&lng=es&tlng=.
- > Rowe, R. J. (2013). Preventing Patient Falls: What Are the Factors in Hospital Settings That Help Reduce and Prevent Inpatient Falls?. *Home Health Care Management & Practice*, 25(3), 98-103. <https://doi.org/10.1177/1084822312467533>

- > Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in geriatric medicine*, 18(2), 141-158. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(02\)00002-2](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(02)00002-2)
- > Salas Iglesias, P. (2006). A ciência do cuidado, quadro de pesquisa para alcançar o sucesso da qualidade de vida no envelhecimento. *Culture of care*, 0(19), 73-78. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.10>
- > Santos et al (2018). Prevenção de quedas em idosos na Estratégia saúde da família: Prevenir para não cair. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 23(1), 07-115. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9c030867-ac08-4f05-8aac-9a8b805c17a5@pdc-v-sessmgr03>.
- > Santos, Roberta Kelly Mendonça dos et al. (2015). Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12) 3753-3762. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.00662015>
- > Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and ageing*, 37(1), 19-24. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm169>
- > Seals, D. R., & Melov, S. (2014). Translational geroscience: emphasizing function to achieve optimal longevity. *Aging*, 6(9), 718-730. <https://doi.org/10.18632/aging.100694>
- > Silva, Jack Roberto Silva Fhonl Idiane Rossetll Cibele Peroni Freitaslll Antonia Oliveira SilvaV Jair Lício Ferreira SantosV Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. (2013). Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade *Rev. Saúde Públ.* 47 (2)- <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003468>
- > Siqueira, Fernando V et al. (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 41(5), 749-56. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>
- > Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MR. (2014). Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 17(1): 49-60. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100006>
- > Soberanes FS, González PAA, Moreno CYC. (2009). Funcionalidade em idosos e sua qualidade de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-175. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30184>
- > Soto-Varela, A., Rossi-Izquierdo, M., Faraldo-García, A., Vaamonde-Sánchez-Andrade, I., Gayoso-Diz, P., Del-Río-Valeiras, M., Lirola-Delgado, A., & Santos-Pérez, S. (2016). Balance

- Disorders in the Elderly: Does Instability Increase Over Time?. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 125(7), 550-558. <https://doi.org/10.1177/0003489416629979>
- > Stone D, Jeffrey S, and CEREPRI Team. (2006). Evidence Based Effective Inter-ventions for Injury Prevention among Elderly: Results of a Systematic Litera-ture Review, EUNESE deliverable.
 - > Suárez Alemán, Gabriel Gerardo; Velasco Rodríguez, Víctor Manuel; Limones Aguilar, María de Lourdes; Reyes Valdez, Hugo; Zacarías Muñoz, Blanca Selene. (2018). Factores asociados con caídas en el adulto mayor. *Rev Paraninfo Digital*, XII(28). <http://www.index-f.com/para/n28/e025.php>
 - > Thomson, Hilary; Petticrew, Mark. (2005). Is housing improvement a potential health improvement strategy? *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74680/E85725.pdf
 - > Tinetti, M. E. (2003). Preventing falls in elderly persons. *New England journal of medicine*, 348(1), 42-49.
 - > Todd C, Skelton D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, *WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)*. <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
 - > Tricco, A. C., Thomas, S. M., Veroniki, A. A., Hamid, J. S., Cogo, E., Strifler, L., Khan, P. A., Robson, R., Sibley, K. M., MacDonald, H., Riva, J. J., Thavorn, K., Wilson, C., Holroyd-Leduc, J., Kerr, G. D., Feldman, F., Majumdar, S. R., Jaglal, S. B., Hui, W., & Straus, S. E. (2017). Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 318(17), 1687-1699. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.15006>
 - > Vaapio, S. S., Salminen, M. J., Ojanlatva, A., & Kivelä, S. L. (2009). Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 19(1), 7-15. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn099>
 - > Vega Rodríguez, N., Limiñana Cañal, J.M., Arbelo Rodríguez, A., Medina Henríquez, J.A., Cabrera Domínguez, D., Blázquez Gómez, C., Gómez de Tejada Romero, M.J., & Sosa Henríquez, M. (2013). Epidemiología de la fractura de cadera en Gran Canaria durante el quinquenio 2007-2011. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 5(1), 30-35. <https://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2013000100005>

- > Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida - Treino de Atividades de Vida Diária. *Lusodidacta (Ed.)*, 351-363.
- > WHO, 2007. ISBN 978 92 4 156353 6.
- > WHO, 2015. ISBN 978 92 4 156504 2.
- > Wu, T. Y., Chie, W. C., Yang, R. S., Liu, J. P., Kuo, K. L., Wong, W. K., & Liaw, C. K. (2013). Factors associated with falls among community-dwelling older people in Taiwan. *Ann Acad Med Singapore*, 42(7), 320-7. <https://www.annals.edu.sg/pdf/42VolNo7Jul2013/V42N7p320.pdf>
- > Yeolekar, A. M., & Yeolekar, M. E. (2016). Vertigo in the elderly. *Indian Journal of Medical Specialities*, 7(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.injms.2015.12.003>

ANEXOS

1. Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Personal Trainer para a gestão da saúde de pessoas com mais idade

Enquadramento: Este projeto de investigação tem por finalidade contribuir para melhorar a assistência, acompanhamento e prevenção de efeitos do envelhecimento. Pretendemos que cada idoso que participe no estudo seja acompanhado de forma personalizada por uma enfermeira (o), iniciando-se por uma avaliação das necessidades e dos estilos de vida, prosseguindo com uma intervenção de enfermagem e posterior avaliação da sua eficácia.

Explicação do estudo: Esta investigação tem como objetivos - Caracterizar a saúde, qualidade de vida e o autocuidado da população idosa que frequenta as USF Porto Centro; USF Barão Nova Sintra; USF Santos Pousada; USF Covelo; USF Faria Guimarães; Desenvolver um programa de intervenção em enfermagem no domínio da promoção do autocuidado dos idosos da UCC de Paranhos de Bomfim; Implementar e avaliar a eficácia de um programa de intervenção a um grupo de idosos da UCC de Paranhos de Bomfim.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se do estudo a qualquer momento sem que esse facto acarrete prejuízo para si, bastando para tal contactar o responsável pelo estudo. Não estão contemplados quaisquer riscos para os participantes deste estudo. Mais informamos que o presente estudo mereceu um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte (1/2018).

Confidencialidade e anonimato: A informação fornecida para este estudo é confidencial. Uma vez colhidos os dados no formulário, as respostas fornecidas serão enviadas para uma base de dados confidencial a que só os membros da equipa de investigação têm acesso. Os que participarem no programa não terão nunca a referencia ao seu nome ou a qualquer material que o identifique. A informação será utilizada no âmbito deste projeto e os resultados do estudo poderão ser utilizados para produção científica e divulgados em eventos e periódicos científicos.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo.

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Contactos : mmartins@esenf.pt ; celiasantos@esenf.pt; Ligia@esenf.pt; cbastos@esenf.pt

Anexo 2: PROGRAMA - *Personal Trainer* para a gestão da saúde de pessoas com mais idade - PT4Ageing

PROGRAMA - PERSONAL TRAINER PARA A GESTÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM MAIS IDADE - PT4AGING

Investigadores: Martins, Maria Manuela; Santos, Célia; Lima, Lígia; Bastos, Celeste; Gomes, Barbara; Ribeiro, Olga; Faria, Ana.

Pretendemos ajudar a melhorar a qualidade de vida dos idosos, de forma a que se mantenham saudáveis e ativos.

Para isso, necessitamos de conhecer os seus estilos de vida e a sua capacidade funcional para realizar as atividades de vida diária, a perceção sobre a sua qualidade de vida, a funcionalidade familiar e as suas relações sociais.

Para que a informação tenha mais utilidade é importante que responda a todas as questões.

O seu contributo é muito importante para a equipe de investigação, mas também para todos os idosos e cidadãos num futuro próximo.

Se pretender qualquer esclarecimento adicional ou tiver dúvidas sobre o preenchimento do questionário pode contactar qualquer um dos investigadores ou para o e-mail: mmartins@esenf.pt ou pelo telefone 964172291.

Agradecemos a colaboração.

***Obrigatório**

Antes de iniciar o preenchimento questionário confirme se foi preenchido o documento de consentimento informado.

Recorde

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a seguinte declaração: "Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo de forma clara e detalhada, e que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a minha participação, se assim o desejar.

4. Sexo

Mulher

Homem

5. Idade (número de anos completos contabilizados no dia da colheita de dados)

AVALIAÇÃO PRÉVIA

Antes de iniciar a recolha de informação deve avaliar aspetos relativos à cognição, volição e disponibilidade.

6. Disponibilidade

	Sim	Não
Mostra-se interessado face às informações que lhe são transmitidas.		
Mostra-se interessado em responder ao questionário.		

7. Orientação

	Sim	Não
Nome e idade		
Morada (exemplo: Porto, em Paranhos) e distância aproximada ao Centro de Saúde.		
Qual a razão da sua visita à Unidade de Saúde (consulta médica, de enfermagem, outra?)		
Habitualmente vem só ou acompanhado (por quem e porquê).		

8. Memória*

	Sim	Não
Data da última visita/consulta à Unidade de Saúde e qual o motivo		
Doenças e sintomas que apresenta		
Data de nascimento		
Transmite opiniões e conhecimentos em relação à sua condição de saúde/doença.		

9. Pensamento concreto

	Sim	Não
Mantém-se atento e concentrado quando é questionado.		
Apresenta um discurso coerente adequado às questões colocadas ou ao tema da conversa.		

10. **Volição**

	Sim	Não
Tem procurado ajuda para melhorar a sua condição de saúde.		
Demonstra vontade de se envolver nos seus cuidados de saúde (tratamento, recuperação...).		
Demonstra vontade em participar num possível programa de intervenção.		

11. **Caso nas questões anteriores o idoso apresente mais de três "não" agradeça e termine o preenchimento do questionário**

DADOS FAMILIARES

12. **Estado civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)/união de facto

Separado(a)/divorciado(a)

Viúvo(a)

13. **Se tiver cônjuge/companheiro(a), qual é a sua idade, em anos completos, no dia do preenchimento do questionário.**

14. **Quantos filhos tem?**

Que idades têm os filhos? (coloque sucessivamente, até completar descrição de todos)

15. 1º filho (número de anos)

16. 2º filho (número de anos)

17. 3º filho (número de anos)

18. 4º filho (número de anos)

19. Mais de 4 filhos coloque de seguida

20. Escolaridade (em anos completos)

21. Fonte de rendimento:

Trabalho

Reforma/pensão

Rendimento social de inserção

Outra

22. Profissão (qual é ou foi a sua profissão principal)?

_____ 23. N.º de elementos do agregado familiar

DADOS RELATIVOS À SAÚDE

24. **Em geral diria que a sua saúde é:**

Excelente

Muito Boa

Boa

Aceitável

Má

Outra: _____

25. **As colheitas de dados foram realizadas em:**

Jejum

Após uma refeição

26. **TA - Sistólica**

27. **TA - Diastólica**

28. **Pulso**

29. **Peso**

30. **Altura**

31. **Glicemia Capilar**

32. **Colesterolemia**

33. **Tem conhecimento de ter alguma destas doenças?**

	Sim	Não	Não Sei
Doença cerebrovascular (AVC)			
Doença cardiovascular (enfarte, angina de peito, HTA)			
Doença neurológica (Parkinson)			
Doença musculoesquelética e osteoarticular (artrite/artrose)			
Doença oncológica			
Doença respiratória (DPOC, asma, bronquite)			
Doença endócrina (diabetes)			
Doença do sistema nervoso (Alzheimer)			
Doença psiquiátrica (depressão)			
Outras			

34. **Qual**

35. **Tem algum dos seguintes sintomas / manifestações:**

	Sim	Não
Sentimentos de tristeza persistente		
Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia		
Dor musculoesquelética e osteoarticular (artrite/artrose)		
Dificuldade em andar		
Desequilíbrios constantes		
Diminuição da visão		
Perda de urina		
Não tem sintomas		

36. **Toma medicamentos**

Sim

Não

37. Sabe dizer quais os medicamentos que toma

Sim

Não

38. Grupos de medicamentos

	Sim	Não
Medicamentos para o sistema cardiovascular		
Medicamentos para o sistema respiratório		
Analgésicos		
Anti-inflamatórios		
Antidepressivos		
Sedativos		
Antidiabéticos orais		
Insulina		

39. Outros medicamentos

SOBRE A DOR

47. 1. Neste momento sente algum tipo de dor, moedeira ou desconforto?

Sim

Não

48. Local da dor

Se sim, assinale com uma cruz no número que melhor descreve a sua dor - intensidade da dor



49. Valor da escala

QUEDAS

Dados sobre a situação de queda

69. Nos últimos seis meses teve alguma queda?

nenhuma

uma vez

duas vezes

três ou mais vezes

70. Em casa tem algum dispositivo de alarme em caso de queda?

sim

não

71. Na sua opinião tem risco de queda?

sim

não

QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-OLD

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas (nos últimos 15 dias).

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser: Nas últimas duas semanas, tem-se sentido triste?

Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”

Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados. Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

77. Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”. Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta. Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber até que ponto sentiu certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma muito acentuada, escolha o número correspondente a “Muitíssimo”(5). Se não as sentiu, escolha o número correspondente a “Nada”(1). Quando a sua resposta estiver entre “Nada”(1) e “Muitíssimo”(5), poderá responder que sentiu “Pouco” (2) , “Nem muito nem pouco” (3) ou “Muito”(4). Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

	Nada (1)	Pouco (2)	Muito Pouco (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária					
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?					
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?					
Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?					
Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?					
Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?					
Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?					
Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?					
Tem medo de morrer?					
Receia sofrer antes de morrer					

78. Apresentar o cartão com a escala “Nada-Completamente”. Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta. Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber até que ponto experimentou ou conseguiu fazer certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer perfeitamente estas coisas, escolha o número correspondente a “Completamente”(5). Se não as conseguiu fazer, escolha o número correspondente a “Nada”(1). Quando a sua resposta estiver entre “Nada”(1) e “Completamente”(5), poderá responder que conseguiu “Pouco” (2), “Moderadamente (3)” ou “Bastante(4)” . Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderada- mente(3)	Bastante(4)	Completa- mente (5)
Consegue fazer aquilo que gosta?					
Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?					
Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?					
Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?					

79. Apresentar o cartão com a escala “Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito”. Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se sentiu satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

	Muito Insatisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Muito Satisfeito (5)
Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?					
Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?					
Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?					
Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?					
Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?					

80. Apresentar o cartão com a escala “Muito Mau-Muito Bom”

	Muito Mau (1)	Mau (2)	Nem Bom Nem Mau (3)	Bom (4)	Muito bom (5)
Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?					

81. Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”. As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer relacionamento íntimo que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

	Nada (1)	Pouco (2)	Nem Nem (3)	Muito Pouco (4)	Muitíssimo (5)
Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?					
Sente que tem amor na sua vida?					

82. Apresentar o cartão com a escala “Nada-Completamente”.

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Completamente (5)
Tem oportunidade para amar alguém?					
Tem oportunidade para se sentir amado(a)?					

83. Apresentar o cartão com a escala “Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito”. Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou certas coisas que dizem respeito às suas relações familiares. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

	Muito Insatisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Muito Satisfeito (5)
Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?					
Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?					
Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?					

84. Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”.

	Nada(1)	Pouco (2)	Nem Muito Nem Pouco (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
Sente que a sua família lhe dá valor?					

Muito obrigada pela colaboração

