

O presente artigo obedece às normas de publicação da ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors, de acordo com as orientações da Revista Age and Ageing, para a qual pretendemos submeter este trabalho para possível publicação.

“Caracterização dos Idosos que Frequentam Centros de Dia: Contributo na Identificação de Fatores de Risco para Quedas”

Atalaia, H.; Nogueira, D. ; Vieira, A.

Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA)

Resumo

Introdução: As quedas são a principal causa de acidentes em idosos e representam um sério problema uma vez que estão associadas a um aumento considerável da mortalidade, morbilidade, redução da funcionalidade e internamentos precoces em lares de terceira idade. **Objetivos:** Contribuir para a caracterização funcional dos idosos em centros de dia. Verificar associação entre variáveis de caracterização, estado funcional e número de quedas. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e correlacional de amostra aleatória (n=314 - 48,1% entre os 65 - 80 anos, 51,9% acima dos 80 anos e 74,2% do sexo feminino). Foi aplicado um questionário de caracterização sócio-demográfica, a Escala de Barthel, o Mini Exame Cognitivo e a Escala de Depressão Geriátrica. **Resultados:** 204 indivíduos tiveram pelo menos um episódio de queda e 239 referem medo de cair, 40,1% são totalmente independentes nas AVD's e 39,2% pouco dependentes, 60,5% não apresentam defeito cognitivo e 52,2% apresentam depressão. Os fatores de risco associados com quedas foram género feminino ($p=0,00$) , medo de cair ($p\leq 0,05$) e presença de depressão ($p\leq 0,05$). **Conclusões:** Estes resultados permitiram perceber a necessidade de estratégias para a melhoria da funcionalidade e prevenção de quedas.

Palavras-chave: Envelhecimento, funcionalidade, cognição, depressão, quedas, fatores de risco

Abstract

Introduction: Falls are the leading cause of accidents in the elderly and represent a serious problem since they are associated with a significant increase in mortality, morbidity, reduced functionality and early hospitalizations in elderly homes. **Objectives:** To contribute to the functional characterization of the elderly in day care centers. To determine the association between characterization variables, functional status and number of falls. **Methodology:** Cross-sectional study and correlation of a random sample (n = 314 to 48.1% among 65 to 80 years and 51.9% over 80 years and 74.2% female). A questionnaire was given to socio-demographic, Barthel Index, Mini Mental Examination Scale and Geriatric Depression Scale **Results:** 204 subjects had at least one episode of falling and 239 refer to fear of falling, 40.1% is totally independent in ADL's and somewhat dependent 39.2%, 60.5% did not present cognitive defect and 52.2% have depression. The risk factors associated to falls were female gender ($p = 0.00$), fear of falling ($p \leq 0.05$) and presence of depression ($p \leq 0.05$). **Conclusions:** These results allowed us to realize the need for strategies to improve the functionality and prevention of falls

Key-Words: Aging, function, cognition, depression, falls, risk factors

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde [1], prevê-se que a população com 80 ou mais anos represente 20% da população idosa em 2050. Portugal apresenta uma inversão da pirâmide demográfica, resultado das tendências de aumento da longevidade e declínio da fecundidade. Em 2009, a população residente era composta por 15,2% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,9% de idosos (65 e mais anos de idade) e 66,9% de população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade). A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens [2].

Face a este aumento do número de idosos, os centros de dia surgem como uma forma de apoio a esta população, com o objetivo de promoção do bem-estar físico, emocional, mental e social. Este serviço, deverá ser conduzido por equipas de pessoal técnico especializado, multiprofissionais, de modo a providenciar respostas eficazes às necessidades de cada indivíduo [3]. O fisioterapeuta, pelas suas características profissionais, constitui um elemento fundamental desta equipa podendo desenvolver uma ampla intervenção neste contexto. A sua atuação pode centrar-se nas disfunções decorrentes do processo de envelhecimento, prevenindo quedas e promovendo a recuperação funcional global de pessoas idosas, potencializando o seu grau de independência e autonomia [4].

A avaliação de cada indivíduo deve ser multidimensional, englobando a funcionalidade, as componentes cognitivas, motoras, emocionais e sociais. Diversos estudos referem o aumento da idade como um dos principais fatores predisponentes do declínio funcional[5]. A diminuição das capacidades cognitivas decorrente do processo de envelhecimento é amplamente observado entre sujeitos idosos [6], relacionando-se com o risco de diminuição da funcionalidade e, consequentemente, aumento da dependência nas AVD's [7]. O declínio funcional, por sua vez, está diretamente associado à presença de depressão ou sintomas depressivos.

O sujeito idoso, depara-se com uma série de situações que o tornam mais vulnerável às depressões. Estas incluem a diminuição do suporte sociofamiliar, perda de *status* ocupacional e económico, declínio físico e maior frequência de doenças físicas e incapacitantes [8]. A depressão é a perturbação psiquiátrica mais comum na população idosa, quer se trate de doentes com demência, quer na população idosa em geral [9]. A proporção de idosos que sofrem de depressão é elevada (mais de um terço das mulheres com mais de 80 anos e cerca de um terço dos homens) e apresenta um maior risco de incapacidade e mortalidade, associado a uma diminuição da qualidade de vida [10]. Entre os problemas que se associam à depressão nos

idosos estão as quedas e o medo de queda. O medo de queda está relacionado com um maior risco de queda [11, 12].

A incidência de quedas está relacionada com o aumento da população idosa e a maior vulnerabilidade deste escalão etário [1, 13]. Perspectiva-se que as suas consequências, tais como fraturas e lesões vertebro-medulares, irão aumentar cerca de 131% nas últimas 3 décadas. Este facto, na ausência de medidas preventivas adequadas, pode levar a um aumento de lesões decorrentes de quedas em cerca de 100% em 2030 [1]. Estes números são esclarecedores do impacto socioeconómico resultante, quer a nível da saúde dos idosos, quer a nível social e económico da sociedade em geral.

As quedas não estão apenas associadas a morbilidade e mortalidade na população idosa mas também a menor funcionalidade e admissão precoce em lares [13]. Para os idosos que residem na comunidade, um programa de prevenção de quedas poderá reduzir as lesões e as suas consequências, o recurso aos serviços de urgência, as hospitalizações e institucionalizações precoces e o declínio funcional [14].

A diminuição do risco de quedas na população idosa é um objetivo importante nas políticas de saúde pública [14]. A caracterização e o conhecimento dos fatores de risco que conduzem às quedas e particularmente da população alvo é o primeiro determinante desse objetivo. Segundo a Organização Mundial da Saúde [1], a incidência de quedas parece variar entre países. A título de exemplo, na China a incidência é de 6 a 31% enquanto no Japão é de 20%.

A ocorrência de quedas no idoso deve-se à existência de fatores de risco. Embora as quedas possam ocorrer apenas na presença de um fator, são mais frequentes pela conjugação de vários, sendo que à medida que o número de fatores aumenta, aumenta exponencialmente o risco de ocorrer uma queda [1, 14].

Os fatores de risco podem ser divididos em comportamentais, biológicos, socioeconómicos e ambientais. São fatores de risco comportamentais, a polimedicação, o excesso de consumo de álcool, o sedentarismo e o uso de calçado inadequado. Como fatores de risco biológicos são considerados o avançar da idade, o género (as mulheres caem mais do que os homens), a etnia (os caucasianos são mais propensos a quedas), a presença de doenças crónicas (Parkinson, artrite, osteoporose) e o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas. Quanto aos fatores de risco socioeconómicos são considerados os baixos rendimentos e os níveis de escolaridade, as habitações inadequadas, a falta de interações sociais, o acesso

limitado aos serviços de saúde e sociais e a falta de recursos de apoio na comunidade. Nos fatores de risco ambientais estão considerados a habitação e a tipologia de espaços públicos e mencionados no mesmo documento o desenho das habitações, os tapetes soltos, a fraca luminosidade, os pisos e escadas escorregadios e com superfícies irregulares e corrimãos inexistentes e/ou danificados [1].

As *guidelines* da *American Geriatrics Society & British Geriatric Society* [14] e da *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care* [15] referem ainda como fatores de risco para as quedas nos idosos a história de quedas anteriores, o medo de cair, as alterações na marcha e no equilíbrio, a diminuição da força muscular e de mobilidade, as alterações neurológicas, os efeitos secundários da medicação a hipotensão postural, a alteração da frequência e do ritmo cardíaco, as alterações nos pés, o calçado inadequado e também os fatores ambientais.

Segundo o *Centre for Public Health* do Reino Unido [16] experienciar uma queda pode ter várias consequências físicas ou conduzir até à morte e ainda ter um impacto psicológico e social particularmente grave. A perda de confiança, o medo de cair a restrição de atividade física e social autoimposta e ainda a perda de independência são fatores igualmente nefastos e que podem conduzir a um ciclo vicioso de medo e evitamento da atividade.

O impacto socioeconómico das quedas nos idosos é não só importante na família como na comunidade. O impacto económico das quedas nos idosos é cada vez maior a nível mundial. São custos diretos com a medicação, com o tratamento e a reabilitação e os custos indiretos para os cuidadores os quais, ao terem que dar apoio ao familiar, poderão ter de diminuir o seu rendimento [1].

A caracterização da população idosa através da aplicação de instrumentos de recolha de dados fidedignos sobre o seu perfil funcional (motor, cognitivo e emocional) e fatores sociodemográficos podem ajudar a identificar a prevalência das quedas e os possíveis fatores de risco associados. Esta caracterização pode ajudar a interpretar os fatores de risco de maior expressão e a sua relação socioeconómica e cultural, possibilitando a criação de estratégias de prevenção mais adequadas.

O presente trabalho, tem como objetivos: a) Contribuir para a caracterização dos utentes que frequentam centros de dia através do diagnóstico do perfil funcional (motor, cognitivo e emocional dos idosos); b) Identificar a existência de associação entre as variáveis de caracterização sociodemográfica e funcional com o número de quedas sofridas.

A análise tem como propósito obter um quadro atualizado desta população e conhecer as suas potencialidades e fragilidades indicando estudos e estratégias de intervenção futuras assentes num conhecimento da população mais claro e direcionadas para as necessidades diagnosticadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de levantamento, transversal e correlacional tendo sido realizado no âmbito da parceria existente entre a Escola Superior de Saúde do Alcoitão e o Departamento de Ação Social da Câmara Municipal de Cascais.

Para este estudo foram selecionados de forma aleatória simples, 314 indivíduos de uma população de 474 indivíduos idosos inscritos em 12 Centros de Dia de Pessoas Idosas do Concelho de Cascais. Os indivíduos selecionados teriam de estar inscritos nos referidos centros de dia, não apresentar: dificuldade na comunicação verbal (afasia de expressão, de compreensão ou disartria), quadro demencial impeditivo de comunicação e/ou deficiência auditiva grave.

Trata-se de uma amostra do tipo aleatório simples. Os indivíduos que constituem a amostra foram entrevistados aleatoriamente, sem qualquer tipo de escolha ou seleção.

Instrumentos de recolha de dados:

A técnica utilizada foi a entrevista por guião, tendo sido realizadas tanto escalas de âmbito da funcionalidade motora, cognitiva e emocional, como um inquérito por questionário construído para esta investigação.

As escalas utilizadas permitiram caracterizar os utentes, segundo vários perfis:

Perfil Motor – Escala de Barthel (1989);

A Escala de Barthel, foi criada em 1965 por Mahoney e Barthel para avaliar de forma objetiva a capacidade funcional do indivíduo. Esta avaliação assentava na realização de dez atividades básicas da vida diária (AVD) centradas no autocuidado e mobilidade (alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambulação, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas), [17]. É possível determinar o tipo de dependência de acordo com a interpretação: 0 a 20- Dependência total; 21 a 60 - Dependência severa; 61 a 90 - Dependência moderada; 91 a 99 - Pouca dependência; 100 – Independência [18].

A versão portuguesa de Loução, Pereira e Colaço (1998), apresenta validade de conteúdo, validade simultânea/concorrente, validade longitudinal e fidedignidade interobservador [19].

Perfil Cognitivo – Mini Exame Cognitivo (1993);

A *Mini Mental State Examination* (MMSE), foi criada em 1975 por Folstein, Folstein e McHugh, sendo um instrumento usado para identificar a incapacidade cognitiva e descrição das alterações no estado mental com o passar do tempo, cuja aplicação é simples e clara exigindo pouco treino de quem o vai aplicar [7].

A MMSE é uma ferramenta fiável e válida para a deteção de alterações cognitivas na população idosa [20].

De acordo com a adaptação da escala, à população portuguesa verifica-se a seguinte categorização: considera-se a existência de defeito cognitivo quando o resultado é menor ou igual a 15 para indivíduos analfabetos, menor ou igual a 22 para indivíduos com escolaridade entre 1 a 11 anos e, menor ou igual a 27 para qualquer sujeito cuja escolaridade seja superior a 11 anos [21].

Perfil Emocional – Escala de Depressão Geriátrica – Versão Portuguesa Reduzida (Yesavage) (2003).

A **Escala de Depressão Geriátrica** – Geriatric Depression Scale, foi criada em 1983 por Yesavage *et al*, tendo sido traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Barreto *et al*, em 2003[22].

É um dos instrumentos psicométricos mais utilizados para avaliar as várias dimensões da depressão nos idosos [9]. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, excluindo os indicadores somáticos da depressão e as manifestações físicas normais da velhice [23].

A Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens da escala original (30 itens) que mais se correlacionavam com o diagnóstico de depressão [24].

A versão dos 15 itens combina a brevidade de aplicação com a boa correlação com os 30 itens da escala completa [9]. A cotação da escala de depressão geriátrica é feita a partir da atribuição de 1 ponto para cada item depressivo e 0 pontos para cada item não depressivo [25]. De acordo com o mesmo autor, a quantificação dos resultados da escala, deve seguir os seguintes parâmetros: entre os valores 0 e 5 indicam a ausência de depressão; uma pontuação entre 6 e 10 é indicativa de depressão de severidade crescente; e uma pontuação situada entre os 11 e 15 é indicação de idosos gravemente deprimidos [25].

Procedimentos:

Foram realizados pedidos formais para autorização da execução do estudo dirigidos às direções dos 12 Centros de Dia do Concelho de Cascais. Foi ainda produzido o questionário de caracterização da amostra, através da técnica de grupo nominal, com a colaboração dos técnicos de Serviço Social do Departamento de Ação Social da CMC e os Fisioterapeutas do Departamento de Fisioterapia da ESSA

Foi efetuado um estudo piloto, que compreendeu 12 utentes, tendo sido selecionado aleatoriamente um utente por centro de dia de forma a testar a aplicabilidade dos instrumentos à população, treinar os investigadores e aferir possibilidades de melhoria.

Os consentimentos informados foram preenchidos por todos os participantes e a recolha de dados decorreu entre Fevereiro e Junho de 2009.

Este estudo apresenta como limitações à validade interna, as inerentes à técnica de entrevista. As respostas dadas podem sofrer influências do entrevistador se este enfatizar determinada resposta ou de forma a excluir respostas possíveis. Em relação à validade externa, não se pode extrapolar os dados para a população Portuguesa pois a amostra pertence a um Concelho, podendo haver variáveis preponderantes que ditem diferenças conforme a região do país.

Tratamento dos Dados:

Foi criada uma base de dados de acordo com as questões (variáveis) constantes avaliados por três instrumentos de medida: a *Escala de Barthel*, o *Mini Exame Cognitivo*, e a *Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage) – Versão Portuguesa Reduzida* e dos dados sociodemográficos através da aplicação do *questionário de caracterização da amostra*.

A análise de frequências e das medidas descritivas foi feita através da utilização do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.

Os métodos utilizados de estatística descritiva consistiram na análise da distribuição de cálculo das diferentes frequências para as variáveis ordinais e nominais.

Relativamente à análise estatística inferencial foi realizado o cruzamento de dados (crosstabs) das variáveis (idade, género, estado civil, grau de escolaridade, idade que deixou de trabalhar, tipologia de deficiência, dependência funcional pela escala de Barthel, tipo de deambulação, medo de cair, capacidade cognitiva pelo Mini Exame Cognitivo, depressão pela Escala de Depressão Geriátrica, satisfação com o centro de dia, apoios que beneficia no centro de dia) com a variável dicotómica de ocorrência de quedas nos últimos 6 meses. E utilizaram-se os

testes não paramétricos do Qui-quadrado, mais concretamente o teste exato de *Fisher*, o teste de *Pearson*, o teste de *ANOVA*.

No caso da variável métrica (número de quedas) foi cruzada com as variáveis (idade, género, grau de escolaridade, presença de deficiência, dependência funcional pela escala de Barthel, capacidade cognitiva pelo Mini Exame Cognitivo, depressão pela Escala de Depressão Geriátrica). Foram utilizados os testes paramétricos *T Test* e o teste de *ANOVA nos casos em que eram verificados os pressupostos de normalidade*. Nas situações em que não se verificaram estes pressupostos foram utilizados os seus correspondentes não paramétricos. Para todos os testes foi utilizada um nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 314 indivíduos com 65 ou mais anos que frequentam os Centros de Dia das IPSS do Concelho de Cascais. Destes indivíduos, 48,1% localizava-se no intervalo etário dos 65 aos 80 anos sendo que os restantes 51,9% se encontravam no intervalo etário acima dos 80 anos. Na variável género verifica-se que no total dos 314 indivíduos avaliados, 233 (74,2%) eram do sexo feminino. O estado civil predominante é a viuvez, representando 62,1% da amostra, as casadas representam 23,9%, as solteiras 7,6% e os indivíduos divorciados 6,4% da amostra. No grau de escolaridade, verifica-se que 27,1% da amostra não teve instrução e 61,2% frequentou o 1º ciclo. O 2º ciclo teve uma frequência de 5,4% e o 3º ciclo de 1,6%. Apenas 3,2% frequentaram o ensino secundário e 1,6% o ensino superior.

Em relação à atividade profissional foi tida como referência a classificação nacional de profissões retirada do Instituto do Emprego e Formação Profissional. Esta classificação distribui as profissões em nove categorias distintas, sendo que para o presente estudo definiu-se a existência de mais duas categorias, relevantes para o decorrer do mesmo (Doméstica e Nunca trabalhou). As atividades predominantes são os trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços, que representam 29,3% da amostra (92 indivíduos) e as domésticas (donas de casa) com 84 indivíduos, representando 26,8% da amostra. Seguem-se as profissões da produção industrial e artesãos e do pessoal dos serviços e vendedores, que representam 10,2% da amostra respetivamente. Apenas 17 sujeitos pertenceram a quadros superiores ou tiveram uma profissão intelectual e científica (5,7%). Em relação à idade com que deixou de trabalhar 60,3% reformou-se antes dos 65 anos.

Das tipologias de deficiência apresentadas pelos indivíduos presentes na amostra, as mais comuns são a nível visual (24,5%) e a nível motor (14%). Na amostra 27,8% apresenta mais do um tipo de deficiência. Apenas 27,7% não apresenta qualquer tipo de deficiência, o que determina que 72,3% da amostra possui, pelo menos, um tipo de deficiência.

Na variável que identifica o modo de deambulação, a grande maioria das pessoas (57,3%) não necessitam de qualquer tipo de auxiliar de marcha para as suas deslocações. A bengala é o auxiliar mais utilizado (27,1%) seguida das canadianas (10,2%).

Na variável que se refere à existência de algum episódio de quedas, estas são referentes aos últimos 6 meses antes da avaliação efetuada. Verificou-se que 204 indivíduos (65%), deram quedas durante este período. Como consequências das quedas sofridas 24,3% dos indivíduos sofreram uma fratura ou luxação e 17,4% contusões, escoriações ou hematomas. De acordo com as respostas obtidas, observa-se que a grande maioria (76,1%) dos utentes da amostra, referem medo de cair.

Relativamente aos apoios que os indivíduos beneficiam nos Centros de Dia observa-se que apenas 32,5% dos sujeitos entrevistados não beneficia de qualquer tipo de apoio, 65,9% beneficia de apoio onde não consta fisioterapia e apenas 1,6% têm apoio com fisioterapia.

Na avaliação do perfil motor foram considerados os *scores* obtidos pela aplicação da escala de Barthel. Os resultados desta escala demonstram que 40,1% dos indivíduos são considerados como totalmente independentes nas AVD's e 39,2% como pouco dependentes. De acordo com os resultados obtidos através da aplicação do Mini Exame Cognitivo, concluiu-se que 60,5% da amostra não apresenta defeito cognitivo. Relativamente aos resultados obtidos na aplicação da escala de depressão geriátrica – versão portuguesa reduzida (Yesavage) (2003), observou-se que 47,8% dos indivíduos apresentavam ausência de depressão, 39,8% apresentam depressão de ligeira a moderada e 12,4% apresentam indícios de depressão grave.

Relativamente à análise estatística inferencial foi realizado o cruzamento de dados de um conjunto de variáveis, já referidas, com a ocorrência de quedas. Destacamos que, de todas as variáveis analisadas associaram-se significativamente com a ocorrência de quedas: o género (teste de Fisher), o medo de cair (teste de Fisher) e a presença de depressão (teste de Pearson). Dos indivíduos que reportaram quedas 81,4% eram do género feminino ($p \leq 0,05$), 76,1% reportaram medo de cair ($p \leq 0,05$) e 52,2% dos indivíduos da amostra ($p \leq 0,05$) apresentavam depressão de ligeira/moderada a grave. São apresentadas as tabelas em apêndice dos testes de correlação positivos.

Foram utilizados os testes paramétricos para o cruzamento entre a variável dependente - número de quedas e as variáveis independentes (idade, género, grau de escolaridade, presença de deficiência, dependência funcional pela escala de Barthel, capacidade cognitiva pelo Mini Exame Cognitivo, depressão pela Escala de Depressão Geriátrica). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o número de quedas e as variáveis idade: $t(df (182) ; t = -1,328; p \geq 0,05)$, género: $t(df (182) ; t = 0,4; p \geq 0,05)$, grau de escolaridade: $F(df (7) ; F = 0,517; p \geq 0,05)$, presença de deficiência: $t(df (182) ; t = 0,297; p \geq 0,05)$, dependência funcional pela escala de Barthel: $\chi^2_{KW}(182) = 0,701 p \geq 0,05$, capacidade cognitiva pelo Mini Exame Cognitivo: $t(df (182) ; t = 0,954; p \geq 0,05)$, depressão pela Escala de Depressão Geriátrica: $F(df (2) ; F = 0,292; p \geq 0,05)$.

DISCUSSÃO

A sociedade portuguesa é caracterizada por um crescente envelhecimento populacional. Este é um fenómeno social, com efeitos e consequências diretas sobre aspetos económicos, políticos e culturais.

O conhecimento dos aspetos sociodemográficos da população pode contribuir para aumentar a assertividade nas respostas de cuidados. Com este estudo pretendeu-se caracterizar o perfil funcional dos idosos frequentadores das IPSS do Concelho de Cascais e identificar a existência de quedas e eventuais fatores de risco nesta população. O facto de se tratar de uma amostra, oriunda de uma área geográfica muito específica, impede a generalização para a população portuguesa. No entanto, poderá contribuir para essa caracterização.

Os resultados obtidos no estudo, demonstram que mais de metade dos sujeitos [(65% (n=204)] referem episódios de queda nos últimos seis meses. Estes resultados vão de encontro com o que foi referido sobre as quedas serem a principal causa de acidentes na população idosa [16].

Em relação ao número de quedas sofridas nos últimos seis meses é referida entre uma a doze ocorrências de quedas pelos indivíduos. Sendo que 30,4% refere ter sofrido apenas 1 queda enquanto a maioria 40,2% indica entre 2 a 3 quedas sofridas. Nesta questão, os investigadores relataram que alguns indivíduos sentiram dificuldades, em especificar o número exato, talvez por não se lembrarem ou não terem a noção do número de quedas, ou até por ser uma ocorrência relativamente frequente nas suas vidas.

Observou-se que o medo de cair está presente em 76,1% da amostra. Ou seja, 11,1% dos sujeitos que referem não ter caído, apresentam medo de cair. O medo de cair surge como uma das principais consequências negativas das quedas e pode estar presente sem a experiência efetiva de uma queda [16].

Ao associar-se a variável quedas com o perfil emocional, verificou-se a existência de associação ($p \leq 0,05$), sendo que os sujeitos que obtiveram *scores* indicativos de depressão (ligeira a moderada e grave), apresentam maior tendência para a ocorrência de quedas. A depressão é referida como um dos fatores de risco intrínsecos à ocorrência de quedas [10], sendo que os resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage), evidenciam níveis de depressão relativamente preocupantes. Dos sujeitos avaliados 39,8% apresentam depressão ligeira a moderada e ainda 12,4% indicam a presença de depressão grave. Como já foi referido anteriormente o sujeito idoso, depara-se com uma série de situações que o tornam mais vulnerável às depressões, como a diminuição do suporte sociofamiliar, perda de *status* ocupacional e económico, declínio físico e maior frequência de doenças físicas e incapacitantes [8]. Estando a depressão relacionada com o declínio funcional é um dado duplamente preocupante nesta população.

Estes dados revelam a importância de implementar um programa de prevenção de quedas nesta população. Este tipo de programas é também essencial, para que os idosos sejam capazes de identificar quais os fatores de risco intrínsecos e ambientais que favorecem a ocorrência de quedas. Este facto, alerta que no futuro estes sujeitos possam estar sobre o risco de vir a desenvolver dependências funcionais graves e precoces, restringindo as suas atividades diárias, devido às consequências físicas e psicológicas que surgem após a ocorrência de quedas.

De modo a responder à incapacidade das famílias, em providenciar um apoio adequado às diversas especificidades e necessidades das pessoas idosas, têm-se verificado nos últimos anos, um alargamento das redes existentes de apoio social a esta faixa etária. As respostas sociais organizadas são bastantes e diversificadas, cumprindo o papel de providenciar um apoio social adequado às necessidades do sujeito idoso e contribuindo para a redução da exclusão social, melhorando da qualidade de vida desta população.

A concretização deste estudo ofereceu um contributo para a descrição e exposição das reais necessidades destes utentes. As entidades competentes ficaram sensibilizadas para a necessidade de criar estratégias de intervenção efetivas, face aos problemas encontrados nesta população. De acordo com a avaliação realizada à amostra, identificou-se um número

significativo de sujeitos sem défices cognitivos e com elevados níveis de independência. Embora estes dados sejam francamente positivos, é essencial ressaltar para o facto de a grande maioria das pessoas se apresentar em risco de declínio funcional e cognitivo no futuro. Por outro lado, a avaliação do perfil emocional da amostra, permitiu identificar um número expressivo de pessoas com indícios de depressão. Estes resultados, permitiram perceber a necessidade em criar novas estratégias que potenciem a manutenção (e se possível a melhoria) das capacidades cognitivas, motoras e emocionais, dos utentes dos centros de dia das IPSS de Cascais. Para além disso é desejável implementar um trabalho em equipa multidisciplinar, com uma maior intervenção da área da saúde mental (psicólogos) e da área sensoriomotora (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala).

A Fisioterapia, através do Movimento, estabelece um elo de ligação importante entre o aumento da capacidade funcional do idoso e a diminuição do risco de queda. Além disso, numa perspetiva de promoção e educação para a saúde, permite que o idoso tome consciência dos riscos e aprenda a controlar os mesmos. Deste modo, o idoso passa a ter um papel ativo no controlo do seu medo de queda e da sua funcionalidade, aprendendo a reconhecer as suas limitações e a desenvolver as estratégias necessárias para que a manutenção de uma qualidade de vida, independente e dignificante seja uma realidade.

Para estudos futuros gostaríamos de adicionar à avaliação realizada outras variáveis tais como: uso de polimedicação, a avaliação da marcha, força muscular dos membros inferiores e o equilíbrio e perceber qual o impacto de cada uma dessas variáveis na ocorrência das quedas nesta população.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2007) Global report on falls prevention in older age.
2. Estatísticas Demográficas 2009. 2010, Instituto Nacional de Estatística, IP: Lisboa.
3. Active Ageing - A Policy Framework. 2002, World Health Organization.
4. Nitz, J. and S. Hourigan, Physiotherapy Practice in Residential Aged Care. 2004: Butterworth Heinemann - Elsevier.
5. Pinho, A., et al., Identificação dos factores predisponentes ao declínio funcional para a população idosa. *Essfisionline*, 2006. **2**(4): p. 24-37.
6. Compton, D.M., et al., Age-associated changes in cognitive function in highly educated adults: emerging myths and realities. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000. **15**(1): p. 75-85.
7. Mendes, R. and M. Perloiro, Selecção e caracterização de instrumentos de medida úteis à intervenção da Fisioterapia em idosos institucionalizados. *Essfisionline*, 2006. **2**(3): p. 3-25.
8. Ferreira, S., Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage) - Trabalho no âmbito da Formação Especializada em Geriatria e Gerontologia. 2005, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
9. Pereira, G., Terapia cognitiva da depressão no Idoso. *Revista Portuguesa de Geriatria*, 2003. **15**(15): p. 17-31.
10. Caeiro, M. and M. Gomes da Silva, Fatores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *Essfisionline*, 2008. **4**(1): p. 15-34.
11. Lord, S., et al., Falls in Older People - Risk factors and strategies for prevention. 2nd ed. 2011, Cambridge: Cambridge University Press.
12. Alvord, L.S., Falls Assessment and Prevention - Home, Hospital and Extended Care. 2008, San Diego: Plural Publishing Inc.
13. Rubenstein, L.Z., Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*, 2006. **35 Suppl 2**: p. ii37-ii41.
14. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 2011. **59**(1): p. 148-57.
15. NCC-NSC, N.C.C.f.N.a.S.C.-. (2004) Clinical practice guidelines for the assessment and prevention of falls in older people.
16. Wood, S., et al. (2010) Falls in older people.

17. Araújo, F., et al., Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2007. **25**(2): p. 59-66.
18. Shah, S. and S. Muncer, A comparison of rehabilitation outcome measures for traumatic brain injury. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 2003. **23**(1): p. 2-9.
19. Santos, A., et al., Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. *Re(habilitar) - Revista da ESSA*, 2005. **1**: p. 131-156.
20. Braekhus, A., K. Laake, and K. Engedal, The Mini-Mental State Examination: identifying the most efficient variables for detecting cognitive impairment in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1992. **40**(11): p. 1139-45.
21. Caeiro, M., et al., Evolução da função no idoso: Identificação dos fatores predisponentes e incidentes críticos com influência no declínio funcional - resultados preliminares. *Essfisionline*, 2008. **4**(2): p. 3-18.
22. Barreto, J., et al., Escala de depressão geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale de Yesavage, et al. 2003, Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências: Lisboa.
23. Fernandes, P., A Depressão no Idoso - Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. 2002, Coimbra: Quarteto Editora.
24. Paradela, E.M.P., R.A. Lourenço, and R.P. Veras, Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 2005. **39**(6): p. 918-923.
25. Barroso, V., Órfãos Geriátricos: Sentimentos de Solidão e Depressividade Face ao Envelhecimento - Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados. 2006, ISPA: Lisboa.

Apêndices

Quedas * Género

Quedas * Género Crosstabulation

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Quedas	sim	Count	166	38	204
		% within Quedas	81,4%	18,6%	100,0%
		% within Género	71,2%	46,9%	65,0%
	não	Count	67	43	110
		% within Quedas	60,9%	39,1%	100,0%
		% within Género	28,8%	53,1%	35,0%
Total	Count	233	81	314	
	% within Quedas	74,2%	25,8%	100,0%	
	% within Género	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,634 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	14,583	1	,000		
Likelihood Ratio	15,164	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	15,584	1	,000		
N of Valid Cases	314				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,38.

b. Computed only for a 2x2 table

Quedas * Medo de cair

Crosstab

			Medo de cair		Total
			sim	não	
Quedas	sim	Count	167	37	204
		% within Quedas	81,9%	18,1%	100,0%
		% within Medo de cair	69,9%	49,3%	65,0%
	não	Count	72	38	110
		% within Quedas	65,5%	34,5%	100,0%
		% within Medo de cair	30,1%	50,7%	35,0%
Total	Count	239	75	314	
	% within Quedas	76,1%	23,9%	100,0%	
	% within Medo de cair	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,583 ^a	1	,001	,001	,001
Continuity Correction ^b	9,700	1	,002		
Likelihood Ratio	10,262	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,549	1	,001		
N of Valid Cases	314				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Quedas * Depressão Yeasavage

Crosstab

			Depressão Yeasavage			Total
			Ausência de depressão	Depressão de ligeira a moderada	Depressão grave	
Quedas	sim	Count	87	90	27	204
		% within Quedas	42,6%	44,1%	13,2%	100,0%
		% within Depressão Yeasavage	58,0%	72,0%	69,2%	65,0%
	não	Count	63	35	12	110
		% within Quedas	57,3%	31,8%	10,9%	100,0%
		% within Depressão Yeasavage	42,0%	28,0%	30,8%	35,0%
Total	Count	150	125	39	314	
	% within Quedas	47,8%	39,8%	12,4%	100,0%	
	% within Depressão Yeasavage	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,227 ^a	2	,044
Likelihood Ratio	6,249	2	,044
Linear-by-Linear Association	4,292	1	,038
N of Valid Cases	314		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,66.