



ESTeSC
Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Coimbra



Politécnico de Coimbra

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA
MESTRADO EM FISIOTERAPIA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO CLÍNICA DO MOVIMENTO**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL E DO RISCO DE QUEDA
DOS RESIDENTES ADULTOS COM 65 OU MAIS ANOS DE IDADE
DA ILHA DE SANTIAGO - CABO VERDE**

Aleida Raquel Correia dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Anabela Correia Martins

COIMBRA, 2022

Encontro

Kada passo é un grande encontro

Entre pé e txon (entre dós korpo Ki nen sempri é de almas)

Ou un grande paragen

Si bu fica na mesmo kau (lugar), Ntom és encontro e desencontro

Ki ta fazeu ba mas pa frente

Pa ser mas faxi, Ten ki ten mas despedidas, sen txau, Mas oi sen fla "prazer"

Pa ser mas txeu, Bu ten ki sabi fla un "oi" branco e preto

Dispide sen spera volta, sen lembra na dor

Pegando na dor, És encontro ka ta falta, ATÉ ki vida passa

Ku felicidade, Alvez é ta escassa, Ou faxi é ta passa

Ou prende ku caneta, Un grande encontro

Ki ta começa, ta divide, Ta da pausa, ta kontinua

Ta despide, ta afirma, Ta purgunta, ta poi fin

Um ponto, um encontro caloroso entre o papel e a caneta

Ou um eterno desencontro entre duas almas.

Ruben M. Cardoso

Resumo

Introdução: Mundialmente, o crescimento do envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais significativos do século XXI e que acarreta consigo implicações sociais, económicas, políticas e de saúde. O envelhecimento ativo tem como objetivo o aumento da expectativa de vida ativa, com qualidade independente da idade. As quedas e as consequentes lesões são problemas de saúde graves para os idosos. **Objetivos:** Avaliar os fatores de risco de queda, autoeficácia para o exercício e fatores ambientais dos idosos cabo-verdianos com idade igual ou superior aos 65 anos da ilha de Santiago. **Material e métodos:** Estudo exploratório, de base populacional, e de desenho transversal. A população alvo é constituída por pessoas com idade igual ou superior aos 65 anos domiciliada nos concelhos da ilha de Santiago. Com uma amostra total $n = 326$ obtida no final da pesquisa. **Instrumentos de medida:** Foram aplicados questionários para recolha de dados sociodemográficos e antropométricos, autoeficácia para o exercício, questões relacionadas com a história de quedas e fatores de risco, perceção de saúde, e quatro testes funcionais. **Procedimentos:** A recolha de dados foi realizada de 29 de março a 1 de maio de 2021 e todos os critérios de inclusão e exclusão foram respeitados. **Análise estatística:** Os dados foram analisados no *software* estatístico SPSS, versão 22. Para análise de dados foi feita as estatísticas descritivas simples, como frequências, percentagens e também as medidas de tendência central e de dispersão. Para a análise das conclusões do estudo a partir dos dados foi utilizado os testes: Anova; o Qui quadrado e o teste *t-student*. **Resultados:** Pode-se dizer que os cabo-verdianos residentes na ilha de Santiago – Cabo Verde – têm um alto desempenho físico. Análise de correlação bivariada constatou-se que existe correlação entre todos os testes da capacidade funcional com a idade, já em relação ao sexo não há diferença estatisticamente significativa. **Conclusões:** Tendo em vista os aspetos observados é imprescindível que, diante dos argumentos expostos, todos se conscientizem de que envelhecimento não significa doença e muito menos motivo para ficar parado, ou então perda de autonomia para tomada de decisão ou de participação social e familiar. É importante conscientizar os nossos idosos de que a solução para maior parte dos problemas de saúde não está nos medicamentos e sim no movimento do corpo.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento ativo, queda, capacidade funcional, fatores de risco.

Abstract

Introduction: Worldwide, the growth of population aging is one of the most significant phenomena of the 21st century, and one that carries with it social, economic, political, and health implications. Active aging aims to increase active life expectancy, with quality regardless of age. Falls and the resulting injuries are serious health problems for the elderly.

Objectives: To assess risk factors for falls, exercise self-efficacy, and the functional capacity of Cape Verdean elderly aged 65 years or older. **Material and methods:** Exploratory, population-based, cross-sectional study. The target population is made up of people aged 65 or over, domiciled in the municipalities of the island of Santiago. With a total sample $n = 326$ obtained at the end of the survey. **Measurement instruments:** Questionnaires were applied to collect sociodemographic and anthropometric data, exercise self-efficacy, questions related to the history of falls and risk factors, health perception, and four functional tests. **Procedures:** Data collection was carried out from March 29th to May 1st 2021 and all inclusion and exclusion criteria were respected. **Statistical analysis:** Data were analyzed using the statistical software SPSS, version 22. Simple descriptive statistics such as frequencies, percentages and measures of central tendency and dispersion were used for data analysis. To analyze the conclusions of the study from the data, the following tests were used: ANOVA; the chi square and the t-student test. **Results:** It can be said that Cape Verdeans residing on the island of Santiago – Cape Verde – have a high physical performance. Bivariate correlation analysis showed that there is a correlation between all tests of functional capacity with age, but in relation to sex there is no statistically significant difference. **Conclusions:** In view of the observed aspects, it is essential that, in view of the above arguments, everyone is aware that aging does not mean disease and much less a reason to stand still, or loss of autonomy for decision-making or social and family participation. It is important to make our seniors aware that the solution to most health problems is not medication, but body movement.

KEYWORDS: Active aging, falls, functional capacity, risk factors.

Agradecimentos

Agradeço a Deus porque sem a sua graça nada seria possível, por toda sabedoria e por toda força que me deu para ultrapassar esta fase tão decisória para minha vida.

Agradeço a professora Doutora Anabela Correia Martins por toda orientação, pelo ensinamento, pela paciência, dedicação e especialmente por aceitar-me como sua orientanda. Teve um papel crucial na coparticipação da criação e desenvolvimento deste projeto e por me guiar durante todo o processo envolvido.

Agradeço à minha mãe Emanuela dos Santos e ao amor incondicional por me ensinar a nunca desistir por mais árdua que seja a caminhada, por estar sempre do meu lado a me incentivar e apoiar o meu crescimento profissional. Tenho tanto orgulho e admiro muito pela mulher que ela é, agradeço mais uma vez por ser a minha Estaticista e pelo excelente trabalho de estatística que fez desde início da elaboração do plano da amostra, da coleta até à análise dos dados, permanecendo sempre ao meu lado. Gratidão é pouco por tudo que fizeste e fazes por mim e para que esse trabalho saísse impecável e mama *nkre txeu* e obrigada pela paciência. Essa conquista também é sua.

Agradeço também a minha prima Lúcia Tavares (Pérola) sinceramente nem sei o que falar e nem por onde começar, mas uma coisa é certa Esse Diploma também é seu. Eternamente grata por teres me apoiado desde o início até a agora, obrigada por sempre estar do meu lado, por nunca me deixares desistir (embora no fundo não fosse capaz de abrir mão de um sonho assim tão fácil). Esses 2 anos não foram fácil (só Deus e tu sabes o quão difícil foi que me acompanhou de perto toda a minha luta). Obrigada pelo suporte em todo sentido (desde emocional ao financeiro), pelas noites mal dormidas do meu lado, pelos conselhos, pela paciência e principalmente por me ouvires sempre. Literalmente sem o seu auxílio nada disso seria possível se concretizar e és bastante especial para mim.

Agradeço à minha família em geral que de uma forma ou de outra sempre me apoiou, em especial ao meu irmão Rafael dos Santos, aos meus tios Victor e Dani, a minha prima Chris, Tia Josefa, Tio Nuno e a família Linda “Sabes bem” (especial ao meu sobrinho Gabriel) que me acolheu em Lisboa, serei sempre grata por tudo que fizeram por mim durante essa fase.

Agradeço também aos colaboradores que me ajudaram na recolha de informações durante a pesquisa (Assistente social Sara, Luana, Ruizinho, Madai, meus primos Jovane e Zidane, Prof. Vanusa, Elvis, Tailine, Héber, Evandra, Clínica Dermoclin e Camara Municipal de São Domingos) em especial Aleida, Jamir, Patrick, Jussara, Wilma, Ivandra pela ajuda, pelo suor e esforço dado durante 1 mês de coleta à volta da Ilha de Santiago, pelas brincadeiras, conversas e por me suportar nos dias de estresses que não foram fáceis. Sem vocês esse trabalho não teria o mesmo resultado.

Agradeço aos meus amigos de Cabo Verde, de Coimbra (casa Nhu Manel), em especiais àqueles que estão comigo na batalha desde começo até agora que torceram e estiveram do meu lado além da barreira universitária, “Spice Girls” (em especial a Taíse – Kodé), John, Adjiff, Anícia, Adélcia, Dânia, Paulo, Alessandra, Patrícia.

Agradeço as minhas professoras de Licenciatura da UFPB (Universidade Federal da Paraíba – Brasil) Prof. Dra. Karen Lúcia de Araújo Freitas Moreira (um dos profissionais de saúde na qual aprendi muito, e que me inspira desde sempre a ser esse profissional que sou. Grata por todo apoio e conselhos durante e depois da graduação.) e Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro por todo ensinamento, por me ensinarem a ser essa Fisioterapeuta que tem uma visão geral e humana perante os pacientes, e principalmente pela recomendação que possibilitou a minha inscrição no ESTESC – IPC.

Agradeço aos meus professores do mestrado, eles que foram pessoas essenciais para minha formação por saber compartilhar as experiências, os conhecimentos e os ensinamentos adquiridos ao longo dessa jornada. E colegas de turma em especial Thamyres Mourão, Layane Thalita e Jeane Vigna.

Por último e não menos importante vai o meu agradecimento ao estabelecimento ESTESC – IPC, e ao setor de apoio social por ter-me dado à oportunidade de realizar o meu tão desejado sonho de ser Mestre em Fisioterapia.

Dedico essa minha conquista a memória do meu pai Rolando Moniz dos Santos.

Índice geral

Resumo	4
Abstract	5
Agradecimentos	6
1. Introdução	11
1.1 Envelhecimento vs Envelhecimento ativo	11
1.2 Demografia e epidemiologia a nível mundial relacionada com o envelhecimento e queda	13
1.3 Problemática das quedas a nível mundial, e os fatores de risco de queda	16
1.4 Relação entre autoeficácia para o exercício físico e mudança de comportamento para prevenir quedas	18
1.5 Recomendações da OMS: estratégias de prevenção de quedas em idosos na comunidade	19
1.6 O progresso do modelo de saúde em Cabo Verde e o impacto económico no envelhecimento	19
2. Justificação do estudo	22
2.1 Objetivos gerais	22
2.2 Objetivos específicos	22
3. Material e métodos	24
3.1 Desenho de estudo	24
3.2 Plano de amostragem	24
3.2.1 População alvo e Dimensão da Amostra	24
3.2.2 Métodos de seleção dos idosos	26
3.3 Instrumentos de medida	26
3.4 Procedimentos	29
3.5 Análise estatística	29
4. Resultados	30
5. Discussão dos resultados	42
6. Limitações do estudo	52
7. Recomendações para o futuro	52
8. Conclusões	54
9. Referências	55
10. Apêndice	59
11. Anexos	62

Índice de tabelas

Tabela 1: Número de amostra por concelho, ilha de Santiago	25
Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao Sexo, idade e IMC (N=326)	30
Tabela 3: Grupo etário por sexo; (n° e %)	30
Tabela 4: Caracterização da variável autoeficácia para o exercício	31
Tabela 5: Caracterização por Lugar da queda (n=98)	32
Tabela 6: Queda nos últimos 6 meses segundo o grupo etário dos idosos	32
Tabela 7: Queda nos últimos 6 meses por sexo	33
Tabela 8: Queda nos últimos 6 meses relativo a problemas de visão por sexo	33
Tabela 9: Caracterização de amostra quanto aos fatores de riscos relacionado a queda (frequência em cair, uso de medicação, uso de auxiliares da marcha, dependência em levantar da cadeira, prática de exercício físico, hábitos alcoólicos, condições de saúde e medo de cair)	34
Tabela 10: Sentir medo de cair dos inquiridos por sexo	35
Tabela 11: Sentir medo de cair segundo o uso de auxílio de marcha	35
Tabela 12: Sentir medo de cair segundo a queda nos últimos 6 meses	35
Tabela 13: Perceção de saúde por medo de cair	36
Tabela 14: Perceção de saúde por sexo	37
Tabela 15: Caracterização de amostra quanto à capacidade funcional, medida pelos testes 10m VM, FPM, TUG e 30s STS, por grupo etário	38
Tabela 16: Capacidade funcionais, medida pelos testes 10 metros VM, FPM, TUG e 30S STS, por Sexo	38
Tabela 17: Teste Capacidade Funcional correlacionado com a idade	39
Tabela 18: Capacidade funcional da amostra, por sexo	40
Tabela 19: Diferença da média entre as variáveis da capacidade funcional	40
Tabela 20: Avaliação da correlação de perceção de saúde com a capacidade funcional e as suas significâncias por grupos	41

Lista de siglas, acrónimo

10m VM – Teste 10 metros de velocidade de marcha

30s STS – Teste 30 segundos Sit To Stand

AAS – Amostragem Aleatória Simples

AIVDs – Atividades instrumentais da vida diária

ANOVA – Análise da variância

ASHT – American Society of Hand Therapists

ASSH – American Society for Surgery of the Hand

AVDs – Atividades da vida diária

CV – Coeficiente de variação

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CEDEAO – Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

DP – Desvio Padrão

E – Erro amostral

ESTESC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

FPM – Força de Preensão Manual

IMC – Índice de massa corporal

INPS – Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social

IPC – Instituto Politécnico de Coimbra

M – Média

MSSS – Ministério da Saúde e da Segurança Social

NICE – National Institute of Clinical Evidence

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OOAS – Organização Oeste Africana da Saúde

PENEASI – Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso

PVC – Polyvinyl Chloride

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TUG – Teste Time Up & Go

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

Vs - Versus

1. Introdução

1.1 Envelhecimento vs Envelhecimento ativo

Mundialmente, o crescimento do envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais significativos do século XXI e que acarreta consigo implicações sociais, económicas, políticas e de saúde. Posto isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que é preciso reconhecer o direito e o dever que essa população tem em participar continuamente de decisões acerca de aspetos estruturais do meio em que vive (Souza et al., 2021; Massi et al., 2018; & Sousa et al., 2018).

Cabo Verde, da perspetiva de sustentabilidade económica, é visto como um dos países mais vulneráveis a nível mundial, mesmo sendo considerado um país de desenvolvimento médio, de acordo com a Estratégia para o Desenvolvimento da Proteção Social. Diante disso, pode-se dizer que para suprir as novas demandas do envelhecimento da população cabo-verdiana, requer respostas diferenciadas das políticas sociais juntamente com a coparticipação da sociedade e o estado (Ministério da Saúde, 2017).

A feminização da velhice é um fenómeno que acompanha o envelhecimento populacional, que apesar da longevidade tem pior qualidade de vida quando assemelhadas aos homens, de modo a obter menor proteção, maior número de doenças crónicas, incapacidades, impactos contínuos e cumulativos na vida social e económica. No que tange aos homens, a rede de apoio social dos homens idosos fica mais limitada, o que os torna mais vulneráveis socialmente, então uma das preocupações se relaciona à necessidade de promoção da cultura do autocuidado (Sousa et al., 2018).

Determinados pela Organização das Nações Unidas (ONU) assumem como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, tendo em vista o engajamento social do idoso, fundamentada no reconhecimento dos direitos dos idosos e nos princípios de independência, participação, autonomia, dignidade, assistência e autorrealização (Massi et al., 2018).

A OMS, adotou o termo envelhecimento ativo como “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.” (WHO, 2002, p.12). De acordo com a abordagem da OMS, envelhecimento ativo e bem-sucedido é considerado de carácter multidimensional, por abranger não só a participação

económica, tais como o envolvimento em atividades sociais, culturais, de lazer, proporcionando-lhes proteção, segurança e assistência contínuas de saúde físicas e mentais ao longo da vida (WHO, 2002 & Sousa et al., 2018).

O envelhecimento ativo tem como objetivo o aumento da expectativa de vida ativa, com qualidade independente da idade. Esclarecendo que tal termo não se refere à força física de trabalho, mas à participação social do idoso, apontando para uma nova conceção sobre a velhice (Souza et al., 2021; Massi et al., 2018).

Entretanto a OMS identificou três pilares essenciais desse novo paradigma e aplica-se tanto a sociedades como a indivíduos: a saúde, a participação e a segurança. Esses pilares abrangem saúde mental, participação ativa na sociedade e aprendizagem ao longo da vida, responsabilizando o idoso a procurar manter-se ativa e empenhar-se no seu bem-estar (António, 2020 & Sousa et al., 2018).

Contudo um idoso para ter uma vida ativa, tem que ter em consideração sua capacidade funcional, seu grau de independência e autonomia. Assim, as políticas públicas, os programas e os projetos destinados ao bem-estar dessa população são condições necessárias à manutenção de uma vida ativa (Souza et al., 2021 & Sousa et al., 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), no contexto cabo-verdiano, a cultura territorial acredita que o envelhecimento “natural” vem acompanhado de doenças e limitações. De certa forma, tal comportamento explica a fraca e lenta procura de cuidados de saúde por idosos e familiares. Assim, é preciso reconhecer que a família, a sociedade e o Estado são responsáveis pelo apoio à pessoa idosa, uma vez que envelhecer em Cabo Verde para diversos grupos, como um morador da zona rural, um servidor público ou uma vendedeira ambulante são experiências muito diversas, que demandam respostas diferentes das políticas públicas.

O envelhecimento é focalizado por uma ótica negativa, atrelada ao saber biomédico, que se fundamenta em uma visão biológica e mecanicista do ser humano, de forma geral cria estereótipos discriminatórios à volta do processo de envelhecimento e afasta o idoso de um convívio social e familiar (Massi et al., 2018).

É importante salientar que o envelhecimento da população é uma das maiores conquistas da humanidade e também um dos grandes desafios, sendo assim, a sociedade tem que redobrar

a atenção dada a essa população, tentando resolver os problemas que sucede, preservando a sua autonomia, seja na vida ativa, social, financeira, política, profissional ou familiar, pois a redução da capacidade funcional não deve definir o envelhecimento (Guapo, 2016).

Sendo que o envelhecimento, como um processo contínuo e transversal, exige intervenções multidimensionais e multissetoriais interligadas que alcancem os serviços de saúde e as coordenadas entre os diferentes organismos governamentais e não governamentais. Portanto, os sistemas de saúde devem estar centrados na pessoa e nas suas necessidades, de maneira integral, continuado, intersectorial e intergeracional, conforme o nível funcional, de modo que os indivíduos tenham acesso a cuidados preventivos, assistenciais e de reabilitação que melhorem sua capacidade funcional e sua participação na sociedade (Ministério da Saúde, 2017).

Uma das grandes contribuições e desafios na atenção à pessoa idosa é cooperar com a intenção de ver esta população redescobrir possibilidades de manter uma vida com qualidade, autonomia e independência, contudo, conforme a sociedade consegue reconhecer o valor e as potencialidades da mesma, mais aumentam essas possibilidades (Pinho et al., 2012).

1.2 Demografia e epidemiologia a nível mundial relacionada com o envelhecimento e queda

As projeções sobre o envelhecimento populacional no mundo foram apresentadas no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, desenvolvido pela OMS em 2015, apontando que o número de pessoas com idade superior aos 60 anos duplicará até o ano de 2050, e que a queda será um dos problemas de saúde da população idosa mais significativa (Pena, 2019).

Esse processo de mudança da estrutura etária da população introduz novas demandas sanitárias, sociais e de previdência social e deve ser reconhecido e considerado no planeamento de todas as políticas do país. Ao pensar um Plano Estratégico relativo ao envelhecimento da população cabo-verdiana, cabe identificar e otimizar os recursos disponíveis, reconhecer as lacunas existentes e atuar de modo coordenado e integrado para superá-las, sempre considerando o contexto sociodemográfico e cultural de cada ilha e do país. Ao analisar o contexto, serão consideradas as mudanças demográficas e

epidemiológicas, bem como questões socioeconómicas e culturais que interferem na prestação de serviços de saúde à população (Ministério da saúde, 2017).

Em concordância com Lima (2018), o relatório final da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) revela que a população de Cabo Verde é de 545.993 habitantes, sendo que as pessoas com 65 anos ou mais de idade compreendem 5,4% do total, com 28.597 idosos. A população urbana constitui 65,5% da população, sendo 1,99% o aumento ao ano. A capital Praia estava com 145 mil habitantes em 2014. A população feminina é superior à população masculina, exceto em 2015 em que os homens representaram a metade da população residente. Em relação aos grandes grupos etários e sexo, verifica-se que em 2015 o número de jovens (0 a 14 anos de idade) foi de 154.232, ou seja, 29,4% da população residente. Entre 15 e 24 anos, 104.771 jovens compreendem 20,0% do total da população, e dos 25 aos 64 anos o valor estimado foi de 237.235 (45,2%). A distribuição desigual da população tem reflexos diretos em todas as ações governamentais, não apenas em saúde.

Segundo o estudo realizado pela Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS, 2018), a população da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), bem como no resto do mundo, envelhece rapidamente, ou seja, mais de 30% da população de idosos em África, dos quais uma boa parte na África subsaariana. De facto, a população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos mais do que triplicará até 2050, passando de 16 milhões em 2017 para mais de 53 milhões em 2050. Por ter uma taxa de crescimento elevada do número de idosos na região, os sistemas de saúde bem como a comunidade ou a família não parecem dispor de medidas ou condições apropriadas para o tratamento eficaz desses problemas pois, geralmente são negligenciadas pelas políticas públicas.

Na contemporaneidade, de acordo com Ministério da Saúde (2017), o Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso (PENEASI) revela que os dados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2014) em Cabo Verde do ponto de vista demográfica 7,8% da população já é considerada idosa. Em 2017, entre os muito idosos (80 anos ou mais), este indicador foi de 58,4 homens para cada 100 mulheres e, em 2030, a projeção é de 54,3 homens para cada 100 mulheres (INE, 2017). Pode-se notar que até 2030, enquanto a população mais jovem (até 19 anos) declinará de 21%, ao mesmo tempo, a população maior de 40 anos aumentará 39% e a idosa (60 anos e mais) será aquela com taxa de crescimento maior (50%).

Ao decorrer dos anos os dados apontam que as mudanças demográficas notáveis têm ocorrido nas idades extremas, com redução da população com menos de 15 anos e aumento das pessoas de 65 anos ou mais, o que consequentemente faz com que haja ajustes as políticas públicas, visto que, com o aumento da população idosa, ocorrem mais aposentadorias e menos arrecadação para o sistema previdenciário. Surgindo assim a regulamentação políticas públicas em prol dos direitos dos idosos (Souza et al., 2021).

A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano, e estima-se que, em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais existentes no mundo, o que corresponde a 13% da população total (Sousa et al., 2018).

Nos últimos decênios têm acontecido profundas transições demográficas em Cabo Verde, assim como em outros países, caracterizadas pelo acréscimo da longevidade da população idosa, com predominância das mulheres, e pela diminuição da natalidade e da população jovem. De acordo com o INE (2010), a população com mais de 65 anos de idade no ano de 2000 era de 37 116 pessoas e em 2010 era de 37 815 pessoas, no qual 7,7% representa a população residente, desta percentagem em cada cem idosos, 31% representa algum tipo de deficiência que dificulta a mobilidade, 43,3% representa problemas de visão, 23,3% são pessoas com deficiência auditiva e 11% encontram-se em situação de dependência (Ministério da Saúde, 2017).

As quedas e as consequentes lesões são problemas de saúde graves para os idosos. Nos países ocidentais, cerca de um terço das pessoas com idade igual ou superior aos 65 anos cai uma vez anualmente e, aproximadamente, metade desse valor sofre duas ou mais quedas. Essa frequência é menor nos países orientais, nos quais cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao ano e apenas 7,2% caem de forma recorrente. Esse evento constitui a sexta causa de morte entre pessoas acima de 65 anos, e os resultados não fatais incluem os danos físicos, medo de cair novamente, incapacidade funcional e institucionalizações (Martins et al., 2018; Pinho et al., 2012).

Nos Estados Unidos, acidentes e lesões não intencionais ocupam o quinto lugar entre as causas de morte na população idosa, sendo as quedas responsáveis por dois terços destas. Dentre os idosos americanos que vivem na comunidade, cerca de 28-40% cairão pelo menos uma vez, no período de um ano (Oliveira et al., 2014).

A ocorrência de quedas no Brasil não é muito diferente dos padrões observados em outros países. Aproximadamente 30-40% dos idosos brasileiros, residentes na comunidade, caem ao menos uma vez por ano, enquanto 11% caem de forma recorrente (Oliveira et al., 2014).

Idosos que já sofreram uma queda apresentam risco entre 60 e 70% de cair novamente no ano subsequente e 20% desses idosos vão a óbito dentro de um ano. A prevalência aumenta para 50% após os 80 anos, sendo que as mulheres apresentam maior risco de cair que os homens. Essa diferença pode ser explicada pela maior fragilidade, prevalências de doenças crônicas, longevidade das mulheres em relação aos homens e consumo de medicações. Embora a maioria das quedas não resulte em lesões graves, aproximadamente 5% das quedas em idosos residentes na comunidade resultam em fraturas ou hospitalização (Fioritto et al., 2020; Oliveira et al., 2014).

1.3 Problemática das quedas a nível mundial, e os fatores de risco de queda

Em concordância com Fioritto et al. (2020), as quedas são a segunda causa mais comum de morte entre idosos no mundo, no qual representam uma complexa síndrome geriátrica, de natureza multifatorial, passível de prevenção e associada à morbimortalidade o que a torna um grande problema de saúde pública. Por se tratar de uma condição multifatorial inclui fatores relacionados ao próprio indivíduo, ao estilo de vida, ao meio ambiente e às condições socioeconômicas.

A queda pode ser definida como uma mudança inesperada e não intencional de posição, que leva inadvertidamente o indivíduo a um nível inferior. Devido a sua repercussão na saúde dos idosos, a queda é considerada um evento limite, pois em geral está associada à fragilidade, dependência, institucionalização e morte. A identificação do perfil de idosos que apresentam risco de queda aumentado é de extrema importância para a saúde pública, já que sua ocorrência está relacionada a altas taxas de morbimortalidade, além do elevado custo social e econômico, visto que, poderá auxiliar gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações preventivas e de promoção da saúde, reduzindo as morbimortalidades relacionadas com quedas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessa população (Oliveira et al., 2014; Fioritto et al., 2020).

História das quedas é um preditor de futuras quedas, por isso é considerado um fator de risco importante, principalmente, por estar correlacionado à redução da força, da velocidade da

marcha, e desequilíbrio dos membros inferiores. Em conformidade com alguns estudos, os idosos com um ou mais históricos de quedas apresentam riscos 3 vezes superiores de cair novamente do que aqueles sem histórico. Sendo assim, além das lesões físicas, a queda pode trazer consequências psicológicas. O medo de sofrer uma nova queda faz com que os idosos restrinjam suas atividades diárias, contribuindo assim para o aumento da inatividade e o declínio da capacidade funcional (Martins et al., 2018; Oliveira et al., 2014).

Entretanto, existem poucos estudos que se dedicam à investigação do risco de queda e os fatores associados em idosos comunitários. As maiores partes das quedas resultam de uma interação complexa entre diversos fatores de risco classificados em intrínsecos e extrínsecos (Fioritto et al., 2020; Oliveira et al., 2014). Os fatores extrínsecos dependem dos obstáculos ambientais em que o idoso não pode atravessar e estão presentes em aproximadamente 30-50% das quedas, ou situações sociais de risco (piso escorregadio, tapetes soltos, objetos em áreas de circulação, ausência de barras de apoio e corrimãos, móveis instáveis e iluminação inadequada); e os fatores intrínsecos são decorrentes de alterações fisiológicas que são as principais causas das quedas em pessoas idosas, correlacionadas ao envelhecimento, uso de medicamentos, problemas de saúde como queixas de tontura, fraqueza muscular, depressão, e alterações da marcha, que por sua vez, podem prejudicar a capacidade de manter o equilíbrio (Gai J et al., 2010; Oliveira et al., 2014).

Os perigos ambientais em casa com maior probabilidade de favorecer a queda estão relacionados com a iluminação, a altura da cadeira e da cama, as superfícies do chão, sendo componentes essenciais dos programas de prevenção de quedas. As condições de saúde conexas ao processo de envelhecimento são variadas e podem contribuir para o aumento do risco de queda como comprometimento na acuidade visual, desenvolvimento de cataratas, glaucoma, degeneração macular e outras condições. Portanto, outras doenças também têm um efeito significativo nas taxas de quedas em idosos, tais como as deficiências nos sistemas musculoesquelético, sensorial e vestibular, hipertensão, e doença de Parkinson, que conduzem a défices na manutenção da estabilidade postural e de equilíbrio (Martins et al., 2018).

Idosos com idade igual ou superior aos 65 anos devem exercitar de maneira diversificada e integral a atividade física e, de acordo com o tempo de prática e as recomendações feitas pelos profissionais da saúde, podem aumentar a intensidade. Praticar atividade física nessa

idade contribui para prevenir quedas e lesões relacionadas a quedas, deterioração da saúde óssea e da capacidade funcional (Bull et al., 2020).

O medo de cair é constituído por três diferentes elementos: o cognitivo, fisiológico e o comportamental, ligado à ocorrência de quedas, não sendo um resultado automático, já que este medo pode ser desenvolvido pelas pessoas com ou sem história pregressa de queda, desencadeando restrição de atividades, limitação da capacidade física, isolamento social, menor percepção do estado de saúde física, menor qualidade de vida e maior institucionalização (Pena, 2019; Martins et al., 2018).

A auto percepção do estado de saúde geral é uma medida válida, subjetiva com uma boa confiabilidade, fácil aplicação, em que abrange vários aspetos da saúde física, da cognição e da capacidade funcional de um indivíduo. Os idosos com medo de cair também percecionam piores perfis de saúde. Nesse sentido, é importante identificar fatores de risco, conhecer a vulnerabilidade, e investigar estratégias que possam melhorar a autonomia, e a independência dos adultos mais velhos residentes na comunidade (Guapo, 2016).

1.4 Relação entre autoeficácia para o exercício físico e mudança de comportamento para prevenir quedas

A confiança que uma pessoa tem para concretizar determinado comportamento designa-se de autoeficácia, sendo que, é considerado um fator psicológico crucial e moderador da capacidade física ou funcional na participação e qualidade de vida, capaz de permitir às pessoas desenvolverem a percepção necessária para obter o seu próprio bem-estar (Martins et al., 2018; Martins & Ribeiro, 2008). Mediante os trabalhos de Bandura (1977, 1982) no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem Social, deu-se a Teoria da Autoeficácia, em que, a motivação e o comportamento são determinados pela perspetiva dos acontecimentos. Em geral, a investigação tem demonstrado correlação entre as crenças de autoeficácia e as mudanças no comportamento, assim como com determinadas medidas de resultados, concluindo que esta variável é um excelente preditor mais consistente das mudanças do comportamento. A saúde pode afetar a autoeficácia de duas maneiras distintas. Primeira, através da execução de comportamentos que influenciam a saúde por fim, melhores perfis de participação social. Segunda, por meio da resposta fisiológica frequente de *stress*, a qual,

quando ocorre de forma intensa ou por longos períodos, afetando uma ampla área de domínios da saúde (Martins & Ribeiro, 2008).

1.5 Recomendações da OMS: estratégias de prevenção de quedas em idosos na comunidade

É recomendado pela OMS que os adultos devem praticar a atividade física aeróbica de intensidade moderada pelo menos 150–300 min por semana, e a atividade física aeróbica de intensidade vigorosa pelo menos 75–150 min por semana, e caso tencionar obter melhores benefícios para a saúde, e conciliar a atividade física de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana. A prática da atividade física multicomponente (combinações de equilíbrio, força, resistência, treinamento funcional e marcha) realizado 3 vezes ou mais dias por semana, proporciona benefícios adicionais à saúde (Bull et al., 2020).

1.6 O progresso do modelo de saúde em Cabo Verde e o impacto económico no envelhecimento

Na década 1990, a economia cabo-verdiana torna-se numa das raras da região subsaariana com um aumento económico significativo com uma taxa média de 6,1% ao ano e de 5,4% entre 2010 e 2011. Contudo, a dependência comparativamente a ajuda externa que Cabo Verde recebe faz com que a economia cabo-verdiana seja estruturalmente vulnerável, incluindo o apoio à manutenção da paridade fixa entre o escudo cabo-verdiano (ECV) e o euro, valendo 1 euro 110, 265 ECV (Rodrigues, 2014). Entre 2010 e 2030, o cenário demográfico puro relacionado aos cuidados em saúde quando analisado revela uma projeção da evolução das despesas da ordem de 1,49% a mais do PIB (Ministério da Saúde, 2017).

A evolução do sistema de saúde de Cabo Verde aconteceu mediante três modelos diferenciados: durante a colonização, até 1975, em que se deparou com um sistema de saúde desorganizado e mal definido; um sistema de saúde estritamente estatal marcado pela restrição da liberdade de escolha, até 1991; e por último, atualmente vigora o sistema de saúde composto com autonomia do exercício privado da medicina (Delgado, 2009).

As duas instituições de carácter público administram o Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em que assimilam aos modelos de Estado de bem-estar e social por ter um carácter universal e tendencialmente gratuito, entretanto precisam de investimentos na promoção da saúde e no envelhecimento

ativo, tal como uma reestruturação no eixo estratégico fundamental para o desenvolvimento socioeconómico do país, pois se encontram um pouco descentralizado. Destarte, 75% do financiamento das despesas com cuidados de saúde em Cabo Verde são administrados pelas entidades públicas (Rodrigues, 2014).

O aumento da prevalência e incidência das doenças crónicas (em especial as cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes) concomitantemente com o envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis vem acareando o Sistema de Saúde de Cabo Verde caracterizado por vários desafios à Saúde da pessoa idosa. A garantia de direitos sociais à pessoa idosa por intervenção da aprovação do artigo 76º da Constituição da República (2010), e a Carta de Política Nacional para a Terceira Idade (Resolução Número 49/ 2011); “os idosos tem direito à especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos” foi uma conquista muito relevante, de modo criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Ministério da Saúde, 2017).

O sistema é desafiado para assistir de modo equitativo, integrado e integral a uma porção considerável de população, incluindo rural, que não possui condições para suportar minimamente os custos com a saúde. Dessa forma, a despesa de saúde é afetada pelo envelhecimento da população, precisamente porque os idosos requerem de serviços de saúde bem mais que os jovens e o rendimento em Cabo Verde geralmente são menores do que a média (Jiménez, 2013).

Conforme Ministério da Saúde (2017), o PENEASI revisto e validado pelo Núcleo de Apoio Técnico ao Programa do Idoso e parceiros do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS) o contexto económico favorável que os países desenvolvidos têm propiciou o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, por meio da ampliação do sistema de proteção social o que contribuiu no processo envelhecimento que se deu de maneira progressiva. Em contrapartida nos países em desenvolvimento, a ampliação do sistema de proteção social para toda faixa etária, especialmente para os idosos teve sérias complicações visto que o envelhecimento se deu de maneira intenso e acelerado.

A esperança média de vida das pessoas dos países desenvolvidos aumentaram devido a essa mudança demográfica institui uma referência específica para a análise dos fatores relacionados a propensão crescente da procura e da oferta de cuidados de saúde, diante disso

justifica a preocupação dos políticos e dos mercados trazendo desafios para as sociedades e as economias (European Commission, 2012).

No que lhe concerne, o projetado acréscimo em 50% dos idosos, no mesmo período, certamente afetará todo o sistema de cuidados de saúde em Cabo Verde e terá reflexos nas outras políticas do país. A tendência crescente da procura de cuidados de saúde exerce uma pressão sobre as finanças do setor, sustentado pelo envelhecimento da população. No entanto, para a população cabo-verdiana, os decisores políticos, o governo, e o controlo futuro das despesas com cuidados de saúde depende para as melhorias no estado da saúde da população cabo-verdiana, no sentido de promover e prolongar o ciclo de vida ativa e saudável, como também de evitar internamentos hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, reorientar os serviços e os cuidados nas comunidades para atuar em rede e otimizar os recursos existentes. Apesar disso, existe uma limitação crucial devido a escassez dos dados fragmentados por grupo etário para obter uma compreensão sobre a realidade da saúde dos idosos cabo-verdianos e o orçamento das ações para esta população representa. Perante essa circunstância desafiador, é imprescindível e imediato criar um banco de dados que contenha as despesas com cuidados de saúde per capita, por sexo e grupo etário, de maneira a propiciar a execução de mais pesquisas e/ou relatórios que favoreçam a verificação acerca da procura, da oferta e da qualidade dos cuidados com saúde em Cabo Verde. Há que se considerar ainda como a população percebe o envelhecimento do ponto de vista cultural (Ministério da Saúde, 2017).

2. Justificação do estudo

Ultimamente tem tido repercussão a nível mundial relativamente à queda, tanto no setor da saúde como no setor económico. Diante disso, torna-se importante identificar as complicações desencadeadas na saúde do idoso e investigar os fatores de risco, de modo desenvolver intervenções adequadas para o planeamento de ações preventivas, sejam essas de carácter primário, secundário ou terciário.

A procura elevada por parte dos idosos por serviços de fisioterapia em Cabo Verde, principalmente na ilha de Santiago, devido à incapacidade funcional, doenças crónicas, ou doenças que prejudicam o sistema neuromusculoesquelético e sensorial, que por sua vez, afetam o equilíbrio, a força, a acuidade visual, o controle postural e motor dos sujeitos. Parte-se do princípio, que as variáveis listadas são consideradas fatores de risco para a queda na população idosa, por isso o anseio da pesquisa.

Além disso, através do rastreio de fatores de risco de queda dos residentes da ilha de Santiago, conhecer o perfil funcional dos mesmos e da análise dos resultados deste estudo vai ser possível o fisioterapeuta direcioná-los para melhores abordagens, nomeadamente para programas de exercício e educação para prevenção de quedas, através de protocolos de baixo custo.

Para terminar, convém referir ainda que a avaliação precoce dos fatores de risco de queda pode impedir o excesso da procura de serviços de saúde, gastos dispendiosos no tratamento de lesões decorrentes da queda e, não menos importante, contribuir para o combate de um grande problema de saúde pública.

2.1 Objetivos gerais

Este trabalho tem como o objetivo final avaliar os fatores de risco de queda, autoeficácia para o exercício e a capacidade funcional como força, velocidade da marcha, equilíbrio e mobilidade dos idosos cabo-verdianos com idade igual ou superior aos 65 anos, nos mais variados concelhos da ilha de Santiago – Cabo Verde.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população da Ilha de Santiago – Cabo Verde – com idade igual ou superior aos 65 anos relativamente à capacidade funcional, especificamente a velocidade de marcha,

força dos membros superiores e inferiores, equilíbrio dinâmico, controle motor e postural, e outros fatores de risco (sociodemográficos) para a queda.

- Relacionar a capacidade funcional com as características pessoais e de percepção do estado de saúde geral dos residentes da Ilha de Santiago, a fim de entender a influência desses fatos no bem-estar dessa população e durante atividades de vida diária dos mesmos.

- Investigar a coparticipação das variáveis funcionais e pessoais, dos adultos com 65 ou mais anos de vida a residir na comunidade, a fim de desenvolver um programa de prevenção de quedas personalizado e centrado nos problemas reais desta população.

- Discutir medidas e recomendações a propor aos serviços de saúde e à comunidade dos Concelhos da ilha de Santiago para responder às necessidades da sua população adulta com 65 ou mais anos de vida, relativamente ao risco de queda.

- Discutir a necessidade de desenvolver programas de prevenção de quedas personalizados e adaptados às características das pessoas nas comunidades.

3. Material e métodos

3.1 Desenho de estudo

Estudo exploratório, de base populacional, e de desenho transversal.

3.2 Plano de amostragem

3.2.1 População alvo e Dimensão da Amostra

A população alvo é constituída por pessoas com idade igual ou superior aos 65 anos domiciliada nos concelhos da ilha de Santiago, incluindo idosos que usam ou não auxílio de marcha para se locomover.

Segundo as teorias estatísticas de amostragem, podem-se fixar os objetivos em termos de precisão e de nível de confiança que se deseja para o principal parâmetro pesquisado, e ainda sugerem que na ausência de quaisquer informações referentes ao parâmetro em estudo, deve-se tomar uma proporção de 50% na estimação da proporção na situação “pessimista”.

Utilizou-se este indicador para o cálculo da amostra necessária aplicando esta percentagem ao total de 12 461 representando a população idosa com idade igual ou superior aos 65 anos na ilha de Santiago sob a hipótese desta percentagem ser a mesma para os concelhos da ilha (dados de projeções do INE, 2012).

$$(1) n_0 = Z^2 \times \frac{p^*(1-P)}{E^2}, \text{ em que } (2) n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

amostra em que N=6272.

O termo representatividade duma amostra é geralmente expresso, em termos técnicos estatísticos, pelo coeficiente de variação (CV), ou erro amostral (E). Nesta pesquisa utilizou-se o E medido em termos de erro ou precisão utilizando a seguinte formula ou transformação:

$$(3) E = Z_\alpha \times \sqrt{\frac{p^*(1-P)}{n_0}}$$

Em que:

Z_α corresponde ao nível de confiança que se deseja e, é geralmente escolhido ou fixado: foi escolhido um nível de confiança de 95%, então $Z_\alpha = 1,96$. pé o parâmetro estimado (um

dos principais objetivos da pesquisa por exemplo a proporção de idosos por concelho na ilha de Santiago).

Daí, da equação (1) pode-se deduzir uma primeira expressão para o tamanho (n) de uma amostra teórica em termos de número de idosos a selecionar através de uma estrutura de referência que é geralmente método de Amostragem Aleatória Simples (AAS) e que forneça dados para a estimativa dos principais parâmetros de interesse com o nível de confiança desejado e a precisão estabelecida.

Neste caso, a apreciação dos 50% dos idosos na faixa etária igual ou superior aos 65 anos na ilha de Santiago em relação a total de idosos a nível nacional adveio da projeção de população para o ano de 2012.

Foi realizado o cálculo para obter a amostra precisa em percentagem para representar a população idosa com idade igual ou superior aos 65 anos na ilha de Santiago, tendo em conta o **total de 12 461 idosos**, visando uma percentagem igual para todos os concelhos da ilha.

Assim, foi calculado um tamanho de amostra total **n = 384**, repartido por concelho conforme a **tabela 1** abaixo, no entanto, dessa amostra total só foi obtida no final da pesquisa $n = 326$.

Tabela 1: Número de amostra por concelho, ilha de Santiago

Concelhos	Pop ≥ 65anos	Proporção	N a inquirir
Tarrafal	1 200	0,10	37
Santa Catarina	2 666	0,21	82
São Salvador Mundo	656	0,05	20
Santa Cruz	1 373	0,11	42
São Lourenço Órgãos	649	0,05	20
Praia	3 758	0,30	116
Ribeira Gde Santiago	464	0,04	14
São Domingos	750	0,06	23
São Miguel	945	0,08	29
Santiago (Total)	12 461	1	384

Fonte: INE, dados população - Projeções 2012

3.2.2 Métodos de seleção dos idosos

A teoria da amostragem (probabilística ou não probabilística) deve ser obtida através de técnicas apropriadas, preferencialmente, probabilística que tem como princípio a aleatoriedade, visando garantir a representatividade da amostra que é ainda melhor se a amostra for expandida em termos de espaço e de tempo, em relação à população ao objeto de estudo.

Para este estudo, no intuito de garantir essa representatividade foi respeitado o princípio da aleatoriedade e a seleção não foi feita num só dia, mas sim em diferentes momentos (em dias distintos), os indivíduos foram requisitados na comunidade e em instituições de livre acesso ao público, durante a semana e nos dois períodos do dia.

Teve como critério de inclusão todos os idosos com idade igual ou superior aos 65 anos, com autonomia e independência para realizar atividades da vida diária, com capacidade funcional de realizar os quatro testes funcionais, e locomoção com ou sem necessidade de dispositivos auxiliares de marcha. Critério de exclusão pessoas que além de ter idade igual ou superior aos 65 anos evidenciam sequelas motoras de doenças neurológicas, doença mental, problemas de cognição em todos os seus processamentos, dificuldades de comunicação, doentes hospitalizados e/ou acamados e deficiência física que impossibilita a execução dos testes.

3.3 Instrumentos de medida

Para materializar o estudo foram aplicados questionários para recolha de dados sociodemográficos (data de nascimento, género, idade) e antropométricos (altura, peso), autoeficácia para o exercício, questões relacionadas com a história de quedas e fatores de risco, percepção de saúde, e quatro testes funcionais. No que lhe concerne aos fatores de risco, nessa pesquisa foram avaliados através de nove questões auto relatadas de sim ou não, relacionadas a histórico e lugar de quedas, uso da medicação, uso de auxiliar de marcha, independência em usar as mãos para se levantar da cadeira, prática de exercícios físicos, hábitos e condições de saúde, e medo de cair.

Alguns itens do questionário vão ser analisados detalhadamente abaixo, contudo, como forma de padronizar a medida o presente estudo baseou-se nos procedimentos adotados pelo protocolo do artigo Martins et al. (2018).

Nesse estudo o desempenho físico foi avaliado por meio das cinco questões da Escala de Autoeficácia para o Exercício, que correspondem a estados emocionais distintos que visam analisar a confiança que um sujeito tem para efetuar o exercício (Martins, et al., 2018). Estas questões têm a ver com realizar exercícios a sentir-se preocupado ou ter problemas, sentir-se deprimido, sentir-se tenso, sentir-se cansado e estar ocupado no qual, é classificado por meio da escala Likert de 4 pontos de 1 - “de modo nenhum é verdade”, 2 - “dificilmente é verdade”, 3 - “provavelmente é verdade” e 4 - “exatamente verdade”. O facto de não utilizarmos a pontuação final da escala deve-se ao facto da mesma não estar validada para a população cabo-verdiana sendo, contudo, útil para avaliar as razões associadas a cada uma das dimensões das perguntas.

Quanto ao histórico de queda investigado no período de 6 meses será por meio da questão “Caiu alguma vez nos últimos 6 meses? Sim-Não” Se a resposta for sim, será perguntado quantas vezes e o lugar da queda. Foi averiguado o uso diariamente de 4 ou mais medicamentos diferentes através da pergunta “Toma diariamente 4 ou mais medicamentos diferentes? Sim-Não” a quantidade consumida por cada sujeito da pesquisa. Para avaliar a independência em se locomover foi perguntado aos inquiridos se “Usa algum auxiliar de marcha? (bengala, canadianas, outro) Sim-Não”. Esta pergunta “Quando se levanta de uma cadeira, necessita de ajudar com os braços? Sim-Não” foi feita para examinar a força dos membros inferiores para se levantar e se realmente é preciso o apoio dos membros superiores para ficar de pé em uma cadeira. A inquirição feita para avaliar a frequência do desempenho dos exercícios físicos foi “Pratica menos de 30 minutos de exercício físico 2x por semana? Sim-Não” para verificar o grau de sedentarismo dos inquiridos. Através da pergunta “Bebe álcool diariamente? Sim-Não” foi examinado os hábitos alcoólicos diários dos inquiridos. Por meio da pergunta “Ouve mal ou tem tonturas? Vê mal ou passaram mais de 2 anos desde o último exame à visão? Sim-Não” foi avaliado as condições de saúde dos sujeitos. O medo de cair será avaliado através da questão “Você tem medo de cair? Sim-Não”. Neste estudo, a variável percepção do estado de saúde em geral foi obtida através da pergunta “Em geral, diria que a sua saúde é: excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre”.

Os testes funcionais usados foram:

- Teste 10m VM, serve para avaliar os atributos cinemáticos e espaço-temporais da marcha, e é considerado uma medida rápida de executar, segura, altamente confiável, fácil de

interpretar, que não requer equipamento especial, e sem custo adicional. Adequa-se como ferramenta de triagem útil para identificar aqueles em risco ou que precisam de intervenção, pois os resultados estão relacionados declínio funcional ou medo de cair, e o estado de saúde futuro (Martins et al., 2018; Guapo, 2016).

- Teste TUG, oferece descrições quantitativas de mobilidade e da capacidade funcional. É útil pela sua rapidez e facilidade em realizá-lo tanto na comunidade como em instituições, sem treino prévio ou equipamento especializado. O National Institute of Clinical Evidence (NICE) aprova o uso do TUG para a avaliação da marcha e equilíbrio na prevenção de quedas em pessoas idosas (Guapo, 2016).

- Teste 30s STS, é visto como um dos testes cruciais para avaliação funcional clínica, simples e eficaz que só com único item é capaz de avaliar a força da região inferior do corpo, e detetar a fraqueza muscular em idosos residentes na comunidade. O processo de envelhecimento em geral leva ao declínio físico e funcional, assim sendo, os idosos para preservarem sua capacidade funcional é necessário ter força na parte inferior do corpo, por isto, sua avaliação é crítica (Bruun et al., 2019; Martins et al., 2018).

- FPM está significativamente correlacionada com a força muscular dos membros inferiores e é um poderoso preditor de incapacidade, morbidade e mortalidade. A apreciação da FPM por meio do dinamômetro consiste num processo objetivo, prático, simples, e de fácil utilização, visto que, a American Society of Hand Therapists (ASHT) e a American Society for Surgery of the Hand (ASSH) recomenda os testes da FPM na prática clínica e na pesquisa (Martins et. al; 2018; Reis et al., 2011). Foi usado o dinamômetro, modelo Jamar hidráulico (Sammons Preston Rolyan, 4, Sammons Court, Bolingbrook, IL, 60440) para medir e obter o valor da força máxima voluntária de preensão manual dos inquiridos. Usando este modelo, inúmeros estudos já citaram alta confiabilidade e/ou validade devido a facilidade de aplicação para estimar a força máxima voluntária de preensão manual e por isso tem sido considerado o “padrão ouro” pelo conselho Europeu da Sarcopenia e um importante marcador de fragilidade (Reis et al., 2011; Guapo, 2016).

3.4 Procedimentos

A recolha de dados foi realizada de 29 de março a 1 de maio e todos os critérios de inclusão e exclusão foram respeitados. A unidade de observação (unidade sobre a qual se incide a observação ou análise) neste caso é cada idoso observado, foram avaliados por meio de um questionário constituído por instrumentos que medem um conjunto de variáveis referentes a dados sociodemográficos e antropométricos, auto relatados pelos inquiridos e preenchido pelos colaboradores da pesquisa.

Antecedente a recolha foi estabelecida o contato presencial e/ou telefónico com diversos responsáveis das unidades amostrais de cada concelho (a unidade sobre a qual recai a seleção) com a finalidade de obter o auxílio e a colaboração com a pesquisa, entretanto houve abstenção da maioria dos responsáveis das instituições. Assim sendo, a pesquisa aconteceu mais precisamente nessas unidades amostrais: nas casas dos agregados familiares que possuem idosos com essa faixa etária em diferentes zonas dos concelhos pesquisados; os Centros de Saúde (Cidade Velha e Santa Cruz); Lar de Idosos da Cidade da Praia (Centro dia de Castelão); Dermoclin - Clínica Médica, Dermatológica e Cosmética; e Câmara Municipal de São Domingos.

3.5 Análise estatística

Os dados foram analisados no *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22. No que refere ao método estatístico para análise de dados na etapa inicial, foi feita as estatísticas descritivas simples, como frequências, percentagens e também as medidas de tendência central (Média ou M) e de dispersão (Desvio Padrão ou DP).

Para a análise das conclusões do estudo a partir dos dados foi utilizado os testes: Análise da variância (ANOVA); o QUI QUADRADO e o TESTE T- STUDENT para analisar, comparar e determinar a variabilidade das médias amostrais e a dependência ou não entre os grupos.

4. Resultados

Conforme a **tabela 2**, a amostra desse estudo compreende adultos cuja idade varia entre 65 e 95 anos, com idade média de 75 anos e desvio padrão de 8,25 anos, observando-se que o sexo feminino representa 71,5% do total de inquiridos. Tendo em conta, aos dados analisados no presente estudo os 93 (28,5%) indivíduos são do sexo masculino e, em relação ao sexo feminino são representados por 233 (71,5%) indivíduos. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), verifica-se que o valor mínimo e máximo do IMC é 12,40 kg/m² e 38,95 kg/m² respetivamente, a média 24,39 e o desvio padrão de 5,23.

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao Sexo, idade e IMC (N=326)

Sexo	Masculino	%	Feminino	%
	(N)		(N)	
	93	28,5	233	71,5
	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade (anos)	65	95	75	8,25
Índice de massa corporal (IMC) (Kg/m ²)	12,4	38,95	24,39	5,23

De acordo com os grupos etários, na qual, tiveram maior participação dos homens foram entre 65-69 anos e entre 80-84 anos com 21,5%. Entretanto, os dados na tabela abaixo mostram também que o grupo etário de 65-69 anos teve maior número de contribuição por parte das mulheres com 43,3%. Concluindo que a faixa etária com maior envolvimento no atual trabalho em ambos os sexos são de 65-69 anos (**tabela 3**).

Tabela 3: Grupo etário por sexo; (nº e %)

Grupo idade quinquenais	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 - 69	20	21,5%	101	43,3%	121	37,1%
70 - 74	17	18,3%	31	13,3%	48	14,7%
75 - 79	13	14,0%	33	14,2%	46	14,1%
80 - 84	20	21,5%	41	17,6%	61	18,7%
85 - 89	15	16,1%	15	6,4%	30	9,2%
90 e mais	8	8,6%	12	5,2%	20	6,1%
Total	93	100%	233	100%	326	100%

No que concerne a autoeficácia para o exercício (**tabela 4**), ao analisarmos as respostas a cada uma das 5 questões do instrumento atrás descrito, integra as variáveis “*conseguir realizar exercícios físicos mesmo estando com preocupações/problemas*” e “*sentir deprimido*” destacam-se com uma maior percentagem 45,3% e 46%, respetivamente. Em relação as outras três variáveis predominam o sentimento de não conseguir realizar exercícios físicos quando: se sentir tenso (39,4%), cansado (45,3%), e ocupado (44,4%).

Tabela 4: Caracterização da variável autoeficácia para o exercício

		N	%
Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando tenho preocupações e problemas	De modo nenhum é verdade	105	32,6%
	Difícilmente é verdade	38	11,8%
	Provavelmente é verdade	33	10,2%
	Exatamente verdade	146	45,3%
	Total	322	100%
Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto deprimido (a)	De modo nenhum é verdade	107	33,2%
	Difícilmente é verdade	36	11,2%
	Provavelmente é verdade	31	9,6%
	Exatamente verdade	148	46,0%
	Total	322	100%
Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto tenso (a)	De modo nenhum é verdade	127	39,4%
	Difícilmente é verdade	37	11,5%
	Provavelmente é verdade	34	10,6%
	Exatamente verdade	124	38,5%
	Total	322	100%
Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou cansado (a)	De modo nenhum é verdade	146	45,3%
	Difícilmente é verdade	35	10,9%
	Provavelmente é verdade	37	11,5%
	Exatamente verdade	104	32,3%
	Total	322	100%
Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou ocupado (a)	De modo nenhum é verdade	143	44,4%
	Difícilmente é verdade	29	9,0%
	Provavelmente é verdade	32	9,9%
	Exatamente verdade	118	36,6%
	Total	322	100%

Tal como apurado na **tabela 5**, o total de idosos que participaram do presente estudo, 29,8% disseram ter caído (n=98) e os locais onde sucederam quedas mais frequentemente foram: em casa (44,9%), na rua (11,2%), e em casa/na rua (43,9%), e um dos participantes não respondeu. Os locais externos de maior ocorrência de quedas no corrente estudo foram campos, varandas, calçadas e ruas. Fazendo uma separação em 2 grupos, pode-se constatar que a queda durante atividades instrumentais fora do domicílio é na sua maioria por idosos

saudáveis. Por outro lado, a queda relacionada a atividade rotineira acontece com os idosos frágeis, muitas vezes da redução da mobilidade ou da capacidade funcional diminuída devido à autoconfiança. Os idosos por terem a familiaridade com o ambiente acabam por ter quedas uma vez que estando na sua zona de conforto a atenção e prontidão encontra-se isento (Pinho et al., 2012).

Tabela 5: Caracterização por Lugar da queda (n=98)

Lugar de queda	N	%
Em casa	44	44,90%
Em casa e na rua	11	11,20%
Na rua	43	43,90%

No entanto, os idosos entrevistados no que tange a queda nos últimos 6 meses, conforme a **tabela 6**, 98 (30,1%) confirmou ter caído, enquanto 228 (69,9%) declarou não ter tido uma queda nos últimos 6 meses. Como pode ser constatado 326 idosos responderam o questionário referente à queda nos últimos 6 meses segundo o grupo etário dos idosos, em que é concebível afirmar que dentre os 121 (37,1%) idosos da faixa entre 65-69 anos que responderam questionário, 39 (39,8%) disseram que caíram e 82 (36,0%) disseram não ter caído. A outra faixa etária que se destacou foi os idosos com a idade compreendida entre 80-84 anos, pois 23 (23,5%) responderam terem caído e 38 (16,7%) responderam não terem caído, tanto como, os idosos com a idade entre 70-74 anos afirmaram também não terem caído.

Tabela 6: Queda nos últimos 6 meses segundo o grupo etário dos idosos

Grupo quinquenais	idade	Queda nos últimos 6 meses				Total	
		Sim	Não	Sim	Não	N	N % da coluna
		N	N % da coluna	N	N % da coluna	N	N % da coluna
65 – 69		39	39,8%	82	36,0%	121	37,1%
70 – 74		10	10,2%	38	16,7%	48	14,7%
75 – 79		15	15,3%	31	13,6%	46	14,1%
80 – 84		23	23,5%	38	16,7%	61	18,7%
85 – 89		7	7,1%	23	10,1%	30	9,2%
90 e mais		4	4,1%	16	7,0%	20	6,1%
Total		98	100,0%	228	100,0%	326	100,0%

Quando analisado a queda nos últimos 6 meses por sexo, verifica-se que mulheres estão mais propensas à queda. Pois, dos inquiridos que caíram 80,6% são do sexo feminino e 19,4% são do sexo masculino, em contrapartida 32,5% dos homens e 67,5% das mulheres dizem não ter sofrido uma queda nesse período (**tabela 7**).

Tabela 7: Queda nos últimos 6 meses por sexo

Queda nos últimos meses	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	19	19,4%	79	80,6%	98	100%
Não	74	32,5%	154	67,5%	228	100%
Total	93	28,5%	233	71,5%	326	100%

Observando a **tabela 8** abaixo, nota-se que dos 98 inquiridos que tiveram quedas nos últimos 6 meses, 79 tiveram problemas com a visão o que representa 80,6%. Isso só confirma que idosos que desenvolve qualquer dificuldade ou problema de visão tem grande probabilidade de sofrer quedas. Analisando a queda nos últimos 6 meses relacionado a problemas de visão por sexo, pode constatar que há diferenças significativas entre os dois sexos. Pois, dos inquiridos com problemas de visão que tiveram queda nos últimos 6 meses representam 19.0% e 81.0%, respetivamente para os sexos masculino e feminino.

Tabela 8: Queda nos últimos 6 meses relativo a problemas de visão por sexo

Vê mal ou passaram MAIS de 2 anos desde o último exame à visão?	Queda nos ultimos 6 meses					
	Sim					
	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	% da linha	N	% da linha	N	% da linha
Sim	15	19,0%	64	81,0%	79	100,0%
Não	4	21,1%	15	78,9%	19	100,0%
Total (Queda)	19	19,4%	79	80,6%	98	100,0%

Referente à **tabela 9**, o estudo indica que a queda dos idosos, cujo total é de 98, não está 100% correlacionado com o uso do medicamento (26,1 % sim e 73,9% não) nem com auxiliar da marcha (13,2% sim e 86,8% não), dependência em levantar da cadeira sem apoio das mãos (26,7% sim e 73,3% não). 57,7% dos idosos pratica menos de 30 minutos de exercício físico 2 vezes por semana, baixo tempo recomendado pela OMS como o melhor para essa faixa etária. De salientar, que teve uma percentagem maior dos idosos que não

consome bebidas alcoólicas na ilha de Santiago – Cabo Verde (7,1% sim e 92,9% não), já no que concernem as condições de saúde relativas a ouvir mal e tonturas (39% sim e 61% não) e 75,8% dos inquiridos disseram ter problemas com a visão ou passaram mais de 2 anos desde último exame oftalmológico. Relativamente à variável “*Sente medo de cair*” embora os resultados revelem que 72,1% dos inquiridos sentem medo de cair, somente 30,1% tiveram queda nos últimos 6 meses.

Tabela 9: Caracterização de amostra quanto aos fatores de riscos relacionado a queda (frequência em cair, uso de medicação, uso de auxiliares da marcha, dependência em levantar da cadeira, prática de exercício físico, hábitos alcoólicos, condições de saúde e medo de cair)

		N	%
Queda nos últimos 6 meses	Sim	98	30,1%
	Não	228	69,9%
	Total	326	100%
Toma diariamente 4 ou mais medicamentos diferentes	Sim	85	26,1%
	Não	241	73,9%
	Total	326	100%
Usa algum auxílio de marcha? (Bengala, canadianas, outros)	Sim	43	13,2%
	Não	283	86,8%
	Total	326	100%
Quando se levantar de uma cadeira, necessita de ajudar com os braços?	Sim	87	26,7%
	Não	239	73,3%
	Total	326	100%
Pratica MENOS de 30 minutos de exercício físico 2x por semana?	Sim	188	57,7%
	Não	138	42,3%
	Total	326	100%
Bebe álcool diariamente?	Sim	23	7,1%
	Não	303	92,9%
	Total	326	100%
Ouve mal ou tem tonturas?	Sim	127	39,0%
	Não	199	61,0%
	Total	326	100,0%
Vê mal ou passaram MAIS de 2 anos desde o último exame á visão?	Sim	247	75,8%
	Não	79	24,2%
	Total	326	100%
Sente medo de cair?	Sim	235	72,1%
	Não	91	27,9%
	Total	326	100%

Entretanto, com base nas informações adquiridas na **tabela 10** no presente estudo é evidente consignar-se que 235 (72,1%) pessoas inquiridas dizem ter medo de cair, enquanto, 91 (27,9%) pessoas dizem não ter medo. Mais uma vez, destas pessoas que dizem ter medo de cair o sexo feminino sobressai com uma percentagem maior de 77,7%.

Tabela 10: Sentir medo de cair dos inquiridos por sexo

Sente medo de cair?	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	54	58,10%	181	77,70%	235	72,10%
Não	39	41,90%	52	22,30%	91	27,90%
Total	93	100,00%	233	100,00%	326	100,00%

Diante do que se evidencia na **tabela 11**, pode-se ver que os 43 idosos que usam auxiliares de marcha, 79,1% deles revelaram o sentimento de ter medo de cair. Já dos que não usam (283 idosos) ainda assim a predominância recai sobre os idosos que sentem medo de cair (71%). Nada obstante, os 43 idosos que usam um dispositivo auxiliar de marcha maioritariamente têm medo de cair (79,1%) e é do sexo feminino (83,3%).

Tabela 11: Sentir medo de cair segundo o uso de auxílio de marcha

Sexo	Usa algum auxílio de marcha? (Bengala, canadianas, outros)																	
	Sim						Não						Total					
	Sente medo de cair?						Sente medo de cair?						Sente medo de cair?					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mas.	9	69,2	4	30,8	13	100	45	56,3	35	43,8	80	100	54	58,1	39	41,9	93	100
Fem.	25	83,3	5	16,7	30	100	156	76,8	47	23,2	203	100	181	77,7	52	22,3	233	100
Total	34	79,1	9	20,9	43	100	201	71,0	82	29,0	283	100	235	72,1	91	27,9	326	100

Pode-se averiguar na **tabela 12** que os números mostram que há uma assimetria (dissemelhança) entre queda nos últimos 6 meses e sentir medo de cair. Pois, nota-se que do total dos inquiridos (235) que declararam terem medo de cair somente 98 tiveram queda nos últimos 6 meses. Ainda, verifica-se que 34% dos indivíduos que tiveram queda nos últimos 6 meses sentiram medo de cair.

Tabela 12: Sentir medo de cair segundo a queda nos últimos 6 meses

Queda nos últimos 6 meses	Sente medo de cair?							
	Sim			Não			Total	
	N	%	N	%	N	%		
Sim	80	34,0%	18	19,8%	98	30,1%		
Não	155	66,0%	73	80,2%	228	69,9%		
Total	235	100,0%	91	100,0%	326	100,0%		

Em relação à percepção de saúde 0,9% diz ter uma saúde excelente, 4% diz ter muito boa, 27,3% diz ter boa, 58% satisfatória e 9,8% pobre ou má. Relativamente a caracterização da amostra da percepção de saúde com o medo de cair a dados encontrados na **tabela 13**, o presente estudo mostra que os 3 inquiridos que responderam ter saúde excelente dizem ter medo de cair (100%), já os 13 inquiridos que relataram ter uma saúde muito boa 7 (53,8%) sente medo de cair e 6 (46,2%) não tem medo de cair, os 89 inquiridos disseram ter saúde boa em que 60 (67,4%) sente medo de cair e 29 (32,6%) não sente medo de cair, 189 inquiridos disseram ter saúde satisfatória no qual 135 (71,4%) diz ter medo de cair e 54 (28,6%) diz não ter medo, e por fim 32 inquiridos que diz ter uma saúde pobre/má 30 (93,8%) expõe ter medo de cair e somente 2 (6,3%) fala não ter medo de cair. Diante disso, é plausível afirmar que das 326 pessoas que participaram do estudo 235 relatam sentir medo de cair e 91 dizem não ter medo de cair.

Tabela 13: Percepção de saúde por medo de cair

Em geral, diria que a sua saúde é:			Sente medo de cair?			
			Sim		Não	
(n=326)	N	%	N	%	N	%
Excelente	3	0,9%	3	100,0%	0	0,0%
Muito Boa	13	4,0%	7	53,8%	6	46,2%
Boa	89	27,3%	60	67,4%	29	32,6%
Satisfatória	189	58,0%	135	71,4%	54	28,6%
Pobre/Má	32	9,8%	30	93,8%	2	6,3%
Total	326	100%	235	72,1%	91	27,9%

No que diz respeito, ao presente estudo feito à descrição da amostra da percepção de saúde com o sexo (**tabela 14**), dos 3 que relataram ter saúde excelente 2 (66,7%) sexo masculino e 1 (33,3%) sexo feminino, já os 13 que relataram ter uma saúde muito boa 3 (23,1%) sexo masculino e 10 (76,9%) sexo feminino, os 89 que disseram ter saúde boa 34 (38,2%) sexo masculino e 55 (61,8%) sexo feminino, 189 que disseram ter saúde satisfatória 46 (24,3%) sexo masculino e 143 (75,7%) sexo feminino, e por fim 32 diz ter uma saúde pobre/má 8 (25,0%) sexo masculino e somente 24 (75,0%) sexo feminino.

Tabela 14: Percepção de saúde por sexo

Em geral, diria que a sua saúde é:	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Excelente	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
Muito Boa	3	23,1%	10	76,9%	13	100,0%
Boa	34	38,2%	55	61,8%	89	100,0%
Satisfatória	46	24,3%	143	75,7%	189	100,0%
Pobre/Má	8	25,0%	24	75,0%	32	100,0%
Total	93	28,5%	233	71,5%	326	100,0%

Analisando a capacidade funcional dos idosos por grupo etário nota-se na **tabela 15** alguns dos testes funcionais, em que a pesquisa comprovou que 37% dos idosos do grupo etário compreendida entre 65 a 69 anos têm uma velocidade de marcha normal (1,24), isso corrobora que esse grupo apresenta um bom controle postural e motor, força nos membros inferiores, e uma boa condição músculo-esquelética contribuindo para diminuição do risco de queda.

Quanto a força de preensão manual o presente estudo mostrou certa incapacidade funcional correlacionada a redução de força dos membros inferiores indicando o risco maior de queda para o grupo etário contida entre 70 – 74 anos a 90 – 95 anos correspondendo a 15% e a 6%, relativamente. De acordo com os resultados do estudo atual a faixa etária entre 65 a 69 anos (37%) executou o teste TUG com 10,66 segundos, isso indica uma probabilidade menor dos idosos residentes na comunidade caírem.

E por fim, pode-se dizer que os cabo-verdianos residentes na ilha de Santiago – Cabo Verde - têm um alto desempenho físico, de maneira que o risco de declínio funcional seja diminuído, pois o ponto de corte para o teste Sit to Stand foi acima de 8 para todas as faixas etárias.

Tabela 15: Caracterização de amostra quanto à capacidade funcional, medida pelos testes 10m VM, FPM, TUG e 30s STS, por grupo etário

Idade	(%)	10m VM (m/s)	FPM (Kg)	TUG (s)	30s STS (repetições)
65 – 69	37%	1,24	15,23	10,66	12,22
70 – 74	15%	1,10	14,82	11,86	11,43
75 – 79	14%	1,01	14,29	13,13	11,56
80 – 84	19%	1,06	11,78	11,73	11,02
85 – 90	9%	1,02	14,94	15,46	9,97
90 – 95	6%	0,69	11,18	15,33	10,00

Legenda: 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30S STS = 30 Sit to stand

Mediante os dados encontrados abaixo na **tabela 16**, mostra que todas as variáveis da capacidade funcionais não tiveram diferenças significativas nos resultados entre os sexos. Sendo que, em relação à média o teste da FPM teve uma média maior para os homens (15,56), enquanto as mulheres se destacaram no teste TUG (12,82).

Tabela 16: Capacidade funcionais, medida pelos testes 10 metros VM, FPM, TUG e 30S STS, por Sexo

Capacidade funcionais	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	%	Média	%	Média	%	Média
10m VM (m/s)	28,5%	1,08	71,5%	1,04	100,0%	1,05
30s STS (repetições)	28,5%	11,47	71,5%	11,34	100,0%	11,38
TUG (s)	28,5%	11,40	71,5%	12,82	100,0%	12,45
FPM (Kg)	28,5%	15,56	71,5%	13,48	100,0%	13,89

Legenda: 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30s STS = 30 Sit to stand

O estudo também objetivou analisar a relação de dependência entre diferentes fatores de capacidade funcional dos idosos. Para isso, recorreu-se à análise de correlação bivariada constatou-se que existe correlação entre todos os testes da capacidade funcional com a idade.

Assim, conforme a **tabela 17**, mostra que há uma correlação negativa e extremamente significativa (p -values = 0,000) entre a idade e a capacidade funcional, evidenciando que quanto maior for a idade menor é a velocidade, menor é o N° de vezes que consegue levantar durante 30 segundos e Força Pressão Manual em Kg.

Tabela 17: Teste Capacidade Funcional correlacionado com a idade

10m VM (m/s)	R	-0,347
	P	$\leq 0,001$
	N	172
30s STS (repetições)	R	-0,214
	P	$\leq 0,001$
	N	289
TUG (s)	R	0,169
	P	0,021
	N	188
FPM (Kg)	R	-0,222
	P	0,001
	N	220

Legenda: r= Pearson; 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30S STS = 30 Sit to stand

Contudo, os dados apresentados na **tabela 18** correspondem ao resultado encontrado no teste de amostras independentes por sexo, enquanto, os resultados da **tabela 19** foram obtidos mediante o teste de Levene para igualdade de variâncias com intuito de ver nível de significância entre essas variáveis. A pesquisa mostrou uma relação positiva, embora seja fraca ao nível de significância de 5% ($p=0,021$) a idade e a levantar andar em segundos. Não há diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional das pessoas em função do sexo, exceto no teste de preensão manual em que se rejeita a hipótese nula referente à igualdade das médias entre os dois grupos (Masculino e Feminino) visto que o valor de p para Teste-t para Igualdade de Médias é de 0,07 sob a hipótese de variância igual assumida, já que não há diferença estatisticamente significativa ($p=0,750$) entre as variâncias nos dois grupos.

Tabela 18: Capacidade funcional da amostra, por sexo

Capacidade Funcionais	Sexo	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média
10m VM (m/s)	Masculino	47	1,08	0,34	0,05
	Feminino	125	1,04	0,37	0,035
30s STS (repetições)	Masculino	83	11,45	3,42	0,37
	Feminino	206	11,34	3,34	0,23
TUG (s)	Masculino	49	11,40	4,50	0,64
	Feminino	139	12,82	9,12	0,77
FPM (Kg)	Masculino	44	15,56	4,23	0,64
	Feminino	176	13,48	4,57	0,34

Legenda: 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30s STS = 30 Sit to stand

Tabela 19: Diferença da média entre as variáveis da capacidade funcional

Capacidade Funcionais	Teste de Levene para igualdade de variâncias	teste-t para Igualdade de Médias		Df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença		
		Z	Sig.					t	Inferior	Superior
10m VM (m/s)	Variâncias iguais assumidas	0,1	0,753	0,504	170	0,615	0,03121	0,06192	-0,09102	0,15345
	Variâncias iguais não assumidas			0,522	88,989	0,603	0,03121	0,05975	-0,0875	0,14993
30s STS (repetições)	Variâncias iguais assumidas	0,469	0,494	0,298	287	0,766	0,13007	0,43715	-0,73036	0,99051
	Variâncias iguais não assumidas			0,295	148,573	0,769	0,13007	0,4413	-0,74197	1,00211
TUG (s)	Variâncias iguais assumidas	8,546	0,004	-1,039	186	0,3	-1,41287	1,35977	-4,09543	1,26968
	Variâncias iguais não assumidas			-1,405	166,429	0,162	-1,41287	1,00591	-3,39886	0,57312
FPM (Kg)	Variâncias iguais assumidas	0,102	0,75	2,737	218	0,007	2,07614	0,75862	0,58096	3,57131
	Variâncias iguais não assumidas			2,865	70,21	0,005	2,07614	0,7247	0,63084	3,52143

Legenda: 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30S STS = 30 Sit to stand

Da Análise da ANOVA (**tabela 20**) sobre a percepção de saúde e os 4 testes de capacidade funcional verifica-se que em todos os casos não há diferença entre os grupos sendo o valor do p-values todos superiores a 5%. Conclui-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional, medida pelos 4 testes funcionais, das pessoas em função da sua percepção de saúde.

Tabela 20: Avaliação da correlação de percepção de saúde com a capacidade funcional e as suas significâncias por grupos

Capacidades Funcionais / Grupos		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
10m VM (m/s)	Entre Grupos	0,214	4	0,054	0,405	0,805
	Nos grupos	22,083	167	0,132		
	Total	22,297	171			
30s STS (repetições)	Entre Grupos	87,384	4	21,846	1,964	0,1
	Nos grupos	3158,505	284	11,121		
	Total	3245,889	288			
TUG (s)	Entre Grupos	320,595	4	80,149	1,201	0,312
	Nos grupos	12211,129	183	66,727		
	Total	12531,724	187			
FPM (Kg)	Entre Grupos	95,121	4	23,78	1,143	0,337
	Nos grupos	4472,81	215	20,804		
	Total	4567,931	219			

Legenda: 10m VM = Teste 10 metros de velocidade de marcha; FPM = Força de Preensão Manual; TUG = Teste Time up and go; 30S STS = 30 Sit to stand

5. Discussão dos resultados

Os dados normativos deste estudo são comumente analisados a seguir de acordo com a caracterização das variáveis e o nível de significância que este estudo representa.

A recente pesquisa mostra que a percentagem de mulher é superior (71,5%) quando equiparadas com os homens, e vê-se também que embora sejam a maioria, obtiveram uma precarização da qualidade de vida por ter uma taxa elevada de quedas. O desenlace desse estudo por ser feito em Cabo Verde (2017-2021) torna muito relevante e corrobora com o atual estudo, em que o autor diz que entre 2017 e 2030 identifica-se um crescimento circunstancial acelerado com o acréscimo de 50% da população idosa e a feminização da população idosa (61,7% são mulheres), salienta ainda que a população idosa do mesmo modo envelhece e a porção com idade superior a 75 anos 64,3% são mulheres e representa 39% do total (Ministério da Saúde, 2017). Os resultados encontrados nesse estudo reforçam o que o autor Sousa et al., (2018) disseram acerca da feminização do envelhecimento. Levando em conta o resultado encontrado no estudo feito em 2012, onde revela que o sexo feminino representa 70,7% do total de entrevistados (Pinho et al., 2012).

O assunto referente à idade e o risco de queda nos idosos é amplamente discutido na literatura. Pois, o envelhecimento por estar associada à decadência funcional de sistemas neuromusculoesquelético, cardiovascular, visual, vestibular e propriocetivo, tem uma ligação diretamente proporcional com o risco de queda os quais modificam a interação com a sociedade (Fiorrito et al., 2020). Em análise dos resultados alcançados os inquiridos por faixa etária do presente estudo, verifica-se que a idade compreendida entre 65 a 69 anos representa 37,1%. As faixas etárias de 70 a 74 anos e 75 a 79 anos representam aproximadamente 29%, seguido a idade 84 a 89 anos que representa 18,7%. Os idosos com idade igual ou superior a 90 anos representam cerca de 6%. Pode-se concluir que no presente estudo feito nos concelhos da Ilha de Santiago que os idosos com a idade compreendida entre 65 a 69 anos são a maioria em relação a outros grupos etários.

Em conformidade com a OMS, a classificação dos indivíduos com IMC < 18,5kg/m² é considerado baixo-peso; eutrofia, IMC entre 18,5kg/ m² e 24,9 kg/m²; sobrepeso, IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m²; obesidade grau I, IMC entre 30kg/ m² e 34,9kg/m²; obesidade grau II, IMC entre 35kg/m² e 39,9kg/m²; e obesidade grau III, IMC > 40kg/m² (WHO, 1995).

Assim sendo, o valor do IMC encontrado nessa investigação foi de 12,40 kg/m² a 38,95 kg/m², o que prova que os idosos da ilha de Santiago enquadram-se numa classificação de baixo peso a obesidade grau II embora a média esteja dentro do que é aconselhado IMC normal. No entanto, durante a apreciação a maioria dos idosos queixava-se de dores articulares (essencialmente na coluna, nos joelhos e quadris), problemas de circulação, e tudo isso acarreta mais ainda a situação porque alguns deles mantinham uma vida sedentária. A junção de todos esses fatores só possibilita o aumento do risco de queda, por isso a importância de estar sempre a conscientizá-los a prática de exercícios, manter uma alimentação adequada para que o sobrepeso ou baixo peso não acarretam disfunções musculoesqueléticas limitando-os de terem um envelhecimento saudável e ativo.

No que diz respeito à autoeficácia para o exercício, 45,3% diz ser capaz de realizar exercício mesmo tendo preocupações e problemas, 46% mesmo deprimido, 38,5% mesmo a sentir tenso, 32,3% realiza mesmo cansado e 36,6% relata conseguir realizar exercício físico mesmo ocupado. Diante disso, os dados da pesquisa indicam que de um modo geral os idosos residentes na ilha de Santiago – Cabo Verde – praticam exercícios físicos em qualquer circunstância, essencialmente quando estão preocupados e/ou deprimidos, pois a maioria respondeu que exercitar ou ir trabalhar nos campos é uma forma de esquecer-se dos problemas já que irão sentir mais focados na ação para não ter de se lembrar das situações que os incomodam. É importante destacar, contudo que um número bastante significativo também informou não realizar exercício nessas circunstâncias e que cerca de 57% disse praticar MENOS de 30 minutos de exercício físico 2x por semana. A autoeficácia pode ser considerada um preditor crucial para mudanças de comportamento, pois quanto mais adequada for a autoeficácia, melhor será a disposição para a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física e exercício (Martins, 2013).

Relativamente a queda nos últimos 6 meses que antecederam o inquérito 69,9% dos inqueridos não tiveram quedas e 30,1% tiveram quedas, resultante das péssimas condições das infraestruturas, tipos de calçados, condições de saúde em relação a mobilidade, equilíbrio, limitação articular e fraqueza dos membros inferiores, em suma a dependência no uso de auxiliares de marcha. Segundo estudo realizado em 2020, a prevalência de risco de queda foi baixa (36%), moderada (43,7%) e alto risco (20,3%), entretanto o uso da análise de identificar os riscos de queda (baixo, moderado e alto) apesar de não ser muito usado nas pesquisas é relevante no momento da decisão da intervenção mais adequada para auxiliar na

prevenção do mesmo (Fiorrito et al., 2020). Já em relação ao local da queda o corrente estudo atesta uma percentagem parecida (em que revela que maior taxa de queda também foi em casa) com o estudo feito pelo Pinho et al., (2012) & Oliveira et al., (2014) em que 74,6% e 75% das quedas ocorreram no próprio domicílio, enquanto 25,4% e 25% na rua/avenida (lugar onde teve maior frequência da queda) principalmente se os idosos apresentam algum problema de saúde, respetivamente e pelo autor Maia et al., (2011) que reforça ainda o dito pelo outro estudo e acrescentando queda ao redor da casa.

Não obstante, a pesquisa feita nos concelhos da Ilha de Santiago, os resultados obtidos referentes à queda nos últimos 6 meses quando comparadas com a faixa etária, verifica-se que a maior percentagem se encontra na faixa 65 a 69 anos que representa 39,8%, seguido da faixa etária 80 a 84 anos com 23,5%. O resultado do atual estudo não corrobora com os achados no estudo de Fiorrito et al., (2020) e de Pinho et al., (2020) que diz que os idosos com idade igual ou superior aos 80 anos apresentou 5,36 vezes (IC 95% =1,98) mais risco de queda (moderado) quando comparado aos idosos com idade inferior aos 71 anos, de modo a garantir que a incidência de quedas aumenta com o avançar da idade. Posto isso, indica que infelizmente os idosos com mais idade têm maior probabilidade de risco de queda e de sofrer queda, justamente pelos vários fatores da incapacidade funcional (perda ou diminuição de equilíbrio, da força, mobilidade, entre outros). Contudo atual estudo mostra uma realidade diferente em que os idosos com idade compreendida entre 65-69 anos tiveram maior taxa de queda isso é justificável por serem mais ativos, são mais propícios a lidarem com situações arriscadas.

O presente estudo teve resultado 30,1% que caíram 19,4% são do sexo masculino e 80,6% são do sexo feminino, em que confirma que mesmo depois de algum tempo a faixa etária idosa do sexo feminino continua a ter uma grande percentagem de queda quando comparado com o sexo masculino. Como prova, Fiorrito et al., (2020) cita resultado de um estudo que corrobora com o resultado do atual estudo, em que 78% sexo feminino relataram episódios de queda no último ano. E conforme Pinho et al., (2012), mostra que referente ao número de repetição de quedas foi de 1 a 2 quedas, representando 30% dos idosos, sendo que 68,2% de homens e 53,8% de mulheres informou nunca ter tido uma queda. Às alterações fisiológicas inerentes à mulher, tais como, alto índice de perda da massa óssea devido à redução de estrógeno, deficiência da massa magra e da força muscular (em relação aos homens da faixa etária idêntica), maior ocorrência de doenças crónicas e maior expectativa de vida são os

prováveis motivos que associa o sexo feminino a ter uma alta prevalência de risco de queda (Fiorrito et al., 2020).

Resultado decorrente do presente estudo mostra que problema de visão é um ponto importante para que as câmaras municipais de cada concelho da ilha de Santiago devam preocupar em solucionar investindo mais nas ações preventivas e contribuindo assim para a melhoria da saúde dos seus idosos. Nota-se que dos idosos inquiridos, com problemas de visão 80,6% caíram nos últimos 6 meses, e quando é correlacionado queda com problemas de visão por sexo, constata-se que não há diferenças significativas entre os dois sexos. Pois, 76.3% do sexo masculino e 75.5% do sexo feminino caíram nos últimos 6 meses.

Na atual pesquisa 26,1% dos idosos da ilha de Santiago consomem diariamente 4 ou mais medicamentos diferentes e 73,9% não consome nada. Esses resultados encontrados corroboram com um dos estudos que diz que aproximadamente 20,3% das pessoas com 55 anos ou mais fizeram uso de 4 ou mais medicamentos (Martins et al., 2018) e outro estudo 15,9% idosos fizeram uso de medicamentos (Pinho et al., 2012). Entretanto Martins et al., (2018) diz que o risco elevado de quedas recorrentes nos idosos está relacionado ao uso frequente e excessivo de medicação de 4 ou mais diferentes, principalmente o uso de sedativos, hipnóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos, apresentando uma correlação significativa entre eles.

No decorrer da pesquisa deparou-se que um grupo minoritário (13,2%) de idosos usufrui dos auxiliares da marcha como, bengala, andarilho e canadiana, pode-se constatar que esses idosos tinham um déficit na mobilidade, no equilíbrio, uma dependência maior em executar as atividades da vida diária (AVDs), dificuldade em realizar os testes funcionais e tudo isso implica um risco elevado de sofrer quedas. Auxiliares de marcha para muitos dos idosos serve como um suporte de segurança para se locomoverem tanto em casa como fora dela, mas também se sabe quando não se usa de maneira correta pode aumentar a probabilidade de queda. Infelizmente como esses auxiliares tem um custo não muito acessível, alguns idosos relataram não ter o poder económico para custear e com isso a maioria usa tubo de policloreto de vinila (PVC) e/ou cabo de vassoura (outros colocam pedaços de pneu nas extremidades e outros não) o que por sua vez não proporciona segurança necessária. Contudo, além de favorecer a queda também ocasiona disfunções osteomioarticulares principalmente por não estar sob medida para a anatomia e as necessidades do paciente (na

coluna como hipercifose, e no quadril). Nada obstante, mas o modo como as pessoas envelhecem diz muito sobre a trajetória da vida, e isso vai além do que mera questão etária ou a presença de uma doença crônica, pois quando não se tem condições favoráveis o envelhecimento acaba por comprometer a efetiva proteção social e o acesso dos mais dependentes e/ou carentes. As condições de vida e de saúde na velhice são determinadas por desigualdades sociais e de gênero ao longo do ciclo da vida (Ministério da Saúde, 2017).

No entanto, comprova que a maioria da população idosa da ilha de Santiago tem um nível considerável de autonomia e independência relacionado à capacidade funcional para desempenhar suas AVDs e AIVDs, pois mediante os dados 86,8% não usa nenhum tipo de auxiliar de marcha. Por outro lado, o índice relacionado ao lugar de queda é preocupante, pela alta percentagem de queda em casa, isso corrobora que, de maneira geral os idosos cabo-verdianos precisam diariamente usar um dispositivo de auxiliar de marcha. Destarte, como o presente estudo teve um resultado em que mostra poucos idosos a usarem auxiliares de marcha e ainda assim taxa de quedas em casa é alta, diante disso significa que ou existe uma negligência por falta dos idosos em não querer usar um dispositivo de auxiliar da marcha mesmo necessitando-o, também pode ser por falta de acesso ou de orientação quanto a uso, ou a negligência por falta da família e cuidadores. Em concordância com Oliveira et al., (2014), os indivíduos que dependem de auxílio nas atividades de vida diária apresentam uma probabilidade maior de cair dentro de casa do que no ambiente externo.

Através da pesquisa atual é possível, evidenciar que 73,3% não usa apoio da cadeira para se levantar e 26,7% usam o apoio, isso significa que a probabilidade da queda acontecer devido a esse quesito. Esta ação é um indicador dos músculos fracos das extremidades inferiores, uma das principais razões para a queda (Martins et al., 2018). Isso prova que majoritariamente dos idosos cabo-verdianos tinham um grau de fortalecimento muscular inferior consideravelmente forte, o que não advém da prática de exercício físico recomendado pela OMS, mas sim da rotina quotidiana principalmente do campo. Ainda tendo sob controle, variáveis como o fato de se morar só, a capacidade de se levantar da cadeira, o nível de atividade, e o uso de medicações psicotrópicas, identificou-se que um aumento de duas vezes mais o risco relativo ligado ao sexo feminino (Perracini et al., 2002).

Assim sendo, os resultados obtidos em relação à frequência do desempenho dos exercícios expõem que 57,7% praticam exercícios físicos menos de 30 minutos e 42,3% exercem

alguma modalidade física mais que 30 minutos. As quedas em idosos são diminuídas significativamente com a prática regular da atividade física, conseqüentemente, os comportamentos sedentários concernentes a um aumento da incidência de quedas (Martins et al., 2018). Segundo o autor acima referido diz, mostra que os idosos da ilha de Santiago têm grande chance de risco de quedas, pois a maioria não pratica exercícios físicos mais que 30 minutos diário, que nem chega ao mínimo recomendado pela OMS para ter uma boa qualidade de vida e um bem-estar físico e psicológico. E é crucial para prevenção e redução de quedas incluírem os exercícios de força, flexibilidade, resistência, pois a redução da força muscular, alterações de equilíbrio, alterações no padrão da marcha são considerados fatores de risco para quedas e podem influenciar a funcionalidade do idoso (Bento et al., 2010).

No presente estudo, 7,1% dos indivíduos consomem diariamente bebidas alcólicas e 92,9% não consomem, parte-se do pressuposto de que esse é um dos fatores de risco que não tem grande influência para queda na população da ilha de Santiago. O desequilíbrio e a hipotensão postural prejudicado têm sido associados a quedas frequentes devido ao consumo regular de álcool entre idosos, ainda mais, com a ingestão de determinados medicamentos, como os benzodiazepínicos, provocam uma interação que aumenta exponencialmente o risco de queda (Martins et al., 2018).

No que tange aos dados relativamente a condições de saúde o presente estudo, revela que 61% não tem nada referente a problemas de audição/tontura, entretanto teve uma percentagem menor (39%) com problemas de audição/tontura quando equiparado com os dados encontrados no estudo de Pinho et al., (2012) que diz ter tontura/vertigem (61,1%). Já em relação à condição ocular 75,8% relatam ter problema de visão ou faz mais de 2 anos que fez exame de vista e 24,2% relatam não sofrer nenhum problema de vista. Segundo Pinho et al. (2012), a principal causa da queda é o fator intrínseco a tontura/vertigem em que dos idosos que caíram 71,4% sofreram de 1 a 2 quedas. Ainda para frisar os achados supracitados, Perracini et al., (2002) menciona que o desempenho usual dos idosos é influenciado pelo impacto do déficit visual, em que há uma correlação entre visão ruim ou péssima com o acontecimento e a recorrência de queda.

Quanto ao medo de cair 72,1% declarou ter medo de sofrer uma queda. Recinto apropriado à população idosa tem que ser adaptado e possibilitar maior independência e segurança, diferentemente aumenta a probabilidade do medo de cair principalmente quando se depara

com obstáculos no espaço e, tendência ao isolamento social, depressão, e consequente declínio funcional (Fiorrito et al., 2020). E dos inquiridos que declararam ter medo de cair são na maioria do sexo feminino (77%), e apenas 23% são do sexo masculino. Os resultados obtidos nos estudos desenvolvidos pelos autores Martins et al. (2018); Fiorrito et al. (2020) e Maia et al., (2011), mostram também que o medo e o risco de cair foi significativamente mais frequente entre as mulheres com uma taxa de variação (44 a 88,5%) e entre as pessoas que vivem sós quando comparadas aos homens. Apesar do aumento do risco de queda em idosos ser associado mais ao sexo feminino, a taxa da mortalidade por queda nos idosos do sexo masculino é superior por envolverem mais em atividades físicas intensas e perigosas, às quais acarretam consequências mais graves que levam às internações e óbitos (Fiorrito et al., 2020).

A relação encontrada na pesquisa atual revela que dos 79% idosos que afirma sentir medo de cair usam auxiliar de marcha. Muitos dos idosos que provavelmente relatou dificuldades em se locomover já apresentem certas alterações e declínio da capacidade funcional, contudo cerca de 30% dos idosos realizou atividades da vida diária com limitação por causa do medo de cair (Fiorrito et al., 2020). O medo de cair foi relatado por diversos estudos onde evidenciam a repercussão tanto física (ser hospitalizado, sofrer imobilizações devido a fraturas, ter declínio de saúde) como psicológica (ter medo de novas quedas e superproteção dos cuidadores ou de ver os idosos como frágeis e incapaz) que é causado na vida dos idosos interferindo na qualidade de vida deles. Porém o medo de cair pode fazer com que o idoso adota um comportamento preventivo (Maia et al., 2011).

Analisando a variável sentir medo de cair em relação a queda nos últimos 6 meses, expõe que 34% dos inquiridos que caíram declaram sentir medo de cair. Fiorrito et al., 2020 revela que o resultado do seu estudo tem uma prevalência de queda de 35,7% e a do medo de cair de 43%, e ainda diz que o medo de cair, embora seja mais prevalente em idosos com histórico de quedas, também está presente na população idosa sem histórico de queda. Pode-se constatar que por menor que seja a taxa ainda o medo de cair influencia a queda em um idoso, pois o resultado do presente estudo corrobora com os achados encontrados no estudo feito em 2020, aonde o número dos inquiridos (235) que diz sentir medo de cair é maior que a daqueles (98) que caíram nos últimos 6 meses.

Perceção de saúde caracterizado como um preditor de saúde bastante importante porque é a autoavaliação que os indivíduos tendem a fazer perante os hábitos saudáveis ou não, e mediante isso conseguem classificar o estado em que encontrem. Logo, as modalidades de respostas sobre a perceção de saúde que destacaram foram, “Boa” e “Satisfatória” representando 27,3% e 58%, respetivamente. De notar que quando analisado os resultados da pesquisa em relação à perceção de saúde dos inquiridos e sentir medo de cair, a percentagem do medo aumenta com a deterioração da perceção de saúde. Pois, 93,8% dos inquiridos que declaram ter medo de cair tem uma perceção de saúde “Pobre/má”, 71,4% e 67,4% tem uma perceção de saúde satisfatória e boa, respetivamente.

No que se refere à perceção de saúde por sexo observa-se que a percentagem das mulheres é superior à dos homens em todas as categorias, exceto em categoria “Excelente” que a percentagem dos homens é superior a das mulheres, isto é, 66,7% e 33,3%, respetivamente. A percentagem das mulheres que declaram ter uma perceção de saúde “Muito boa”, “Satisfatória” e “Pobre/má” é 3 (três) vezes mais que a dos homens.

O estudo revelou que os homens têm maior força de pressão manual quando comparado com as mulheres, embora essa diferença não seja muito significativa. Pois, constata-se que a média da força de pressão manual dos homens é ligeiramente superior à das mulheres, representando em média 15,56% e 13,48%, respetivamente. (Perracini et al., 2002).

Mediante os dados encontrados, em relação à capacidade funcional dos idosos inquiridos nota-se que em todos os testes de capacidade funcional não tiveram diferenças significativas nos resultados entre os sexos, embora em alguns casos a média para os homens é superior à das mulheres, exceto em “Levantar e andar em segundos” que a média das mulheres que é de 12,82% contra a dos homens que é de 11,40%. Conforme Shoene et al., (2013) & Savva et al., (2013), como citado pelo Rosa et al., (2017) apresentaram uma visão de que a capacidade preditiva do TUG, para provar que os idosos que caem e os que não caem foram restritas, assim como nos idosos autónomo, uma vez que a variação do tempo foi apenas de 0.4 segundos, não classificado com um valor clinicamente significativo. Os idosos não frágeis executaram o teste por cerca de 10 segundos, enquanto, os frágeis tiveram um tempo superior de execução do teste, na ordem dos 15 segundos. A variação em idade, uso e tipo de auxiliares de marcha, e a existência de medo ou não de cair faz com que os idosos não constituem um grupo idêntico. Mais recentemente, tem vindo a estudar-se a relação entre a

velocidade da marcha e a independência nas atividades da vida diária, exigindo que esta seja maior ou igual a 1,0 m/s. Ao andar na rua independentemente requer que o idoso tenha capacidade de manter uma velocidade de, pelo menos, 0,8 m/s e a probabilidade de ter a necessidade de participar em programa para reduzir o risco de queda é significativa para quem obtenha valores iguais ou inferiores a 1,0 m/s (Martins, 2013).

No que diz respeito aos fatores que propiciaram as quedas, as variáveis como a diminuição da prática de exercícios físicos, problemas com visão e o medo de cair tiveram uma maior frequência quando comparados com as outras variáveis. Entretanto, é concebível afirmar que o medo de cair exerce um papel protetor relacionado às ocorrências de quedas cruciais ao passo que a autoeficácia diminui evitando que os idosos expõem a situações de grande risco. Por outro lado, é capaz de incentivar uma sequência viciada por meio do medo excessivo que pode levar o idoso à restrição funcional e as suas consequências (diminuição da força muscular e alterações na marcha), de modo a aumentar o risco de quedas (Fiorrito et al., 2020).

Isso revela que na ilha de Santiago – Cabo Verde – problemas causados pela falta de atividades físicas (como fraqueza muscular, alterações de equilíbrio, dificuldade de caminhar) facilitam as quedas. Pois, a maioria dos idosos perde autonomia e devido à superproteção por parte da família não são estimulados à prática dos exercícios físicos, ou então alguns deles não tem acessibilidade aos profissionais de saúde que podem auxiliar durante esse processo. A maior parte dos concelhos da ilha não tem um lugar específico onde se possam encaminhar os idosos a praticarem exercícios físicos.

O processo do envelhecimento Cabo-verdiano aumenta de maneira exponencial como as outras mudanças sociais, e a fim de responder o desafio da finalidade do Desenvolvimento Sustentável (ODS) «Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades», requer não só a análise da efetivação dos preceitos legais, mas também a sua pertinência atual, bem como a necessidade de se considerar novas questões, mas também criar novas estratégias com intuito de mudar a paradigma do envelhecimento Cabo-verdiano (Ministério da Saúde, 2017).

Como o autor supracitado menciona o processo do envelhecimento não é só na ilha de Santiago onde ocorreu o atual estudo, como expande para o país todo. E devido a essa situação concordo ainda com o que o autor acima diz que para mudar a paradigma do

envelhecimento cabo-verdiano é preciso criar novas estratégias, por isso um dos desdobramentos desse trabalho é desenvolver programas de prevenção de quedas personalizados e adaptados às características das pessoas nas comunidades mediante a inovação de vários programas para população idosa existente. O programa terá como inspiração na metodologia e os ensinamentos Freiriana (Paulo Freire) com base em educação popular em saúde, no que diz respeito ao diálogo, problematização, autonomia dos sujeitos, práxis (ação-reflexão-ação). Dando o ênfase nas características coletivas pessoais, funcionais encontradas no estudo, mas respeitando a individualidade do sujeito, terá ainda a preocupação de melhorar a qualidade de vida dos idosos, atenuando as limitações motoras, na melhoria nas capacidades funcionais afetadas. Entretanto, tendo em consideração ainda na criação do mesmo a situação socioeconómica (zona rural e/ou urbano) de cada idoso cabo-verdiano da ilha de Santiago, e a acessibilidade. O programa será dividido em momentos de Roda de Conversa (em que terá como pilar valorizar a horizontalidade na troca de saberes) em que é abordado temas sugeridos pelo grupo sobre diversos assuntos; alongamentos; exercícios de fortalecimento, coordenação, controle postural e equilíbrio; e por final relaxamento. Por conseguinte, criar um centro especializado interdisciplinar de baixo custo, onde os programas serão executados para incentivar os idosos a praticar exercícios físicos em cada município/bairros da ilha de Santiago (e futuramente com ideia de expandir pelo país todo) principalmente na região rural onde a procura é muita e o acesso é muito limitado. Também o programa será executado por meio de visitas domiciliares, onde terá o acompanhamento de fisioterapeuta aos idosos que apresentam limitações severas de mobilidade.

6. Limitações do estudo

Em fase de termino desta investigação, pretendemos referir algumas limitações encontradas ao longo deste estudo, nomeadamente o facto de não podermos alargar o nosso estudo a nível nacional devido a situação pandémica, falta de recursos e falta de resposta favorável de algumas instituições. Outra limitação, de ordem prática, relaciona-se com a realização de um dos testes funcionais, no caso a velocidade de marcha de 10 metros, devido a falta de espaço em muitas casas e mesmo nas localidades. Quando encontrado espaço, nas localidades para executar os testes tornou-se inviável os idosos irem até o local devido às suas limitações.

Um ponto igualmente importante, mas que não foi possível abordar nesta investigação, está relacionado com os fatores ambientais cujas variáveis não constam no questionário (informações obtidas por autorrelatos dos entrevistados).

Em alguns dos concelhos como Santa Catarina, Calheta - São Miguel e Praia não foi possível alcançar todo público-alvo das pesquisas, devido a recusa por parte população e também por falta de colaboração das câmaras municipais de alguns dos concelhos em ajudar a sensibilizar a população a fazer parte da pesquisa.

7. Recomendações para o futuro

Como recomendações e sugestões para a estruturação e desenvolvimento de futuras investigações nesta mesma temática, salientamos a importância de alargar a amostra a nível nacional, relacionado a influência que os fatores ambientais têm nessa faixa etária, uma vez que uma boa parte dos idosos da atual pesquisa sofreram quedas na rua devido a escassez da infraestrutura nas localidades. E com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o assunto, recomenda-se utilizar outros métodos ou questionários que possibilitem a recolha de dados pretendidos.

Poderíamos ainda considerar e complementar as opiniões distintas de técnicos de diferentes áreas, como por exemplo, dos educadores físicos, pois os resultados deste atual estudo, que corrobora a falta ou diminuição da prática de exercícios físicos como um dos principais fatores de riscos e que por sua vez provém à queda aos idosos com idade igual ou superior aos 65 anos. Como consequência prejudica a qualidade de vida e origina um déficit na capacidade funcional.

Diante disso, recomendo desenvolver este tipo de investigação futura com base no protocolo (trabalhar/aperfeiçoar o fortalecimento das cadeias anteriores e posteriores, treinar o equilíbrio estático e dinâmico, treinar a coordenação e o controle motor e postural) para avaliar o desempenho funcional dos idosos com idade maior ou igual aos 65 anos a fim de comprovar o benefício que os exercícios físicos terão na melhoria do bem-estar e na prevenção de quedas.

Seria de todo pertinente criar grupos em um centro especializado interdisciplinar com perspectiva teórico/prático (roda de conversa que permite a partilha de conhecimentos), de baixo custo para incentivar os idosos a praticarem exercícios físicos, em cada município/localidades da ilha de Santiago e/ou nível nacionais.

Ainda propor aos setores de saúde investir na criação de um serviço em que os fisioterapeutas fazem visitas domiciliares para acompanhar os idosos nas localidades que apresentam problemas de mobilidade e capacidade neurofuncional.

Sugerir ainda, por fim, que as Câmaras Municipais de cada concelho da Ilha de Santiago – Cabo Verde juntamente com o Ministério de Saúde e os centros de saúde desenvolvam uma campanha de sensibilização sobre a saúde visual dos idosos, desde uma avaliação específica a compra dos óculos, tornando as consultas mais acessíveis e/ou gratuitas para essa população com a envolvimento de especialistas oftalmológicas para consultas nos referidos centros de saúde. Sendo que, por ser uma consulta crucial nos idosos, uma vez que, a maioria já tem perda parcial ou total de visão o que dificulta na AVD. Dessa forma, instituições responsáveis precisam investir mais nessa área e, sobretudo nos profissionais especializados para trabalharem nos centros de saúde das comunidades, já que nem todos os idosos tem acesso, principalmente os da região rural.

8. Conclusões

Tendo em vista os aspetos observados é imprescindível que, diante dos argumentos expostos, todos se conscientizem de que envelhecimento não significa doença e muito menos motivo para ficar parado, ou então perda de autonomia para tomada de decisão ou de participação social e familiar. Podemos sim, contribuir para que os nossos idosos tenham um envelhecimento ativo e saudável incentivando-os a praticar exercícios físicos para que tenham um excelente bem-estar físico e psicológico. Entretanto, já é comprovado que atividades físicas além de contribuírem para prevenção de quedas ainda ajudam na melhoria nas capacidades funcionais afetadas, como força das cadeias anteriores e posteriores, falta de equilíbrio, de coordenação motora, controle motor e postural, até mesmo problemas de memórias, e muitas outras doenças neurológicas e cardiovasculares (doença de Alzheimer, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda ou doença arterial periférica). É importante conscientizar os nossos idosos de que a solução para maior parte dos problemas de saúde não está nos medicamentos (embora eles sejam necessários), e sim no movimento do corpo, mais especificamente na prática de atividades físicas, uma realidade encontrada durante a pesquisa na ilha de Santiago em geral. Por isso quanto mais os profissionais de saúde tiverem consciência de como transmitir isso aos idosos melhor para saúde deles, e isso pode ser passado por meio de grupos criados nas localidades ou nos centros de saúde. Podemos concluir que, diante dos dados encontrados na pesquisa atual, a falta de mobilidade pode levar os idosos a uma grande incapacidade funcional que mesmo estando saudáveis parecem estar doentes e sem forças para locomover-se interferindo não só na vida deles como também na vida dos familiares que tendem a mudar a rotina para dar o apoio e cuidar, principalmente dos idosos que desenvolvem limitações funcionais. Por isso, a importância de criar programas de prevenção às quedas, e também de reabilitação após as quedas, com o objetivo de impedir ou minimizar a ocorrência de tais repercussões.

9. Referências

- Antônio, M. (2020). **Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição**. Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.1, e190967
- Bento, P. C. B., Rodacki, A. L. F., Homann, D., Leite. N. (2010). **Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática**. Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum. 12(6):471-479
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., et al. (2020). **World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Br J Sports Med, 54:1451–1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
- Bruun, I. H., Mogensen, C. B., Nørgaard, B., Schiøttz-Christensen, B., Maribo, T. (2019). **Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department**. J Geriatr Phys Ther. Oct/Dec; 42(4): 265-274. doi: 10.1519/JPT.000000000000166. PMID: 29227412
- European Commission. (2012), **“The 2012 Ageing report: Economic burdgetary projections for the 27 member states (2010 - 2060) “**. Disponível em: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm.
- Delgado, A. P. (2009). **Políticas de saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990 - Experiência de construção de um sistema nacional de saúde**, (Vol. 2). Editora Tipografia Santos, Praia - Cabo Verde.
- Fioritto, A. P., Cruz, D. T., Leite, I. C. G. (2020). **Prevalência do risco de queda e fatores associados em idosos residentes na comunidade**. Rev Bras Geriatr Gerontol. 23(2):e200076
- Gai, L., Gomes, L., Nóbrega, O. T., Rodrigues, M. P. (2010). **Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade**. Rev Assoc Med Bras, 56(3): 327-32
- Guapo, C. A. S. (2016). **Relação entre capacidade funcional, fatores pessoais e participação social em adultos com 55 ou mais anos a residir na comunidade - estudo**

preditivo. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

Jiménez, J. P. (2013). **Estratégia de financiamento do setor saúde cabo-verdiano.** Genebra: Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas Contra Exclusão Social e a Pobreza. Disponível em: <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowResource.action?resource.ressourceId=41797>

Lima, H. M.M. (2018). **Relatório final: Diagnóstico situacional da implementação da opção b+, da transmissão vertical do VIH e da sífilis congénita, no âmbito da comunidade de países da língua portuguesa (CPLP).** Disponível em: https://saude.cplp.org/media/1928/cplp_portugal_2018.pdf

Massi, G; Wosiacki, F.T; Guarinello, A. C; Lacerda, A. B. M; Carvalho, T. P; Wanderbrooke, A. C; Cairo, N. G; Lima, R. R. (2018). **Envelhecimento ativo: um relato de pesquisa-intervenção.** Rev. CEFAC. Jan-Fev; 20(1):5-12

Maia, B. C., Viana, P. S., Arantes, P. M. M., Alencar, M. A. (2011). **Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 14(2):381-393

Martins, A. C., Ribeiro, J. L. P. (2008). **Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas.** Análise Psicológica, 1 (XXVI): 135-145

Martins, A. C. (2013). **Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade.** Revista Ibero-Americana de Gerontologia. 1. 27-46.

Martins, A. C., Moreira, J., Silva, C., Silva, J., Tonelo, C., Baltazar, D., Rocha, C., Pereira, T., Sousa, I. (2018). **Multifactorial Screening Tool for Determining Fall Risk in Community-Dwelling Adults Aged 50 Years or Over (Fall Sensing): Protocol for a Prospective Study.** JMIR Res Protoc, vol. 7, iss. 8, e10304, p. 1

Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2017). **Plano Estratégico Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso (PENEASI).** Disponível em: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repositor

y/cape_verde/plano_estrategico_nacional_para_o_envelhecimento_ativo_e_saude_do_idoso.pdf

Oliveira, A. S., Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., Melo, R. C. (2014). **Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 17(3):637-645

Organização Oeste Africana da Saúde. (2018). **“Plano Estratégico Regional 2020-2024 do Envelhecimento Saudável no Espaço CEDEAO”**. Disponível em: <https://www.wahooas.org/web-ooas/sites/default/files/publications/2265/plano-estrategico-regional-2020-2024-do-envelhecimento-saudavel-no-espaco-cedea.pdf>

Pena, S. B., Guimarães, H. C., Lopes, J. L., Guandalini, L. S., Taminato, M., Barbosa, D. A., Barros, A. L. B. L. (2019). **Medo de cair e o risco de queda: revisão sistemática e metanálise**. Acta Paul Enferm. 32(4):456-63

Perracini, M. R., Ramos, L. R. (2002). **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade**. Rev. Saúde Pública 36(6):709-16

Pinho, T. A. M., Silva, A. O., Tura, L. R. F., Moreira, M. A. S. P., Gurgel, S. N., Smith, A. A. F., Bezerra, V. P. (2012). **Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde**. Rev Esc Enferm USP, 46(2):320-7. doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008

Rodrigues, A. S. (2014). **Projeções de Longo Prazo das Despesas com Cuidados de Saúde em Cabo Verde de 2010 a 2030**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.

Reis, M. M., Arantes, P. M. M. (2011). **Medida da força de prensão manual – validade e confiabilidade do dinamômetro saehan Assessment of hand grip strength – validity and reliability of the saehan dynamometer**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.18, n.2, p. 176-81, abr/jun

Rosa, A. M. P., Freitas, A. S. M., Lopes, C. A. V. S., Gonçalves, S. C. F., Redondo, A. C. G. S., Sousa, L. M. M. (2017). **Propriedades Métricas do Timed Up And Go Test no Idoso: Revisão Integrativa da Literatura**. Revista investigação em enfermagem - agosto: 21-31

Sousa, N.F.S; Lima, M.G; Cesar, C.L.G; Marilisa Berti de Azevedo Barros. (2018). **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública; 34(11): e00173317

Souza, E. M; Silva, D. P. P; Barros, A. S. (2021). **Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, 26(4):1355-1368

WHO (2002). **Active Ageing: A Policy Framework.** Disponível de: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

WHO (1995). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: World Health Organization. (Technical Report Series, 854).

10. Apêndice

Apêndice I – Explicação do modo como foram realizados os testes funcionais durante a pesquisa nos concelhos da ilha de Santiago – Cabo Verde.

- **Teste 10m VM:** Este teste requer um caminho reto de 20 metros: com 5 metros para aceleração, 10 m para andar em velocidade acelerada e 5 metros para desaceleração. São sinalizadas as posições de 0, 5, 15 e 20 metros e registado o tempo da caminhada ao longo dos 5 e 15 metros. Solicitou-se aos participantes a caminharem "a um ritmo acelerado" sem correr ao longo do caminho de 20 metros e foi permitido usar um dispositivo auxiliar caso necessário. Utilizou-se um cronómetro para verificar quanto tempo o participante leva a percorrer os 10 m centrais do percurso. Posteriormente realizou-se a conversão para velocidade em metros por segundo. Os indivíduos utilizaram calçado próprio e confortável, de modo reduzir o risco de lesão e a aprimorar a performance do teste. Antes do início do teste é realizada uma demonstração pelo examinador e a execução é feita de maneira individual com ou sem um dispositivo de auxílio de marcha. A faixa de velocidade normal de caminhada varia de acordo com a idade, sexo e dados antropométricos e está compreendida entre 1,2 e 1,4 m/s. Um valor de $<0,4$ m/s indica probabilidade de necessitar de auxiliar de marcha em casa; 0,4 a 0,8 m/s está relacionado com limitação na mobilidade; 0,8 a 1,25 m/s indica deambulação na comunidade com alguns riscos; aqueles com ≤ 1 m/s recomenda-se iniciar um programa para minimizar o risco de queda; e $\geq 1,42$ m/s indica uma velocidade de travessia segura de ruas (Martins et al., 2018 & Guapo, 2016).

- **Teste TUG:** Para execução deste teste o indivíduo deve sentar-se na cadeira padrão com as costas apoiadas no encosto da cadeira e deve usar o calçado habitual. A pessoa deve ficar de pé sem ajuda (não pode usar as extremidades superiores como apoio) caso o indivíduo utilize auxiliares de marcha eles devem permanecer perto da cadeira e pode ser usado para realizar o teste. Objetivo do teste é examinar a velocidade desde levantar de uma cadeira, sem apoio de braços, caminhar numa linha reta de 3 metros, a passo acelerado, sem correr até à marca assinalada no chão. Quando chegar na marca deverá virar 180°, caminhar em direção à cadeira e sentar-se novamente. O teste é realizado uma só vez, e o tempo é cronometrado desde o momento que o indivíduo recebe a instrução “vai” levanta até voltar a sentar-se (Guapo, 2016). Os pontos de corte utilizados classificaram os indivíduos em: baixo (<10 segundos), moderado (entre 11-20 segundos) e alto risco de queda (>20

segundos). Uma pontuação de >10 segundos indicam quais idosos residentes na comunidade têm maior probabilidade de cair. Assim sendo, um tempo mais rápido indica um melhor desempenho funcional, enquanto um tempo mais baixo indica maior risco de quedas em ambiente comunitário. O idoso deverá ser submetido à avaliação específica quando o resultado do teste der uma duração igual ou superior a 14 segundos indicando uma instabilidade postural e alto risco de queda (Fioritto et al., 2020; Martins et al., 2018; Guapo, 2016).


- **Teste 30s STS:** Antecipadamente a avaliação é mostrada como realizar o teste pelo examinador e depois é pedido ao inquirido para sentar na cadeira padrão, com os pés afastados aproximadamente na largura dos ombros e colocados no chão e as mãos cruzadas contra o peito. O indivíduo inicia o teste sentado e é orientado ao sinal de partida a realizar ciclos de sentar e levantar de uma cadeira quantas vezes for possível durante 30 segundos. Visto que, o início do teste deu-se quando foi dada a instrução vocal “JÁ” e o participante que completou mais da metade do ciclo ao final de 30 segundos, foi considerado como um stand completo. A pontuação final depende do registo do número de ciclos de sentar e levantar que o participante conseguiu completar em 30 segundos. Os níveis normativos dependem da idade e do sexo, porém os pacientes com baixo desempenho físico foram classificados quando o ponto de corte é igual ou inferior a 8, e alto desempenho físico quando o ponto de corte é superior a 8. O ponto de corte igual ou inferior a 8 é considerado válido em idosos da comunidade. É capaz de identificar os idosos ativos da comunidade com um risco de declínio funcional em seus últimos anos através, do ponto de corte ≤ 8 (Bruun IH et al., 2019).

- **FPM:** Para execução do teste foi preciso uma cadeira e um cronômetro, sendo que, antes do início da coleta dos dados o dinamômetro foi calibrado na segunda posição da alça, em seguida os sujeitos foram instruídos a sentarem numa cadeira padrão sem apoio de braços, com os pés apoiados no chão, quadril e joelho posicionados aproximadamente 90 graus de flexão. O braço foi posicionado próximo do corpo (ombro aduzido e girado neutro) e não apoiado, cotovelo fletido a 90 graus, antebraço neutro, punho mantido entre 0-15 graus de desvio ulnar, logo após o examinador demonstrou como será feito o teste e os orientou a manter o posicionamento e corrigidos quando necessário. Durante a realização do teste o dinamômetro foi mantido com a mão dominante verticalmente alinhado com o antebraço. O teste é realizado apenas uma vez e o participante é estimulado por comando verbal a exercer

sua força máxima de prensão por 5 segundos, marcado num cronômetro. Os resultados foram atingidos em quilogramas de força (kgf). Neste estudo serão considerados indivíduos com maior risco de queda aqueles que apresentarem valores inferiores a 15 Kgf nas mulheres e 21 Kgf nos homens, conforme citado por Martins et al. (2018).

11. Anexos

Anexo I – Questionário sociodemográfico e antropométrico (esse questionário foi retirado e adaptado da pesquisa Fall Sensing realizado no IPC).



Nome _____

Data de nascimento _____

Masculino [] Feminino [] Idade: _____ Peso (kg): _____ Altura (m): _____

Para cada uma das cinco afirmações que se seguem, escolha o número que melhor exprime a sua opinião. Faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

		De modo nenhum é verdade	Difícilmente é verdade	Provavelmente é verdade	Exatamente verdade
1. Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando tenho preocupações e problemas.	1	2	3	4	4
2. Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto deprimido(a).	1	2	3	4	4
3. Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto tenso(a).	1	2	3	4	4
4. Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou cansado(a).	1	2	3	4	4
5. Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou ocupado(a).	1	2	3	4	4

	Não	Sim
Caiu alguma vez nos últimos 6 meses?		
Se sim, quantas vezes?		
Onde? _____		
Toma diariamente 4 ou mais medicamentos diferentes?		
Usa algum auxiliar de marcha? (bengala, canadianas, outro)		
Quando se levanta de uma cadeira, necessita de ajudar com os braços?		
Pratica MENOS de 30 minutos de EXERCÍCIO FÍSICO 2x por semana?		
Bebe álcool diariamente?		
Ouve mal ou tem tonturas?		
Vê mal ou passaram mais de 2 ANOS desde o último exame à visão?		
Sente medo de cair?		

Em geral, diria que a sua saúde é:

- [] Excelente
- [] Muito boa
- [] Boa
- [] Satisfatória
- [] Pobre

Teste Velocidade Marcha (10m) _____ segundos
Teste Timed Up&Go _____ segundos
Teste 30s Sit-to-Stand _____ (número de vezes que se consegue levantar durante 30 segundos)
Força de preensão manual _____ (Kg)