



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Educação de Portalegre**

AS QUEDAS NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UMA ABORDAGEM PELO CORE SET  
PARA AS QUEDAS

**Dissertação**

**Curso de Segundo Ciclo de Estudos em (Curso Mestrado em Gerontologia – Ramo  
Saúde)**

**Nome da aluna:** Patrícia Isabel Dias Reis

**Orientadora:** Professor Doutor Adriano Pedro

Portalegre

Ano: 2012/2015

Aos meus pais...

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e amigos pela paciência, compreensão, colaboração e incentivo.

Aos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão pela participação imprescindível para a realização deste trabalho.

Ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão pela autorização cedida para a recolha de dados e pela compreensão.

Ao Professor Doutor Manuel Lopes pela elaboração do instrumento de recolha de dados.

Ao Professor Doutor Adriano Dias Pedro agradeço o incentivo e interesse manifestado na orientação que me facultou.

A todos aqueles que direta ou indiretamente acreditaram em mim.

## **RESUMO**

As projeções demográficas indicam que a população idosa assume um crescimento exponencial. O processo de envelhecimento finda infinitas alterações na vida do idoso, que afetam a funcionalidade, mobilidade e saúde, privando o indivíduo de uma vida autónoma e saudável. O compromisso da autonomia e independência do idoso afeta a funcionalidade global gerando alteração dos padrões de postura e equilíbrio e conseqüentemente exposição às quedas.

Este estudo pretende avaliar a funcionalidade nos idosos institucionalizados que sofreram queda. Trata-se de um estudo transversal e comparativo com abordagem quantitativa, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão. A população/amostra é composta por 130 idosos institucionalizados. Para a colheita de dados foi utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade e a Escala de Morse, analisadas através do SPSS.

Na análise dos resultados obtidos verificou-se que existem limitações significativas em praticamente todas as dimensões que avaliam a funcionalidade dos idosos institucionalizados (exceto na sensação de dor, aparelho respiratório, utilização da mão e do braço, comer e beber) e que o risco de queda é elevado (63,8%).

### **Palavras-chave:**

Envelhecimento, Quedas, Idosos, Institucionalização; CIF.

## **ABSTRACT**

The demographic projections show that elderly population assume an exponential growth. The process of aging has an endless changes in the elder's life, that affects functionality, mobility and health, depriving the individual from an autonomous and healthy life. The autonomous and independence commitment of the elder affects the global functionality generating pattern changes in the posture balance, and consequently they are exposed to falls.

This study aims the functionality in the elderly who have suffered falls. This is a comparative study with quantitative approach transversal held in Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão. The population / sample of 130 institutionalized elderly. For the picking was used the international classification of the range of functionality and Morse scale analyzed by SPSS.

In the analysis of the results it was found that there are significant limitations in the most of all dimensions that assess the functionality of (except in the sensation of pain respiratory system, the using of hand and arm , eating and drinking) and the risk of falling is high.

### **Keywords:**

Aging, Falls, Elderly, Institutionalization, CIF.

## **ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

EC – European Commission

INE – Instituto Nacional de Estatística

MFS – Morse Fall Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	17
1. ENVELHECIMENTO.....	18
2. QUEDAS.....	21
2.1. QUEDAS NOS IDOSO INSTITUCIONALIZADOS.....	21
2.2. FATORES DE RISCO DAS QUEDAS.....	22
2.2.1. Fatores de Risco Intrínsecos.....	23
2.2.2. Fatores de Risco Extrínsecos.....	23
2.2.3. Fator de Risco Comportamental.....	24
3. FUNCIONALIDADE HUMANA.....	24
4. CONCELHO DE VILA VELHA DE RÓDÃO.....	25
4.1. ESTRUTURA ESPACIAL DO CONCELHO DE VILA VELHA DE RÓDÃO.....	25
5. CARTA SOCIAL DA SANTA CASA DE VILA VELHA DE RÓDÃO.....	29
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	29
<b>PARTE II – FASE METODOLÓGICA</b> .....	31
1. METODOLOGIA.....	32
1.1. PROBLEMÁTICA.....	32
1.2. TIPO DE ESTUDO.....	33
1.3. VARIÁVEIS.....	34
1.4. HIPÓTESES.....	35
1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	36
1.5.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	36
1.5.2. Escala de Morse para Risco de Queda.....	40
1.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	41
1.7. QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	41
<b>PARTE III – ANÁLISE DE DADOS</b> .....	44
1. ANÁLISE DE DADOS.....	45

1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-BIOGRÁFICA .....	45
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO RISCO DE QUEDA .....	53
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE.....	53
1.3.1. Funções da consciência vs Histórico de queda.....	53
1.3.2. Funções da Orientação vs Histórico de queda.....	54
1.3.3. Funções da atenção vs Histórico de queda .....	55
1.3.4. Funções da memória vs Histórico de queda.....	56
1.3.5. Funções Emocionais vs Histórico de queda .....	57
1.3.6. Funções cognitivas de nível superior vs Histórico de queda.....	58
1.3.7. Sensação de dor vs Histórico de queda .....	59
1.3.8. Localização da dor vs Histórico de queda.....	60
1.3.9. Funções de Pressão Arterial .....	61
1.3.10. Funções de Respiração .....	61
1.3.11. Funções de defecação vs Histórico de queda.....	62
1.3.12. Estruturas das Áreas da Pele.....	63
1.3.13. Realizar a rotina diária vs Histórico de queda .....	63
1.3.14. Comunicar e receber mensagens orais.....	64
1.3.15. Falar .....	65
1.3.16. Conversação.....	65
1.3.17. Mudar a posição básica do corpo vs Histórico de queda .....	66
1.3.18. Manter a posição do corpo vs Histórico de queda.....	67
1.3.19. Utilização da mão e do braço vs Histórico de queda .....	68
1.3.20. Andar vs Histórico de queda .....	68
1.3.21. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento vs Histórico de queda.....	69
1.3.22. Lavar-se vs Histórico de queda.....	70
1.3.23. Cuidar de partes do corpo vs Histórico de queda .....	71
1.3.24. Cuidados relacionados com os processos de excreção vs Histórico de queda .....	72

1.3.25. Vestir-se vs Histórico de queda .....	73
1.3.26. Comer.....	74
1.3.27. Beber.....	75
DISCUSSÃO DOS DADOS .....	76
CONCLUSÃO.....	81
BIBLIOGRAFIA .....	83
APÊNDICES.....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nº1 - Concelho de Vila Velha de Ródão

26

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 – População residente no Concelho de Vila Velha de Ródão em 2011, Fonte INE	26
Gráfico N°2 – População residente segundo sexo no Concelho de Vila Velha de Ródão em 2011, Fonte INE	27
Gráfico N°3 – Curva de distribuição da variável Idade (anos)	45
Gráfico N°4 – Gráfico de distribuição segundo Sexo	46
Gráfico N°5 – Gráfico de distribuição do Estado Civil	47
Gráfico N° 6 - Diagramas de extremos quartis relativos à variável peso, por sexo	48
Gráfico N° 7 - Diagramas de extremos quartis relativos à variável altura, por sexo	49
Gráfico N° 8 – Índice de Massa Corporal	50
Gráfico N°9 – Gráfico da distribuição do Nível de Escolaridade em função da Idade	52
Gráfico N°10 – Principal Área de Diagnóstico Médico dos Idosos	53

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro N <sup>o</sup> 1 – Qualificadores Genéricos da CIF	38
Quadro N <sup>o</sup> 2 – Códigos das Funções do Corpo	39
Quadro N <sup>o</sup> 3 – Códigos das Funções de Participação	40
Quadro N <sup>o</sup> 4 – Nível de Risco de Queda	41

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela Nº1 – População Residente segundo Sexo, Fonte INE	27
Tabela Nº2 – Índice de Envelhecimento, Fonte: INE	28
Tabela Nº3 – Índice de Independência nos Idosos, Fonte: INE	28
Tabela Nº4 – índice de Longevidade. Fonte: INE	28
Tabela Nº5 – Número de Trabalhadores por categoria da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão	30
Tabela Nº6 - Distribuição da amostra quanto ao sexo e à idade	45
Tabela Nº7 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil e sexo	46
Tabela Nº8 – Cálculo do Risco de Queda	48
Tabela Nº9 – Representação da Altura	49
Tabela Nº10 – Idade vs Índice de Massa Corporal	50
Tabela Nº11 - Distribuição do Nível de Escolaridade em função do Sexo	51
Tabela Nº12 – Cálculo do Risco de queda	53
Tabela Nº13 - Distribuição das funções de consciência em função do Histórico de Queda	54
Tabela Nº14 - Distribuição das funções de consciência em função do Histórico de Queda	55
Tabela Nº15 - Distribuição das funções de atenção em função do Histórico de Queda	56
Tabela Nº16 - Distribuição das funções de memória em função do Histórico de Queda	57
Tabela Nº17 - Distribuição das funções emocionais em função do Histórico de Queda	58
Tabela Nº18 - Distribuição das funções cognitivas de nível superior em função do Histórico de Queda	59
Tabela Nº19 - Distribuição da sensação de dor em função do Histórico de Queda	60
Tabela Nº20 – Localização da dor de acordo com a região do corpo	61
Tabela Nº21 – Funções de Pressão Arterial	62
Tabela Nº22 – Funções de Respiração	62
Tabela Nº23 - Distribuição das funções de defecação em função do Histórico de Queda	62
Tabela Nº24 – Estruturas das Áreas da Pele Segundo o região do corpo	63
Tabela Nº25- Distribuição da atividade realizar a rotina diária em função do Histórico de Queda	64
Tabela Nº26 – Comunicar e receber mensagens orais	65
Tabela Nº27 - Falar	65
Tabela Nº28 – Conversação	66
Tabela Nº29 - Distribuição da atividade mudar a posição básica do corpo em função do	66

Histórico de Queda	
Tabela Nº30 - Distribuição da atividade manter a posição do corpo em função do	67
Histórico de Queda	
Tabela Nº31 - Distribuição da atividade utilização da mão e do braço em função do	68
Histórico de Queda	
Tabela Nº32 - Distribuição da atividade andar em função do Histórico de Queda	69
Tabela Nº33 – Distribuição da atividade deslocar-se em função do Histórico de Queda	70
Tabela Nº34 - Distribuição da atividade lavar-se em função do Histórico de Queda	71
Tabela Nº35 - Distribuição da atividade cuidar de partes do corpo em função do	72
Histórico de Queda	
Tabela Nº36 - Distribuição da atividade cuidados relacionados com processos de	73
excreção em função do Histórico de Queda	
Tabela Nº37 – Distribuição da atividade vestir-se em função do Histórico de Queda	74
Tabela Nº38 - Comer	74
Tabela Nº39 - Beber	75

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial com tendência a agravar. O progresso das condições de vida e o desenvolvimento científico e tecnológico contribuíram para um aumento da esperança de vida e da longevidade levando à alteração o perfil demográfico (Periago,2005).

O envelhecimento é definido pela maioria dos autores como um processo progressivo, irreversível, individual, complexo e multissetorial de decréscimo das funções biológicas, que não decorre de qualquer acidente ou doença e que interfere com a capacidade funcional do indivíduo (Hernández & Rodríguez,2006).

No processo de envelhecimento os problemas de saúde físicos e mentais são inevitáveis e frequentemente provocados por doenças crónicas mas também pelas quedas.

Atualmente, as quedas nos idosos são uma preocupação devido à frequência e às consequências no que diz respeito à qualidade de vida. Este síndrome geriátrico apresenta diversos impactos na vida de um idoso, incluindo morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde.

Para além das consequências diretas das quedas, os idosos limitam as suas atividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde.

Desta forma, o conceito de saúde para os idosos não se pode basear nos princípios de completo bem-estar físico, psíquico e social, instituídos pela Organização Mundial de Saúde, mas deve reger-se pelo paradigma da capacidade funcional.

Pretende-se com o presente estudo, caracterizar a funcionalidade e o risco de queda no Idoso Institucionalizado na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Identificar as limitações funcionais dos idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão;
- Conhecer o risco de queda dos Idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão;
- Saber qual a relação existente entre a funcionalidade e o risco de queda nos Idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão.

Optou-se por uma metodologia quantitativa e por um estudo de carácter transversal, descritivo, correlacional e comparativo. A população/amostra foi constituída por 130 idosos, institucionalizados na Santa casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão. Utilizou-se como

instrumento de colheita de dados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a Escala de Morse para Risco de Queda (MFS).

Este estudo encontra-se estruturado em três grandes capítulos:

- O primeiro é dedicado a um enquadramento teórico do fenómeno do envelhecimento direcionando para a institucionalização; é abordado o tema das quedas nos indivíduos desta faixa etária assim como os riscos de queda; por último também é feita uma abordagem da funcionalidade humana.
- O segundo capítulo compreende a explicitação das opções metodológicas que irão nortear o estudo (nomeadamente as questões, tipo de estudo, a população/amostra, as variáveis do estudo, hipóteses, instrumento de colheita de dados).
- O terceiro capítulo onde será feita a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população tornou-se o fenómeno demográfico mais inquietante das sociedades modernas, visto que, representa tendências de âmbito sócio-económico que influenciam as políticas sociais e de sustentabilidade, assim como, transformações de carácter individual através da aquisição de novos estilos de vida. (INE,2013)

A Organização das Nações Unidas (2011) reconhece que na história da humanidade não são notórios antecedentes de um envelhecimento a nível mundial como aquele a que é assistido atualmente, ainda assim, prevê-se que no século XXI a evolução desta alteração demográfica seja ainda mais vincada. Este fenómeno será duradouro, não se conjeturando o retorno a um perfil demográfico jovem.

No que respeita à dimensão demográfica a nível mundial, fazendo um termo de comparação dos valores previstos para o período entre 2015 e 2060 com o período de 1950 e 2010, constata-se que existirá uma diminuição do ritmo de crescimento da população mundial. No entanto, o ritmo de crescimento da população com idade superior a 65 anos será muito superior. Ou seja, existirá uma diminuição dos indivíduos com idade inferior a 15 anos (10,8%), enquanto que, os indivíduos com idade superior a 65 aumentam (7%). (EC,2010)

É evidente que, Portugal manifesta uma alteração na evolução do perfil populacional. Segundo os censos de 2011, 19% da população tem mais de 65 anos, estimando-se que em 2020 este valor amplie para 21%, dos quais 6% terão mais de 85 anos. O índice de envelhecimento em 2011 é de 131% constituindo um aumento de 27% relativamente a 2001 que foi 104%. O índice de dependência dos idosos aumentou de 25% para 30% comparativamente a 2001, sendo determinante o peso dos idosos com mais de 80 anos, que tem vindo a aumentar de forma significativa passando de 340 milhares, em 2001, para 484,2 milhares, em 2011. Através destes dados, é possível afirmar que Portugal é o segundo país da União Europeia com as taxas de população idosa mais elevada. (INE,2013)

O envelhecimento é caracterizado como um processo na qual ocorre a perda progressiva das funções sensoriais e motoras, verificando-se uma maior vulnerabilidade às doenças. (Joel & Goebel,2008)

A definição de envelhecimento consiste num conjunto de condições biológicas, sociais, económicas, cognitivas, funcionais e cronológicas. (Paschoal,1996)

De acordo com o autor anteriormente referenciado:

- Biologicamente, o envelhecimento tem início no nascimento;
- Socialmente, a velhice está subordinada ao momento histórico e cultural;

- Intelectualmente, considera-se que um indivíduo fica velho, quando há perda das capacidades cognitivas, evidenciando-se problemas de memória, atenção, orientação e concentração;
- Economicamente, o indivíduo ingressa na velhice quando passa a ser reformado, ou seja, deixa de ser produtivo para a sociedade;
- Funcionalmente, ocorre quando há perda da independência sendo indispensável cooperação para desempenhar as atividades básicas de vida diária;
- Cronologicamente, torna-se idoso quando faz 65 anos.

O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo do tempo, sendo que, a sua evolução foi condicionada por atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época. (Sequeira,2010)

Para Birren e Schroots (1996), a definição do envelhecimento entende-se como sendo composta por três subdivisões:

- Envelhecimento primário;
- Envelhecimento secundário;
- Envelhecimento terciário.

Em consonância com Birren e Schroots (1996), o envelhecimento primário, também é conhecido como envelhecimento normal ou senescência. Este envelhecimento abrange todos os humanos pós-reprodutivos, visto que, consiste numa característica genética típica da espécie. O envelhecimento primário afeta o organismo de forma gradual e progressiva, apresentando efeito cumulativo. Nesta fase, o indivíduo fica suscetível à interferência de vários fatores que intervêm no envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, exposição a eventos, educação e posição social.

Netto (2002) afirma que o envelhecimento primário está presente em todos os indivíduos, pois é, geneticamente determinado ou pré-programado.

O envelhecimento secundário ou patológico, está intrinsecamente associado a doenças, porém, estas não devem ser confundidas com o processo normal de envelhecimento Birren e Schroots (1996). Este tipo de envelhecimento está associado aos sintomas clínicos, onde se incluem os efeitos das doenças e do ambiente. (Spirduso,2005)

O envelhecimento secundário é para Netto (2002), consequência das interações das influências externas, sendo mutável entre indivíduos em meios divergentes. É qualificado por resultar de fatores culturais, geográficos e cronológicos.

Spirduso (2005) salienta que as causas são diversas, contudo, o envelhecimento primário e secundário têm forte interação. O autor destaca que o stress ambiental e as doenças promovem um aceleração dos processos básicos de envelhecimento, aumentando desta forma, a vulnerabilidade do indivíduo ao stress ambiental e às doenças.

O envelhecimento terciário ou terminal é para Birren e Schroots (1996), caracterizado por acentuadas perdas físicas e cognitivas, que foram provocadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, assim como, por patologias dependentes da idade.

De acordo com Weineck (1991) a idade cronológica dispõe os indivíduos segundo a data de nascimento, já a idade biológica é possível comprová-la pelo organismo, tendo como base as condições tecidulares que serão comparadas com parâmetros pré-estabelecidos. A idade psicológica é caracterizada pelo desempenho, maturação mental e a soma de experiências. Relativamente à idade social relaciona-se com a forma como a sociedade está organizada, pois cada indivíduo varia de jovem a velho em diferentes sociedades.

Netto (2002) ressalta que entre o indivíduo adulto e o idoso, a idade limite é de 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos. Assim, estes são os critérios empregados na maioria das instituições que pretendem oferecer aos idosos cuidados à saúde psicológica, social e física.

Para alguns idosos a instituição é uma escolha involuntária, já para outros é a única opção que lhes resta. Na situação dos idosos que vivem sozinhos, sem família a institucionalização pode representar um local de proteção e de cuidados. (Mazza & Lefèvre,2004)

Verifica-se que é comum por parte dos idosos recorrer à institucionalização, devido à perda de autonomia e estado de saúde geral, representando um refúgio importante para esta população. (Fernandes,2000)

Os familiares podem não ter condições adequadas para cuidar do idoso, devido à dificuldade de conciliar o cuidado, atividades de lar e de trabalho ou pela impossibilidade de outros familiares dividirem a tarefa de cuidar. (Perlini, Leite & Furini,2007)

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil característico: sedentarismo, carência afetiva, incapacidades físicas e mentais, ausência dos familiares para auxiliar no autocuidado e incapacidade no suporte financeiro. Este conjunto de fatores contribui para uma subsistência de limitações físicas e incapacidades, que se refletem na sua independência e autonomia. (Lopes,2007)

Também se constata que apresentam, menor equilíbrio, maior risco de quedas, redução na força nos membros inferiores e diminuição da atividade física diária, quando comparados com idosos não institucionalizados. (Faria,2010)

A institucionalização também apresenta fatores negativos na dinâmica da pessoa idosa tais como: a despersonalização, desinserção familiar e comunitária, tratamento massificado, vida monótona e rotineira sendo que os idosos são tratados de forma igual sem atender à pessoa como ser único com as suas diferenças individuais. Também poderá ocorrer a desintegração social provocada pela falta de privacidade, perda de responsabilidade pelas

decisões pessoais e da implementação de rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e espiritual contribuindo desta forma para a perda de amor-próprio criando sentimentos de inutilidade, impotência e desinteresse pelo mundo exterior. (Fernandes,2000)

## **2. QUEDAS**

### **2.1. QUEDAS NOS IDOSO INSTITUCIONALIZADOS**

As quedas determinam a institucionalização da pessoa idosa devido às suas consequências, mas também, pela recorrência ou pelo medo de cair. Contrariando o que se considera, a sua ocorrência não é mais reduzida no contexto institucional, sendo considerado que os lares são as instituições onde ocorrem mais quedas. (Morse, 2009)

Para Al-faisal (2006) as quedas são comumente definidas como cair ao chão involuntariamente ou passar para um nível inferior, excluindo as mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos

A CIPE define queda como uma descida repentina do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, provocada pela perda de equilíbrio corporal ou incapacidade de suportar o peso do corpo em várias posições.

De acordo com a OMS as quedas são definidas como consequência de um acontecimento que leva o indivíduo ao chão involuntariamente, de forma repentina ou inesperada. Os idosos têm predisposição para cair existindo múltiplas causas que podem contribuir para tal acontecimento.

Em Portugal, as quedas são consideradas um problema grave que está intrinsecamente associado ao aumento da idade, pois, entre 40% a 60% dos indivíduos acima dos 65 anos já caiu pelo menos uma vez, verificando-se maior frequência em lares e nas mulheres (Carvalho,2004), são consideradas a segunda maior causa de morte acidental do mundo (OMS,2010).

A frequência com que ocorrem quedas aumenta com a idade e com o nível de fragilidade. Constata-se que nos idosos institucionalizados existe maior propensão para a ocorrência de quedas comparativamente com os idosos que vivem na comunidade. (OMS,2007)

As quedas são classificadas como acidentais, fisiológicas antecipáveis e fisiológicas não antecipáveis. As quedas fisiológicas antecipáveis constituem 78% do total das quedas. Este tipo de quedas ocorre em indivíduos que foram identificados pela escala de avaliação de risco de queda que os considerou em risco de queda por apresentarem fatores como

história prévia de quedas, alteração na marcha, terapêutica intravenosa e necessidade de utilização de dispositivos auxiliares de marcha (Morse,2009).

As quedas representam uma das principais causas de incapacidade entre os idosos, estando essencialmente associadas à perda do equilíbrio postural. (Buksman e Vilela,2004).

Urruela (2002) considera que ao longo da idade se verifica a redução da influência dos fatores extrínsecos aumentando a influência da polimorbilidade e polimedicação característica do processo de envelhecimento.

Normalmente os idosos não caem por efetuar atividades perigosas, como subir escadas ou uma cadeira, mas sim, quando realizam atividades rotineiras que aparentemente não têm risco. Desta forma, é possível compreender que o risco de queda no idoso depende principalmente da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do próprio estado funcional. (Fabrício,2004)

O idoso institucionalizado pode não se encontrar fragilizado devido a distúrbios orgânicos e sim devido ao isolamento e solidão. Associando os fatores anteriores à inatividade física verifica-se que existe uma maior disposição para que ocorram quedas. (Santos,2012)

É frequente que ocorram episódios de quedas na primeira semana após o ingresso na instituição no decorrer de períodos de atividade máxima apesar existir uma supervisão apropriada. (Santos,2012)

As quedas são consideradas um síndrome geriátrico complexo que aumenta consideravelmente a mortalidade, morbidade, reduz a funcionalidade do indivíduo e aumenta os internamentos. (Rubenstein,2006)

A conclusão de um estudo ICARE citado por Nogueiro (2002) refere que as quedas são um acontecimento no idoso, provocadas tanto por fatores de natureza intrínseca como extrínseca.

## 2.2. FATORES DE RISCO DAS QUEDAS

A estabilidade do corpo depende da receção adequada e de forma altamente integrada de informações de componentes sensoriais, cognitivas, integrativas centrais (particularmente cerebelo) e musculoesqueléticos. O efeito cumulativo de alterações relacionadas com a idade, doenças e meio ambiente inadequado predispõem à queda.

Os fatores que interferem num acontecimento destes podem ser classificados em três categorias: intrínsecos, extrínsecos e comportamental.

### **2.2.1. Fatores de Risco Intrínsecos**

A história prévia de quedas deve ser valorizada, visto, ser comum a reincidência de novas quedas quando tenha ocorrido uma ou mais no ano anterior (Ganz,2007).

Ao longo do envelhecimento a prevalência das quedas aumenta (Ganz, 2007), sendo que, a quantidade de mulheres que cai é superior à dos homens (Campbell, 1990).

As patologias associadas ao indivíduo como, a Hipertensão, Diabetes Mellitus e doenças neurológicas ou osteoarticulares que afetam a força muscular, o equilíbrio e a marcha são fatores de risco comuns. (Ganz,2007). As doenças ortopédicas provocam tonturas, desequilíbrio e problemas nos pés, como calos, deformidades, úlceras e dor ao caminhar cooperando para a gênese da queda (Bueno-Cavanillas,2001). Por sua vez, a polimedicação decorre do aumento de doenças tornando-se igualmente um fator que predispõem às quedas, sendo que, os medicamentos psicoativos e de uso cardiológico são os que têm mais impacto (Bueno-Cavanillas,2000).

Com o envelhecimento surgem distúrbios da marcha e equilíbrio tornando o indivíduo vulnerável às quedas, porque ocorre a diminuição da força e da resistência inferior colocando em causa a independência nas atividades de vida diária (Mahant,2001). A deficiência nutricional está intrinsecamente associada ao distúrbio da marcha, pois, provoca diminuição da força muscular e osteoporose (Bueno-Cavanillas,2001).

O estado psicológico e a existência de um ligeiro défice pode aumentar o risco de queda. O medo de ter uma nova queda está relacionado com a deterioração do desempenho da marcha e episódios recorrentes de quedas, estimulando a restrição das atividades físicas e sociais. Logo, o sedentarismo pode desencadear disfunção músculo-esquelética (Mahant,2001).

O Estado Funcional interfere no risco de queda aumentando conforme o grau de dependência do indivíduo (Ganz,2007).

### **2.2.2. Fatores de Risco Extrínsecos**

Os fatores extrínsecos subordinam-se às circunstâncias sociais e ambientais e à criação de desafios ao indivíduo. Assim, abrangem situações como: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, roupas e sapatos inadequados, via pública mal conservada com buracos ou irregularidades. (Buskman, 2008)

### **2.2.3. Fator de Risco Comportamental**

As pessoas mais inativas e as mais ativas são as que têm maior probabilidade de queda, provavelmente pela fragilidade das primeiras e pelo elevado grau de exposição das segundas. Assim, na avaliação dos fatores de risco deve-se incluir na anamnese perguntas específicas como: história prévia de quedas, circunstâncias das mesmas, uso e alterações recentes de medicamentos, evidências de maus tratos, doenças músculo-esqueléticas, capacidade funcional e fatores de risco ambientais. (WHO,2004)

## **3. FUNCIONALIDADE HUMANA**

As teorias do envelhecimento expostas anteriormente evidenciam o desenvolvimento do indivíduo num conjunto de atividades em determinado contexto. Para que haja desenvolvimento dessas atividades o indivíduo usa as suas estruturas e funções corporais, que estão geneticamente estabelecidas e marcadas em determinado percurso de vida. Assim, devido à ocorrência ou não de processos patológicos é considerada uma dimensão de realce em todas as fases do ciclo de vida, ainda mais durante o processo de envelhecimento. (Lopes,2012). Contudo, é importante analisar o conceito de funcionalidade.

Existe uma grande variedade de definições sobre a funcionalidade humana. Para Jette & Haley (2000) a funcionalidade humana é definida como a aptidão que o indivíduo possui para executar atividades de vida diária e para colaborar em situações distintas da vida e da sociedade, incluindo dimensões, física, emocional e cognitiva. Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever, num continuum, a funcionalidade da pessoa.

O conceito de funcionalidade da CIF (2004) reúne domínios divergentes de um indivíduo com determinada condição de saúde. Desta forma, a funcionalidade é o conceito que compreende todas as funções do corpo, atividades e participação, por outro lado, incapacidade é um conceito que abrange deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Assim, pode afirmar-se que a funcionalidade possui uma caracterização positiva, enquanto que, a incapacidade é conotada como negativa. (OMS,2003)

A funcionalidade pode ser interpretada como a capacidade da pessoa para desempenhar determinadas atividades ou funções, servindo-se de várias habilidades para realizar interações sociais, nas suas atividades de lazer e noutros comportamentos necessários no dia-a-dia. De forma geral, consiste numa forma de medir se o indivíduo é ou não capaz de ser independente no desempenho das atividades fundamentais para cuidar de si mesmo (Duarte & Andrade & Lebrão,2007).

A CIF considera a definição de Funcionalidade e Incapacidade como conceitos multidimensionais e interativos que relacionam:

- Estados de saúde que são as doenças, transtornos, lesões ou traumas e podem referir-se a outras circunstâncias como envelhecimento, stress, anomalias congénitas ou predisposição genética. (OMS, 1989)
- As Funções e Estruturas do Corpo são definidas como as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo. As estruturas constituem as partes anatómicas do corpo, como os órgãos e os seus componentes. As anormalidades nas funções ou das estruturas são designadas deficiências, sendo definidas como perdas ou alterações significativas de estruturas e/ou funções. (OMS,2003)
- Os fatores do meio-ambiente que influenciam experiências (Fatores Ambientais). Os fatores ambientais são externos ao individuo, constituídos pelo ambiente físico, social e pelas atitudes influenciando de forma positiva ou negativa, desempenhando papéis de barreiras ou facilitadores.

#### **4. CONCELHO DE VILA VELHA DE RÓDÃO**

##### **4.1. ESTRUTURA ESPACIAL DO CONCELHO DE VILA VELHA DE RÓDÃO**

O Concelho de Vila Velha de Ródão situa-se na região centro do território Português, especificamente na Beira Interior Sul. O Instituto Geográfico Português refere que apresenta uma área total de 329,9 km<sup>2</sup> e um perímetro de 115 km<sup>2</sup>. O comprimento máximo do concelho, quer no sentido Norte-Sul, quer no sentido Este-Oeste, é de 29 km, registando a altura máxima nos 566 m e a altitude mínima nos 50 m. (Costa,2007)

Este é um concelho que está localizado a sul do Distrito de Castelo Branco, entre o rio Tejo e o seu afluente Ocrea. Tem como municípios adjacentes Castelo Branco que dista 28 km, Idanha-a-Nova, Penamacor, Proença-a-Nova, Mação, Cedillo (Espanha) e Nisa. (Costa,2007)

O Concelho de Vila Velha de Ródão é composto por quatro freguesias, Vila Velha de Ródão, Sarnadas de Ródão, Fratel e Perais. Tem uma vila que é a sede de concelho.

A Freguesia de Fratel encontra-se a 16,5 km de distância da sede de concelho e localiza-se entre a margem direita do rio Tejo e a margem esquerda do rio Ocrea. Desta freguesia fazem parte as localidades de Carepa, Fratel, Gardete, Juncal, Ladeira, Marmelal, Montinho, Perdigão, Peroledo, Riscada, Silveira, Vale da Figueira, Vale de Bezerra, Vermum e Vilar do Boi.

A Freguesia de Perais está a 13 km de Vila Velha de Ródão e localiza-se entre a margem direita do rio Ponsul e a norte da margem direita do rio Tejo. Desta Freguesia fazem parte as localidades de Alfrívda, Balsinha, Monte Fidalgo e Vale de Pousadas.

A Freguesia de Sarnadas de Ródão encontra-se a uma distância de 14 km de Vila Velha de Ródão, situa-se próximo da margem direita da Ribeira de Retaxo. Esta Freguesia é constituída pelas localidades de Amarelos, Atalaia, Carapetosa, Cebolais de Baixo, Rodeios, Sarnadas de Ródão e Vale do Homem.

Por último, da Freguesia-Sede de concelho fazem parte as seguintes localidades: Alvaiade, Cerejal, Chão das Servas, Coxerro, Foz do Cobrão, Gavião de Ródão, Salgueiral, Sarnadinha, Serrasqueira, Tavila, Tojeirinha, Tostão, Vale do Cobrão, Vila Velha de Ródão e Vilas Ruivas.

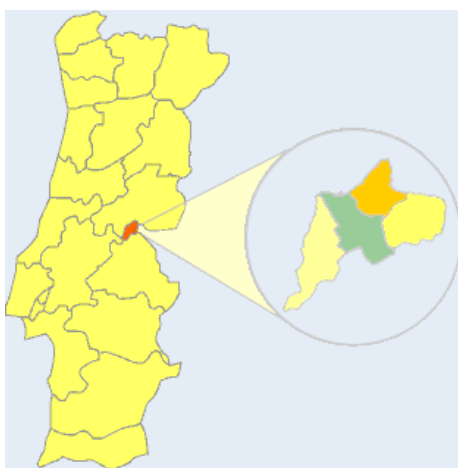


Figura Nº 1 – Concelho de Vila Velha de Ródão

### População Residente no Concelho de Vila Velha de Ródão

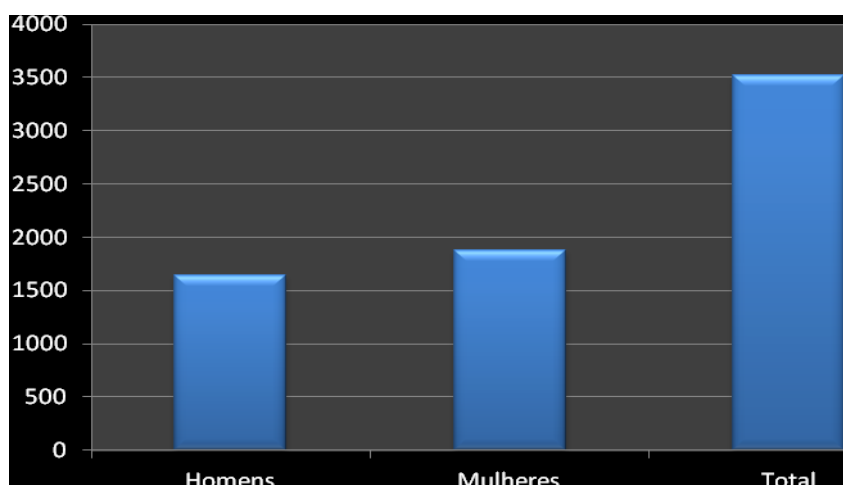


Gráfico Nº1 – População residente no Concelho de Vila Velha de Ródão em 2011, Fonte INE

De acordo com os censos de 2011, a população residente no concelho é de 3521 habitantes, sendo 1644 homens e 1877 mulheres. Ao analisar os dados do INE é evidente que a população residencial deste concelho tem vindo a decrescer de forma vincada.

Relativamente à distribuição da população residente por freguesia, Vila Velha de Ródão apresenta 1766 indivíduos sendo a mais populosa, seguindo-se Sarnadas de Ródão com 637 indivíduos, Fratel com 608 indivíduos e por último a freguesia de Perais com uma população de 510 pessoas. A densidade populacional a nível do concelho é de 10,7 habitantes por km<sup>2</sup>.

### População Residente no Concelho de Vila Velha de Ródão segundo Sexo

Freguesia	População Residente Total	População Residente Homens	População Residente Mulheres
Fratel	608	284	324
Perais	510	247	263
Sarnadas de Ródão	637	289	348
Vila Velha de Ródão	1766	824	942

Tabela N°1 – População Residente segundo Sexo, Fonte INE

### População Residente no Concelho de Vila Velha de Ródão segundo Sexo

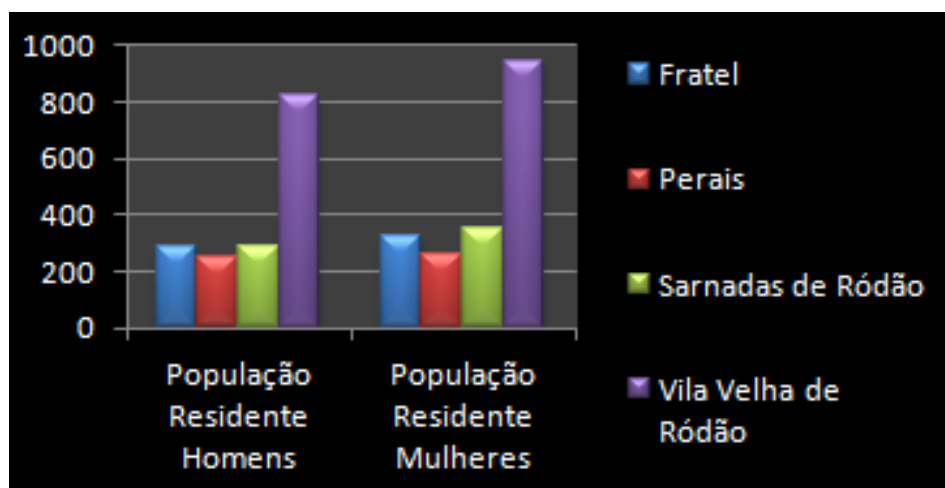


Gráfico N°2 – População Residente segundo Sexo no Concelho de Vila Velha de Ródão em 2011, Fonte INE

No que concerne à distribuição da população residente segundo o sexo no concelho de Vila Velha de Ródão, e nas respetivas freguesias, do quadro N°1 e gráfico N°2 emerge uma superioridade percentual das mulheres residentes relativamente à percentagem de homens.

### Índice de Envelhecimento

Concelhos	Índice de Envelhecimento
Penamacor	597,8
Pampilhosa da Serra	589,7
<b>Vila Velha de Ródão</b>	<b>583,7</b>
Oleiros	574,4

Tabela N°2 – Índice de Envelhecimento, Fonte: INE

O índice de envelhecimento consiste no indicador que mede a relação que existe entre o número de idosos e a população jovem divulgando este fenómeno. Assim, das zonas geográficas analisadas a nível nacional, Vila Velha de Ródão é o terceiro concelho com o índice de envelhecimento mais elevado (583,7).

### Índice de Independência

Concelho	Índice de Dependência nos Idosos
Alcoutim	91,2
<b>Vila Velha de Ródão</b>	<b>89,1</b>
Penamacor	89,1
Idanha-a-Nova	88,7

Tabela N°3 – Índice de Independência nos Idosos, Fonte: INE

O índice de dependência é importante na caracterização da população, pois, permite determinar a proporção da população que se encontra potencialmente dependente da população em idade ativa. Neste caso, exprime a proporção de idosos potencialmente dependentes da população em idade ativa, o índice de dependência de idosos.

O concelho de Vila Velha de Ródão assume um segundo lugar quanto ao índice de dependência de idosos (89,1), a nível nacional.

### Índice de Longevidade

Concelho	Índice de Longevidade
Vila de Rei	65
Alter do Chão	63,8
Mação	62,1
<b>Vila Velha de Ródão</b>	<b>61,4</b>

Tabela N°4 – índice de Longevidade. Fonte: INE

O envelhecimento profundo e contínuo é um facto com o qual nos deparamos, crescendo o aumento da esperança de vida, expressando-se no índice de longevidade, que mede a proporção da população com mais de 74 anos no total da população idosa.

O Índice de Longevidade no concelho de Vila Velha de Ródão, situa-se nos 61,4 (em cada 100 indivíduos com 65 anos ou mais). Comparando o valor do concelho de Vila Velha de Ródão (61,4) com a média nacional (48,7) é muito superior ao do Continente português.

## **5. CARTA SOCIAL DA SANTA CASA DE VILA VELHA DE RÓDÃO**

### **5.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão foi constituída por um grupo de fiéis que desenvolveu a sua ação pelo concelho, tendo dado início ao seu trabalho social com o hospital em 1930. Em 1951 foi doado um terreno onde foi construído um novo hospital com serviços mais especializados, por forma, a fazer face a uma necessidade de cuidados de saúde iminentes, visto que o apoio médico se limitava ao prestado pela Instituição.

A nacionalização dos serviços de saúde, foi comum a todas as Santas Casas da Misericórdia, tendo promovido a cessação das funções deste tipo de hospital estabelecendo-se um protocolo com o ministério da tutela passando a ser utilizado como Centro de Saúde local, situação que se manteve até 2000.

Assim, a direção optou por prosseguir e apostar no trabalho social, iniciando um percurso na área da terceira idade, dando início em 1988 ao serviço de apoio domiciliário e em 1989 com a abertura de um lar de idosos.

Devido ao envelhecimento da população foi impreterível a ampliação dos serviços prestados, resultando na construção de dois Centros de Dia, nas freguesias de Perais e Sarnadas, e a formalização de um protocolo com uma associação da aldeia de Alvaiade, na freguesia de Vila Velha de Ródão, para a cedência de instalações, de forma, a que aí pudesse funcionar outro.

Em 1999 foi construído um novo lar. Posteriormente, as instalações que funcionavam como Centro de Saúde foram devolvidas à instituição tendo sido adaptado e funcionando atualmente como lar. À data, Santa Casa conta com 64 trabalhadores, constituindo-se na terceira maior empresa do concelho a nível de empregabilidade.

## Categorias Profissionais da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Nº de Funcionários</b>
Sem Categoria Atribuída	6
Educadora de Infância	1
Serviços Gerais I	25
Serviços Gerais II	10
Ajudante de lar /Centro de Dia	22
Motoristas	3
Diretora Técnica	2
Diretor de Serviços Gerais	1
Enfermagem	3
Animadora Sociocultural	1
Assistente Administrativa I	3
Encarregado de Serviços Gerais	2
Ajudante de cozinha	5
Cozinheiro	3

Tabela Nº5 – Número de Trabalhadores por categoria da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão

A Instituição é organizada por três tipos de serviço:

- **Lar de Idosos (Lar I, Lar II e Casa de Repouso Dr. Francisco Pinto)** para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes ou naturais do concelho de Vila Velha de Ródão. Prioritariamente para indivíduos dependentes.
- **Centros de Dia (Vila Velha de Ródão, Perais e Sarnadas de Ródão)** direcionados para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes nas freguesias onde a Santa Casa presta esse serviço, sendo necessário possuir alguma autonomia física e mental.
- **Serviço de Apoio Domiciliário** para prestar serviços a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes nas freguesias onde a Santa Casa presta esse serviço, sendo ainda possível prestar o serviço a indivíduos dependentes e/ ou isolados e com comprovada inexistência de apoio familiar e ainda a pessoas social e economicamente desfavorecidas.
- O Lar tem capacidade total para 133 pessoas. Sendo que, no Lar I há uma lotação de 70 pessoas, no Lar II existem 43 vagas, na Casa de Repouso Dr. Francisco Pinto comporta 20 pessoas estando a totalidade das vagas preenchidas.

## **PARTE II – FASE METODOLÓGICA**

## 1. METODOLOGIA

O Processo de Investigação é para vários autores, composto por etapas, sendo a metodologia uma dessas etapas. A metodologia consiste num processo racional e arbitrário que visa organizar a forma como os resultados são atingidos. Consiste no instrumento básico da ciência, que tem como finalidade ordenar o pensamento em sistemas e delinear de forma coerente o procedimento do cientista na realização da pesquisa visando alcançar o objetivo preestabelecido. (Ferrari,1982 citado por Gauthier et. al,1998)

Esta é uma etapa imprescindível em todos os trabalhos de investigação, visto que se faz menção ao tipo de estudo utilizado, ou seja, faz-se referência à abordagem mais adequada aos objetivos definidos. É selecionada a amostra, o instrumento de colheita de dados que melhor se adapta à investigação em causa, de forma a testar a exatidão, a representatividade e a legitimidade do mesmo, bem como dos seus resultados.

A fase metodológica operacionaliza o estudo.” (Fortin,1999:108).

A sua principal finalidade consiste em “... clarificar e proporcionar uma visão mais alargada acerca da área temática em estudo de forma a clarificar certos aspetos do fenómeno estudado e encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho.” (Quivy,1998:68).

### 1.1.PROBLEMÁTICA

“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática” (Fortin,1999:48) e esta situação requer uma solução.

A problemática constitui efetivamente o princípio de orientação teórica da investigação, e dá à investigação a sua coerência e potencial de descoberta (Quivy e Van Campenhoudt 1998, citado por Arco,2004).

Para que seja possível elaborar um problema de investigação é indispensável a seleção de um tema problemático, de forma a estruturar uma questão, para que posteriormente se possa guiar todo processo de investigação. Ao longo da elaboração do estudo surgiram questões que deram origem à questão de partida, tais como:

- Qual a susceptibilidade dos idosos da instituição às quedas?
- De que forma as funções do corpo estão relacionadas com o risco de queda nos idosos institucionalizados?
- De que forma as estruturas do corpo estão relacionadas com o risco de quedas nos idosos institucionalizados?
- De que forma as atividades de participação estão relacionadas com o risco de queda nos idosos institucionalizados?

A pergunta de partida deve “Ter um certo número de qualidades de clareza (ser precisa, concisa e unívoca); exequibilidade (ser realista); pertinência (ser uma verdadeira pergunta) e ter uma intenção compreensiva ou explicativa” com ela, “o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.” (Quivy, 1998:33,41).

Assim elaborou-se a seguinte questão de partida: De que modo a funcionalidade do idoso influencia o risco de queda: o caso da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão.

*“ Os objetivos delimitam a pretensão do alcance da investigação, o que se propõe fazer, que aspetos pretende analisar. Os objetivos podem servir como complemento para a delimitação do problema.” (Gauthier 5:1998)*

Os objetivos de um estudo devem enunciar, de uma forma clara e precisa, a intenção do estudo. Sendo enunciados declarativos que têm em consideração a população alvo, as variáveis e a orientação estabelecida para a pesquisa. É de realçar que o objetivo de um estudo abrange as finalidades ou metas que o pesquisador espera alcançar com a pesquisa, não o problema a ser resolvido. Na sequência da problemática do estudo descrita anteriormente e do meu objeto de estudo é necessário identificar de que forma as quedas influenciam a funcionalidade no idoso institucionalizado.

Assim o **objetivo geral** é:

- Caracterizar a funcionalidade e o risco de queda no Idoso Institucionalizado na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão

Os **objetivos específicos** deste estudo são:

- Identificar as limitações funcionais dos idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão;
- Conhecer o risco de queda dos Idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão;
- Saber qual a relação existente entre a funcionalidade e o risco de queda nos Idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão.

## 1.2. TIPO DE ESTUDO

Este estudo insere-se numa abordagem quantitativa sendo que, de acordo com Fortin (2003:22), o método de investigação quantitativo consiste no “...processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”, que se baseia na “...observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”.

A abordagem quantitativa caracteriza-se por ser focalizada, pontual e estruturada e também por utilizar dados quantitativos. A colheita de dados é realizada através da obtenção de respostas estruturadas e as técnicas de análise são dedutivas e orientadas por resultados que são generalizáveis (Melo & Tanaka,2001).

“A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses” (Fortin,1999:133).

No que respeita à profundidade do estudo consiste num estudo:

- Transversal, pois tenta retratar a realidade em determinado momento.
- Correlacional, verifica a natureza (força e direção) das relações que existem entre determinadas variáveis. (Fortin,1999)
- Descritivo, porque é um exercício exploratório que tenta descrever uma realidade.
- Comparativo porque pretende estabelecer relações entre variáveis.

### 1.3. VARIÁVEIS

As variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin,1999: 36), podendo tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças.

A variável dependente são as quedas, é a variável “que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin,1999: 37).

Por outro lado, as variáveis independentes são funções da consciência, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções emocionais, funções cognitivas de nível superior, sensação de dor, funções da pressão arterial, funções da respiração, funções de defecação, estrutura das áreas da pele, realizar a rotina diária, comunicar e receber mensagens, mudar a posição básica do corpo, manter a posição do corpo, utilização da mão e do braço, andar, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, vestir-se, comer, beber. São as variáveis que sofrem “o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin,1999: 37).

As variáveis atributo – Idade, Sexo, Estado Civil, Peso, Altura, Nível de Escolaridade, Principal Área de Diagnóstico “são as características dos sujeitos num estudo.” (Fortin,1999:37). Estas variáveis são determinadas em função das necessidades do estudos, após a colheita dos dados a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos num estudo. (Fortin,2003)

#### 1.4. HIPÓTESES

Na opinião de Fontin (2006), a hipótese é uma predição sobre uma relação existente entre variáveis, que se verifica empiricamente. Assim como, a questão de investigação, a hipótese toma em conta as variáveis – chave e a população alvo.

As hipóteses foram elaboradas tendo por base a observação e vivência da realidade e na analogia entre as variáveis.

Foram construídas as seguintes hipóteses:

- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de consciência;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de orientação;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de atenção;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de atenção;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de memória;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções emocionais;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções cognitivas de nível superior;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência na sensação de dor;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nas funções de defecação;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência na rotina diária;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em mudar a posição básica do corpo;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em manter a posição do corpo;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência na utilização da mão e do braço;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em andar;

- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em deslocar-se com algum tipo de equipamento;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em lavar-se;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em cuidar de partes do corpo;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência nos cuidados relacionados com processos de excreção;
- Os idosos institucionalizados que apresentam risco de queda têm deficiência em vestir-se.

## 1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na fase antecedente à colheita de dados, é imprescindível que o investigador possua conhecimento acerca dos diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e inconvenientes de cada um, de modo a que a sua escolha corresponda aos objetivos da sua investigação (Fortin,2003).

A escala é composta por um conjunto de enunciados apresentando uma relação lógica ou empírica, sendo uma forma de avaliação empírica, é uma forma de avaliação destinada a medir um conceito ou característica do individuo. (Fortin,1999)

O Instrumento de Recolha de Dados neste estudo é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Escala de Morse para Risco de Queda.

### **1.5.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

A CIF é um novo sistema de classificação que está inserido na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma referência a nível global adotada pela OMS que visa a descrição, avaliação e medição da saúde e da incapacidade, tanto a nível individual como a nível da população. Esta classificação utiliza uma linguagem comum e padronizada para possibilitar a comunicação no mundo, entre as várias disciplinas e ciências.

A CIF não é considerada um instrumento de avaliação ou de medida, logo é indispensável a adoção de instrumentos de avaliação normalizados e fidedignos que provem de forma rigorosa os diferentes domínios em estudo, tomando como referência a CIF.

Esta classificação não é uma classificação de pessoas nem estabelece um diagnóstico. Visto que, permite descrever as características de cada individuo ou os níveis de

funcionalidade dos indivíduos de uma forma multidimensional e interativa em domínios distintos, assim como, as características do seu meio físico e social, através da seleção de um conjunto de códigos que irá permitir a documentação do perfil de funcionalidade e de participação.

Os princípios orientadores da CIF são:

- A Incapacidade não é específica de um grupo minoritário, mas sim uma experiência humana universal;
- A Incapacidade não deve ser diferenciada em função da etiologia ou de diagnósticos, pois, pessoas com a mesma etiologia e diagnóstico apresentam perfis muito diferentes a nível da execução das Atividades e da Participação;
- Os Domínios de classificação na CIF são neutros, permitindo expressar tanto os aspetos positivos como negativos do perfil funcional e de participação de uma pessoa;
- Os Fatores Ambientais assumem um papel crucial, como facilitadores ou barreiras, na funcionalidade e incapacidade das pessoas.

O sistema de classificação da CIF é constituído por três componentes:

- As Funções e Estruturas do Corpo;
- As Atividades e Participação;
- Os Fatores Ambientais.

De acordo com o esquema hierarquizado, a CIF é composta por listas de classificações para cada um dos componentes. Cada componente é constituído por diferentes domínios, os quais se subdividem em categorias e subcategorias mais pormenorizadas, que correspondem a diferentes códigos.

A CIF apresenta 1454 categorias abordando de forma completa a funcionalidade humana, tornando-a uma classificação extremamente abrangente, sendo uma grande vantagem, pois aumenta a sua capacidade descritiva. Porém, constitui um grande desafio ao seu uso prático porque todas as categorias deveriam ser avaliadas em todos os indivíduos, o que é impraticável.

Assim, para aumentar a aplicabilidade da classificação, a solução foi o desenvolvimento dos *Core Sets* da CIF.

O termo *Core Set* provém da língua inglesa e pode ser traduzido como “*conjunto principal*” ou “*itens essenciais*” e refere-se ao conjunto de categorias da CIF que descreve de forma típica a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde. O objetivo do projeto dos core sets da CIF é selecionar as categorias da classificação completa que servem como padrões mínimos para a avaliação e documentação da

funcionalidade e saúde em estudos clínicos, encontros clínicos e avaliação multiprofissional abrangente. (Cieza et. al.,2004)

A finalidade dos *core sets* da CIF é evitar avaliar 1454 das características da funcionalidade avaliando apenas as categorias típicas e significativas numa determinada condição de saúde. Sendo que, para cada condição de saúde foram estabelecidos tanto *core sets* abrangentes como *core sets* resumidos, assim, enquanto que os *core sets* abrangentes têm de 55 a 130 categorias nos *core sets* resumidos o número varia de 9 a 39 categorias. Um *core set* resumido da CIF para determinada condição deve compreender o menor número possível de categorias, mas as necessárias para descrever de forma completa os problemas na funcionalidade do indivíduo.

Assim, o sistema de codificação é concluído com a aplicação de qualificadores para cada código, que irá indicar o grau de gravidade ou de extensão do problema.

A OMS recomenda que a cada categoria da CIF seja associado um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde sobre o aspeto específico da funcionalidade. A escala genérica de qualificadores varia de 0 a 4, conforme a gravidade do comprometimento seguindo uma ordenação nominal, qualitativa, como expresso na coluna central do Quadro N°4. Por outro lado, quando a categoria puder ser avaliada de forma quantitativa, a coluna da direita do quadro referido anteriormente recomenda uma correlação com os qualificadores da CIF. Os qualificadores 8 e 9 representam situações nas quais a informação não pode ser obtida ou não o foi de forma adequada.

#### Qualificadores genéricos da CIF

Qualificador	Definição Nominal	Definição Quantitativa
0	NENHUM Problema (nenhuma, ausente, escasso...)	0-4%
1	Problema LEVE (leve, baixo...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular...)	25-49%
3	Problema GRAVE (elevado, extremo...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total...)	96-100%
8	Não especificada	
9	Não aplicável	

Quadro N°1 - Qualificadores genéricos da CIF

Neste estudo o *Core Set* para as quedas (apêndice I) foi desenvolvido para ser avaliada a funcionalidade dos idosos nas quedas. Inicialmente é feita a identificação e caracterização sócio-biográfica posteriormente este *Core Set* é composto por 10 códigos de Funções do Corpo (Quadro N°6), 1 código de Estruturas do Corpo, 16 códigos para Atividades de Participação (Quadro N°7) e 4 códigos de Fatores Ambientais.

### Códigos das Funções do Corpo

Funções Incluídas		
<b>Funções Mentais</b>	Funções Mentais Globais	b110 Funções de Consciência  b114 Funções de Orientação
	Funções Mentais Específicas	b140 Funções de Atenção  b144 Funções de Memória  b152 Funções Emocional  b164 Funções Cognitivas de Nível Superior
<b>Funções Sensoriais e de Dor</b>	Dor	b280 Sensação de Dor
<b>Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório</b>	Funções do Sistema Cardiovascular	b420 Funções de Pressão Arterial
	Funções do Sistema Respiratório	b440 Funções da Respiração
<b>Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino</b>	Funções relacionadas com o sistema digestivo	b525 Funções de defecação

Quadro Nº2 – Códigos das Funções do Corpo

### Códigos das Funções de Participação

Funções Incluídas		
Tarefas e exigências gerais	Tarefas e exigências gerais	d230 Realizar rotina diária
<b>Comunicação</b>	Comunicar e receber mensagens orais	d310 Comunicar e receber mensagens orais
	Comunicar e produzir mensagens	d330 Falar

	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	d350 Conversação
<b>Mobilidade</b>	Mudar e manter a posição do corpo	d410 Mudar a posição básica do corpo d415 Manter a posição do corpo
	Transportar, mover e manusear objetos	d445 Utilização da mão e do braço
	Andar e deslocar-se	d450 Andar d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
<b>Auto-cuidados</b>	Auto-cuidados	d510 Lavar-se
		d520 Cuidar de partes do corpo
		d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção
		d540 Vestir-se
		d550 Comer
		d560 Beber
<b>Interações e relacionamentos interpessoais</b>	Relacionamentos interpessoais particulares	d760 Relacionamentos familiares

Quadro N°3 – Códigos das Funções de Participação

### 1.5.2. Escala de Morse para Risco de Queda

A escala de Morse é um instrumento de rápida e fácil aplicação que possibilita a avaliação da probabilidade de um indivíduo sofrer uma queda em tempo reduzido.

Esta escala está organizada em seis parâmetros que determinam uma pontuação que varia entre 0 e 125 pontos, são eles:

- História de queda nos últimos três meses;
- Diagnóstico secundário;
- Ajuda na mobilização;
- Terapia endovenosa;
- Marcha;
- Estado mental.

Após a soma da pontuação obtida em cada um dos seis parâmetros, o total de pontos alcançado permite identificar o nível de risco, as ações recomendadas como a não

necessidade de intervenção, intervenções padrão de prevenção de quedas, intervenções de prevenção de alto risco.

Desta forma temos:

#### Nível Risco de Queda

Pontuação	Nível de Risco de Queda	Medida
0-24	Baixo	Cuidados Básicos
25-50	Médio	Implementar um plano padronizado de prevenção de quedas
51	Alto	Implementar medidas específicas

Quadro Nº 4 - Nível de risco de queda e medidas recomendadas, Fonte: Morse, 1997

#### 1.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para analisar e interpretar os dados após a colheita dos mesmos recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Utilizou-se o programa da análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.

A estatística descritiva, para Fortin (1999:277), permite “... *descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis*”. Desta forma ir-se-á recorrer à distribuição de frequências, medidas de tendência central (média, mediana e moda), a medidas de dispersão (amplitude, variância, desvio padrão, coeficiente de variação), à descrição de scores e à análise das diferenças de scores.

A estatística inferencial foi utilizada para inferir a partir de uma amostra de sujeitos para o total da população. De acordo com Fortin (1999:283) “... *os dois principais objetivos da inferência estatística são a estimação de parâmetros e a verificação de hipóteses*”. Para verificar as hipóteses anteriormente referidas foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Os dados serão analisados da seguinte forma:

- Caracterização Sócio-Demográfica;
- Caracterização do Risco de Queda;
- Caracterização da Funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade.

#### 1.7. QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De forma geral, a ética consiste num conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e na qual estes se inspiram para guiar a sua conduta. (Fortin,2003)

Na investigação devem ser respeitados alguns princípios éticos para que seja possível integrar o estudo na sociedade. Assim, neste estudo devem ser respeitados cinco princípios fundamentais determinados pelo código de ética.

Para Fortin (2003), a investigação aplicada a seres pode causar danos nos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar medidas de forma a proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam na investigação. Os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, por último direito ao tratamento justo e leal.

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer individuo tem a capacidade de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. (Fortin,2003)

O direito à liberdade confere autonomia para que o individuo possa decidir sobre a extensão da informação a fornecer na investigação e determinar em que medida aceita partilhar informações Íntimas e privadas. (Fortin,2003)

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do individuo não puder ser associada às respostas individuais, até pelo próprio investigador. (Fortin,2003)

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes e susceptíveis de provocarem mal ou de prejudicarem. (Fortin,2003)

De acordo com Fortin (2003), o direito a um tratamento justo e equitativo está associado ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitada a participação da pessoa, assim como, os métodos utilizados no estudo.

De forma, a que os princípios éticos referidos anteriormente sejam respeitados pretende-se:

- Explicar aos participantes que a decisão de participarem no estudo é tomada por eles;
- Dar aos participantes a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a fornecer;
- Tratar e apresentar os resultados de forma a que, nenhum dos participantes seja identificado;
- Fornecer as mesmas informações a todos os participantes;
- Solicitar autorização (Anexo I) para a colheita de dados à instituição em causa.



## **PARTE III – ANÁLISE DE DADOS**

# 1. ANÁLISE DE DADOS

## 1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-BIOGRÁFICA

### Sexo e Idade

Participaram no estudo 130 indivíduos da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão sendo 18,5% do sexo masculino e 81,5% do sexo feminino. Foram definidos sete grupos etários (i.e., 65-62; 63-68; 69-74; 75-80; 81-86; 87-92 e 93 e mais anos). Desta forma, os maiores valores registados foram de 32,3% com idade compreendida entre os 87 e os 92 anos, seguido de 25,4% com idade compreendida entre os 81 e os 86 anos sendo registado o menor valor de 1,5% nos indivíduos com idade compreendida entre os 57 e 62 anos.

Sexo vs Idade

		Idade							Total	
		57 - 62 anos	63 - 68 anos	69 - 74 anos	75 - 80 anos	81 - 86 anos	87 - 92 anos	93 e mais anos		
Sexo	Feminino	Frequência	1	5	3	13	28	34	22	106
	% do Total	0,8%	3,8%	2,3%	10,0%	21,5%	26,2%	16,9%	81,5%	
Masculino	Frequência	1	2	6	2	5	8	0	24	
	% do Total	0,8%	1,5%	4,6%	1,5%	3,8%	6,2%	0,0%	18,5%	
Total		Frequência	2	7	9	15	33	42	22	130
		% do Total	1,5%	5,4%	6,9%	11,5%	25,4%	32,3%	16,9%	100,0%

Tabela Nº 6 - Distribuição da amostra quanto ao sexo e à idade

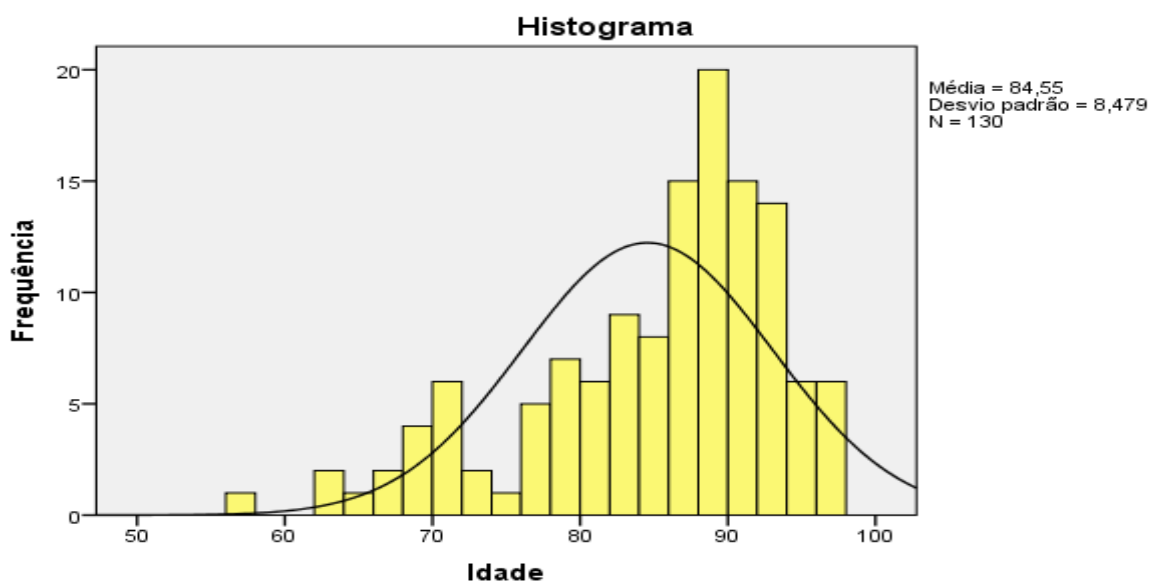


Gráfico Nº3 - Curva de distribuição da variável Idade (anos)

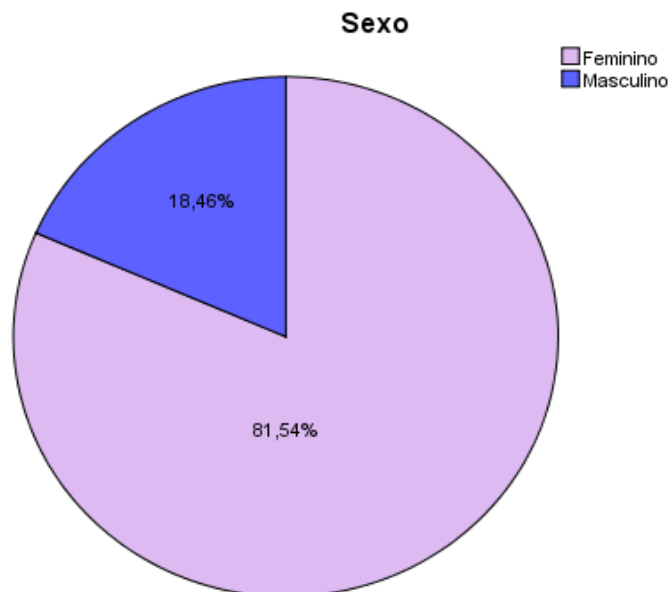


Gráfico Nº4 – Gráfico de distribuição segundo Sexo

### Estado Civil

Na tabela seguinte são apresentados os resultados encontrados através da aplicação do teste qui-quadrado para o estado civil e sexo. Consta-se que a maior parte dos participantes deste estudo são viúvos (83,8%), seguindo-se os casados (8,5%) e os solteiros (6,9%), por último os divorciados (0,8%). É possível ainda, verificar-se uma predominância de mulheres viúvas relativamente aos homens. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o estado civil e os diferentes grupos etários.

Sexo vs Estado Civil

			Estado Civil				Total
			Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	
Sexo	Feminino	Frequência	8	4	94	0	106
		% do Total	6,2%	3,1%	72,3%	0,0%	81,5%
	Masculino	Frequência	1	7	15	1	24
		% do Total	0,8%	5,4%	11,5%	0,8%	18,5%
Total		Frequência	9	11	109	1	130
		% do Total	6,9%	8,5%	83,8%	0,8%	100,0%

Tabela Nº 7 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil e sexo

### Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Symmetric		,028	,030	,907	,364
	Lambda	Estado Civil Dependent	,000	,067	,000	1,000
		Idade_ Dependent	,034	,034	1,004	,315
	Goodman and Kruskal tau	Estado Civil Dependent	,100	,052		,003 <sup>c</sup>
		Idade_ Dependent	,033	,010		,112 <sup>c</sup>

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

Os valores indicam que existe uma associação fraca entre as duas variáveis, (sexo e estado civil), devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

### Symmetric Measures

			Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi		,404	,000
	Cramer's V		,404	,000
	Contingency Coefficient		,375	,000
N of Valid Cases			130	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

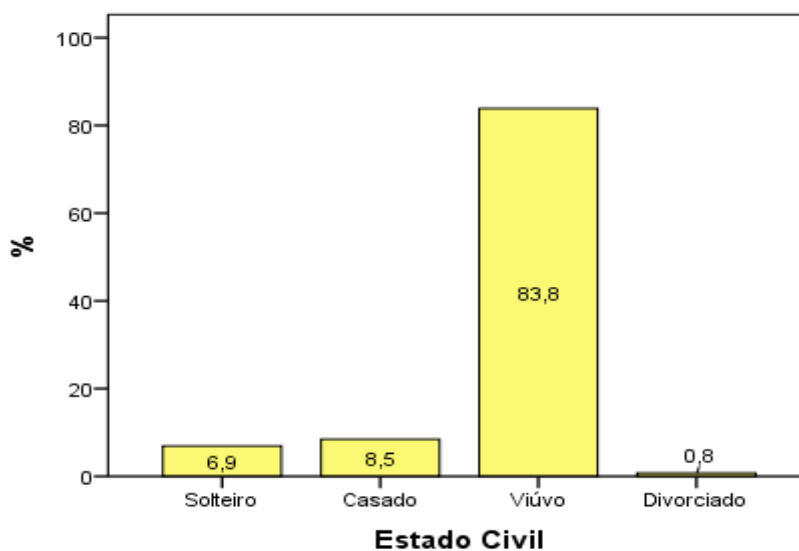


Gráfico N°5 – Gráfico de distribuição do Estado Civil

## Peso

Na tabela subsequente é feita uma análise do peso verificando-se que esta variável varia entre 32 e 89,50 Kg apresentando uma média de 59,60Kg, com uma mediana de 57,40Kg e um desvio padrão de 11,48Kg. Nos gráficos seguintes é possível comparar as médias tendo em consideração o sexo, identificando-se que os homens apresentam uma média ligeiramente superior às mulheres.

### Peso

N	130
Média	59,60
Mediana	57,40
Moda	68,0
Desvio padrão	11,48
Mínimo	32,30
Máximo	89,60

Tabela Nº8 – Cálculo do Risco de Queda

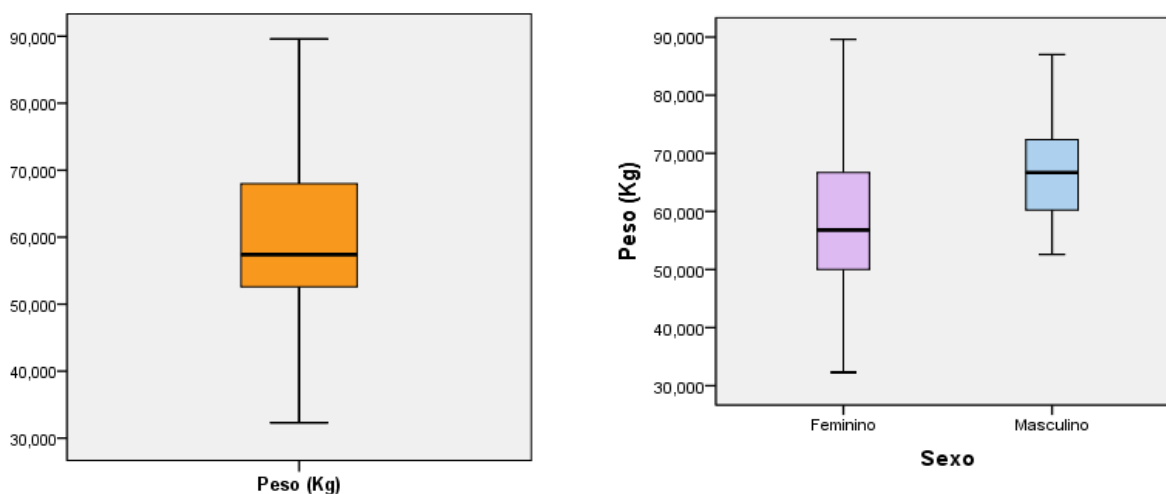


Gráfico Nº 6 - Diagramas de extremos quartis relativos à variável peso, por sexo

## Altura

Relativamente à variável altura foi possível analisar que a mesma oscila entre 1,35m e 1,72m, existindo uma média e mediana da amostra que são quase coincidentes (respetivamente 1,57cm e 1,58cm), com um desvio padrão de 0,072m. É de evidenciar que existe uma diferença entre a estatura média dos homens e das mulheres, com uma desvantagem para as mulheres.

## Altura

<b>N</b>	130
<b>Média</b>	1,57
<b>Mediana</b>	1,58
<b>Moda</b>	1,58 <sup>a</sup>
<b>Desvio padrão</b>	,072
<b>Mínimo</b>	1,35
<b>Máximo</b>	1,72

a. Existem várias modas. O menor valor é mostrado

Tabela Nº 9 – Representação da Altura

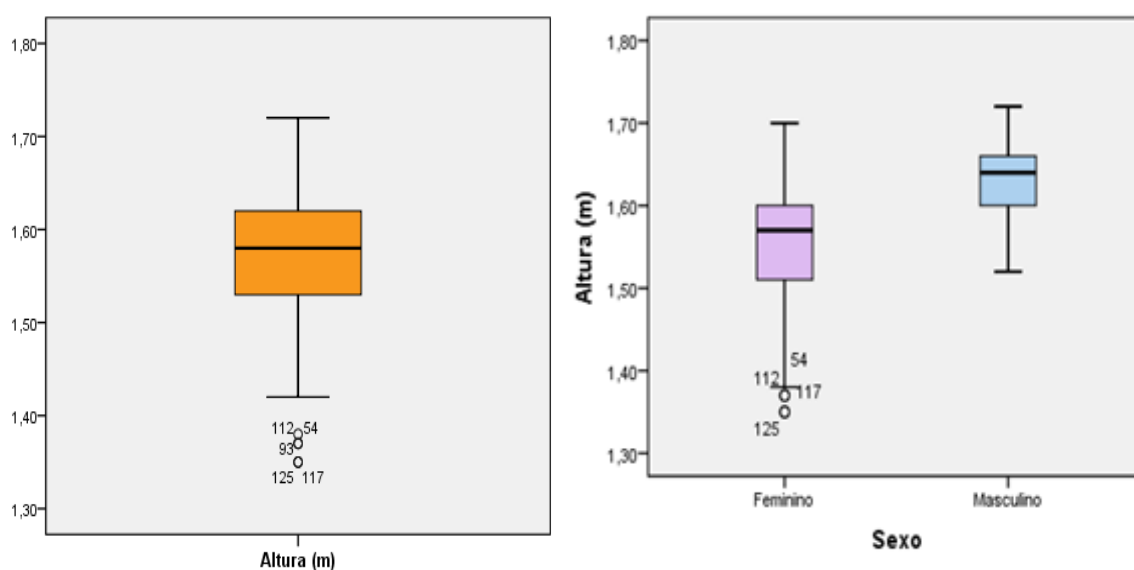


Gráfico Nº 7 - Diagramas de extremos quartis relativos à variável altura, por sexo

## Índice de Massa Corporal

Foi calculado o Índice de Massa Corporal com base na fórmula  $IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}.$  Tendo analisado os resultados à luz dos seguintes valores de referência: baixo peso um valor de IMC inferior a  $22 \text{ Kg/m}^2$  peso normal um IMC entre os 22 e  $29 \text{ Kg/m}^2$  e o excesso de peso apresentando um valor de IMC maior do que  $29 \text{ Kg/m}^2$ .

Observando o gráfico seguinte é possível afirmar que 62,3% da amostra apresenta um peso normal, 25,4% tem baixo peso e 12,3% apresenta excesso peso.

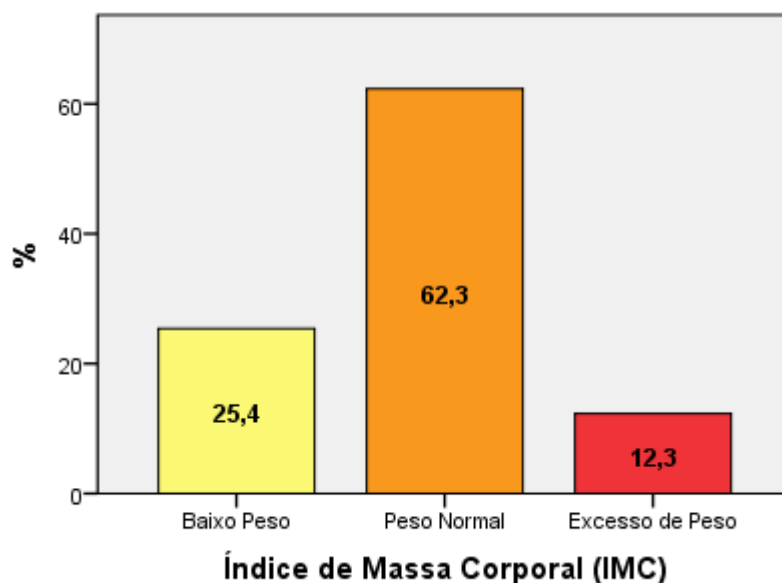


Gráfico Nº 8 – Índice de Massa Corporal

Quanto à distribuição do IMC em função da idade verifica-se que os três níveis de IMC (i.e., baixo peso, peso normal e excesso de peso) surgem preferencialmente nos três últimos grupos etários (i.e., 81-86 anos, 87-92 anos e 93 e mais anos). Mas, não existe qualquer significância estatística, assim não existe associação significativa ( $p$ -value Chi-Square Tests  $> 0.05$ ) entre o Índice de Massa Corporal e o grupo etário.

Idade vs Índice de Massa Corporal

			Idade_						Total	
			57 – 62 anos	63 – 68 anos	69 – 74 anos	75 – 80 anos	81 – 86 anos	87 – 92 anos		93 e mais anos
Índice de Massa Corporal (IMC)	Baixo Peso	Frequência	0	2	2	2	9	10	8	33
		% do Total	0,0%	1,5%	1,5%	1,5%	6,9%	7,7%	6,2%	25,4%
	Peso Normal	Frequência	2	3	6	11	18	27	14	81
		% do Total	1,5%	2,3%	4,6%	8,5%	13,8%	20,8%	10,8%	62,3%
	Excesso de Peso	Frequência	0	2	1	2	6	5	0	16
		% do Total	0,0%	1,5%	0,8%	1,5%	4,6%	3,8%	0,0%	12,3%
Total		Frequência	2	7	9	15	33	42	22	130
		% do Total	1,5%	5,4%	6,9%	11,5%	25,4%	32,3%	16,9%	100,0 %

Tabela Nº 10 – Idade vs Índice de Massa Corporal

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,527 <sup>a</sup>	12	,657
Likelihood Ratio	12,492	12	,407
Linear-by-Linear Association	2,555	1	,110
N of Valid Cases	130		

a. 12 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

### Nível de Escolaridade

Analisando o Nível de Escolaridade é de destacar que 48,5% não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever, 24,6% dos idosos ter frequentado a escola mas não ter completado a 4ª classe e 23,1% da amostra ter feito apenas o exame da 4ª classe.

Neste grupo verifica-se que é no sexo feminino que existe maior percentagem de indivíduos que não frequentaram a escola, e não sabe ler nem escrever (44,6%), assim esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,05), pelo que é possível concluir que existe relação entre o género e o nível de escolaridade.

### Nível de Escolaridade vs Sexo

		Nível de Escolaridade					Total	
		Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	Fez exame da 4ª classe	Completo o antigo 7º ano		
Sexo	Feminino	Frequência	58	2	26	19	1	106
		% do Total	44,6%	1,5%	20,0%	14,6%	0,8%	81,5%
	Masculino	Frequência	5	2	6	11	0	24
		% do Total	3,8%	1,5%	4,6%	8,5%	0,0%	18,5%
Total		Frequência	63	4	32	30	1	130
		% do Total	48,5%	3,1%	24,6%	23,1%	0,8%	100,0%

Nº11 - Distribuição do Nível de Escolaridade em função do Sexo

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,112 <sup>a</sup>	4	,007
Likelihood Ratio	13,574	4	,009
Linear-by-Linear Association	8,465	1	,004
N of Valid Cases	130		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Todavia, ao analisar os resultados relativos ao nível de escolaridade em função da idade constata-se que as pessoas que não sabem ler nem escrever pertencem principalmente aos escalões etários 87-92 anos (16,2%) e 81-86 anos (12,3,0%). Verificamos ainda que a percentagem de pessoas que completou o antigo 7º ano é diminuta (0,8%).

### Nível de Escolaridade

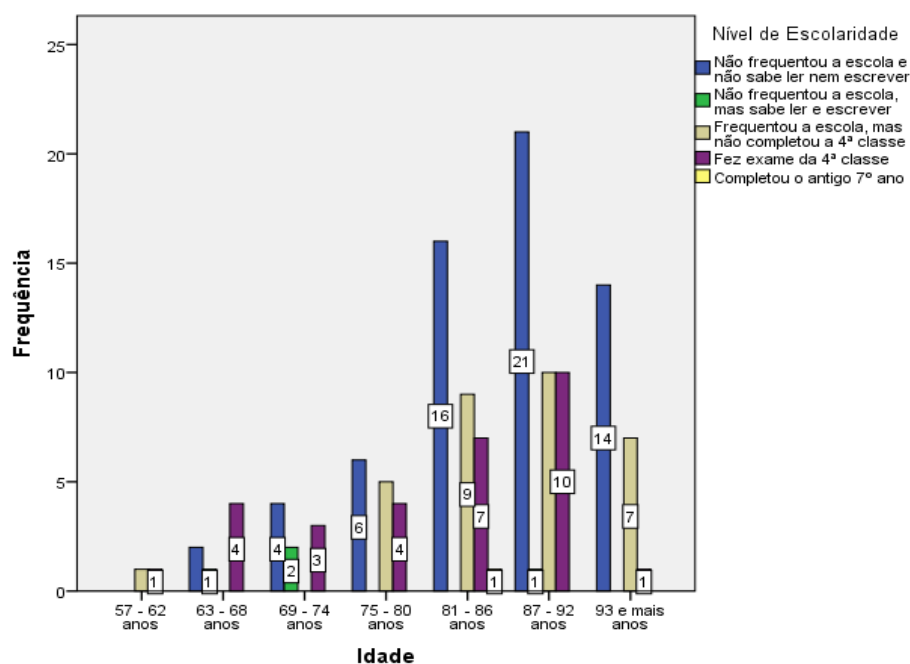


Gráfico Nº9 – Gráfico da distribuição do Nível de Escolaridade em função da Idade

### Principal Área de Diagnóstico Médico

No que respeita à Principal Área de Diagnóstico Médico denota-se que as doenças que prevalecem são as doenças do Sistema Osteomuscular com 38,5%, seguindo-se os Transtornos Mentais e Comportamentais com 27,7%, posteriormente com 11,5% Outros, com 6,9% encontram-se as Doenças do Sistema Nervoso e Doenças do Aparelho

Circulatório, seguindo-se as Doenças do Aparelho Geniturinário com 2,3% e por último com 1,5% as Neoplasias, Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, Doenças do Sistema Respiratório e Doenças do Aparelho Digestivo. (Gráfico N°9)

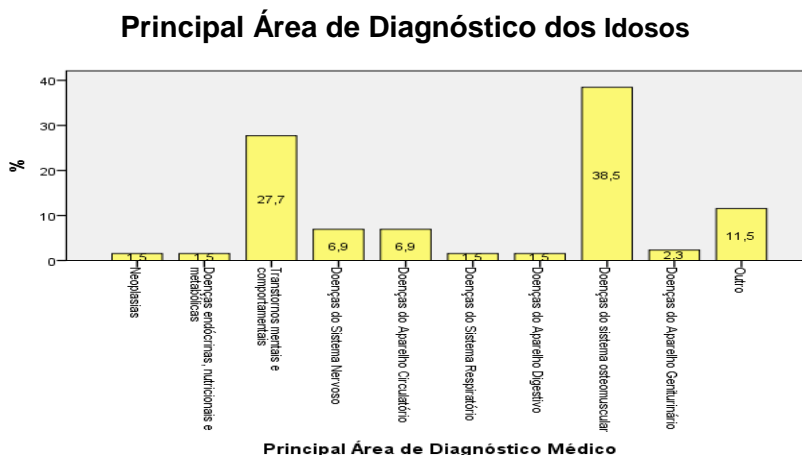


Gráfico N°10 – Principal Área de Diagnóstico Médico dos Idosos

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Para avaliar o risco de queda foi utilizada a Escala de Quedas de Morse. Assim, efetuando a categorização de acordo com o exposto na tabela que se segue é possível afirmar que 63,8% dos indivíduos apresentam alto risco de queda, 26,2% têm baixo risco de queda e apenas 10% dos indivíduos sem risco de queda.

### Risco de Queda

		Frequência	%
Risco de queda	Sem risco	13	10,0
	Baixo risco	34	26,2
	Alto Risco	83	63,8
	Total	130	100,0

Tabela N° 12 – Cálculo do Risco de queda

## 1.3. CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE

### 1.3.1. Funções da consciência vs Histórico de queda

Relativamente às funções de consciência face ao histórico de queda testou-se onde o histórico de queda prevalecia. É de destacar que 36,9% dos indivíduos apresentam

nenhuma deficiência e que neste grupo 20% tem histórico de queda. Ainda é possível afirmar que, predomina o risco de queda nos grupos com qualquer tipo de deficiência.

Estes resultados são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests <0.05) pelo que é possível afirmar que existe relação entre a Função da Consciência e Histórico da queda.

Distribuição das funções de consciência vs o do Histórico de Queda

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Funções de Consciência	Nenhuma deficiência	Frequência	22	26	48	
		% do Total	16,9%	20,0%	36,9%	
	Deficiência ligeira	Frequência	7	14	21	
		% do Total	5,4%	10,8%	16,2%	
	Deficiência moderada	Frequência	4	24	28	
		% do Total	3,1%	18,5%	21,5%	
	Deficiência grave	Frequência	7	22	29	
		% do Total	5,4%	16,9%	22,3%	
	Deficiência completa	Frequência	3	1	4	
		% do Total	2,3%	0,8%	3,1%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº13 - Distribuição das funções de consciência em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,218 <sup>a</sup>	4	,016
Likelihood Ratio	12,566	4	,014
Linear-by-Linear Association	2,859	1	,091
N of Valid Cases	130		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

### 1.3.2. Funções da Orientação vs Histórico de queda

Analisando a relação das funções de orientação com o histórico de queda é possível constatar que existe uma percentagem considerável da amostra 40% com nenhuma deficiência dos quais 23,1% tem histórico de queda. Contudo é de denotar que a percentagem do risco de queda é superior nos grupos que apresentam deficiência. Não se verificou qualquer correlação significativa nestas variáveis (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Distribuição das funções de orientação em função do Histórico de Queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Funções de Orientação	Nenhuma deficiência	Frequência	22	30	52	
		% do Total	16,9%	23,1%	40,0%	
	Deficiência ligeira	Frequência	5	19	24	
		% do Total	3,8%	14,6%	18,5%	
	Deficiência moderada	Frequência	6	12	18	
		% do Total	4,6%	9,2%	13,8%	
	Deficiência grave	Frequência	4	9	13	
		% do Total	3,1%	6,9%	10,0%	
	Deficiência completa	Frequência	6	17	23	
		% do Total	4,6%	13,1%	17,7%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº14 - Distribuição das funções de consciência em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,166 <sup>a</sup>	4	,384
Likelihood Ratio	4,247	4	,374
Linear-by-Linear Association	1,546	1	,214
N of Valid Cases	130		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,30.

### 1.3.3. Funções da atenção vs Histórico de queda

Comparando as Funções de Atenção com o Histórico de queda observa-se que 26,9% da amostra apresenta deficiência ligeira dos quais 19,2% tem histórico de queda, sendo ainda de destacar que 26,2% apresentam deficiência moderada dos quais 20% tem também histórico de queda. Contudo estes resultados não são estatisticamente significativos ( $p$ -value Chi-Square Tests  $>0.05$ ).

Distribuição das funções de atenção em função do Histórico de Queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Funções de Atenção	Nenhuma deficiência	Frequência	14	11	25	
		% do Total	10,8%	8,5%	19,2%	
	Deficiência ligeira	Frequência	10	25	35	
		% do Total	7,7%	19,2%	26,9%	
	Deficiência moderada	Frequência	8	26	34	
		% do Total	6,2%	20,0%	26,2%	
	Deficiência grave	Frequência	8	16	24	
		% do Total	6,2%	12,3%	18,5%	
	Deficiência completa	Frequência	3	9	12	
		% do Total	2,3%	6,9%	9,2%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 15 - Distribuição das funções de atenção em função do Histórico de Queda

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,010 <sup>a</sup>	4	,091
Likelihood Ratio	7,703	4	,103
Linear-by-Linear Association	3,156	1	,076
N of Valid Cases	130		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,97.

**1.3.4. Funções da memória vs Histórico de queda**

Conforme expresso na tabela seguinte, foram avaliadas as funções de memória face ao histórico de queda tendo-se obtido o resultado de 26,2% com deficiência moderada e que neste grupo 16,2% tem histórico de queda. De salientar que o histórico de queda predomina nos grupos com deficiência. Estes resultados não são estatisticamente significativos ( $p$ -value Chi-Square Tests  $>0.05$ ).

### Distribuição das funções de memória em função do Histórico de Queda

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Funções de Memória	Nenhuma deficiência	Frequência	6	14	20	
		% do Total	4,6%	10,8%	15,4%	
	Deficiência ligeira	Frequência	9	8	17	
		% do Total	6,9%	6,2%	13,1%	
	Deficiência moderada	Frequência	13	21	34	
		% do Total	10,0%	16,2%	26,2%	
	Deficiência grave	Frequência	6	21	27	
		% do Total	4,6%	16,2%	20,8%	
	Deficiência completa	Frequência	9	23	32	
		% do Total	6,9%	17,7%	24,6%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº - 16 - Distribuição das funções de memória em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,316 <sup>a</sup>	4	,256
Likelihood Ratio	5,223	4	,265
Linear-by-Linear Association	1,254	1	,263
N of Valid Cases	130		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,62.

#### 1.3.5. Funções Emocionais vs Histórico de queda

Foi efetuado o cruzamento da variável nível de funções emocionais com o risco de queda. De acordo com a análise da tabela que se segue é possível afirmar que 27,7% têm deficiência ligeira dos quais 15,4% têm histórico de queda. O histórico de queda é maior na amostra com deficiência. Estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Funções Emocionais	Nenhuma deficiência	Frequência	10	18	28	
		% do Total	7,7%	13,8%	21,5%	
	Deficiência ligeira	Frequência	16	20	36	
		% do Total	12,3%	15,4%	27,7%	
	Deficiência moderada	Frequência	6	23	29	
		% do Total	4,6%	17,7%	22,3%	
	Deficiência grave	Frequência	5	12	17	
		% do Total	3,8%	9,2%	13,1%	
	Deficiência completa	Frequência	6	14	20	
		% do Total	4,6%	10,8%	15,4%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº17 - Distribuição das funções emocionais em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,388 <sup>a</sup>	4	,356
Likelihood Ratio	4,467	4	,346
Linear-by-Linear Association	1,049	1	,306
N of Valid Cases	130		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,62.

#### 1.3.6. Funções cognitivas de nível superior vs Histórico de queda

Relativamente ao cruzamento das variáveis funções cognitivas e histórico de queda, é de ressaltar que 62,3% da amostra tem deficiência completa e que 43,8% tem histórico de queda. Todavia, estes resultados não são estatisticamente significativos ( $p$ -value Chi-Square Tests  $>0.05$ ).

Distribuição das funções de cognitivas de nível superior vs Histórico de Queda

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Funções Cognitivas de Nível Superior	Nenhuma deficiência	Frequência	7	15	22	
		% do Total	5,4%	11,5%	16,9%	
	Deficiência ligeira	Frequência	4	5	9	
		% do Total	3,1%	3,8%	6,9%	
	Deficiência moderada	Frequência	3	4	7	
		% do Total	2,3%	3,1%	5,4%	
	Deficiência grave	Frequência	5	6	11	
		% do Total	3,8%	4,6%	8,5%	
	Deficiência completa	Frequência	24	57	81	
		% do Total	18,5%	43,8%	62,3%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 18 - Distribuição das funções cognitivas de nível superior em função do Histórico de Queda

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,040 <sup>a</sup>	4	,728
Likelihood Ratio	1,976	4	,740
Linear-by-Linear Association	,307	1	,579
N of Valid Cases	130		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,32.

**1.3.7. Sensação de dor vs Histórico de queda**

No que diz respeito, à sensação de dor foi feito o cruzamento com o histórico de queda tendo-se concluído que 70,8% têm 0 pontos da EN dos quais 48,5% têm histórico de queda. No entanto, estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Distribuição da sensação de dor vs Histórico de Queda

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Sensação de dor	0 pontos da EN	Frequência	29	63	92	
		% do Total	22,3%	48,5%	70,8%	
	1 a 2 pontos da EN	Frequência	5	13	18	
		% do Total	3,8%	10,0%	13,8%	
	3 a 4 pontos da EN	Frequência	4	8	12	
		% do Total	3,1%	6,2%	9,2%	
	5 a 8 pontos da EN	Frequência	3	2	5	
		% do Total	2,3%	1,5%	3,8%	
	9 a 10 pontos da EN	Frequência	1	1	2	
		% do Total	0,8%	0,8%	1,5%	
	Não especificar	Frequência	1	0	1	
		% do Total	0,8%	0,0%	0,8%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº19 - Distribuição da sensação de dor em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,248 <sup>a</sup>	5	,514
Likelihood Ratio	4,307	5	,506
Linear-by-Linear Association	2,118	1	,146
N of Valid Cases	130		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

### 1.3.8. Localização da dor vs Histórico de queda

Foi feita uma análise descritiva relativamente à localização da dor. De acordo com a tabela que se segue é possível afirmar que 79,2% não refere dor. Sendo que, 7,7% a situaram no membro inferior direito, 4,6% na região sagrada, 3,8% nas costas, 1,5% no membro inferior esquerdo e no calcâneo direito e por último 0,8% na região abdominal e calcâneo esquerdo.

### Localização da dor de acordo com a região do corpo

		Frequência	%
<b>Localização da dor</b>		103	79,2
	Costas	5	3,8
	Região sagrada	6	4,6
	Calcâneo esquerdo	1	,8
	Calcâneo direito	2	1,5
	Região Abdominal	1	,8
	Membro inferior direito	10	7,7
	Membro inferior esquerdo	2	1,5
	Total	130	100,0

Tabela Nº 20 – Localização da dor de acordo com a região do corpo

### 1.3.9. Funções de Pressão Arterial

Analisando a tabela posterior relativa às funções de pressão arterial na qual foi avaliada a tensão arterial a todos os indivíduos, constata-se que 45,5% da amostra apresenta deficiência ligeira, 35,4% tem deficiência moderada, seguindo-se 15,4% com nenhuma deficiência e por último 3,8% com deficiência grave.

### Funções de Pressão Arterial

		Frequência	%
<b>Funções de Pressão Arterial</b>	Nenhuma deficiência	20	15,4
	Deficiência ligeira	59	45,4
	Deficiência moderada	46	35,4
	Deficiência grave	5	3,8
	Total	130	100,0

Tabela Nº21 – Funções de Pressão Arterial

### 1.3.10. Funções de Respiração

Na análise das funções de respiração é possível avaliar-se que a maior parte da amostra (86,9%) não apresenta nenhuma deficiência.

### Funções de Respiração

		Frequência	%
Funções de Respiração	Nenhuma deficiência	113	86,9
	Deficiência ligeira	9	6,9
	Deficiência moderada	5	3,8
	Deficiência grave	2	1,5
	Deficiência completa	1	,8
	Total	130	100,0

Tabela Nº22 – Funções de Respiração

### 1.3.11. Funções de defecação vs Histórico de queda

Foi feito o cruzamento da variável funções de defecação com o histórico de queda. Assim, examinando tabela posterior é de destacar que 53,8% da amostra apresenta nenhuma deficiência, ainda neste grupo 30,8% têm histórico de queda. Sendo que, estes resultados são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests <0.05) pelo que é possível afirmar que existe relação entre a Função de defecação e Histórico da queda.

### Funções de Defecação vs Histórico de Queda

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Funções de Defecação	Nenhuma deficiência	Frequência	30	40	70	
		% do Total	23,1%	30,8%	53,8%	
	Deficiência ligeira	Frequência	10	21	31	
		% do Total	7,7%	16,2%	23,8%	
	Deficiência moderada	Frequência	3	19	22	
		% do Total	2,3%	14,6%	16,9%	
	Deficiência grave	Frequência	0	6	6	
		% do Total	0,0%	4,6%	4,6%	
	Condições especiais	Frequência	0	1	1	
		% do Total	0,0%	0,8%	0,8%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 23 - Distribuição das funções de defecação em função do Histórico de Queda

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,250 <sup>a</sup>	4	,036
Likelihood Ratio	12,910	4	,012
Linear-by-Linear Association	9,732	1	,002
N of Valid Cases	130		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

### 1.3.12. Estruturas das Áreas da Pele

Quanto às Estruturas das Áreas da Pele conclui-se que uma maioria significativa de 61,5% da amostra não apresenta nenhuma deficiência, seguindo-se a deficiência ligeira com 33,1%, a deficiência grave com 3,8% e por fim a deficiência completa com 1,5%. De referir que os locais mais afetados são a região sagrada e calcâneo direito.

#### Estruturas das Áreas da Pele

		Frequência	%
<b>Estrutura das Áreas da Pele</b>	Nenhuma deficiência	80	61,5
	Deficiência ligeira	43	33,1
	Deficiência grave	5	3,8
	Deficiência completa	2	1,5
	Total	130	100,0
	Região Frontal	2	1,5
	Região sagrada	3	2,3
	Calcâneo direito	3	2,3
	Total	130	100,0

Tabela Nº 24 – Estruturas das Áreas da Pele Segundo o região do corpo

### 1.3.13. Realizar a rotina diária vs Histórico de queda

Ao analisar a tabela seguinte onde foi feito o cruzamento das variáveis realizar a rotina diária e o risco de queda é possível atestar que 27,1% têm deficiência ligeira a realizar a rotina diária dos quais 17,1% têm histórico de queda. Contrastando com 20,9% que não apresentam nenhuma deficiência, destes 13,2% têm histórico de queda. Ainda de salientar que 24% com deficiência completa e destes 17,8% com histórico de queda.

Estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

#### Realizar a rotina diária vs do Histórico de Queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Realizar a rotina diária	Nenhuma deficiência	Frequência	10	17	27	
		% do Total	7,8%	13,2%	20,9%	
	Deficiência ligeira	Frequência	13	22	35	
		% do Total	10,1%	17,1%	27,1%	
	Deficiência moderada	Frequência	5	13	18	
		% do Total	3,9%	10,1%	14,0%	
	Deficiência grave	Frequência	7	11	18	
		% do Total	5,4%	8,5%	14,0%	
	Deficiência completa	Frequência	8	23	31	
		% do Total	6,2%	17,8%	24,0%	
	Total		Frequência	43	86	129
			% do Total	33,3%	66,7%	100,0%

Tabela Nº 25- Distribuição da atividade realizar a rotina diária em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,686 <sup>a</sup>	4	,793
Likelihood Ratio	1,716	4	,788
Linear-by-Linear Association	,769	1	,380
N of Valid Cases	129		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

#### 1.3.14. Comunicar e receber mensagens orais

Analisando a Tabela Nº 26 é possível afirmar que relativamente à função Comunicar e Receber mensagens orais, 34,6% da amostra apresenta nenhuma deficiência, seguindo-se 23,1% com deficiência grave, 19,2% deficiência moderada, 17,7% deficiência ligeira e por último 5,4% deficiência completa.

### Comunicar e receber mensagens orais

		Frequência	%
<b>Comunicar e receber mensagens orais</b>	Nenhuma deficiência	45	34,6
	Deficiência ligeira	23	17,7
	Deficiência moderada	25	19,2
	Deficiência grave	30	23,1
	Deficiência completa	7	5,4
	Total	130	100,0

Tabela Nº26 – Comunicar e receber mensagens orais

#### 1.3.15. Falar

De acordo com a análise da tabela Nº 27 identifica-se que 58,5% da amostra apresenta nenhuma deficiência na função falar, posteriormente encontra-se a deficiência ligeira com 14,6%, seguindo-se a deficiência moderada com 11,5% e a deficiência grave e completa com 7,7% cada uma.

### Falar

		Frequência	%
<b>Falar</b>	Nenhuma deficiência	76	58,5
	Deficiência ligeira	19	14,6
	Deficiência moderada	15	11,5
	Deficiência grave	10	7,7
	Deficiência completa	10	7,7
	Total	130	100,0

Tabela Nº 27 - Falar

#### 1.3.16. Conversação

Na tabela que diz respeito à função conversação avalia-se que 49,2% da amostra apresenta nenhuma deficiência, 16,2% tem deficiência ligeira, 15,4% deficiência grave, 10,8% deficiência moderada e por último 8,5% deficiência completa.

### Conversação

		Frequência	%
<b>Conversação</b>	Nenhuma deficiência	64	49,2
	Deficiência ligeira	21	16,2
	Deficiência moderada	14	10,8
	Deficiência grave	20	15,4
	Deficiência completa	11	8,5
	Total	130	100,0

Tabela Nº28 – Conversação

### 1.3.17. Mudar a posição básica do corpo vs Histórico de queda

Relativamente ao cruzamento da variável mudar a posição básica do corpo com o risco de queda verifica-se que uma percentagem considerável de 35,4% da amostra tem deficiência grave dos quais 24,6% têm histórico de queda. De referir que a maioria da amostra apresenta deficiência de algum tipo e que a amostra com a deficiência detém a maioria da amostra com risco de queda. Estes resultados não são estatisticamente significativos ( $p$ -value Chi-Square Tests  $>0.05$ ).

#### Mudar a posição básica do corpo em função do Histórico de Queda

			Histórico de queda		Total
			Não	Sim	
Mudar a posição básica do corpo	Nenhuma deficiência	Frequência	15	27	42
		% do Total	11,5%	20,8%	32,3%
	Deficiência ligeira	Frequência	3	4	7
		% do Total	2,3%	3,1%	5,4%
	Deficiência moderada	Frequência	6	8	14
		% do Total	4,6%	6,2%	10,8%
	Deficiência grave	Frequência	14	32	46
		% do Total	10,8%	24,6%	35,4%
	Deficiência completa	Frequência	5	16	21
		% do Total	3,8%	12,3%	16,2%
	Total	Frequência	43	87	130
		% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 29 - Distribuição da atividade mudar a posição básica do corpo em função do Histórico de Queda

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,999 <sup>a</sup>	4	,736
Likelihood Ratio	2,011	4	,734
Linear-by-Linear Association	,943	1	,332
N of Valid Cases	130		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,32.

**1.3.18. Manter a posição do corpo vs Histórico de queda**

Quanto à questão referente a manter a posição do corpo destaca-se o valor de 30,8% com nenhuma deficiência e 30% com deficiência moderada, dos quais 20% têm histórico de queda. Estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

**Manter a posição básica do corpo vs Histórico de queda**

		Histórico de queda		Total		
		Não	Sim			
Manter a posição do corpo	Nenhuma deficiência	Frequência	15	25	40	
		% do Total	11,5%	19,2%	30,8%	
	Deficiência ligeira	Frequência	5	11	16	
		% do Total	3,8%	8,5%	12,3%	
	Deficiência moderada	Frequência	13	26	39	
		% do Total	10,0%	20,0%	30,0%	
	Deficiência grave	Frequência	6	22	28	
		% do Total	4,6%	16,9%	21,5%	
	Deficiência completa	Frequência	4	3	7	
		% do Total	3,1%	2,3%	5,4%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 30 - Distribuição da atividade manter a posição do corpo em função do Histórico de Queda

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,927 <sup>a</sup>	4	,416
Likelihood Ratio	3,923	4	,417
Linear-by-Linear Association	,211	1	,646
N of Valid Cases	130		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,32.

### 1.3.19. Utilização da mão e do braço vs Histórico de queda

Cruzando a variável utilização da mão e do braço com o risco de queda constata-se que grande parte da amostra 66,9% não tem nenhuma deficiência dos quais 43,8% têm histórico de queda. No entanto, os resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

Utilização da mão e do braço vs Histórico de queda

		Histórico de queda		Total	
		Não	Sim		
Utilização da mão e do braço	Nenhuma deficiência	Frequência	30	57	87
		% do Total	23,1%	43,8%	66,9%
	Deficiência ligeira	Frequência	4	11	15
		% do Total	3,1%	8,5%	11,5%
	Deficiência moderada	Frequência	3	3	6
		% do Total	2,3%	2,3%	4,6%
	Deficiência grave	Frequência	3	10	13
		% do Total	2,3%	7,7%	10,0%
	Deficiência completa	Frequência	3	6	9
		% do Total	2,3%	4,6%	6,9%
Total		Frequência	43	87	130
		% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 31 - Distribuição da atividade utilização da mão e do braço em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,720 <sup>a</sup>	4	,787
Likelihood Ratio	1,722	4	,787
Linear-by-Linear Association	,153	1	,696
N of Valid Cases	130		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

### 1.3.20. Andar vs Histórico de queda

Em consonância com a análise da tabela subsequente é de salientar que relativamente ao andar 26,9% dos indivíduos apresentam deficiência moderada seguidos de 26,2% com nenhuma deficiência, ainda neste grupo 13,8% têm histórico de queda. Contudo, uma percentagem considerável da amostra apresenta algum tipo de deficiência.

Estes resultados são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests <0.05) pelo que podemos afirmar que existe relação entre o andar e Histórico da queda.

#### Andar vs Histórico de queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Andar	Nenhuma deficiência	Frequência	16	18	34	
		% do Total	12,3%	13,8%	26,2%	
	Deficiência ligeira	Frequência	3	16	19	
		% do Total	2,3%	12,3%	14,6%	
	Deficiência moderada	Frequência	14	21	35	
		% do Total	10,8%	16,2%	26,9%	
	Deficiência grave	Frequência	2	17	19	
		% do Total	1,5%	13,1%	14,6%	
	Deficiência completa	Frequência	8	15	23	
		% do Total	6,2%	11,5%	17,7%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 32 - Distribuição da atividade andar em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,721 <sup>a</sup>	4	,030
Likelihood Ratio	11,819	4	,019
Linear-by-Linear Association	1,616	1	,204
N of Valid Cases	130		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

#### 1.3.21. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento vs Histórico de queda

No que diz respeito a deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento é de destacar o valor de 26,2% com deficiência completa, dos quais 18,5% têm histórico de queda e o valor de 25,4% com deficiência grave com 16,9% com risco de queda. Conclui-se que existem limitações elevadas nesta atividade. Contudo estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento vs Histórico de queda

			Histórico de queda		Total
			Não	Sim	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	Nenhuma deficiência	Frequência	9	16	25
		% do Total	6,9%	12,3%	19,2%
	Deficiência ligeira	Frequência	7	12	19
		% do Total	5,4%	9,2%	14,6%
	Deficiência moderada	Frequência	6	13	19
		% do Total	4,6%	10,0%	14,6%
	Deficiência grave	Frequência	11	22	33
		% do Total	8,5%	16,9%	25,4%
	Deficiência completa	Frequência	10	24	34
		% do Total	7,7%	18,5%	26,2%
Total		Frequência	43	87	130
		% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 33 - Distribuição da atividade deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,445 <sup>a</sup>	4	,979
Likelihood Ratio	,446	4	,979
Linear-by-Linear Association	,336	1	,562
N of Valid Cases	130		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

### 1.3.22. Lavar-se vs Histórico de queda

Avaliando a tabela elaborada que correlaciona a atividade lavar-se com o risco de queda verifica-se que 36,2% com deficiência grave, dos quais 24,6% têm histórico de queda e 32,3% com deficiência completa dos quais 24,6% apresentam risco de queda. Estes dados são reveladores da existência de grande dependência nesta atividade.

Mas estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Lavar-se vs Histórico de queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Lavar-se	Nenhuma deficiência	Frequência	6	9	15	
		% do Total	4,6%	6,9%	11,5%	
	Deficiência ligeira	Frequência	4	7	11	
		% do Total	3,1%	5,4%	8,5%	
	Deficiência moderada	Frequência	8	7	15	
		% do Total	6,2%	5,4%	11,5%	
	Deficiência grave	Frequência	15	32	47	
		% do Total	11,5%	24,6%	36,2%	
	Deficiência completa	Frequência	10	32	42	
		% do Total	7,7%	24,6%	32,3%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 34 – Distribuição da atividade lavar-se em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,817 <sup>a</sup>	4	,307
Likelihood Ratio	4,718	4	,317
Linear-by-Linear Association	2,324	1	,127
N of Valid Cases	130		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,64.

#### 1.3.23. Cuidar de partes do corpo vs Histórico de queda

Na tabela que se segue identifica-se que na atividade cuidar de partes do corpo existe 30,8% da amostra com deficiência completa, dos quais 22,3% têm histórico de queda e 23,8% apresentam deficiência grave com 18,5% com risco de queda.

Mas estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Cuidar de partes do corpo vs Histórico de queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Cuidar de partes do corpo	Nenhuma deficiência	Frequência	6	12	18	
		% do Total	4,6%	9,2%	13,8%	
	Deficiência ligeira	Frequência	7	6	13	
		% do Total	5,4%	4,6%	10,0%	
	Deficiência moderada	Frequência	12	16	28	
		% do Total	9,2%	12,3%	21,5%	
	Deficiência grave	Frequência	7	24	31	
		% do Total	5,4%	18,5%	23,8%	
	Deficiência completa	Frequência	11	29	40	
		% do Total	8,5%	22,3%	30,8%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 35 - Distribuição da atividade cuidar de partes do corpo em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,849 <sup>a</sup>	4	,211
Likelihood Ratio	5,754	4	,218
Linear-by-Linear Association	2,008	1	,156
N of Valid Cases	130		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,30.

#### 1.3.24. Cuidados relacionados com os processos de excreção vs Histórico de queda

Foi feita uma correlação dos cuidados relacionados com os processos de excreção e o risco de queda tendo-se obtido uma percentagem da amostra de 29,2% que apresenta deficiência completa, dos quais 19,2% têm histórico de queda. É de focar que a maior parte da amostra apresenta algum tipo de deficiência e que o risco de queda está concentrado nesta percentagem da amostra. Todavia, estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Cuidados relacionados com os processos de excreção vs Histórico de queda

		Histórico de queda		Total	
		Não	Sim		
Cuidados relacionados com os processos de excreção	Nenhuma deficiência	Frequência	11	13	24
		% do Total	8,5%	10,0%	18,5%
	Deficiência ligeira	Frequência	12	23	35
		% do Total	9,2%	17,7%	26,9%
	Deficiência moderada	Frequência	5	14	19
		% do Total	3,8%	10,8%	14,6%
	Deficiência grave	Frequência	2	12	14
		% do Total	1,5%	9,2%	10,8%
	Deficiência completa	Frequência	13	25	38
		% do Total	10,0%	19,2%	29,2%
Total		Frequência	43	87	130
		% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 36 - Distribuição da atividade cuidados relacionados com os processos de excreção em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,435 <sup>a</sup>	4	,350
Likelihood Ratio	4,712	4	,318
Linear-by-Linear Association	1,045	1	,307
N of Valid Cases	130		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,63.

#### 1.3.25. Vestir-se vs Histórico de queda

A variável da função vestir-se foi cruzada com o histórico de queda, tal como se constata na tabela seguinte, sendo de realçar que 32,3% da amostra tem deficiência completa, dos quais 22,3% têm histórico de queda. Mais uma vez, a grande maioria da amostra apresenta limitações nesta função e o risco de queda converge para esta amostra.

Mas estes resultados não são estatisticamente significativos (p-value Chi-Square Tests >0.05).

### Vestir-se vs Histórico de queda

			Histórico de queda		Total	
			Não	Sim		
Vestir-se	Nenhuma deficiência	Frequência	12	16	28	
		% do Total	9,2%	12,3%	21,5%	
	Deficiência ligeira	Frequência	5	14	19	
		% do Total	3,8%	10,8%	14,6%	
	Deficiência moderada	Frequência	7	17	24	
		% do Total	5,4%	13,1%	18,5%	
	Deficiência grave	Frequência	6	11	17	
		% do Total	4,6%	8,5%	13,1%	
	Deficiência completa	Frequência	13	29	42	
		% do Total	10,0%	22,3%	32,3%	
	Total		Frequência	43	87	130
			% do Total	33,1%	66,9%	100,0%

Tabela Nº 37 - Distribuição da atividade vestir-se em função do Histórico de Queda

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,891 <sup>a</sup>	4	,756
Likelihood Ratio	1,863	4	,761
Linear-by-Linear Association	,452	1	,501
N of Valid Cases	130		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,62.

### 1.3.26. Comer

Observando a tabela Nº37 é possível afirmar que 54,6% dos indivíduos não têm deficiência, seguindo-se 21,5% com deficiência ligeira, deficiência completa com 12,3%, deficiência moderada com 7,7% e por último a deficiência grave com 3,8%.

#### Comer

		Frequência	%
Comer	Nenhuma deficiência	71	54,6
	Deficiência ligeira	28	21,5
	Deficiência moderada	10	7,7
	Deficiência grave	5	3,8
	Deficiência completa	16	12,3
	Total	130	100,0

Tabela Nº 38 – Comer

### 1.3.27. Beber

De acordo com a análise da tabela Nº 38 constata-se que 55,4% da amostra apresenta nenhuma deficiência, posteriormente 26,9% tem deficiência ligeira, seguindo-se os indivíduos com deficiência completa 13,8% e por último a deficiência moderada (2,3%) e deficiência grave (1,5%).

#### Beber

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Beber</b>	Nenhuma deficiência	72	55,4
	Deficiência ligeira	35	26,9
	Deficiência moderada	3	2,3
	Deficiência grave	2	1,5
	Deficiência completa	18	13,8
	Total	130	100,0

Tabela Nº 39 - Beber

## DISCUSSÃO DOS DADOS

A discussão dos dados não se prevê fácil, pois existem poucos estudos que têm como objetivo conhecer a funcionalidade dos idosos nas quedas, principalmente que tenham utilizado como base a CIF. Desta forma, os dados serão comparados sempre que possível com os dados de outros estudos, quando não for possível serão realçados os dados encontrados neste estudo.

Relativamente à caracterização geral da amostra em estudo, verificou-se que a percentagem de mulheres (81,5%) prevaleceu sobre a percentagem de homens (18,5%), destacando-se o estado civil de “viúvo” (83,8%). Os mais recentes dados do INE (2011) dizem que existe um desequilíbrio na relação entre homens e mulheres, com predomínio do sexo feminino, acentuando-se à medida que a idade avança e ainda que este processo se tem vindo a agudizar ao longo dos últimos anos. Os dados atrás referidos justificam também o elevado número de mulheres viúvas.

A maior fatia de idosos (32,3%) situa-se no escalão etário entre 87 e os 92 anos. Na maior parte dos estudos consultados, realizados em Portugal em idosos institucionalizados a média de idades ultrapassa os 80 anos, indo ao encontro dos resultados obtidos neste estudo na qual a média de idades é de 84,5 anos. Desta forma, estamos perante uma população de idosos institucionalizados consideravelmente envelhecida.

A média de altura da população é de 1,57m e o peso médio é de 59,60kg. Sendo possível calcular o Índice Médio de Massa Corporal na qual 62,3% dos indivíduos apresentam peso normal, enquanto que, 25,4% apresenta baixo peso e 12,3% da amostra tem excesso de peso. Estes valores devem merecer atenção e submeter ao desenvolvimento de um estudo mais adequado sobre o estado nutricional dos idosos. Para alguns autores (Ribeiro, 2010), o IMC deve ser usado com cautela na avaliação de idosos. É conhecido que o excesso de peso e a obesidade são fatores associados a diversas doenças crónicas e a uma diminuição da qualidade de vida. Por sua vez um IMC muito baixo pode ser indicador de desnutrição. Alguns estudos consideram que um IMC elevado ou muito baixo são fatores preditores do desenvolvimento de incapacidade nas idades mais avançadas (Shepard, 1997, Carvalho, 2003).

O nível de escolaridade é baixo sendo que 48,5% não frequentaram a escola e uma grande maioria dos restantes idosos não frequentaram muito mais que a 4ª Classe. Na análise destes dados deve considerar-se os dados apresentados pelo INE/PORDATA (2012) segundo os quais a percentagem de pessoas com mais de 65 anos sem qualquer nível de escolaridade era em 2011 de 34,6%. Pode concluir-se assim, que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução

As principais áreas de diagnóstico médico que prevaleceram foram os transtornos mentais e comportamentais (27,7%) e doenças do sistema osteomuscular (38,5%). Com o aumento da idade os problemas psicológicos tornam-se habituais devido a um processo natural característico do envelhecimento (Clement et al., 2011). Os idosos estão mais expostos a doenças crónicas, luto, separações conjugais, viuvez, isolamento social, dificuldades económicas que podem favorecer a ocorrência de morbididades psíquicas.

Constata-se que existe um alto risco de queda (63,8%). Sendo um dado previsível, visto que, os idosos institucionalizados apresentam um envelhecimento patológico, na maioria das vezes associado à doença de Parkinson, Alzheimer, assim como outras doenças graves, incapacitando-os para realizar atividades como: tomar banho, mobilizar-se e comunicar. O facto de não conseguirem realizar estas atividades pode estar relacionado com o índice de quedas, desta forma, é essencial a identificação dos idosos com maior propensão para sofrer quedas pois requerem mais atenção e vigilância.

As Funções do Corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos abrangendo as funções psicológicas.

As Funções de Consciência são funções mentais gerais do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília (CIF). Nas funções de consciência face ao histórico de queda a maioria da amostra apresenta algum tipo de deficiência (63,1%) e o histórico de queda tem maior incidência nos indivíduos com deficiência. Tendo-se verificado que existe uma relação significativa. Estes valores contrariam os resultados obtidos num estudo realizado pela Universidade de Évora na qual as funções de consciência se encontravam mantidas na maior parte da amostra (92,9%)

As Funções de Orientação são funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente (CIF). Verifica-se que uma maioria expressiva da amostra apresenta comprometimento desta função e que esta mesma amostra apresenta uma maioria de indivíduos com risco de queda.

No estudo referido anteriormente as funções de orientação estão preservadas em grande parte da amostra (83,4%) contrariamente aos resultados obtidos.

As Funções de Atenção são funções que avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção (CIF). Foi possível constatar que 80,8% da amostra apresenta algum tipo de deficiência e que a maior parte desta amostra que apresenta risco de queda se encontra neste grupo. No estudo já referenciado apenas cerca de 9% da amostra apresenta alterações nesta função.

As Funções da Memória são funções mentais específicas de registo e armazenamento de informações e da sua recuperação quando necessário (CIF). As funções da memória encontram-se comprometidas na maior parte da amostra (84,6%) e nesta amostra 56,3% tem risco de queda. Segundo o estudo supracitado anteriormente as funções de memória estão comprometidas em apenas metade da amostra (51%).

As Funções Emocionais são “*funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afetiva dos processos mentais. Inclui, funções de adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar, labilidade emocional, apatia afetiva. Exclui, funções do temperamento e da personalidade, funções da energia e dos impulsos*” (CIF). No que concerne às funções emocionais a distribuição da amostra com comprometimento é de 78,5% sendo o risco de queda é mais elevado neste grupo.

As Funções Cognitivas de Nível Superior são “*funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos orientados para metas, tais como: tomada de decisão, pensamento abstracto, planeamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; funções designadas frequentemente como executivas*” (CIF). Quanto a este tipo de funções verifica-se que uma percentagem considerável da amostra (62,3%) tem deficiência completa sendo que o risco de queda prevalece. De acordo com o estudo já referido precedentemente as funções mentais específicas, as funções da atenção estão mantidas em grande parte da amostra (66,55%).

Assim, é possível afirmar que o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade. (Sharps, 2007) Ainda é possível constatar que as pessoas idosas apresentam défices ao nível dos processos psicológicos. (Benjamin 2010) Esta conclusão está baseada nas interações empíricas, na observação dos comportamentos das pessoas com 65 e mais anos de idade e as repercussões nos processos de tomada de decisão. (Lopes, 2012)

No que respeita às Funções Sensoriais foi avaliada a sensação de dor. A sensação de dor é uma “sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo” (CIF). Verificou-se que mais de metade da amostra (70,8%) refere não ter dor, sendo os locais mais referenciados, as costas e os membros inferiores.

Quanto às Funções do Aparelho Cardiovascular, foi avaliada a tensão arterial e constata-se que 84,6% apresenta algum tipo de deficiência. De acordo com Pádua (2008) a hipertensão é a doença cardiovascular mais disseminada por todo o mundo, sendo a que causa mais mortes de forma direta ou indireta. Cerca de 70% dos portugueses com mais de

65 anos de idade são hipertensos, sendo a doença crónica com maior prevalência na população portuguesa.

No que diz respeito às Funções do Aparelho Respiratório verifica-se que 86,9% da amostra não apresenta nenhuma deficiência nas funções de respiração. No mesmo estudo já citado volta-se a constatar que os resultados não vão ao encontro dos valores obtidos neste estudo, sendo que, apenas 25% da amostra refere não ter dispneia ao esforço.

Entre as funções do aparelho digestivo, foram estudadas as funções de defecação, que são “*funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos, tais como, fezes e funções relacionadas*” (CIF). Sendo de assinalar que existe uma percentagem notável (46,8%) que apresenta deficiência e na qual o risco de queda é maior, sendo esta associação estatisticamente significativa. Estes valores são opostos ao do estudo citado acima, na qual 97,1% da amostra não apresenta alterações. Geralmente, o idoso dependente tem incontinência podendo despoletar um sentimento comovedor e desconfortante tanto para o cuidador como para o alvo de cuidados, desta forma, deve evitar-se uma atitude crítica, depreciativa e de reprovação. Sendo imprescindível aliviar uma possível tensão e desconforto associados ao comprometimento desta atividade. (Sequeira, 2010)

Nas estruturas das áreas da pele constata-se que 61,5% não apresentam deficiência.

A realização da Rotina Diária consiste em realizar ações coordenadas simples ou complexas de forma a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia (CIF). Analisando os dados colhidos da rotina diária identificou-se que 79,1% das pessoas apresentam problemas, sendo predominante o risco de queda neste grupo.

Por sua vez no grupo da comunicação foi avaliado a capacidade de comunicar e receber mensagens, falar, comunicar e produzir mensagens e de conversação.

Na Comunicação e na Capacidade de Comunicar considera-se que consiste em compreender os significados literais e implícitos das mensagens em linguagem oral (Lopes, 2012). A atividade Falar consiste em produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito (CIF). Para a capacidade de comunicar e receber mensagens orais é de ressaltar que 65,4% da amostra apresenta dificuldades. Foram encontrados dados antagónicos no estudo já referido onde 72,6% da amostra não apresenta dificuldades no receber mensagens. Na capacidade de comunicar e produzir mensagens foi avaliada a capacidade de falar, na qual 58,5% não apresentam deficiência, estes dados vão ao encontro dos dados do estudo já referido na qual 87% também não apresenta dificuldades no comunicar e produzir mensagens orais, assim como na atividade falar. Por sua vez, na capacidade de conversação foi avaliada a conversação e identificou-se que cerca de 50,8% das pessoas apresentam dificuldades. De acordo com o

estudo da Universidade de Évora na dimensão conversar o valor de amostra que não apresenta dificuldade é de 78,8%.

Mudar a Posição Básica do Corpo é a atividade de adotar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro (CIF). Nesta atividade 67,7% da amostra apresenta dificuldades sendo uma percentagem muito semelhante à da função manter a posição básica do corpo (69,8%), estas dificuldades são particularmente frequentes em pessoas que apresentam risco de queda. Contrapondo, o estudo que foi analisado 76,9% da amostra não apresenta dificuldade na mudança da posição básica do corpo.

Na Utilização da Mão e do Braço a maior parte dos indivíduos não apresentam dificuldade.

Quanto às atividades associadas à mobilidade foi avaliada a capacidade andar e deslocar-se. Andar é uma atividade que consiste em mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado (CIF). Deslocar-se é uma atividade e passa pela capacidade em mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha (CIF). Neste estudo existe uma percentagem significativa da amostra (73,8%) com problemas, já na função deslocar-se obteve-se um valor de 80,8% com problemas. Em ambas as situações o risco de queda é maior nos grupos dos mais debilitados.

No que concerne aos autocuidados foram avaliadas as atividades: lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, vestir-se, comer e beber.

A atividade Lavar-se é a capacidade para lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados (CIF). Foram detetados valores significativos de percentagem indicativos de existir dificuldade completa em 32,3% e 36,2% com deficiência grave. Ao contrário dos dados obtidos, o estudo supramencionado auferiu que 82,6% da amostra se lava sem dificuldades

Cuidar de partes do corpo é uma atividade que se baseia em cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar (CIF). Tal como na função analisada anteriormente, a quantidade de idosos com dificuldade é elevada, sendo que, 30,8% apresenta deficiência completa e 23,8% deficiência grave. No estudo anteriormente referido os cuidados relacionados com os processos de excreção os valores são reveladores de existir problemas com 81,5% da amostra, não sendo valores muito discrepantes dos encontrados.

Já na atividade comer 54,6% referem não ter dificuldades e na atividade beber 55,4% referem não ter dificuldades.

## CONCLUSÃO

Neste capítulo proceder-se-á à apresentação das conclusões no que respeita aos objetivos gerais e específicos delineados e ainda às hipóteses formuladas nas opções metodológicas deste trabalho. Apontar-se-ão algumas limitações inerentes a este estudo e propor-se-ão ideias para futuras investigações.

Relativamente ao objetivo geral – “**Caracterizar a funcionalidade e o risco de queda no Idoso Institucionalizado na Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão**”, poder-se-á afirmar que foi alcançado. Foi utilizada a CIF, tendo sido criado um *Core Set* que permite a avaliação de cada componente da funcionalidade nas quedas e uma escala que permitiu avaliar o risco de queda.

Procedeu-se à determinação da identificação do funcionamento das funções do corpo, das atividades que são realizadas e da participação da pessoa numa situação da vida real.

Relativamente ao risco de queda cerca de 63,8% apresenta risco elevado.

Foi testada a existência de relação entre as variáveis que compõem o *Core Set* relativamente às funções do corpo, das atividades realizadas e das atividades de participação com o risco de queda.

Assim, na dimensão das funções do corpo, identifica-se que nas funções mentais globais, a consciência está comprometida na maioria da amostra e que nesta mesma amostra o risco de queda é elevado. Nas funções de orientação identifica-se uma maioria expressiva da amostra. Constata-se que grande parte da amostra apresenta alterações nas funções da memória. Tal como nas funções anteriormente referidas, as funções da atenção estão alteradas em grande parte da amostra. Contudo, salienta-se que 45,8% da amostra apresenta alterações nas funções cognitivas de nível superior. Todas estas dimensões analisadas apresentam um risco de queda mais acentuado nos indivíduos com problemas.

Nas tarefas de exigência geral, como realizar a rotina diária a maior parte da amostra apresenta limitações de relevo. Assim, como nas atividades associadas à mobilidade, na qual grande parte da amostra apresenta dificuldade na mudança da posição básica do corpo e em manter a posição básica do corpo. Em atividades como andar e deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento as limitações são severas. Tal como ocorreu nas variáveis anteriores o risco de queda é mais elevado nos indivíduos da amostra mais fragilizada.

No que diz respeito às atividades relacionadas com os autocuidados, grande parte da amostra lava-se com dificuldades, assim como, em cuidar de partes do seu corpo e nas atividades relacionadas com os processos de excreção. Noutras atividades como vestir-se, comer e beber também se verificaram níveis de limitação eminentes. Nesta correlação o número de indivíduos com maior risco de queda também apresenta mais dificuldades.

De uma forma global, a amostra em estudo revelou baixos níveis de funcionalidade e valores elevados no risco de queda na amostra que apresenta a funcionalidade mais reduzida.

Estas conclusões alertam para a necessidade de intervir no sentido da manutenção e melhoria da funcionalidade dos idosos e na aposta da prevenção de quedas.

Foram identificadas algumas limitações neste estudo, que se descrevem seguidamente:

- O instrumento aplicado foi utilizado consoante o conhecimento pessoal do investigador;
- Existe dificuldade na utilização deste instrumento, pois apenas alguém detentor de conhecimento especializado tem a possibilidade de elaborar um Core Set específico para determinada área que se pretende estudar;
- A dimensão da amostra poderá ser um condicionante, visto que, poderá ter limitado a maioria das correlações e de diferenças não significativas pelo que se propõe que deverá ser aplicado numa amostra exponencialmente maior;
- Devido à não existência de estudos feitos sobre a funcionalidade e o risco de quedas, apenas foi possível comparar os resultados com um estudo realizado pela Universidade de Évora.

Para estudos futuros, realizam-se algumas sugestões:

- A ampliação da amostra de forma a permitir a confrontação de resultados e para obtenção de valores para a população;
- Alargamento do estudo a idosos não institucionalizados, de forma, a permitir a comparação dos valores.
- Propõe-se a existência de mais formação que possibilite a utilização da CIF de forma mais inteligível.

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Faisal, W. (2006). *Falls Prevention for Older Persons*. Eastern Mediterranean Regional Review.
- Battistella, L. & Brito, C. (2002). Tendências e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*. 9(2), 98-101.
- Birren, J. & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* San Diego: Academic Press.
- Bueno-Cavanillas A. et. al. (2000). *Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes*. *Eur J Epidemiol*. 16 (59).
- Buskman, S. & Vilela, A. (2004). *Instabilidade Postural e Quedas*. In: Saldanha, A. & Caldas, C. (2004). *Saúde do Idoso: A arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Interciência.
- Carvalho, M. (2012). *Funções executivas e envelhecimento*. Tese Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Coimbra. Faculdade de psicologia e de ciências de educação, Lisboa.
- Campbell A. & Robertson M. & Gardner M. & Norton R. & Buchner D. (1999). *Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial*. *J Am Geriatr Soc*. 47, 850-3.
- Chaimowicz F, Greco DB. (1999) *Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil*. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33:454-60.
- Doran, D. & Pringle, D. (2011). *Patient outcomes as accountability*. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* . Sudbury, MA. Jones and Bartlett.
- Eurostat (2008) – Population projections 2008-2060. From 2015, deaths projected to out number births in the UE27. Eurostat Press office.
- Fabrício, S. & Rodrigues, R. & Junior, M. (2004, Fev.). *Causas e Consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público*. *Revista de Saúde pública*. 38(1).
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures. Lusociência.
- Goebel, J. (2008). *Practical management of the dizzy patient*.
- Gregg E. & Pereira M. & Caspersen C. (2000, Aug.) *Physical activity, falls and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence*. *J Am Geriatr Soc*. 48(8), 883-93.

- Ganz D. & Bao Y. & Shekelle P. & Rubenstein L. (2007). *Will my patient fall?* Jama. 297. 77-86.
- Gauthier, J. (1998). *Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.
- Haddad, N. (2004). *Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde*. São Paulo. Editora Roca.
- Hernández, D.& Rodriguez, E (2006). *Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Tratado de geriatría para residentes*.
- Jette A. & Haley, S. & Kooyoomjian, J. (2003). *Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct?* J Rehabil Med. 35. 145-14.
- Lopes, F.& Tier, C. & Filho, W. & Santos, S. (2007, Janeiro-Março). *Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência*. Cienc Cuid Saúde. 6(1), 59-67.
- Mahant P. & Stacy M. (2001). *Movement disorders and normal aging*. Neurol Clin. 553 (63). 19.
- Mazza, MMPR & Lefèvre, F. (2004). *A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso*. Saúde e Sociedade. 13(3), 68-77.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls – Establishing a Fall Intervention Program. Second edition*. New York: Springer Publishing Company.
- Nazareth, M. (2004) *Demografia a Ciência da População*. Barcarena: Editorial Presença.
- Netto, M. (1996). *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo. Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]*. (2003). Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo
- Paschoal, S. *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo. Atheneu.
- Perlini, N. & Leite, M. & Furini, A. (2007, Jun.). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Rev Esc Enferm USP, 41(2), 229-236.

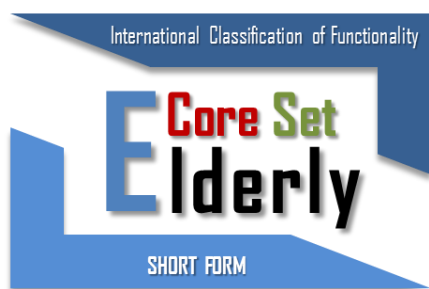
- Periago, M. (2005). Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5), 295-296. Consultado a 27-5-2014 em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26266.pdf>
- Rubenstein R. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 35-S2, 37-4.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel.
- Spirduso, W. & Francis, K. & MacRae, P. (2005). *Physical dimensions of aging*. USA. Human Kinetics
- Urruela, M. (2002). *Caídas en un hospital de agudos: características del paciente*. In *Revista de gerontologia*. 12, 14-18.
- Weineck, J. (1991). *Biología do esporte*. São Paulo. Manole
- World Health Organization [WHO] (2001). *The international classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2004). Health Evidence Network. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?

#### WEBGRAFIA

- [http://repositorio.chlc.min.saude.pt/bitstream/10400.17/891/1/Acta%20Ped%20Port%202009\\_40\\_229.pdf](http://repositorio.chlc.min.saude.pt/bitstream/10400.17/891/1/Acta%20Ped%20Port%202009_40_229.pdf) [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)
- DUARTE, Y, A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. **Revista Escola Enfermagem/USP**, 41(2):317-25, Em <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf>

## APÊNDICES

## APENDICE 1 –INSTRUMENTO: ELDERLY NURSING CORE SET



### INSTRUMENTO: Elderly Nursing Core Set

O questionário que se apresenta a seguir integra quatro secções distintas. A primeira é constituída por um conjunto de questões de identificação e caracterização Sócio biográfica, a segunda secção e subsequentes são constituídas pelas funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. Seja rigoroso, preencha as perguntas e cumpra os critérios de inclusão descritos. Todas as informações fornecidas pelos participantes no estudo são consideradas confidenciais.

### Secção I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

Escolha ou preencha conforme a indicação.

1. NÚMERO DE CARTÃO DE UTENTE: \*

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

2. Instituição Responsável pela Avaliação: \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

3. FREGUESIA ou SERVIÇO Clínico: \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

Nota: Colocar o Nome da Freguesia de Residência actual (se no domicílio) Ou serviço Clínico (se institucionalizada).

4. TIPO DE AVALIAÇÃO: \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

1ª AVALIAÇÃO

2ª Avaliação

3ª Avaliação

5. DATA DE AVALIAÇÃO: \*

Por favor, digite uma data:

6. IDADE: \*

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

7. SEXO: \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Feminino

Masculino

8. ESTADO CÍVIL: \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

9. PESO (Kg)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

*Instruções:* Nesta Pergunta os Kg, podem ser separados das Gramas por uma vírgula (ex. 76,20)

10. ALTURA (Metros)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

*Instruções:* Nesta Pergunta os Metros, devem ser separados dos Centímetros, por uma vírgula (ex. 1,45)

11. NÍVEL DE ESCOLARIDADE: \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever

Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever

Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe

- Fez exame da 4ª classe
- Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral / curso industrial / outro equivalente)
- Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)
- Completou o ensino superior
- Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades
- Ensino Especial
- Outro

12. PRINCIPAL ÁREA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO QUE LEVOU À INTERVENÇÃO (ÁREAS ICD10):

Por favor, selecione apenas a principal:

- Neoplasias (tumores)
- Doenças do sangue e dos órgãos hemotopoéticos
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- Transtornos mentais e comportamentais
- Doenças do sistema nervoso
- Doenças do aparelho circulatório
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
- Doenças do sistema osteomuscular
- Doenças do aparelho geniturinário
- Outro:

SEÇÃO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

Escolha ou preencha uma das opções.

1. Funções da consciência (b110) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- b110.0: Nenhuma deficiência
- b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.
- b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.

b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.

b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde.

*Instruções: Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito “é o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos”.*

## 2. Funções da Orientação (b114) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

b114.0: Nenhuma deficiência

b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo

b114.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas

b114.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas

b114.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões

*Instruções: Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao tempo (e.g., dia, mês, ano), ao espaço (e.g., onde está, de onde é), a si mesmo e aos outros (e.g., quem é a sua família) e classifique.*

## 3. Funções da atenção (b140) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

b140.0: Nenhuma deficiência

b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas

b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas

b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas

b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa

*Instruções: As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção. Com base na sua observação global da pessoa, classifique.*

## 4. Funções da memória (b144) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

b144.0: Nenhuma deficiência

b144.1: Deficiência ligeira. Respondeu corretamente, mas sem a ordem descrita

b144.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras

- b144.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra
- b144.4: Deficiência completa. Não respondeu corretamente

*Instruções: Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: Pera, Gato, Bola, Carro”. Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”.*

#### 5. Funções emocionais (b152) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções
- b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas
- b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas
- b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas
- b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções

*Instruções: Avalie a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), regulação (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.*

#### 6. Funções cognitivas de nível superior (b164) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade
- b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou
- b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra
- b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação
- b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

*Instruções: Instruções: Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?*

#### 7. Sensação de dor (b280) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

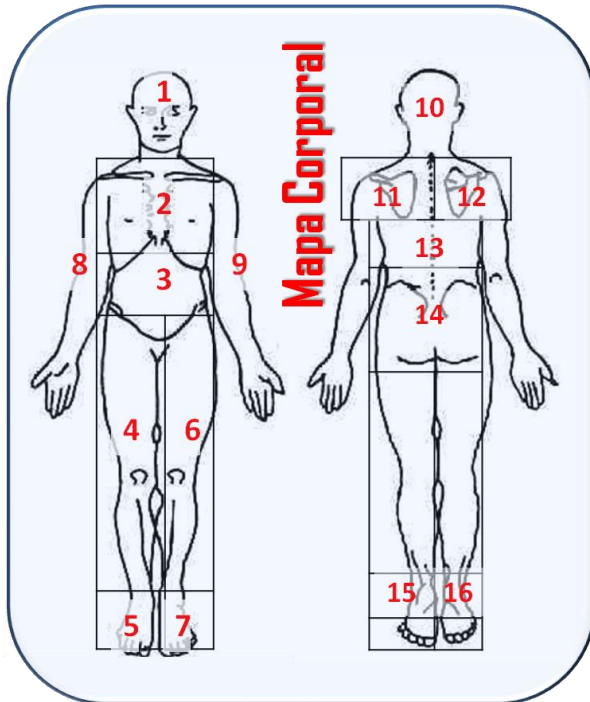
- b280.0: 0 pontos na EN
- b280.1: 1 a 2 pontos da EN
- b280.2: 3 a 4 pontos da EN
- b280.3: 5 a 8 pontos da EN

b280.4: 9 a 10 pontos da EN

b280.8: Não especificado

Avalie a dor com base na seguinte pergunta: "Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?" Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique.

#### 7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NESTE DIAGRAMA



Por favor, escreva aqui a sua resposta:

#### 8. Funções da pressão arterial (b420)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80

b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)

b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)

b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)

b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)

Instruções: Avalia a Pressão Arterial e classifique de acordo com a tabela

#### 9. Funções da respiração (b440) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

b440.0: Nenhuma deficiência.

b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório

- b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)
- b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigênio suplementar ou ventilador (não invasivo)
- b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigênio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)

*Instruções: Inclui: funções da frequência, ritmo e profundidade da respiração*

#### 10. Funções de defecação (b525) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejeção/dia (ou) 1 dejeção em 2 dias;
- b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejeções/dia (ou) 1 dejeção cada 2 a 4 dias
- b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejeções/dia (ou) 1 dejeção cada 5 a 7 dias
- b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejeções/dia (ou) 1 dejeção cada 8 a 9 dias
- b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejeções/dia (ou) 1 dejeção cada 10 ou mais
- b440.8: Condições Especiais (ex. Incontinência, colostomia, etc: ESPECIFICAR no quadro lateral >>>)

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

#### Secção III- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

Escolha ou preencha uma das opções.

#### 11. Estrutura das áreas da pele (s810) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

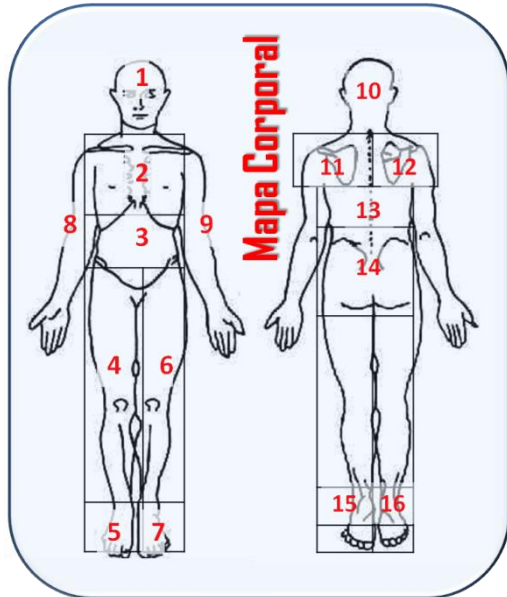
- s810.0: Nenhuma deficiência.
- s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada
- s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Máculas ou Pápula
- s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea

s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.

*Instruções: Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade.*

11.1 Com recurso ao diagrama abaixo designado, localize a 1ª lesão cutânea mais grave .

Por favor, escreva aqui a sua resposta:



11.2 Com recurso ao diagrama acima descrito, localize a 2ª Lesão mais Grave

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

#### Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

Escolha ou preencha uma das opções.

12. Realizar a rotina diária (d230) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d230.0: Sem dificuldades
- d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.
- d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária
- d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária
- d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária

*Instruções: Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*

13. Comunicar e receber mensagens orais (d310) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d310.0: Sem dificuldades
- d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos
- d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos
- d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais
- d310.4: Dificuldade total. Não comunica

*Instruções: Esta função avalia a capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*

14. Falar (d330) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d330.0: Sem dificuldades
- d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro
- d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro
- d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos
- d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado

*Instruções: Esta função avalia a capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*

15. Conversação (d350) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d350.0: Sem dificuldade.
- d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa
- d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa
- d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa
- d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa

*Instruções: Esta função avalia a capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo.*

16. Mudar a posição básica do corpo (d410) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d410.0: Sem dificuldade
- d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
- d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas
- d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas
- d410.4: Dificuldade completa

*Instruções: Avalie a capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho.*

17. Manter a posição do corpo (d415) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d415.0: Sem dificuldade
- d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional
- d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado
- d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade
- d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado

*Instruções: Manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique*

18. Utilização da mão e do braço (d445) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d445.0: Sem dificuldades.
- d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.
- d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.
- d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.

d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.

*Instruções: Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*

19. Andar (d450) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

d450.0: Sem dificuldades

d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.

d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.

d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.

d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.

*Instruções: Avalie e classifique observando a marcha da pessoa*

20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

d465.0: Sem dificuldades

d465.1: Dificuldades ligeira. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).

d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).

d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andarilho ou cadeira de rodas)

d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.

*A pessoa tem a capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho, ou outras ajudas técnicas*

21. Lavar-se (d510) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

d510.0: Sem dificuldades.

d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.

d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)

d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo

d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.

*Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.*

## 22. Cuidar de partes do corpo d520 \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

d520.0: Sem dificuldades.

d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.

d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.

d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.

d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.

*Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar*

## 23. Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

d530.0: Sem dificuldades

d530.1: Dificuldade ligeira. É autônomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.

d530.2: Dificuldade moderada. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.

d530.3: Dificuldade grave. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.

d530.4: Dificuldade completa. Não é autônomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação

*Cuidados relacionados com os processos de excreção.*

## 24. Vestir-se (d540) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d540.0: Sem dificuldades
- d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.
- d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.
- d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar
- d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.

*Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado*

#### 25. Comer d550 \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d550.0: Sem dificuldades
- d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).
- d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.
- d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)
- d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer

*Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos*

#### 26. Beber (d560) \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- d560.0: Sem dificuldades
- d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)
- d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.
- d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber
- d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber

*Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.*

## APÊNDICE 2 – ESCALA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DE MORSE

### ESCALA DE MORSE

#### AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. <u>HISTÓRIA DE QUEDAS</u>	NÃO - 0	SIM - 20
2. <u>DIAGNÓSTICOS MÉDICOS</u> (> 2 patologias)	NÃO - 0	SIM - 15
3. <u>AJUDA NA MARCHA</u>		
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____		0
Bengala / canadiana / andarilho _____		15
Apoio nos móveis _____		20
4. <u>TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE</u> _____		20
5. <u>MARCHA</u>		
Normal / cadeira de rodas / acamado _____		0
Com dificuldade, mas sem ajuda _____		10
Incapaz, sem ajuda _____		20
6. <u>ESTADO MENTAL</u>		
Orientado _____		0
Dificuldade de orientação _____		15

**Classificação do nível de risco**

**0 – 24: sem risco**

**Recomendações**

Nenhuma

**25 – 50: baixo risco**

Implementar precauções  
padronizadas contra quedas

**50: alto risco**

Implementar intervenção  
para prevenção de alto risco de quedas

## **ANEXOS**

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE  
COLHEITA DE DADOS**

**Ex.mo Senhor  
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de  
Vila Velha de Ródão**

**Assunto:** Autorização para aplicação de Instrumento de Colheita de Dados

Eu, Patrícia Isabel Dias Reis, enfermeira desta mesma instituição a frequentar o Mestrado de Gerontologia, na Escola Superior de Educação de Portalegre e na Escola Superior de Saúde de Portalegre encontro-me a realizar a Dissertação Final deste Curso. Pretendo realizar um estudo sobre as Quedas e a Mobilidade nos Idosos Institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Vila Velha de Ródão, tendo como objetivos:

- Conhecer a caracterização sócio biográfica do Idoso Institucionalizado;
- Perspetivar de que forma as Quedas influenciam a Mobilidade do Idoso Institucionalizado;
- Identificar a níveis de funcionalidade do Idoso Institucionalizado.

Venho por este meio solicitar que V. Ex<sup>a</sup> se digne a autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados nos utentes da instituição salvaguardando o seu consentimento informado. Sendo que o instrumento consiste na aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Elderly Nursing Core Set.

Grata pela atenção dispensada

Vila Velha de Ródão, 16 de Junho de 2014