

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Dedico este trabalho a minha mãe e ao meu marido, as pessoas mais importantes na minha vida.

Vocês deixaram seus sonhos para que eu sonhasse.
Derramaram lágrimas para que eu fosse feliz.
Vocês perderam noites de sono para que eu dormisse tranquila.
Acreditaram em mim apesar dos meus erros.
Ser educador é ser um poeta do amor.
Jamais se esqueçam que eu levarei para sempre
Um pedaço do seu ser dentro do meu próprio ser.

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Doutores Professores Cláudia Chaves e João Duarte, pela sabedoria, orientação, estímulo, tranquilidade e acima de tudo pela Amizade.

A todos os professores da Escola Superior de Saúde de Viseu que dividiram os seus conhecimentos e fizeram-me querer estar próxima deles.

Ao meu marido, pelo amor incondicional e pela tolerância nas minhas ausências. Por me fazeres rir e sentir viva e feliz. Pela compreensão e paciência com que me acompanhas nesta jornada que é a vida.

Agradeço à minha mãe por sempre me ter feito acreditar que ia conseguir, por me amar e aceitar incondicionalmente, por ser a mulher forte e bondosa que é. Obrigado pelo esforço e trabalho árduo que tiveste para que eu pudesse concretizar o meu sonho – ser enfermeira.

A minha família e amigos por serem meu “porto seguro”.

A toda a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Almeida, em especial a Sr.^a Enf. Chefe Nazaré, pela amizade, incentivo e ajuda nas horas difíceis e de dúvidas.

A todos aqueles que não acreditaram que não seria possível, porque me tornaram mais fortes e determinada.

E a DEUS, pois sem ELE nada disso teria sido possível.

Agradeço a todas as pessoas e entidades, especialmente a U.L.S., Guarda, mais propriamente ao Centro de Saúde de Almeida, que de maneira direta ou indireta, me apoiaram e permitiram que este estudo se concretizasse. Obrigada a todos!

Resumo

Introdução: As quedas são a segunda causa de morte acidental no mundo. Os idosos passam a maior parte do tempo na sua habitação. Neste sentido, os objectivos deste trabalho são: Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio; Analisar a capacidade funcional do idoso que influencia o risco de queda do idoso no domicílio; Identificar os parâmetros clínicos que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio; Analisar as características da habitação que têm influência no risco de queda do idoso no domicílio. **Métodos:** O estudo transversal, não experimental, descritivo correlacional e explicativo. O instrumento de colheita é constituído pela caracterização sócio-demográfica, Escala de avaliação das Actividades de Vida diária de Lawton e Brody, Teste do Equilíbrio – Timed “Up & Go”, os parâmetros clínicos, as variáveis contextuais a queda, as características da habitação em relação ao risco de queda recorrente e ao risco de queda no domicílio, Escala de Avaliação do Risco de Queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C.; Duarte, J., 2012). **Resultados:** traçou-se um perfil de mulheres idosas (63,8%), casado ou em união de facto (51,5%), com habilitações literárias (66,2%), não ativos na situação laboral (90,8%), com rendimentos de ≤ 485 euros (51,5%) e a coabitarem acompanhados (68,5%). Os idosos do sexo masculino são moderadamente dependentes (63,8%), o sexo feminino 45,8% são independentes (). Os idosos realizaram o teste Timed “Up & Go” maioritariamente entre 10-20 segundos (46,8%). Conferir que 64,6% refere queda no domicílio, em maior percentagem o sexo feminino (73,5%). Os cinco principais motivos de queda enumerados pelos nossos idosos inquiridos são os seguintes: desequilíbrio, falta de atenção, obstáculos, piso molhado e tonturas, vertigens ou desmaios, com 47,7%, 40,0%, 29,2%, 26,2% e 25,4% propriamente. A maioria afirma “Polimedicação major”, 42,6% dos homens e 51,8% das mulheres. No presente estudo verificamos haver risco em qualquer das divisões da casa em 57,7%, risco de queda efetivo em 9,2% e ausência de risco de queda no domicílio em 31,3%. **Conclusões:** Podemos concluir que relativamente ao risco de queda dos idosos no domicílio, constatamos que o factor capacidade funcional está associada ao sexo, idade, habilitações e rendimentos. Deve constituir uma prioridade na intervenção da educação preventiva do risco de queda do idoso no domicílio, quer para a população, quer para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: queda do idoso; domicilio, factores de queda

Abstract

Introduction: Falls is the second major cause of accidental death in the world. The elderly spend most of their time at home. Thus, the aims of this project are: identifying the sociodemographic variables which influence the risk of the elderly falling at home; Analysing the functional status of the elderly which influences their risk of falling at home; Identifying the clinical parameters which influence their risk of falling at home; Analysing the characteristic of the house they live in which influence the risk of falling at home. **Methods:** Transversal, non-experimental, descriptive correlational, explanatory study. The gathering tools are the sociodemographic characterization, Lawton and Brody evaluation scale for Activities of daily living; the Timed “Up & Go” test; clinical parameters, contextual variables of the fall, the characteristics of the home in what concerns the recurrent risk of falls and the risk of falling at home; Evaluation scale of the risk of falling at home (Gonçalves, C.; Chaves, C.; Duarte, J., 2012). **Results:** Profiling of elderly women (63,8%), married or cohabiting (51,5%), with education (66,2%), non active in employment (90,8%), with income of ≤ 485 euros (51,5%) and living with company (68,5%). Male elderly are moderately dependent (63,8%), female elderly 45,8% are independent. The elderly did the Timed “Up & Go” test mostly is 10-20 seconds (46,8%). Regarding that 64,6% is meant to a fall at home, in a larger percentage the female (73,5%). The five main reasons that cause to fall mentioned by the respondent elderly are as follow: imbalance, lack of attention, obstacles, wet floor and dizziness, vertigo or fainting, with 47,7%, 40,0%, 29,2%, 26,2% e 25,4% namely. Most declares “Polypharmacy major” 42,6% of men and 51,8% of women. With this study we confirmed that there is risk within any of the rooms at home 57,7%, risk of actual fall 9,2% and lack of risk of fall at home 31,3%. **Conclusion:** We can conclude that in what concerns the risk of falling by the elderly at home, we find that the functional status factor is related to sex, age, education and income. It must become a priority in what concerns the intervention of preventive education of the risk of falling by the elderly at home, the population in general and health care professionals.

Keywords: decline in the elderly, domicile, factors fall

Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

U.L.S., Guarda – Unidade Local de Saúde da Guarda

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

AVC – Acidente Vascular Cerebral

PM – Polimedicação

Índice

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Abreviaturas

Índice

Índice de Quadros

Índice de Esquemas

Índice de Tabelas

Pág.

Introdução 11

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento 17

2. Quedas nos idosos 19

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. Metodologia 25

3.1. Enquadramento e desenho do estudo 25

3.2. Questões e objetivos do estudo 28

3.3. Variáveis do estudo 29

3.4. Amostra do estudo 30

3.5. Instrumentos de avaliação 31

3.5.1. Questionário sociodemográfico 31

3.5.2. Escala de Avaliação das Atividades de Vida Diárias de Lawton e Brody . 32

3.5.3. Escala de Avaliação do risco de queda recorrente (Tromp *et al.*, 2001) ... 34

3.5.4. Teste do equilíbrio – Timed “Up & Go” 35

3.5.5. Escala de Avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012) 36

3.6. Procedimentos 37

3.7. Métodos estatísticos utilizados 38

4. Resultados 41

5. Discussão dos resultados 97

6. Conclusão 103

Bibliografia 107

Anexos

Anexo 1 - Questionário

Anexo 2 – Pedido de autorização para colheita de dados

Anexo 3 – Autorização para efetuar colheita de dados

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Cotação da Escala de avaliação das atividades de vida diária de Lawton e Brody	32
Quadro 2 – Cotação da Escala de risco de queda recorrente de Tromp <i>et al.</i> , (2001)	35
Quadro 3 - Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012).....	37

Índice de Esquemas

Esquema 1 – Esquema geral da investigação	Pág. 27
--	------------

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Estudo psicométrico da Escala de Avaliação das AVD de Lawton e Brody	33
Tabela 2 – Estatística descritiva da idade	41
Tabela 3 – Estatísticas da idade relacionada com o género	42
Tabela 4 - Estatísticas descritivas da idade e género.....	42
Tabela 5 – Estatística descritiva do estado civil e género.....	43
Tabela 6 – Estatística descritiva das habilitações literárias e género	43
Tabela 7 – Estatística descritiva da situação laboral e género	44
Tabela 8 - Estatísticas descritivas da profissão e género	45
Tabela 9 – Estatística descritiva do rendimento do agregado e género	45
Tabela 10 - Estatística descritiva da coabitação dos idosos e género	46
Tabela 11 - Estatísticas descritivas da capacidade funcional do idoso e o género	47
Tabela 12 – Teste Mann-Whitney e a avaliação das AVD's de Lawton e Brody	48
Tabela 13 – Estatística relacionada com a capacidade funcional e o género, idade, estado civil, habilitações, situação laboral, rendimentos e coabitação	50
Tabela 14 - Estatísticas relativas ao teste do Equilíbrio – Timed “Up & Go”.	51
Tabela 15 - Estatísticas da relação do teste do equilíbrio e o género	52
Tabela 16 - Estatísticas relativas ao equilíbrio do idoso e a idade	52
Tabela 17 – Estatística relacionada entre o género e a avaliação do risco de quedas recorrentes (Tromp <i>et al.</i> , 2001)	55
Tabela 18 – Estatística relacionada entre a idade e a avaliação do risco de quedas recorrentes (Tromp <i>et al.</i> , 2001)	57
Tabela 19 – Estatísticas relativas à queda no domicílio	58
Tabela 20 – Estatística descritiva de quedas no domicílio e género	59
Tabela 21 – Estatística descritiva de quedas no domicílio e idade	59
Tabela 22 – Estatística relativa ao número de quedas e género	60
Tabela 23 – Estatística relativa ao número de quedas e a idade	60
Tabela 24 – Estatística relativa as quedas nos últimos 12 meses	61
Tabela 25 – Estatística relativa as quedas nos últimos 12 meses e o género ..	61
Tabela 26 – Estatística relativa as quedas nos últimos 12 meses e idade	62
Tabela 27 – Estatística descritiva do número de quedas nos últimos 12 meses e o género	63
Tabela 28 – Estatística descritiva do número de quedas nos últimos 12 meses e a idade	63
Tabela 29 – Estatística descritiva do local da queda	64
Tabela 30 – Estatística descritiva do motivo da queda	64
Tabela 31 – Estatística descritiva da avaliação da dor	65
Tabela 32 – Estatística descritiva da presença de doenças há mais de 3 meses	66
Tabela 33 – Estatística descritiva do tipo de doenças e o género	66
Tabela 34 – Estatística relativa à medicação	67
Tabela 35 – Estatística relativa à toma da medicação e o género	68
Tabela 36 – Estatística relativa à quantidade de medicação e o género	68
Tabela 37 – Estatística relativa à quantidade de medicação e a idade	69

Tabela 38 – Estatística relativa à quantidade de medicação e quedas nos últimos 12 meses	69
Tabela 39 – Estatística relativa à quantidade de medicação e o risco de queda recorrente	70
Tabela 40 – Estatística descritiva da capacidade de conseguir tomar os seus medicamentos e o género	71
Tabela 41 – Estatística descritiva da toma dos seus medicamentos e a idade .	71
Tabela 42 – Estatística descritiva do tipo de apoio na toma da medicação e o género	72
Tabela 43 – Estatística descritiva do apoio na toma da medicação e a idade .	72
Tabela 44 – Estatística descritiva das caraterísticas da habitação e o género .	74
Tabela 45 – Estatística descritiva das caraterísticas da habitação e a idade ...	76
Tabela 46 – Estatística descritiva da escala de caracterização da sala	77
Tabela 47 – Estatística descritiva da sala.....	78
Tabela 48 – Estatística descritiva do risco de queda na sala e o género	79
Tabela 49 – Estatística descritiva do risco de queda na sala e idade	79
Tabela 50 – Estatística relativa a capacidade funcional e o risco de queda na sala	80
Tabela 51 – Estatística descritiva do quarto	81
Tabela 52 – Estatística descritiva das caraterísticas do quarto	81
Tabela 53 – Estatística descritiva do risco de queda no quarto e o género	82
Tabela 54 – Estatística descritiva do risco de queda no quarto e a idade	82
Tabela 55 – Estatística relativa a capacidade funcional e o risco de queda no quarto	83
Tabela 56 – Estatística das instalações sanitárias	84
Tabela 57 – Estatística descritiva das instalações sanitárias e a idade	84
Tabela 58 - Estatística descritiva das caraterísticas das instalações sanitárias	85
Tabela 59 – Estatística relativa ao risco de queda nas instalações sanitárias e o género	86
Tabela 60 - Estatística relativa ao risco de queda nas instalações sanitárias e idade	86
Tabela 61 - Estatística descritiva das caraterísticas do corredor	87
Tabela 62 – Estatística descritiva do corredor e idade	88
Tabela 63 – Estatística da cozinha	89
Tabela 64 – Estatística descritiva das caraterísticas da cozinha	90
Tabela 65 – Estatística relativa ao risco de queda na cozinha e o género	91
Tabela 66 – Estatística relativa ao risco de queda na cozinha e idade	91
Tabela 67 - Estatística descritiva das caraterísticas das escadas ou degraus ..	92
Tabela 68 – Estatística descritiva entre as escadas ou degraus e o género	93
Tabela 69 – Estatística descritiva do pátio/jardim da habitação do idoso	94
Tabela 70 – Estatística descritiva entre o pátio/jardim e o género	94
Tabela 71 – Estatística descritiva das caraterísticas do quintal	95
Tabela 72 – Estatística descritiva entre o quintal e o género	96
Tabela 73 – Estatística descritiva do risco de queda no domicílio e o género	97
Tabela 74 – Estatística relativa ao risco de queda no domicílio e a idade	97

Introdução

Em Portugal como em outras partes do Mundo assiste-se a um envelhecimento da população, o que a longo prazo trará modificações a todas as nações, quer do ponto de vista social, económico quer a nível dos cuidados de saúde.

O envelhecimento é hoje um processo amplamente estudado devido ao aumento progressivo da população idosa, como consequência do aumento da esperança de vida e da redução da taxa de natalidade (Botelho, 2007).

Os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida. Em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais (DGS, 2012).

Se o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais significativas evidentes, as causas e a natureza do processo estão ainda longe de se considerarem esclarecidas (Concelho Federal de Psicologia, 2009).

Cronologicamente definem-se os indivíduos com 65 ou mais anos como pertencentes à designação de idosos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003)

Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano (2-4), subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (5-7). A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade (OMS, 2007).

As quedas são consideradas a segunda maior causa de morte accidental no mundo (OMS, 2010). Todos os anos a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos que caem pelo uma vez é de 30% e a percentagem dos que caem pelo menos duas vezes é de 15% (Peeters *et al.*, 2007).

Os factores responsáveis pelas quedas têm sido classificados na literatura como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas ao envelhecimento, a doença e efeitos causados por uso de fármacos, e como extrínsecos, factores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (Ribeiro, 2006). Um estudo realizado por Jahana e Diogo (2007) observaram que dois terços dos idosos que sofreram queda, caíram na sua própria casa. A autora concluiu que 61% das quedas puderam ser atribuídas a factores ambientais.

O estudo de Fabricio (2004) detetou que as causas de queda dos idosos foram principalmente relacionadas ao ambiente físico (54%). O estudo demonstrou que geralmente os idosos não caem por realizar actividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras), mas sim em actividades rotineiras, tais como, piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objectivos no chão (22%), tropeçar em outras pessoas (11%), subir em objectos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degraus (7%) e outros, em menores números.

Reforçando os autores anteriores, Ribeiro (2008), concluiu com o seu estudo que a maioria das quedas detectadas ocorreu na residência do idoso.

Torna-se difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco, ou a um agente causal, já que as quedas frequentemente resultam de um somatório de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e, quanto maior o número de fatores de riscos presentes, maior será o risco de quedas (Ramos e Toniolo, 2005). A possibilidade de ocorrência de quedas pode aumentar significativamente (27%), quando em presença de um fator de risco e 78% para quatro ou mais fatores associados (Bento *et al.*, 2010).

Deste modo, a prevenção de quedas é um aspecto fulcral, de forma a promover a independência e qualidade de vida da população idosa e assim minimizar os problemas que lhe estão associados.

Neste contexto e tendo presente a importância de diminuir o número de quedas nos idosos, pretende-se com este estudo uma maior e melhor compreensão da problemática das quedas sendo que o principal objectivo deste estudo consiste em identificar os factores de risco de queda dos idosos no domicílio. É necessário modificar os ambientes domésticos por forma a minimizar os perigos além de fazer o controle adequado dos fatores intrínsecos diminuindo assim o risco de quedas. Em síntese, como questões de investigação propomos: Que variáveis sociodemográficas têm repercussão no risco de queda do idoso no domicílio? Em que medida a capacidade funcional do idoso contribui para o risco de queda do idoso no domicílio? Quais os parâmetros clínicos que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio? Em que medida as características da habitação têm influência no risco de queda do idoso no domicílio? Como objectivos a atingir estabeleceu-se: Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio; Analisar a capacidade funcional do idoso que influencia o risco de queda do idoso no domicílio; Identificar os parâmetros clínicos que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio; Analisar as características da habitação que têm influência no risco de queda do idoso no domicílio.

A análise do risco de queda dos idosos no domicílio foi efectuada através da aplicação de um instrumento de colheita de dados, que contem três testes funcionais fortemente associados ao risco de queda nos idosos.

Neste sentido vamos encontrar no primeiro capítulo, revisão da literatura com base em evidências científicas práticas relativas ao risco de queda do idoso.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

Em Portugal de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos (DGS, 2012).

Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de evolução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20 anos (80,57 anos para as mulheres e 74,0 anos para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos (DGS, 2012).

O envelhecimento é um termo, segundo Spirduso *et al.*, (2005), usado para referir um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos e que com o passar do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional e, finalmente à morte.

Embora de uma perspectiva cronológica uma pessoa a partir dos 65 anos seja considerada idosa, esta classificação está longe de ser linear. O envelhecimento não depende somente da idade da pessoa, mas sim do seu processo biopsicossocial. Pode dizer-se que temos diferentes formas de considerar a idade, nomeadamente, temos a idade biológica, a idade psicológica e a idade social. A idade biológica relaciona-se com o envelhecimento orgânico, apresentando associações com o modo como tiramos partido do corpo, por exemplo: fazemos uma alimentação saudável e exercício físico regular. A idade psicológica relaciona-se com as respostas comportamentais, o estado da memória, as competências intelectuais e motivação para aceitar e tentar novas mudanças proporcionadas pela vida. A vida social está dependente dos hábitos individuais e do modo como são percebidos pela comunidade onde o indivíduo se insere, quando comparados com outros membros da sociedade em geral, Zimmerman (2000). Assim, o estado de saúde e o grau de dependência evolui de forma distinta nas idades e estados para cada ser humano, Fontaine (2000).

O envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os seres humanos, sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Brito e Litvoc, 2004).

As condições de vida e as oportunidades que os sujeitos desempenham ao longo da vida influenciam diretamente o envelhecimento saudável do idoso, pois, para este, velhice é fruto da trajetória social exercida pelo indivíduo desde o nascimento. Afirma, Teixeira (2004), que os sofrimentos físicos, económicos e psicológicos muitas vezes intrínsecos ao ser humano são produtos estruturais da sociedade, possuindo influência negativa nas condições de vida daqueles que envelhecem.

Atualmente, o envelhecimento está muito associado à preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, pois as mudanças internas e externas inerentes ao processo de envelhecimento repercutem-se negativamente no equilíbrio e na mobilidade funcional nesta faixa etária, pela redução da eficácia dos mecanismos de ajustamento postural e do controlo motor (Timiras, 2003).

O envelhecimento associa-se com um aumento da dependência que surge das alterações fisiológicas que, por sua vez, acompanham um declínio funcional. A diminuição do equilíbrio postural, da flexibilidade e força muscular, constituem factores de risco na velhice que podem contribuir para a ocorrência de acidentes como quedas, e assim, deteriorar a qualidade de vida (Melo, 2003).

2. Quedas nos idosos

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), define queda como a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade.

A queda não é mais do que a consequência, inevitável, da falência das reações de correção do equilíbrio, incapazes de contrariar o que é a tendência natural na posição ereta por ação da gravidade (Santos *et al.*, 2003).

São incidentes traumáticos, multifatoriais, habitualmente involuntários e inesperados, que podem ocorrer por várias razões, e ser recorrentes num mesmo indivíduo. Frequentemente, causa consequências para a vítima, para o cuidador e para a sociedade. Desta forma, torna-se importante uma correta caracterização das quedas, delimitando as suas particularidades (Almeida *et al.*, 2010).

As quedas resultam de uma variedade de factores. Para Saraiva *et al.* (2008), estas devem ser estudadas como a união de uma diversidade de alterações relacionadas com a idade, patologias e uma inadequada adaptação do ambiente envolvente. O autor supracitado refere que estas diferenças estão relacionadas com o tipo de abordagem que se utiliza para a compreensão do fenómeno. Propõe a seguinte diferenciação entre a abordagem ecológica, biomédica, fisiopatológica e funcional.

A abordagem ecológica analisa o incidente numa perspectiva de interacção entre o organismo e o meio, dando especial relevância às ameaças ambientais que podem traduzir-se em riscos potenciais para o indivíduo; a abordagem biomédica realça factores patológicos como potenciadores da queda, nomeadamente as doenças cardiovasculares, neuromusculares e as demências enquanto que a abordagem fisiopatológica alerta para os vários défices capazes de produzirem instabilidade no indivíduo, como é o caso dos défices sensoriais.

Por sua vez, a abordagem funcional foca-se nos vários problemas ao nível dos movimentos do sujeito que se podem tornar ameaças à estabilidade do corpo, designadamente, os problemas nas actividades de vida diária, como sentar, levantar, transpor obstáculos, apanhar objectos, entre outros.

Torna-se difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco, ou a um agente causal, já que as quedas frequentemente resultam de um somatório de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e, quanto maior o número de fatores de risco presentes,

maior será o risco de quedas (Ramos e Toniolo, 2005). A possibilidade de ocorrência de quedas pode aumentar significativamente (27%), quando em presença de um fator de risco e 78% para quatro ou mais fatores associados (Bento *et al.*, 2010).

A existência de um grande número de factores de risco de queda, reforça como a prevenção deste fenómeno deve ser encarada de forma intencional e atender aos contextos específicos de cada unidade de cuidados e dos seus utilizadores, no sentido de incrementar a qualidade dos cuidados. A intervenção neste tipo de situações deverá ser, por isso, diferenciada consoante a prevalência dos factores de risco, implementando acções para a prevenção da queda através do controlo das causas intrínsecas e eliminação das extrínsecas (Almeida, 2010).

As quedas são os acidentes mais frequentes entre os idosos. Constituem a causa principal de morte acidental acima dos 65 anos e originam uma elevada morbilidade. Segundo o estudo sobre Segurança no Domicílio dos Idosos a prevalência de quedas nos últimos doze meses (face ao ano 2007) na população acima dos 65 anos é de 14,7%, mas deve referir-se que são um fenómeno evitável e que por isso pode ser prevenido (Martín *et al.*, 2010).

O risco de cair dependerá de como e em que condições vive ou se encontra o indivíduo idoso no momento da queda, sofrendo influencia de factores de risco intrínsecos e extrínsecos (Gai *et al.*, 2010).

A reforçar a ideia anterior encontra-se o estudo realizado pelo European Network for Safety among Elderly (EUNESE, 2006) que nos avança que 50% das quedas dos idosos ocorrem dentro da sua própria casa associados a vários componentes causais incluindo a presença de osteoporose, relacionando com condições climáticas, nutricionais, qualidade da residência e padrões de mobilidade.

A queda, geralmente, é responsável pelas perdas de autonomia e independência do idoso, mesmo que por tempo limitado. Um idoso dependente muda a dinâmica familiar, e terá dificuldade de interação com a comunidade na qual está inserido. Assim, a queda causa diminuição da capacidade funcional e propicia alterações psicológicas que ocasionam prejuízo para o desempenho do idoso no seu quotidiano (Silva *et al.*, 2007).

Os idosos permanecem parte do seu tempo no seu domicílio. Este ambiente que pode parecer o mais seguro possível, também pode tornar-se muitas vezes um ambiente de risco. Os problemas com o ambiente são causados por eventos ocasionais, tais como,

degrau, tapete, chão molhado, que propicia tropeçar, pisar em falso e escorregar. As causas das quedas associadas a factores extrínsecos serão mais perigosas quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso, principalmente naqueles que apresentam deficiências de equilíbrio e marcha (Silva *et al.*, 2007).

Os factores de risco socioeconómicos estão relacionados com a influência das condições sociais e do status económico dos indivíduos, bem como da capacidade da comunidade em enfrentá-los (OMS, 2010).

Com o envelhecimento surgem as doenças crónicas e degenerativas, o que aumenta substancialmente a necessidade de recorrer com frequência aos serviços de saúde e a utilização de mais medicamentos o que predispõe esta população aos riscos da polimedicação e aos efeitos adversos dos medicamentos (Nóbrega & Karnikowski, 2005).

Define-se Polimedicação como o uso simultâneo e de forma crónica, de fármacos diferentes pelo mesmo indivíduo, considerando-se o número mínimo de fármacos prescrito variável entre 2 e 5 e cronicidade por períodos não inferiores a 3, 4 ou 6 meses, dependendo dos autores (Patel, 2003).

Apesar de existirem várias classificações distintas de PM, consideramos aqui a que distingue apenas 2 categorias: Polimedicação Minor, o consumo de 2 a 4 fármacos e Polimedicação Major, o consumo igual ou superior a 5 fármacos simultaneamente, por um período não inferior a 3 meses. Independentemente da definição usada para Polimedicação: quantitativa ou qualitativa, alguns autores referem-se a ela como a administração ou uso de mais medicações que as clinicamente indicadas. Vários factores podem estar implicados na polimedicação a própria idade (Jackson, 2004)

A polimedicação é uma problemática recente e a associação desta com os seus possíveis risco, mais propriamente o risco de queda no idoso é urgente ser estudada.

O risco de quedas é considerado como um dos grandes problemas de saúde pública, já que com o avançar da idade o risco de cair aumenta de modo significativo (Ramos & Toniolo, 2005).

Assim, é de máxima importância conhecer os idosos da nossa comunidade, monitorizar aqueles que já sofreram quedas e identificar as causas que contribuíram para as mesmas ocorrerem para criar estratégias para evitá-las. É importante e crucial que todos os cuidadores formais, informais de idosos conheçam a importância da prevenção das quedas

para evitar problemas futuros na saúde do idoso, transtornos na família e o aumento dos custos nos serviços de saúde.

II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. Metodologia

A segunda parte desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos o problema do risco de queda do idoso no domicílio.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudaram a dar resposta às questões formuladas. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, amostragem, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

3.1. Enquadramento e desenho do estudo empírico

A investigação constitui uma actividade que pode produzir conhecimentos úteis para as tomadas de decisão, e nesse sentido o seu objectivo é a aquisição de conhecimentos que conduzam à melhoria da sua prática.

O envelhecimento saudável é definido por Hansen-Kyle (2005, p. 45-57) como *“o processo de abrandamento físico e cognitivo que acontece enquanto ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a otimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva, social, e espiritual).”*

O mesmo autor sublinha neste conceito a questão do declínio gradual e contínuo que ocorre ao longo do tempo de vida de uma pessoa. Realça como elementos-chave do equilíbrio entre os factores físicos, mentais e sociais, e as suas repercussões no processo de envelhecimento, a adaptação, a compensação e a resiliência do indivíduo.

Daqui resulta um modelo que pretende mostrar as inter-relações entre os diferentes componentes.

Mesmo que por tempo limitado, as quedas, geralmente, são responsáveis pelas perdas da autonomia e da independência do idoso. Como consequências mais comuns são de referir: fraturas, imobilidade, restrição de actividades, aumento do risco de institucionalização, declínio da saúde, prejuízos psicológicos, como o medo de sofrer novas quedas, e, também, o risco de morte (Silva *et al.*, 2007).

Segundo Menezes e Bachion (2008), as quedas apresentam ainda custos tanto para as famílias quanto para os serviços de saúde, em termos de utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares. O custo dessas quedas torna-se expressivo e maior quando o idoso é dependente ou passa a necessitar de institucionalização.

Dentro desta perspectiva, actualmente as quedas de idosos são uma das preocupações, tanto pela frequência quanto pelas consequências em relação à qualidade de vida. Prevenir é importante para minimizar problemas secundários decorrentes de quedas (Das, 2005).

Foi neste contexto que optamos por desenvolver um estudo sobre o risco de queda do idoso no domicílio. A escolha metodológica teve por base o tipo de estudo, os objectivos e as questões de investigação e a fundamentação teórica que realizámos.

O estudo empírico realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa transversal, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos, correlacionais e explicativos. Compartilha porém algumas características estruturais e de planificação com a investigação quase experimental, mas em virtude da ausência de manipulação das variáveis independentes cria dificuldades na determinação de relações causais (Polit & Hungler, 1995), o que leva a correr o risco de cometer erros tipo I (Kiess & Bloomquist, 1985; Polit & Hungler, 1995), embora não seja impeditiva de fazer predições pois, tal como referem os autores citados, a finalidade deste tipo de estudos é o de descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre a variável dependente e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno. É com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo como a caracterização sócio-demográfica, a avaliação da capacidade funcional, através das escalas como, a Escala de avaliação das Actividades de Vida diária de Lawton e Brody e Escala do Equilíbrio – Timed “Up & Go”, os parâmetros clínicos, as variáveis contextuais a queda (local e motivo da queda), as características da habitação em relação ao risco de queda recorrente e ao risco de queda do idoso no domicílio.

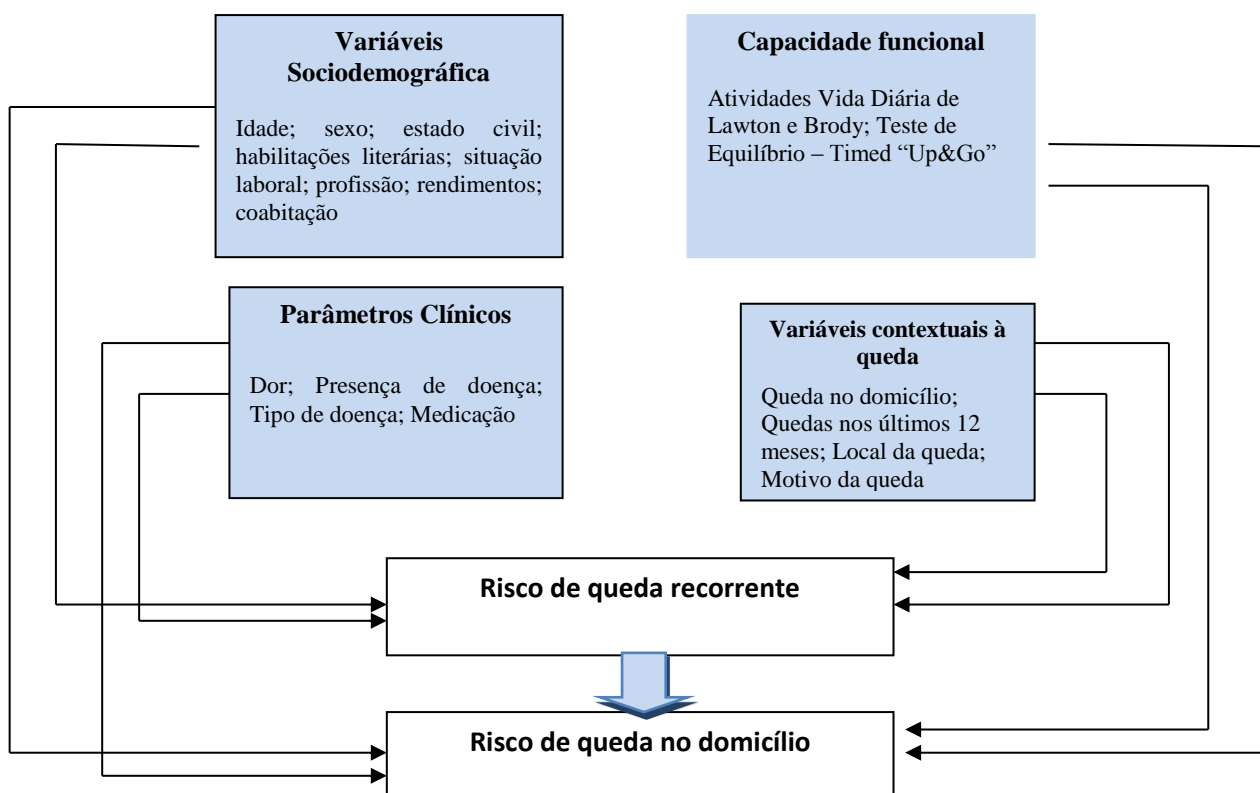
A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir alguns dos objectivos que nos propusemos. Este tipo de estudos se por um lado permitem recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características e oferecem ainda a possibilidade de fazer predições, por outro têm como

propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri *et al.* 2003) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar essas variáveis.

É um estudo explicativo, já que o seu propósito é o de responder às causas das quedas, ou seja, o seu interesse centra-se na detecção dos factores produtores de queda do idoso no domicílio e como esta variável se relaciona com as restantes variáveis.

Nesta perspectiva elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e independentes dos estudantes que participaram no estudo.

Esquema 1 – Esquema geral da investigação



3.2. Questões e objectivos do estudo

A investigação e a intervenção dos enfermeiros, bem como de outros profissionais tem vindo, a dar um importante contributo não só para a compreensão dos vários factores associados ao risco de queda do idoso no domicílio, mas também para as intervenções dirigidas para a prevenção deste mesmo risco.

Com efeito os estudos realizados têm centrado a sua atenção na relação dos factores externos, comportamentais e sociais, enquanto que, por outro lado, são escassos os estudos dirigidos aos factores ambientais do risco de queda do idoso.

Não admira por isso que nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento consensual da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação relacionadas com os factores de risco de queda do idoso.

Face ao exposto questionamo-nos:

1. Que variáveis sociodemográficas têm repercussão no risco de queda do idoso no domicílio?
2. Em que medida a capacidade funcional do idoso contribui para o risco de queda do idoso no domicílio?
3. Quais os parâmetros clínicos que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio?
4. Em que medida as características da habitação têm influência no risco de queda do idoso no domicílio?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, procurámos analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o nosso estudo sobre o risco de queda do idoso no domicílio. Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja, procuram genericamente:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio;
- Analisar a capacidade funcional do idoso que influencia o risco de queda do idoso no domicílio;

- Identificar os parâmetros clínicos que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio;
- Analisar as características da habitação que têm influência no risco de queda do idoso no domicílio.

3.3. Variáveis do estudo

O nosso estudo pretende identificar alguns factores preditores do risco de queda do idoso no domicílio e pensamos encontrar relações entre o risco de queda do idoso no domicílio e as diferentes variáveis independentes.

Ao procurarmos estudar as ligações existentes entre estas variáveis, partimos do pressuposto de que as variáveis independentes têm uma relação estatística significativa com as variáveis dependentes, estando estas dimensões presentes ao longo de toda esta investigação.

Como já referenciámos os estudos sobre esta temática em Portugal são muito escassos e daqueles que se conhecem, possivelmente, estão longe de revelarem a verdadeira dimensão do problema. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para um problema tão complexo, mas será mais um contributo a juntar a todos os outros que pretenderam dar a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações que os factores ambientais, tais como as características da habitação dos idosos que podem influenciar o risco de queda do idoso no domicílio.

Na sequência das hipóteses formuladas, as variáveis que consideramos pertinentes para o estudo foram:

- **Variável dependente**

Risco de queda do idoso no domicílio;

- **Variáveis independentes**

- **Variáveis sociodemográficas**

Sexo, idade, estado civil, escolaridade, rendimentos, profissão, coabitação;

- **Capacidade funcional**

Escala de avaliação das Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody;

Teste do equilíbrio – Timed “Up&Go”

‣ **Variáveis contextuais à queda**

Queda no domicílio
Queda nos últimos 12 meses
Local da queda
Motivo da queda

‣ **Parâmetros Clínicos**

Presença de dor
Presença de doença
Tipo de doença
Medicação

‣ **Características da habitação**

Atualmente onde vive
Tipo de habitação
Quantos andares tem a habitação

Os objectivos por nós delineados e a fundamentação teórica remetem-nos para uma análise da relação existente entre todas as variáveis, no sentido de mapear o comportamento da variável principal. Descreveremos de seguida a população e procederemos à caracterização da amostra.

3.4. Amostra do estudo

A amostra do estudo é constituída por 130 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Almeida, que frequentem o Centro de Saúde de Almeida, no período em que decorre o estudo.

Foi utilizado o método de amostragem intencional por conveniência, em que a amostra é constituída por sujeitos facilmente acessíveis que estão presentes num determinado local e momento precisos. O público-alvo para aplicação dos questionários, são os idosos utilizadores do Centro de Saúde de Almeida, incluindo o Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos.

Como critério de exclusão na participação do estudo considerou-se residirem em lares, apresentarem aparente perturbação cognitivo-comportamental e não desejarem participar no estudo.

3.5. Instrumentos de avaliação

O protocolo de avaliação utilizado é constituído por um questionário que permite a caracterização sociodemográfica, a avaliação da capacidade funcional, através da Escala de avaliação das Actividades de Vida Diárias de Lawton e Brody e do Teste do Equilíbrio – Timed “Up&Go”, a caracterização das variáveis contextuais a queda, a caracterização dos parâmetros clínicos, a avaliação do risco de queda recorrente, através da escala de Tromp *et al.* (2001) e as características da habitação através da escala de Avaliação do Risco de Queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012).

3.5.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário possibilita obter respostas sobre a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão, rendimentos assim como a opção pela coabitação.

Perante a idade encontrada foi possível classifica-la em três grupos Idoso Jovem, para os que possuem idade entre 65-74 anos, Idoso, para os que possuem idades compreendidas entre 75 e 84 anos e em Mais Idoso para os de idade ≥ 85 anos (DGS, 2012).

O estado civil foi agrupado em casado e/ou viver em união de facto e divorciado e/ou viúvo para facilitar a leitura. Com o objectivo de simplificar a apresentação dos dados referentes às habilitações literárias, estes foram agrupados nos seguintes grupos: “sem habilitações” e “com habilitações”. A questão dos rendimentos foi agrupada em “ ≤ 485 Euros” e “ ≥ 486 Euros”. Quanto a coabitação foram reagrupados em vive “Sozinho” e “Acompanhados” para uma melhor análise dos dados.

3.5.2. Escala de avaliação das actividades de vida diárias de Lawton e Brody

A escala de Lawton e Brody avalia a capacidade para execução de oito actividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são: usar o telefone, fazer compras

gerir o dinheiro, tomar a medicação, usar os transportes, preparar as refeições, executar as actividades domésticas, tratamento da roupa. Nesta escala, foi definido como dependente, quando necessita de ajuda parcial ou total na execução de qualquer uma das tarefas. Na escala de AIVD de Lawton & Brody (1969) a codificação e fornecida pelos autores é a seguinte:

Quadro 1 – Cotação da Escala de avaliação das Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody

AIVD (ÍNDICE DE LAWTON e BRODY)		
AIVD	ITENS	Cotação
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda	(1)
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	(2)
	Só executa tarefas leves	(3)
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	(4)
	Incapaz de fazer alguma tarefa	(5)
LAVAR A ROUPA	Lava a sua roupa	(1)
	Só lava pequenas peças	(2)
	É incapaz de lavar a sua roupa	(3)
PREPARAR AS REFEIÇÕES	Planeia, prepara e serve sem ajuda	(1)
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	(2)
	Prepara pratos pré-cozinhados	(3)
	Incapaz de preparar as refeições	(4)
FAZER COMPRAS	Faz as compras sem ajuda	(1)
	Só faz pequenas compras	(2)
	Faz as compras acompanhado	(3)
	É incapaz de ir às compras	(4)
USAR TELEFONE	Usa-o sem dificuldades	(1)
	Só telefona para lugares familiares	(2)
	Necessita de ajuda para o usar	(3)
	Incapaz de usar o telefone	(4)
USAR TRANSPORTE	Viaja em transporte público ou conduz	(1)
	Só anda de táxi	(2)
	Necessita de acompanhamento	(3)
	Incapaz de usar transportes	(4)
USAR DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc.	(1)
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	(2)
	Incapaz de utilizar o dinheiro	(3)
RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS	Responsável pela sua medicação	(1)
	Necessita que lhe preparem a medicação	(2)
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	(3)

Face aos resultados considerados a classificação final é:

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9-20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
>20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

Para o presente estudo determinamos a consistência interna da Escala das AVD De Lawton e Brody. Os resultados da tabela 1 evidenciam que preparar refeições e cuidar da casa são aquelas actividades que apresentam maior dificuldade para o idoso, por apresentarem médias mais elevadas. O valor de r varia entre o mínimo de 0,762 (lavar a roupa) e o máximo de 0,853 (fazer as compras). Estes valores apresentam uma variabilidade de 58,06% e 72,76% respectivamente. Os valores Cronbach's Alpha podem-se classificar de muito bons, uma vez que o valor mínimo é 0,907 (fazer compras) e o valor máximo 0,921 (capacidade para usar o telefone).

Tabela 1 – Estudo psicométrico da Escala de Avaliação das AVD de Lawton e Brody

	Média	dp	r	Alpha sem Item
Capacidade para usar o telefone	1,64	0,807	0,696	0,921
Fazer as compras	1,78	1,064	0,853	0,907
Preparar refeições	2,23	1,350	0,813	0,911
Cuidar da casa	2,39	1,607	0,839	0,914
Lavar a roupa	1,92	0,868	0,762	0,916
Modo de transporte	2,00	1,364	0,763	0,916
Responsabilidade pela própria medicação	1,35	0,644	0,771	0,920
Habilidade para lidar com o dinheiro	1,46	0,706	0,825	0,916
			Total	0,925

3.5.3. Escala de avaliação escala de risco de quedas recorrentes (Tromp *et al*, 2001)

Os principais preditores de quedas que têm vindo a ser descritos são a diminuição da mobilidade, a diminuição da capacidade cognitiva, a depressão, o regime medicamentoso, a incontinência urinária, antecedentes de acidente vascular cerebral, a hipotensão postural, tonturas, o medo de cair, acuidade visual alterada, visão e história anterior de queda. No entanto devido à fiabilidade, custo/benefício e eficiência, as estratégias deverão ser focadas em pessoas com alto risco de cair (Tromp *et al.*, 2001).

Neste sentido foi desenvolvida a escala de risco de quedas recorrentes de (Tromp *et al.*, 2001), com o intuito de identificar subgrupos de idosos, a viver na

comunidade. Classificando-os segundo o maior risco de virem a sofrer uma queda, baseando-se em indicadores simples e facilmente avaliáveis.

Desta forma foram reunidos quatro preditores associados a quedas recorrentes: quedas prévias, incontinência urinária, diminuição da acuidade visual e limitações funcionais, havendo outros estudos que confirmam a validade dos mesmos. Estes preditores foram convertidos num score de zero a 15 pontos sendo o corte estabelecido nos sete pontos. Indivíduos com um score superior a sete apresentam uma probabilidade de 25% de quedas recorrentes enquanto que indivíduos com score inferior a sete apenas apresentam uma probabilidade de 7%. Com sete ou mais pontos positivos, o valor preditivo positivo é de 25% e o valor preditivo negativo é de 93%. Assim, 25% dos participantes com uma pontuação de sete ou mais pontos são correctamente identificados como tendo quedas recorrentes, enquanto que 93% dos participantes com uma pontuação inferior a sete pontos são correctamente diagnosticados como não tendo quedas recorrentes (Tromp *et al*, 2001, p.842-843).

Quadro 2 – Cotação da Escala de risco de queda recorrente de Tromp *et al.*, 2001

Preditores	Pontuação
Queda prévia (nos últimos 12 meses)	5
Incontinência urinária	3
Acuidade Visual - É capaz de reconhecer um rosto uma distância de 4m, mesmo que utilize lentes corretoras	4
Limitações funcionais - Dificuldade em subir escadas; - Dificuldade em utilizar transportes próprios ou públicos; - Não consegue cortar as unhas dos pés sozinho (a)	3
A pontuação máxima é de 15 pontos e o corte está estabelecido aos sete pontos, a partir dos quais se considera que o risco de quedas recorrentes é alto.	

3.5.4. Escala do equilíbrio – Timed “Up&Go”

Relativamente a avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala Timed “Up&Go”, onde o paciente deve levantar-se de uma cadeira de braço, sem o apoio de braços, caminhar três metros com passos seguros e confortáveis, girar 180°, retornar, sentando-se na cadeira. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado. Algumas recomendações são necessárias na aplicação do teste:

- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm;
- O paciente inicia o teste recostado e com os braços repousados na cadeira;
- Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste, previamente;
- O tempo é cronometrado à partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira;
- O paciente deve usar calçado usual e, até mesmo, o seu dispositivo de ajuda;
- O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa colorida (Moraes, 2008).

Pacientes que conseguem realizar o teste sem se desequilibrar e com um tempo inferior a 10 segundos, ainda que apresente um distúrbio da marcha, tem risco de queda mínimo, pelo que, não se justifica qualquer avaliação adicional.

Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são, em geral, independentes e na ausência de história de quedas ou padrão de marcha típico não necessitam ter mais intervenção preventiva. Teste com duração igual ou superior a 20 segundos é indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas. Este idoso deverá ser submetido à avaliação específica da instabilidade postural (Moraes, 2008).

3.5.5. Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012)

Pela inexistência de um instrumento que avaliasse o risco de queda no domicílio foi criada uma escala para o efeito. Esta escala permite identificar os principais obstáculos e barreira existentes, ou seja, os factores de risco existentes no domicílio que possam levar a queda dos idosos.

O objectivo desta escala é servir de base para identificar os factores que favorecem as quedas dos idosos no seu domicílio. Bem como servir de parâmetro para futuras correcções ou adaptações ambientais necessárias para se evitar quedas em domicílios. Esta escala foi elaborada para o presente estudo de acordo com a realidade e legislação portuguesa.

A presente escala avalia os compartimentos/espacos presentes na habitação do idoso, sendo elas, sala de estar/jantar, quarto de dormir, instalações sanitárias, corredor, cozinha, escadas ou degraus, pátio/jardim e quintal.

Primeiro é questionado se o espaço existe, e se o mesmo existe que respondam “sim” ou “não” as características do mesmo. Ao “sim” foi-lhe atribuído o valor 1 e ao “não” o

valor 0, com o objectivo de realizar-se um somatório final que atribui o risco de queda. Quanto maior número atingir o compartimento, maior é o risco. Esta análise é efectuada através do valor médio final.

Quadro 3 - Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012)

	Sim	Não
Sala/estar/jantar <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe		
Existe mesa de centro		
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm)		
Objectos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura		
Tapetes sem anti-derrapante		
Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas		
Piso escorregadio		
Degraus na sala		
Piso solto ou danificado		
Degraus entre a sala e outra divisão da casa		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Quarto de dormir <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar no mobiliário (<80cm)		
Possui tapete(s) do(s) lado(s) da cama sem anti-derrapante		
Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo? (objectos no chão)		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui degraus no quarto		
Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa		
Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão?		
Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se?		
Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão		
Deixa as gavetas dos móveis abertas		
Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Instalações Sanitárias <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Possui degraus dentro da casa de banho		
Existem barras de apoio na sanita		
Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical		
No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180°		
O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita		
Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Paredes e chão têm a mesma cor e padrão		
Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede		
É possível instalar um assento na banheira no seu interior		
Existem barras de apoio na banheira		
Presença de poliban base de duche		
É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas		
É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche		
Existem barras de apoio junto à base de duche		
Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente		
O piso da base do duche está inclinado na direcção ao ponto de escoamento		
O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre		
Possui tapete anti-derrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro?		
Encontra-se sempre o piso molhado		
Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados		
Ausência de luz nocturna		
Os interruptores estão distantes da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
As torneiras são do tipo monocomando e accionadas por alavanca		
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma pressão firme nem rodar o pulso		
Corredor <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Ausência de barras de apoio		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui tapetes		
Largura não inferior a 0,9 m		
Comprimento 1,5 m		
Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°		
Possui fios eléctricos no chão (por exemplo o fio do telefone)		
Possui degraus no corredor		
Existe mobiliário no espaço		
Ausência de luzes nocturnas no corredor		
Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia		
Os interruptores estão em outra divisão da casa		
Coinhal <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)		
Possui degraus dentro do ambiente		
Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente		
Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou flectir o tronco para alcançá-los		
Os interruptores estão distantes da porta		
Encontra-se sempre com o piso molhado		
Pouca luminosidade durante o dia		
Escadas ou degraus <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Ausência de corrimão de ambos os lados		
Com corrimão em um dos lados		
Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada		
Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)		
Degraus escorregadios		
Degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos ou bordas) sem anti-derrapante ou em mau estado de conservação		
Largura inadequada para deslocar duas pessoas (menor que 1,2 m)		
Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes		
Pouca luminosidade durante o dia		
Pátio/Jardim <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas		
Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)		
Piso danificado por onde caminha		
Possui degraus ou desníveis por onde caminha		
Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (fitos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha		
Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°		
Possui inclinações acentuadas (ingreme)		
Quintal <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Superfície irregular (terra, brita ou grama)		
Piso danificado		
Possui degraus ou desníveis		
Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (fixo, entulho ou latas)		
Possui animais de estimação ou criações livres pela área		
Possui vegetação que dificulte visualização total da área		

3.6. Procedimentos

O primeiro passo consistiu na elaboração do instrumento de avaliação original, na procura e aquisição das escalas adequadas e que nos permitisse dar respostas as interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa.

Com a obtenção das autorizações dos dirigentes da instituição, ULS, Guarda iniciamos a aplicação do protocolo de questionários, no Centro de Saúde de Almeida.

A amostra é constituída por 130 idosos inscritos no Centro de Saúde de Almeida, e tendo em conta o tipo de estudo e a necessidade de obtermos uma amostra significativa, optámos pelo método de amostragem não probabilística de natureza acidental, isto é, formada por sujeitos facilmente acessíveis e presentes num determinado local e momento (Fortin, 1999, p.208). Foram incluídos no estudo os idosos que voluntariamente se dispuseram a colaborar no estudo e que residem na sua habitação com carater de permanência. Durante o mês de maio desenvolvemos o estudo empírico propriamente dito.

Foram excluídos os idosos que não permaneciam no seu domicílio as 24 horas, ou seja, frequentavam Centros de dia e/ou lares, aqueles que aparentemente sofrem de perturbação cognitivo-comportamental e ainda os que não desejaram participar no estudo.

Este protocolo é um instrumento de heteropreenchimento e levou aproximadamente 20 minutos a completar.

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a aplicação dos questionários tivemos em consideração o momento mais oportuno para a sua aplicação, de modo a que houvesse uma maior participação dos idosos. Nesse sentido, procuramos evitar que os idosos se sentissem coagidos ou forçados a participar no estudo, mas antes motivando-os para a sua participação.

O pedido de autorização à U.L.S., Guarda, para aplicação dos questionários encontra-se disponível em anexo.

O protocolo de questionários foi aplicado livre e conscientemente, sem práticas de coacção física, psíquica, moral ou enganosas, impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal dos idosos que aderiram ao estudo.

Para a consecução desta prática foi utilizada uma linguagem acessível. Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação, procedeu-se à descrição dos objectivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados. Ainda se efectuou a descrição dos

possíveis benefícios, riscos e desconfortos. Asseguramos a garantia de esclarecimento, mantendo-nos presente e elucidámos a opção de voluntariedade e liberdade na participação no estudo.

Foram igualmente informados de que os questionários eram anónimos, “condição necessária para a autenticidade das respostas” (Pardal & Correia, 1995, p.52).

3.7. Métodos estatísticos utilizados

Após a recolha de dados, estes foram lançados e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows.

Para o tratamento estatístico recorreremos à estatística descritiva e analítica.

Para o tratamento estatístico recorreremos à estatística descritiva e analítica.

Em relação à estatística descritiva determinamos algumas medidas de tendência central como médias e de dispersão como coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento.

No que respeita à estatística analítica utilizámos:

- Testes t para comparação de médias;
- Matrizes de correlação - para avaliar eventuais relações entre variáveis;
- Regressões múltiplas - para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente;

A apresentação dos resultados foi feita através de quadros, onde se apresentarão os dados mais relevantes através de frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedecerão à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Nas análises estatísticas utilizamos os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p > ,05$ n.s. – Diferença estatística não significativa

Apesar do instrumento de colheita de dados ser constituído por algumas variáveis categoriais (nominais), nomeadamente as que categorizam a amostra, e por variáveis ordinais, as referentes às diversas escalas, os somatórios e as médias destas

podem ser tratadas estatisticamente como se fossem medidas intervalares e por isso susceptíveis de análise por testes paramétricos (Kieiss e Bloomquist, 1985).

Postas estas considerações metodológicas, vamos iniciar o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

A apresentação dos resultados fazer-se-á através de tabelas, onde se apresentaram os dados mais relevantes com recurso a frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de avaliação, caracterização sociodemográfica, avaliação da capacidade funcional, avaliação das variáveis contextuais da queda, avaliação dos parâmetros clínicos, avaliação do risco recorrente, avaliação do risco de queda no domicílio.

4. Resultados

O instrumento foi aplicado a uma amostra de conveniência e os dados obtidos foram sujeitos à aplicação dos métodos estatísticos expostos no capítulo anterior. Seguidamente é caracterizada a amostra do estudo e apresentados os resultados estatísticos obtidos.

4.1. Caracterização Sociodemográfica

Género

A tabela 2 realça que, entre os 130 idosos que constituem a amostra, 36,2% são do sexo masculino e 63,8% do sexo feminino.

Tabela 2 – Estatística descritiva ao género

Sexo	Nº	%
Masculino	47	36,2
Feminino	83	63,8
Total	130	100,0

Idade

As estatísticas da idade dos inquiridos revelam para os participantes uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 94 anos, a que lhe corresponde uma média de 75,20 anos e desvio padrão de 6,95anos. No sexo masculino a idade mínima é de 65 anos e a máxima de 91 anos com uma média de 76,94 ($\pm 6,625$ anos). Os idosos do sexo feminino, apresentam uma média de 74,22 anos ($\pm 7,031$), com um intervalo de idade compreendida entre 65 e 94 anos. Os coeficientes de variação indicam existir uma dispersão baixa e os valores de assimetria e curtose revelam curvas normocurticas mas enviesadas para a esquerda no que respeita ao sexo feminino e para a totalidade da amostra. Para estas mesmas situações o teste de aderência à normalidade de KolmogorovSmirnofaponta que a distribuição não é normal.

Tabela 3 – Estatísticas da idade relacionada com o género

Género	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	65	91	76,94	6,625	8,60	0,126	-0,935	0,115
Feminino	65	94	74,22	7,031	9,47	2,75	-0,172	0,000
Total	65	94	75,20	6,985	9,28	2,123	-1,232	0,000

Face à idade encontrada foi possível classificar os idosos em três grupos: Idoso Jovem, para os que possuem idade entre 65-74 anos, Idoso, para os de 75 a 84 anos e em Mais Idoso para os de idade ≥ 85 anos.

Como se pode verificar na tabela 4, observa-se que existem 48,5% de idosos jovens, sendo que destes 38,3% são do género masculino e 54,2% do género feminino. Dos 40,8% dos idosos, 51,1% são homens e 34,9% são mulheres. Para a totalidade dos Mais idosos a que correspondem 10,8%, 10,6% são do sexo masculino e 10,8% do sexo feminino. Após realização do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre a idade e o género ($X^2=3,484$; $p=0,175$) o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas da idade e género

Idade	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		Total		1	2		
	N	%	N	%	N	%				
Idoso Jovem	18	38,3	45	54,2	63	48,5	-1,7	1,7	3,484	0,175
Idosos	24	51,1	29	34,9	53	40,8	1,8	-1,8		
Mais Idosos	5	10,6	9	10,8	14	10,8	0,0	0,0		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Estado Civil

Relativamente ao estado civil podemos constatar na tabela 5 que a maioria dos idosos do sexo masculino, 57,4% afirma ser casado e/ou viver em união de facto, contra 42,6% que afirma ser solteiro, divorciado e/ou viúvo. No caso do sexo feminino, 51,8% declaram estado de solteira, divorciada e/ou viúva, contra 48,2% que declaram estar casada e/ou viver em união de facto. Após realização do teste de qui quadrado, conferimos não haver associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o género ($X^2=1,029$; $p=0,310$).

Tabela 5 – Estatística descritiva do estado civil e género

Estado civil	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Solt./Divorc./Viúvo	20	42,6	43	51,8	63	48,5	-1,0	1,0	1,029	0,310
Casado/União Fato	27	57,4	40	48,2	67	51,5	1,0	-1,0		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Habilitações literárias

Com o objectivo de simplificar a apresentação dos dados referentes a esta variável, estes foram agrupados nos seguintes grupos: “sem habilitações” e “com habilitações”. Na tabela 6, verifica-se 33,8% dos inquiridos, afirmam não terem habilitações e 66,2% afirmam ter habilitações. Tanto no sexo masculino, como no sexo feminino há maior percentagem de idosos com habilitações, respectivamente 68,1% e 65,1%. Após realização do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e o género ($X^2=0,123$; $p=0,726$).

Tabela 6 – Estatística descritiva das habilitações literárias e género

Habilitações literárias	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Sem habilitações	15	31,9	29	34,9	44	33,8	-0,4	0,4	0,123	0,726
Com habilitações	32	68,1	54	65,1	86	66,2	0,4	-0,4		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Situação laboral

Neste contexto as respostas relativas a esta questão foram agrupadas em “ativo” e “não ativo”. Verificamos que a maioria dos inquiridos, quer do sexo masculino quer do sexo feminino se encontram inativos, 95,7% e 88,0%, respectivamente. Desta população apenas 4,3% dos homens e 12,0% das mulheres afirmam encontrar-se ativos (tabela 7).

Após teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre a situação laboral e o género ($\chi^2=2,175$; $p=0,140$).

Tabela 7 – Estatística descritiva da situação laboral e género

Situação laboral	Género				Total		Resíduos		χ^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Ativo	2	4,3	10	12,0	12	9,2	-1,5	1,5	2,175	0,140
NãoAtivo	45	95,7	73	88,0	118	90,8	1,5	-1,5		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Profissão

A profissão foi categorizada de acordo com o Guia Nacional das Profissões (2011), o qual reparte todas as profissões por nove categorias. Da análise dos resultados obtidos, observamos que a maioria dos idosos quer do sexo masculino quer do sexo feminino exercem/exerciam profissões pertencentes à categoria seis, “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”, 53,2% e 33,7%, respectivamente. Na categoria dois, “Especialistas das profissões intelectuais e científicas”, foram contabilizados 2,1% idosos do sexo masculino e 2,4% do sexo feminino. Foram identificados 6,4% dos inquiridos do sexo masculino e 1,2% do sexo feminino como pertencentes a profissões da categoria quatro, “Pessoal administrativo e similares”. Ainda 14,9% dos homens e 19,3% das mulheres integram-se na categoria cinco, “Pessoal dos serviços e vendedores”, 12,8% dos homens e 3,6% das mulheres na categoria sete, “Operários, artífices e trabalhadores similares” e 8,5% dos homens e 7,2% das mulheres na categoria oito, “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem”. Inseridos na categoria nove, “Trabalhadores não qualificados” registámos 2,1% dos homens e 32,5% das mulheres (tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas descritivas da profissão e género

	Género				Total		Resíduos		X^2/p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2	
	N	%	N	%					
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	2,1	2	2,4	3	2,3	-0,1	0,1	Não aplicável
Administrativos e similares	3	6,4	1	1,2	4	3,1	1,6	-1,6	
Pessoal dos serviços e vendedores	7	14,9	16	19,3	23	17,7	-0,6	0,6	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	25	53,2	28	33,7	53	40,8	2,2	-2,2	
Operários, artífices e trabalhadores similares	6	12,8	3	3,6	9	6,9	2,0	-2,0	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	8,5	6	7,2	10	7,7	0,3	-0,3	
Trabalhadores não qualificados	1	2,1	27	32,5	28	21,5	-4,1	4,1	
Tota	47	100,0	83	100,0	130	100,0			

Rendimentos

A questão dos rendimentos foi agrupada em “ ≤ 485 Euros” e “ ≥ 486 Euros”. Dos indivíduos participantes, grande parte auferiam “ ≤ 485 Euros”, representando 46,8% os idosos do sexo masculino e 54,2% os idosos do sexo feminino. Como se pode averiguar na tabela 9, com rendimento mensal “ ≥ 486 Euros” foram registados 53,2% dos idosos do sexo masculino e 45,8% dos idosos do sexo feminino. Ao realizarmos o teste de qui quadrado verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre os rendimentos e o género ($X^2=0,659$; $p=0,417$).

Tabela 9 – Estatística descritiva do rendimento do agregado e género

Rendimentodo agregado	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
≤ 485 Euros	22	46,8	45	54,2	67	51,5	-0,8	0,8	0,659	0,417
≥ 486 Euros	25	53,2	38	45,8	63	48,5	0,8	-0,8		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Coabitação

Quanto a coabitação foram reagrupados em “Sozinho” e “Acompanhados” para uma melhor análise dos dados. Dos inquiridos 68,5% referem viverem acompanhados, dos quais 72,3% do sexo masculino e 66,3% do sexo feminino, contra 31,5% que referem viverem sozinhos, destes 27,7% do sexo masculino e 33,7% do sexo feminino (tabela 10). Após realização do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre a coabitação e o género ($X^2=0,513$; $p=0,474$).

Tabela 10 - Estatística descritiva da coabitação dos idosos e género

Coabitação	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Sozinho	13	27,7	28	33,7	41	31,5	-0,7	0,7	0,513	0,474
Acompanhado	34	72,3	55	66,3	89	68,5	0,7	-0,7		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Avaliação da capacidade funcional

As estatísticas da capacidade funcional dos inquiridos revelam para os participantes um índice mínimo de 8 e um máximo de 31, a que lhe corresponde uma média de 14,7. No sexo masculino os valores mínimos e máximos são respectivamente 8 e 29 sendo a média de 17,4, e desvio padrão 6,57 e no sexo feminino, a média é de 13,3 e um desvio padrão de 7,06, com um intervalo compreendido entre 8 e 31. Assumindo igualdade de variâncias ($F= 0,123$; $p= 0,721$) as diferenças entre homens e mulheres são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para diferença de médias ($t= 3.272$; $p= 0.001$).

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose, apresentam curvas enviesadas à esquerda para o sexo feminino e total da amostra e normal para o masculino, sendo que o teste de aderência à normalidade indica que a distribuição da amostra não é normal (tabela 11).

Tabela 11 - Estatísticas descritivas da capacidade funcional do idoso e o género

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS	t	p
Masculino	8	29	17,4	6,57	37,76	1,184	-1,726	0,000	3,272	0,001
Feminino	8	31	13,3	7,06	53,08	4,261	-0,044	0,000		
Total	8	31	14,7	7,14	48,57	3,547	-1,789	0,000		

No intuito de determinar se o sexo era uma variável discriminadora da avaliação da capacidade funcional efetuou-se o teste de UMW para cada indicador da escala. Dos resultados apresentados na tabela 12 nota-se que o sexo masculino apresenta maior dependência de capacidade funcional no que respeita ao uso de telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa e responsabilidade pela medicação, enquanto que o sexo feminino revela maior dependência no modo de transporte e habilidades para lidar com o dinheiro. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas para as refeições, cuidar da casa e lavar a roupa, confirmando-se a relação de dependência para estes indicadores. Pelo coeficiente *bisserial de glass* notamos que o lavar da roupa é o que apresenta maior associação ($R_g=0,675$) variando em sentido directo e a menor nas habilidades para lidar com o dinheiro ($R_g= 0,013$) que varia em sentido inverso.

Tabela 12 – Teste Mann-Whitney e avaliação das AVD's de Lawton e Brody

	Masculino OM	Feminino OM	Mann Whitney U	P	Rg
Capacidade para usar o telefone	66,27	65,07	1914,500	0,846	0,018
Fazer as compras	72,07	61,78	1641,500	0,095	0,158
Preparar refeições	84,19	54,92	1072,000	0,000	0,450
Cuidar da casa	90,04	51,60	797,000	0,000	0,591
Lavar a roupa	93,52	49,63	633,500	0,000	0,675
Modo de transporte	64,56	66,03	1906,500	0,802	-0,023
Responsabilidade pela própria medicação	70,49	62,67	1716,000	0,136	0,120
Habilidade para lidar com o dinheiro	64,97	65,80	1925,500	0,885	-0,013

4.2.1. Avaliação da capacidade funcional e variáveis sociodemográfica

Na tabela 13 são apresentados os resultados da avaliação da capacidade funcional tendo em consideração os pontos de corte preconizado pelos autores da escala. Como se nota 36,2% dos idosos são independentes, dos quais 4,3% são encontrados do sexo masculino e 45,8% do sexo feminino. Moderadamente dependentes são 63,8% do sexo masculino e 34,9% do sexo feminino. Por fim, 23,8% são severamente dependentes, sendo que destes 31,9% dos homens e 19,3% das mulheres.

A grande maioria dos idosos jovens são independente (87,5%), seguido de 37,3% moderadamente dependente e 19,4% severamente dependente. Relativamente ao

grupo dos idosos, 54,8% são severamente dependentes, 52,5% moderadamente dependente e 12,5% independentes. Por fim, os mais idosos encontramos 25,8% severamente dependentes, 10,2% moderadamente dependente. Não existindo nenhum idoso independente.

Quando cruzada a variável estado civil com a capacidade funcional apuramos que dos idosos que responderam “solteiro, divorciado e viúvo” 64,5% são severamente dependentes, 50,8% moderadamente dependentes e 32,5% independentes. Os que responderam “casados, união de facto” 67,5% são independentes, 49,2% moderadamente dependente e 35,5% severamente dependentes.

Comparativamente às habilitações literárias, que responderam “sem habilitações” 71,0% os severamente dependentes, 32,2% os moderadamente dependentes e 7,5% os idosos independentes. Os que responderam “com habilitações” 92,5% são idosos independentes, 67,8% moderadamente dependentes e 29,0% severamente dependente.

Na situação laboral 90,8% são idosos “não ativos” contrariamente 9,2% dos idosos “ativos”. Dentro dos idosos “não ativos” 96,8% são severamente dependentes, 96,6% moderadamente dependentes e 77,5% independentes. Dos “ativos” 22,5% são idosos independentes, 3,4% moderadamente dependentes e 3,2% severamente dependentes.

Relativamente ao rendimento mensal dos idosos inquiridos, dos que auferem um rendimento “ ≤ 485 Euros” 83,9% são severamente dependentes, 55,9% moderadamente dependentes e 20% independentes. Dos que possuem “ ≥ 486 Euros” 80,0% são independentes, 44,1% moderadamente dependentes e 16,1% severamente dependentes.

Finalmente, para a coabitação 68,5% revela viver acompanhado contra 31,5% que diz viver sozinho. Dos idosos que vivem acompanhados, 77,5% são independentes, 59,3% moderadamente dependentes e 74,2% severamente dependente. Dos inquiridos que vivem sozinhos 22,5% são independentes, 40,7% moderadamente dependentes e 25,8% severamente dependentes.

Ao realizar o teste de qui quadrado verificamos haver associação estatisticamente significativa entre as actividades de vida diária e o sexo, idade, habilitações literárias e os rendimentos ($p=0,000$).

Tabela 13 – Estatística relacionada com a capacidade funcional e as variáveis: género, idade, estado civil, habilitações, situação laboral, rendimentos e coabitação

Capacidade Funcional Variáveis	Independente		Moderadamente dependente		Severamente dependente		Total		Resíduos			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Género													
Masculino	2	4,3	30	63,8	15	31,9	47	36,2	-4,9	3,2	1,6	24,347	0,000
Feminino	38	45,8	29	34,9	16	19,3	83	63,8	4,9	-3,2	-1,6		
Idade													
Idoso jovem	35	87,5	22	37,3	6	19,4	63	48,5	5,9	-2,3	-3,7	41,707	0,000
Idosos	5	12,5	31	52,5	17	54,8	53	40,8	-4,4	2,5	1,8		
Mais idosos	-	0,0	6	10,2	8	25,8	14	10,8	-2,6	-0,2	3,1		
Estado Civil													
Solt./Divorc. Viúvo	13	32,5	30	50,8	20	64,5	63	48,5	-2,4	0,5	2,0	7,414	0,0025
Casado, União facto	27	67,5	29	49,2	11	35,5	67	51,5	2,4	-0,5	-2,0		
Habilitações													
Sem habilit.	3	7,5	19	32,2	22	71,0	44	33,8	-4,2	-0,4	5,0	31,555	0,000
Com habilit.	37	92,5	40	67,8	9	29,0	86	66,2	4,2	0,4	-0,5		
Situação Laboral													
Ativo	9	22,5	2	3,4	1	3,2	12	9,2	3,5	-2,1	-1,3	12,142	0,002
Não ativo	31	77,5	57	96,6	30	96,8	118	90,8	-3,5	2,1	1,3		
Rendimentos													
<=485 Euros	8	20,0	33	55,9	26	83,9	67	51,5	-4,8	0,9	4,1	29,361	0,000
>=486 Euros	32	80,0	26	44,1	5	16,1	63	48,5	4,8	-0,9	-4,1		
Coabitação													
Sozinho	9	22,5	24	40,7	8	25,8	41	31,5	-1,5	2,0	-0,8	4,268	0,118
Acompanhado	31	77,5	35	59,3	23	74,2	89	68,5	1,5	-2,0	0,8		

Avaliação do equilíbrio

No que concerne ao equilíbrio dos idosos têm um índice mínimo de 9 e um máximo de 61, a que lhe corresponde uma média de 24,17. No sexo masculino, os valores mínimos e máximos são respectivamente de 9 e 56, sendo a média de 24,65 e desvio padrão 11,27. No sexo feminino, a média é de 23,89 e um desvio padrão de 12,05, com um intervalo compreendido entre 9 e 61.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose, apresentam curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda e aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov aponta para uma distribuição não normal (tabela 14).

Tabela 14- Estatísticas relativas ao teste do Equilíbrio – Timed “Up&Go”

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	9	56	24,65	11,27	45,75	3,468	2,21	0,000
Feminino	9	61	23,89	12,05	50,47	5,249	4,06	0,000
Total	9	61	24,17	11,74	48,57	6,148	43,17	0,000

Avaliação do equilíbrio e o género

Relativamente à avaliação do equilíbrio verificou-se que a maioria dos idosos realizou o teste entre 10-20 segundos (46,8%), 43,5% do sexo masculino, 48,8% do sexo feminino. Metade da amostra 50,0% dos idosos do sexo masculino e 42,5% do sexo feminino realizaram o teste em mais de ou igual a 20 segundos. Apenas uma pequena percentagem realizou o teste em mais de ou igual a 20 segundos. Apenas uma pequena percentagem realizou o teste em menos de 10 segundos, ou seja, 6,5% do sexo masculino e 8,8% do sexo feminino. Pela aplicação do teste qui quadrado não se verificou existir relação entre o equilíbrio e o género ($X^2=0,719$; $p=0,698$) (tabela 15).

Tabela 15 -Estatísticas da relação do teste do equilíbrio e o género

	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<10 segundos	3	6,5	7	8,8	10	7,9	-0,4	0,4	0,719	0,698
10-20 segundos	20	43,5	39	48,8	59	46,8	-0,6	0,6		
>= 20 segundos	23	50,0	34	42,5	57	45,2	0,8	-0,8		
Total	46	100,0	80	100,0	126	100,0				

Avaliação do equilíbrio e a idade

Quando relacionado o teste de avaliação do equilíbrio – Timed “Up & Go” com a variável idade verifica-se que os idosos que conseguem realizar o teste em menos de 10 segundos pertencem 11,3% ao grupo dos idosos jovens e 6,0% ao grupo dos idosos. Os que conseguiram entre 10-20 segundos são 62,9% idosos jovens, 34,0% idosos e 21,4% mais idosos. Por fim, os que obtiveram com duração de 20 ou mais segundos são 25,8% idosos jovens, 60,0% idosos e 78,6% mais idosos. Verificou-se significância estatística entre a avaliação do equilíbrio e idade que se localizam para os que fizeram o teste entre 10 a 20 segundos e idosos jovens e tempo superior ou igual a 20 segundos e o grupo de idosos ($X^2=20,356$; $p=0,000$) (tabela 16).

Tabela 16 - Estatísticas relativas ao equilíbrio do idoso e a idade

	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
<10 segundos	7	11,3	3	6,0	0	0,0	10	7,9	1,4	-0,7	-1,2
10-20 segundos	39	62,9	17	34,0	3	21,4	59	46,8	3,6	-2,3	-2,0
>= 20 segundos	16	25,8	30	60,0	11	78,6	57	45,2	-4,3	2,7	2,7
Total	62	100	50	100	14	100	126	100			

$X^2=20,356$; $p=0,000$

Avaliação de quedas recorrentes

Na tabela 17 pode verificar-se a relação entre a avaliação das quedas recorrentes com um conjunto de indicadores como apoio à marcha, tipo de equipamento de apoio à marcha, consegue subir escadas, vê mal, usa óculos, ouve mal, usa aparelho auditivo e têm problemas de incontinência urinária e o género.

Quando questionados quanto ao uso de equipamentos de apoio à marcha, a maioria dos idosos respondeu não utilizar, 66% dos homens e 68,7% das mulheres. Com resposta positiva respondeu 34% dos homens e 31,3% das mulheres.

Na continuidade desta questão os idosos que responderam utilizar equipamento de apoio à marcha. A grande maioria referiu utilizar bengala, 81,2% dos homens e 73,1% das mulheres. O uso de canadianas, apenas as mulheres referiram utilizar, com 11,5%. O andarilho é utilizado por 12,5% das mulheres e 3,8% dos homens. Por fim, a cadeira de rodas é utilizada por 6,2% dos homens e 11,5% das mulheres.

Apuramos que a maioria dos idosos, 95,7% do sexo masculino e 94% do sexo feminino conseguem subir escadas. Apenas 4,3% dos homens e 6,0% das mulheres responderam que não conseguiam subir escadas.

Para aferir sobre a capacidade visual, verificou-se que a maioria dos idosos respondeu afirmativamente à questão “Vê mal?”, 72,3% do sexo masculino e 84,3% do sexo feminino. Dos inquiridos que referiram utilizar óculos, encontramos 59,6% dos homens e 75,9% das mulheres contra 40,4% dos homens e 24,1% das mulheres que afirmam não usar.

Os inquiridos foram confrontados com a questão “Ouve mal?”. Dos idosos que responderam “não”, 63,8% são do sexo masculino e 69,9% do sexo feminino contra 36,2% dos idosos do sexo masculino e 30,1% do sexo feminino responderam ter dificuldades auditivas. Estes quando questionados sobre o uso de aparelho auditivo, a maioria 88,2% dos homens e 88,0% das respondeu não utilizar aparelho auditivo.

Relativamente à questão “Tem problemas de incontinência urinária?”, os dados obtidos revelam que a maioria afirma não ter problemas de incontinência urinária, 83,0% do sexo masculino e 79,5% do sexo feminino. Apenas uma pequena parte da amostra afirmou ter problemas de incontinência urinária, que se situa em 17,0% dos idosos do sexo masculino e 20,5% do sexo feminino.

Pelo teste de qui quadrado aferimos não haver associação estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de quedas recorrente (as variáveis: apoio à

marcha, tipo de equipamento à marcha, consegue subir escadas, vê mal, usa óculos, ouve mal, uso de aparelhos auditivos e problemas de incontinência urinária) e o género.

Tabela 17 – Estatística relacionada entre o género e a avaliação do risco de quedas recorrentes (Trompet *al.*, 2001)

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		N	%	N	%	1	2		
Apoio à marcha										
Não	31	66,0	57	68,7	88	67,7	-0,3	0,3	0,101	0,750
Sim	16	34,0	26	31,3	42	32,3	0,3	-0,3		
Tipo de equipamento de apoio à marcha										
Bengala	13	81,2	19	73,1	32	76,2	0,6	-0,6	3,262	0,353
Canadiana	-	0,0	3	11,5	3	7,1	-1,4	1,4		
Andarilho	2	12,5	1	3,8	3	7,1	1,1	-1,1		
Cadeira de rodas	1	6,2	3	11,5	4	9,5	-0,6	0,6		
Consegue subir escadas										
Não	2	4,3	5	6,0	7	5,4	-0,4	0,4	0,184	0,668
Sim	45	95,7	78	94,0	123	94,6	0,4	-0,4		
Vê mal										
Não	13	27,7	13	15,7	26	20,0	1,6	-1,6	2,699	0,100
Sim	34	72,3	70	84,3	104	80,0	-1,6	1,6		
Usa óculos										
Não	19	40,4	20	24,1	39	30,0	2,0	-2,0	3,810	0,051
Sim	28	59,6	63	75,9	91	70,0	-2,0	2,0		
Ouve mal										
Não	30	63,8	58	69,9	88	67,7	-0,7	0,7	0,502	0,479
Sim	17	36,2	25	30,1	42	32,3	0,7	-0,7		
Uso de aparelho auditivo										
Não	15	88,2	22	88,0	37	88,1	0,0	0,0	0,001	0,982
Sim	2	11,8	3	12,0	5	11,9	0,0	0,0		
Problemas de incontinência urinária										
Não	39	83,0	66	79,5	105	80,8	0,5	-0,5	0,231	0,631
Sim	8	17,0	17	20,5	25	19,2	-0,5	0,5		

Também se procurou avaliar o risco de quedas recorrente com os mesmos indicadores acima explanados. Os resultados (tabela 18) indicam que no apoio à marcha 67,7% respondeu “não” e 32,3% diz que “sim”. Dos que responderam “não” 77,8% pertencem ao idoso jovem, 54,7% aos idosos e 71,4% aos mais idosos.

Relativamente ao tipo de apoio à marcha responderam a “bengala” é utilizada por 92,9% os idosos jovens, 62,5% os idosos e 100% os mais idosos. As canadianas e o andarilho são apenas usados pelo grupo dos idosos com igual percentagem 12,5%. A cadeira de rodas é usada pelo idoso jovem (7,1%) e pelos idosos, (12,5%) não sendo utilizada pelos mais idosos.

Dos idosos que conseguem subir as escadas 98,4% são idosos jovens, 88,7% são idosos e 100% mais idosos. Os que não conseguem subir as escadas 1,6% são idosos jovens e 11,3% idosos, não havendo idosos que pertençam ao grupo Mais idosos que não conseguem subir escadas.

Quanto a variável vê mal, afirmaram “não” 22,2% do idoso jovem, 17,0% do idoso e 21,4% do mais idoso contra 77,8% do idoso jovem, 83,0% e 78,6% mais idosos que declaram “sim”, 73,0% pertencem ao idoso jovem, 69,8% aos idosos e 57,1% aos mais idosos. Dos que expuseram que não usavam 27,0% correspondem aos idosos jovens, 30,2% aos idosos e 42,9% aos mais idosos.

À questão “ouve mal?” 32,3% atestam que sim contra 67,7% que afirmaram que não. Das que disseram “sim” 20,6% pertencem ao idoso jovem, 41,5% ao idoso e 50% ao mais idoso. Dos idosos que afirmaram não ouvir mal 79,4% são idosos jovens, 58,5% idosos e 50% mais idosos. A questão seguinte “usa aparelho auditivo?”, à qual 11,9% responderam que sim, 7,7% cabem ao idoso jovem, 13,6% ao idosos e 14,3% ao mais idoso e 92,3% do idoso jovem, 86,4% do idoso e 85,7% do mais idoso que responderam que não.

Por último, “problemas de incontinência urinária”, 19,2% dos idosos revelam que existe este problema. Destes 14,3% são do idoso jovem, 22,6% do idoso e 28,6% do mais idoso.

Após teste de qui quadrado, verifica-se não existir significância estatística entre o risco de queda recorrente e a idade.

Tabela 18– Estatística relacionada entre a idade e a avaliação do risco de quedas recorrentes (Tromp *et al.*, 2001)

Idade Risco de queda recorrente	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		Total		Resíduos			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	%	%	1	2	3		
Apoio à marcha													
Não	49	77,8	29	54,7	10	71,4	88	67,7	2,4	-2,6	0,3	7,100	0,029
Sim	14	22,2	24	45,3	4	28,6	42	32,3	-2,4	2,6	-0,3		
Tipo de equipamento de apoio à marcha													
Bengala	13	92,9	15	62,5	4	100	32	76,2	1,8	-2,4	1,2	6,586	0,361
Canadiana	-	0,0	3	12,5	-	0,0	3	7,1	-1,3	1,6	-0,6		
Andarilho	-	0,0	3	12,5	-	0,0	3	7,1	-1,3	1,6	-0,6		
Cadeira de rodas	1	7,1	3	12,5	-	0,0	4	9,5	-0,4	0,8	-0,7		
Consegue subir escadas													
Não	1	1,6	6	11,3	-	0,0	7	5,4	-1,9	2,5	-0,9	6,246	0,044
Sim	62	98,4	47	88,7	14	100	123	94,6	1,9	-2,5	0,9		
Vê mal													
Não	14	22,2	9	17,0	3	21,4	26	20,0	0,6	-0,7	0,1	0,514	0,773
Sim	49	77,8	44	83,0	11	78,6	104	80,0	-0,6	0,7	-0,1		
Usa óculos													
Não	17	27,0	16	30,2	6	42,9	39	30,0	-0,7	0,0	1,1	1,376	0,503
Sim	46	73,0	37	69,8	8	57,1	91	70,0	0,7	0,0	-1,1		
Ouve mal													
Não	50	79,4	31	58,5	7	50,0	88	67,7	2,8	-1,9	-1,5	7,981	0,018
Sim	13	20,6	22	41,5	7	50,0	42	32,3	-2,8	1,9	1,5		
Uso de aparelho auditivo													
Não	12	92,3	19	86,4	6	85,7	37	88,1	0,6	-0,4	-0,2	0,321	0,852
Sim	1	7,7	3	13,6	1	14,3	5	11,9	-0,6	0,4	0,2		
Problemas de incontinência urinária													
Não	54	85,7	41	77,4	10	71,4	105	80,8	1,4	-0,8	-0,9	2,175	0,337
Sim	9	14,3	12	22,6	4	28,6	25	19,2	-1,4	0,8	0,9		

Variáveis contextuais à queda

As variáveis contextuais à queda são queda no domicílio, queda nos últimos 12 meses, o local e o motivo da queda, de seguida descrevemos as mesmas.

Quedas no domicílio

As estatísticas de queda no domicílio revelam um índice mínimo de zero e um máximo de dez quedas, a que lhe corresponde uma média de 1,18 quedas. No sexo masculino, os valores mínimos e máximos são respetivamente zero e dez, sendo a média 1,00 quedas e o desvio padrão 1,74. No sexo feminino, a média é de 1,29 e o desvio padrão 1,205, com um intervalo compreendido entre zero e seis.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas leptocurticas e envezadas à esquerda enquanto que o Kolmogorov Smirnov aponta significância estatística para o sexo masculino, sexo feminino e total da escala (tabela 19).

Tabela 19 – Estatísticas relativas à queda no domicílio

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	10	1,00	1,745	174,5	9,836	22,182	0,000
Feminino	0	6	1,29	1,205	93,41	5,106	4,943	0,000
Total	0	10	1,18	1,424	120,678	12,169	26,841	0,000

Quedas no domicílio e género

Dos dados obtidos, foi realizada a tabela 20 onde podemos verificar que a maioria dos idosos inquiridos já caiu, sendo 48,9% do sexo masculino e 73,5% do sexo feminino contra 51,1% do sexo masculino e 26,5% do sexo feminino que referem não ter caído no domicílio. Ao realizar o teste de qui quadrado, verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas entre quedas no domicílio e o género

($\chi^2=7,915$; $p=0,005$) que se localizam nos idosos no sexo masculino e que não tiveram quedas e nos do sexo feminino com quedas.

Tabela 20 – Estatística descritiva de quedas no domicílio e género

	Género				Total		Resíduos		X2	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	24	51,1	22	26,5	46	35,4	2,8	-2,8	7,915	0,005
Sim	23	48,9	61	73,5	84	64,6	-2,8	2,8		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Quedas no domicílio e Idade

A maioria dos idosos inquiridos referiu já ter caído, 66,7% pertence ao grupo dos idosos jovens, 60,4% aos idosos e 71,4% aos mais idosos. Dos que referem não ter caído (35,4%), 33,3% pertencem aos idosos jovens, 39,6% aos idosos e 28,6% aos mais idosos. Ao efetuar o teste de qui quadrado, observamos não haver associação estatística significativa entre quedas no domicílio e a idade ($\chi^2=0,817$; $p=0,665$) (tabela 21).

Tabela 21 – Estatística descritiva de quedas no domicílio e idade

	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Não	21	33,3	21	39,6	4	28,6	46	35,4	-0,5	0,8	-0,6
Sim	42	66,7	32	60,4	10	71,4	84	64,6	0,5	-0,8	0,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$\chi^2=0,817$; $p=0,665$

4.4.1.3. Número de Quedas e género

Na sequencia da questão anterior aos idosos que reponderam que já tinham caído foi solicitada a especificação do número de vezes que caiu. As respostas foram agrupadas em “Uma queda”, “Duas quedas” e “Três ou mais quedas”. A tabela 22 indica que dos idosos participantes 80,9% dos homens e 66,3% das mulheres referem uma queda no domicílio, 8,5% dos idosos do sexo masculino e 20,5% do sexo feminino referem ter caído duas vezes. Com 3 ou mais quedas no domicílio referem 10,6% do

sexo masculino e 13,3% do sexo feminino. Verificou-se através do teste de qui quadrado, haver relação estatística a entre o número de quedas no domicílio e o género ($X^2=8,769$; $p=0,033$), mas os resíduos ajustados não localizam a diferença dentro dos grupos.

Tabela 22 – Estatística relativa ao número de quedas e género

Número de quedas	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Uma Queda	38	80,9	55	66,3	93	71,6	-1,1	1,1	8,769	0,033
Duas Quedas	4	8,5	17	20,5	21	16,2	-1,8	1,8		
3>= Quedas	5	10,6	11	13,3	16	12,3	-0,4	0,4		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Número de Quedas e Idade

Na tabela 23 observa-se com uma queda encontramos 41,3% dos idosos jovens, 32,1% dos idosos e 28,6% dos mais idosos. Dos idosos que responderam duas quedas 11,1% são idosos jovens, 17,0% são idosos e 35,7% mais idosos. Por último, com três ou mais quedas encontram-se 6,9% dos idosos jovens, 4,6% dos idosos e 0,8% dos mais idosos. O teste de qui quadrado, não revela significância estatística entre as variáveis em estudo ($X^2=6,326$; $p=0,388$).

Tabela 23 – Estatística relativa ao número de quedas e a idade

Número de quedas	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Uma Queda	47	74,6	38	71,7	8	57,2	93	71,6	1,2	-0,8	-0,6
Duas Quedas	7	11,1	9	17,0	5	35,7	21	16,2	-1,5	0,2	2,1
3>= Quedas	9	6,9	6	4,6	1	0,8	16	12,3	0,7	-0,3	-0,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=6,326$; $p=0,388$

Quedas nos últimos 12 meses

As estatísticas das quedas nos últimos 12 meses dos idosos inquiridos revelam para os participantes um índice mínimo de zero e o máximo de sete quedas, a que lhe corresponde uma média de 0,37 quedas, um desvio padrão de 0,855.

No sexo masculino os valores mínimos e máximos são respetivamente zero e sete, uma média de 0,38, o desvio padrão de 1,134 e no sexo feminino a média de 0,36 e um desvio padrão de 0,655, com um intervalo compreendido entre zero e dois.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose, apresentam curvas leptocurticas e enviezadas à esquerda (tabela24).

Tabela 24 – Estatísticas relativas à queda nos últimos 12 meses

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	7	0,38	1,134	298,421	13,542	38,012	0,000
Feminino	0	2	0,36	0,655	181,944	6,064	2,378	0,000
Total	0	7	0,37	0,855	231,081	20,151	63,351	0,000

Quedas nos últimos 12 meses e o género

Dos inquiridos a maioria afirmou não ter sofrido qualquer queda nos últimos 12 meses no domicílio, 83,0% do sexo masculino e 74,7% do sexo feminino. Apenas uma pequena percentagem referiu queda no domicílio, 17,0% do sexo masculino e 25,3% do sexo feminino. Ao realizar o teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre número de quedas nos últimos 12 meses e o género ($X^2=1,187$; $p=0,276$) (tabela 25).

Tabela 25 – Estatística relativa a quedas nos últimos 12 meses e o género

Quedas nos últimos 12 meses	Género				Total		Resíduos		X2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Não	39	83,0	62	74,7	101	77,7	1,1	-1,1	1,187	0,276
Sim	8	17,0	21	25,3	29	22,3	-1,1	1,1		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Quedas nos últimos 12 meses e a idade

Na avaliação das quedas nos últimos 12 meses, verificamos que 77,7% não caiu contra 22,3% que caíram nos últimos 12 meses. Os idosos que responderam que já tinham caído 20,6% são idosos jovens, 17,0% idosos e 50,0% são mais idosos. Quando realizado o teste de qui quadrado, observamos não haver associação estatisticamente significativa entre quedas nos últimos 12 meses e a idade ($X^2=7,164$; $p=0,028$) (tabela 26).

Tabela 26 – Estatística relativa às quedas nos últimos 12 meses e idade

	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Não	50	79,4	44	83,0	7	50,0	101	77,7	0,4	1,2	-2,6
Sim	13	20,6	9	17,0	7	50,0	29	22,3	-0,4	-1,2	2,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=7,164$; $p=0,028$

Número de Quedas nos últimos 12 meses e o gênero

Perante as respostas aferidas sobre o número de quedas nos últimos 12 meses foi agrupada em “sem quedas”, “uma queda” e “2>=quedas”. Como se pode constatar na tabela 27 a maioria afirmou não ter tido quedas 80,9% dos idosos do sexo masculino e 73,5% dos idosos do sexo feminino, idosos com uma queda encontramos 10,6% do sexo masculino e 16,9% do sexo feminino. Por fim, com duas ou mais quedas 8,5% dos homens e 9,6% das mulheres. O teste de qui quadrado, não revela significância estatística ($X^2=1,051$; $p=0,591$).

Tabela 27 – Estatística descritiva do número de quedas nos últimos 12 meses e o gênero

Número de quedas nos últimos 12 meses	Gênero				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem Quedas	38	80,9	61	73,5	99	76,2	0,9	-0,9	1,051	0,591
Uma Queda	5	10,6	14	16,9	19	14,6	-1,0	1,0		
2>= Quedas	4	8,5	8	9,6	12	9,2	-0,2	0,2		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Número de quedas nos últimos 12 meses e a idade

Os que responderam “uma queda” são 14,3% aos idosos jovens, 11,3% aos idosos e 28,6% aos mais idosos. Os que enumeraram “2>= quedas” referem-se 6,3% aos idosos jovens, 9,4% aos idosos e 21,4% aos mais idosos. Pela aplicação do teste qui quadrado não se verificou existir associação entre o número de quedas nos últimos 12 meses e a idade ($X^2=6,499$; $p=0,165$).

Tabela 28 – Estatística descritiva do número de quedas nos últimos 12 meses e a idade

Número de quedas nos últimos 12 meses	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Sem Quedas	50	79,4	42	79,2	7	50,0	99	76,2	0,8	0,7	-2,4
Uma Queda	9	14,3	6	11,3	4	28,6	19	14,6	-0,1	-0,9	1,6
2>= Quedas	4	6,3	5	9,4	3	21,4	12	9,2	-1,1	0,1	1,7
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=6,499$; $p=0,165$

Local da queda

Segundo a tabela 29, os três locais onde os idosos caíram mais são o quintal, a casa de banho e o quarto (29,2%, 18,5% e 16,2% respetivamente). Em paridade encontra-se a cozinha e o corredor, com 9,2%. Seguido do jardim e por fim a sala, 7,7% e 3,1% respetivamente.

Tabela 29 – Estatística descritiva do local da queda

Local da queda	Nº	%
Cozinha	12	9,2
Quarto	21	16,2
Sala	4	3,1
Casa de banho	24	18,5
Corredor	12	9,2
Quintal	38	29,2
Jardim	10	7,7
Total	130	100

Motivo de queda

Como se pode aferir na tabela 30 os cinco principais motivos de queda enumerados pelos nossos idosos inquiridos são os seguintes: desequilíbrio, falta de atenção, obstáculos, piso molhado e tonturas, vertigens ou desmaios, com 47,7%, 40,0%, 29,2%, 26,2% e 25,4% propriamente.

Tabela 30 – Estatística descritiva do motivo da queda

Motivo da queda	Nº	%
Obstáculos	38	29,2
Desequilíbrio	62	47,7
Falta de atenção	52	40,0
Piso molhado	34	26,2
Tonturas, vertigens ou desmaios	33	25,4
Problemas de visão	4	3,1
Patologia(s) ou doença(s) que dificultam a marcha	5	3,8
Embriaguez	1	0,8
Total	130	100

Parâmetros Clínicos

Os parâmetros clínicos analisados compreendem a presença de dor, presença de doença há mais de três meses, tipo de doenças, medicação, quantidade de medicação, consegue tomar os medicamentos, que tipo de apoio tem na toma de medicação.

Presença de dor

Para aferir a questão da dor foi solicitado aos idosos para relatar com que frequência a sentiam no seu dia-a-dia, tendo como hipóteses de resposta, “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Para facilitar a análise desta variável os dados foram agrupados em “Nunca ou raramente” e “Algumas vezes e sempre”. A tabela 31, revela que a maioria dos idosos afirma sentir dor “algumas vezes e sempre”, a que correspondem 72,3% dos homens e 84,3% das mulheres. Ainda assim, 27,7% dos idosos do sexo masculino e 15,7% do sexo feminino afirmam “nunca ou raramente” sentirem dor. Após realização do teste qui quadrado, verificamos não existir significância estatística entre a dor e o gênero ($X^2=2,699$; $p=0,100$).

Tabela 31 – Estatística descritiva da avaliação da dor

	Gênero				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Nunca ou raramente	13	27,7	13	15,7	26	20,0	1,6	-1,6	2,699	0,100
Algumas vezes e sempre	34	72,3	70	84,3	104	80,0	-1,6	1,6		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Presença de doenças há mais de 3 meses

Na tabela 32, pode-se constatar que 96,2% dos idosos inquiridos têm doenças há mais de 3 meses e apenas 3,8% não apresentam qualquer doença há mais de 3 meses.

Tabela 32 – Estatística descritiva da presença de doenças há mais de 3 meses

	Nº	%
Doenças há mais de 3 meses		
Não	5	3,8
Sim	125	96,2
Total	130	100

Tipo de doenças

Por meio a completar a questão anterior foi perguntado aos inquiridos quais as doenças que tinham. Desta maneira, foi criada a tabela 33 onde pode-se comprovar que a diabetes, a patologia cardiovascular, a hipertensão arterial, a doença maligna, demência, a patologia osteoarticular, a patologia psiquiátrica, a patologia genito-urinária, as doenças da pele e a patologia digestiva predominam na mulher (64,3%, 63,3%, 65,5%, 70%, 80%, 71,1%, 92,3%, 52,4%, 53,3% e 81% respectivamente). A patologia respiratória e a doença que predomina no idoso do sexo masculino, com 70%. A doença hematológica só ocorre no sexo feminino.

Tabela 33 – Estatística descritiva do tipo de doenças e o género

Tipo de doenças	Género				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Diabetes	10	35,7	18	64,3	28	100,0
Patologia Cardiovascular	29	36,7	50	63,3	79	100,0
Hipertensão Cardíaca	30	34,5	57	65,5	87	100,0
Doenças Hematológica	-	0,0	4	100	4	100,0
Doença Maligna	3	30,0	7	70,0	10	100,0
Patologia Respiratória	7	70,0	3	30,0	10	100,0
Demência	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Patologia Osteoarticular	11	28,9	27	71,1	38	100,0
Patologia Psiquiátrica	1	7,7	12	92,3	13	100,0
Patologia Genito-urinárias	10	47,6	11	52,4	21	100,0
Doenças da Pele	7	46,7	8	53,3	15	100,0
Patologia Digestiva	4	19,0	17	81,0	21	100,0

Medicação

As estatísticas da medicação dos inquiridos revelam para os participantes uma toma mínima de zero comprimidos e uma máxima de doze comprimidos, a que lhe corresponde uma média de 4,63 comprimidos. No sexo masculino os valores mínimos e máximos são respetivamente 0 e 10 comprimidos, a média de 4,43 comprimidos, o desvio padrão 2,780. No sexo feminino, tomam uma média de 4,75 comprimidos, um desvio padrão de 2,546, com um intervalo compreendido entre 0 e 12.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normocurticas mas envezadas para a esquerda, no que respeita ao sexo masculino e a totalidade da amostra. Pelo teste de aderência à normalidade de KolmogorovSmirnov aponta significância estatística para o total da escala (tabela 34).

Tabela 34 – Estatística relativa à medicação

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	10	4,43	2,780	62,75	1,299	-1,160	0,011
Feminino	0	12	4,75	2,546	53,6	1,632	0,269	0,014
Total	0	12	4,63	2,627	56,74	1,972	-0,692	0,000

Toma da medicação e o género

No que diz respeito a esta variável, os inquiridos responderam afirmativamente à questão: “Toma medicamentos diariamente?”, 95,7% dos idosos do sexo masculino e 98,8% dos idosos do sexo feminino, contra uma pequena percentagem de 4,3% dos homens e 1,2% das mulheres a responderem que não. Ao realizar o teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre a medicação e o género ($X^2=1,239$; $p=0,266$) (tabela 35).

Tabela 35 – Estatística relativa à toma da medicação e o género

Toma da medicação	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	2	4,3	1	1,2	3	2,3	1,1	-1,1	1,239	0,266
Sim	45	95,7	82	98,8	127	97,7	-1,1	1,1		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Quantidade de Medicação e o género

Para facilitar a análise desta variável os dados foram agrupados em: “Sem polimedicação”, “Polimedicação minor” e “Polimedicação major”. A análise dos resultados revela que parte afirma “Polimedicação major”, 42,6% dos homens e 51,8% das mulheres. Ainda assim, 46,8% dos idosos do sexo masculino e 37,3% dos idosos do sexo feminino afirmam “Polimedicação minor”. Apenas 10,6% do sexo masculino e 10,8% do sexo feminino afirmam “sem polimedicação”. Após realização do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre o número de medicamentos ingeridos diariamente e o género ($X^2=1,190$; $p=0,552$) (tabela 36).

Tabela 36 – Estatística relativa à quantidade de medicação e o género

Quantidade de medicação	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem polimedicação	5	10,6	9	10,8	14	10,8	0,0	0,0	1,190	0,552
Polimedicação minor	22	46,8	31	37,3	53	40,8	1,1	-1,1		
Polimedicação major	20	42,6	43	51,8	63	48,5	-1,0	1,0		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Quantidade de Medicação e a idade

Na tabela 37 conferimos que a polimedicação major (48,5%) sobressai. Dos idosos que responderam sem polimedicação 12,7% pertencem aos idosos jovens, 7,5% aos idosos e 14,3% aos mais idosos. Seguidamente, polimedicação minor enumeraram 47,6% dos idosos jovens, 34,0% dos idosos e 14,3% dos mais idosos. Por fim, a polimedicação major, 39,7% correspondem aos idosos jovens, 58,5% aos idosos e 50,0% aos mais idosos. Após uso do teste qui quadrado, verificamos não haver

associação estatística significativa entre as variáveis quantidade de medicação e idade ($X^2=4,413$; $p=0,353$).

Tabela 37 – Estatística relativa à quantidade de medicação e a idade

Quantidade de medicação	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Sem polimedicação	8	12,7	4	7,5	2	14,3	14	10,8	0,7	-1,0	0,4
Polimedicação menor	30	47,6	18	34,0	5	35,7	53	40,8	1,5	-1,3	-0,4
Polimedicação major	25	39,7	31	58,5	7	50,0	63	48,5	-1,9	1,9	0,1
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=4,413$; $p=0,353$

Quantidade de Medicação e as queda nos últimos 12 Meses

Ao cruzarmos os dados da quantidade de medicação com o número de quedas nos últimos 12 meses verificamos que os inquiridos que responderam “Polimedicação major” sofreram 66,7% “2>=quedas”, 63,2% “uma queda” e 43,4% “zero quedas”. Relativamente a “Polimedicação menor” a percentagem é maior no “zero quedas” (44,4%), seguido de “uma queda” (31,6%) e por fim “2>=quedas” (25,0%). A percentagem total mais baixa foi referente a “sem polimedicação” 12,1% para “zero quedas”, 5,3% para “uma queda” e 8,3% para “2>=quedas”. Ao analisarmos o teste qui quadrado, verificamos não haver associação estatística significativa entre as variáveis ($X^2=4,406$; $p=0,354$) (tabela 38).

Tabela 38 – Estatística relativa à quantidade de medicação e quedas nos últimos 12 meses

Quantidade de medicação	Quedas nos últimos 12 meses						Total		Resíduos		
	Zero quedas		Uma Queda		2>= quedas						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Sem polimedicação	12	12,1	1	5,3	1	8,3	14	10,8	0,9	-0,8	-0,3
Polimedicação menor	44	44,4	6	31,6	3	25,0	53	40,8	1,5	-0,9	-1,2
Polimedicação major	43	43,4	12	63,2	8	66,7	63	48,5	-2,0	1,4	1,3
Total	99	100,0	19	100,0	12	100,0	130	100,0			

$X^2=4,406$; $p=0,354$

Quantidade de Medicação e o risco de queda recorrente

Ao cruzarmos os dados da quantidade de medicação com o risco de queda recorrente verificamos que a maior percentagem encontra-se na “Polimedicação major”, em que 50,0% é referente à probabilidade de 25% de risco de queda e 41,7% a probabilidade de 7% de risco de queda recorrente. Na “polimedicação minor” há 45,8% de probabilidade de 7%, contra 39,6% de probabilidade de 25% de risco de queda recorrente. Com uma pequena percentagem encontra-se “sem medicação” relativamente ao risco de queda recorrente, 12,5% para a probabilidade de 7% e 10,4% para a probabilidade de 25%. O teste qui quadrado revelou não haver associação significativa entre as variáveis ($X^2=0,547$; $p=0,761$) (tabela 39).

Tabela 39 – Estatística relativa à quantidade de medicação e o risco de queda recorrente

Quantidade de medicação	Risco de queda recorrente				Total		Resíduos	
	Probabilidade de 7%		Probabilidade de 25%					
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem polimedicação	3	12,5	11	10,4	14	10,8	0,3	-0,3
Polimedicação minor	11	45,8	42	39,6	53	40,8	0,6	-0,6
Polimedicação major	10	41,7	53	50,0	63	48,5	-0,7	-0,7
Total	24	100,0	106	100,0	130	100,0		

$X^2=0,547$; $p=0,761$

Consegue tomar os seus medicamentos e o género

De modo a perceber a variável foi realizada a questão: “Consegue tomar os seus medicamentos?”. Podemos verificar na tabela 40 que a maioria respondeu positivamente, 63,8% dos homens e 79,5% das mulheres. Apenas 36,2% do sexo masculino e 20,5% do sexo feminino responderam negativamente. Da aplicação do teste qui quadrado verificámos não existir associação estatisticamente significativa entre a capacidade de toma dos medicamentos e o género ($X^2=3,824$; $p=0,051$).

Tabela 40 – Estatística descritiva da capacidade de conseguir tomar os seus medicamentos e o género

Capacidade de conseguir tomar os seus medicamentos	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	17	36,2	17	20,5	34	26,2	2,0	-2,0	3,824	0,051
Sim	30	63,8	66	79,5	96	73,8	-2,0	2,0		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Conseguir tomar os seus medicamentos e a idade

Na tabela 41 as respostas foram maioritariamente “sim” (73,8%) contra 26,2% que responderam “não”. Dos que responderam “sim” 85,7% são idosos jovens, 67,9% são idosos e 42,9% são mais idosos. Das resposta negativas 14,3% pertencem aos idosos jovens, 32,1% aos idosos e 57,1% aos mais idosos. Realizado o teste de qui quadrado averiguamos não haver associação estatística significativa entre a toma dos seus medicamentos e a idade ($X^2=3,824$; $p=0,051$).

Tabela 41 – Estatística descritiva da toma dos seus medicamentos e a idade

Toma dos seus medicamentos	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Não	9	14,3	17	32,1	8	57,1	34	26,2	-3,0	1,3	2,8
Sim	54	85,7	36	67,9	6	42,9	96	73,8	3,0	-1,3	-2,8
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=12,518$; $p=0,002$

Tipo de apoio na toma da medicação e o género

Na tabela 42, a maioria dos idosos afirmou ter o apoio familiar, 68,8% do sexo masculino e 64,7% do sexo feminino. O outro apoio na toma da medicação referido pelos inquiridos é o centro de dia/apoio domiciliário em 31,2% dos homens e 35,3% das mulheres. Pela aplicação do teste qui quadrado não se verificou existir associação entre o tipo de apoio na toma da medicação e o género ($X^2=0,061$; $p=0,805$) (tabela 42).

Tabela 42 – Estatística descritiva do tipo de apoio na toma da medicação e o género

Tipo de apoio na toma da medicação	Género				Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Centro de Dia/Apoio Domiciliário	5	31,2	6	35,3	11	33,3	-0,2	0,2	0,061	0,805
Apoio Familiar	11	68,8	11	64,7	22	66,7	0,2	-0,2		
Total	16	100,0	17	100,0	33	100,0				

Tipo de Apoio na toma da medicação e a idade

Na tabela 43 podemos apurar que o apoio familiar é o maior tipo de apoio na toma da medicação do idoso inquirido (66,7%), no qual 62,5% são idosos jovens, 82,4% idosos e 37,5% mais idosos. O Centro de dia/apoio domiciliário (33,3%) abrange 37,5% dos idosos jovens, 17,6% dos idosos e 62,5% dos mais idosos. Realizado o teste qui quadrado averiguamos que não há associação estatística entre o tipo de apoio na toma da medicação e a idade ($X^2=5,007$; $p=0,082$).

Tabela 43 – Estatística descritiva do apoio na toma da medicação e a idade

	Idade						Total		Resíduos		
	Idosos Jovens		Idosos		Mais Idosos		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
Centro de dia/Apoio domiciliário	3	37,5	3	17,6	5	62,5	11	33,3	0,3	-2,0	2,0
Apoio familiar	5	62,5	14	82,4	3	37,5	22	66,7	-0,3	2,0	-2,0
Total	8	100,0	17	100,0	8	100,0	33	100,0			

$X^2=5,007$; $p=0,082$

Caraterização da Habitação

Os idosos inquiridos foi-lhes pedido para responder as questões, onde vive, que tipo de habitação, quantos andares tem a habitação e a escala de de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012) com o intuito de caraterizar a habitação do mesmo.

Caraterísticas da habitação e o género

Das respostas obtidas verificamos que a maioria dos indivíduos reside em casa própria, 87,2% dos homens e 84,3% das mulheres. Em casa arrendada residem 4,3% dos indivíduos do sexo masculino e 14,5% dos indivíduos do sexo feminino. Residentes em casa de familiares foram obtidos 8,5% dos homens e 14,5% das mulheres.

No que se refere ao tipo de habitação, constatou-se que a maioria dos idosos vive em moradia, 97,9% dos homens e 100% das mulheres. Apenas 2,1% do sexo masculino vive em apartamento.

Relativamente à quantidade de andares que tem a habitação da nossa amostra, apuramos que 27,7% dos idosos do sexo masculino e 39,8% dos idosos do sexo feminino responderam “R/chão”, 57,4% do sexo feminino e 51,8% do sexo masculino responderam “1º andar”. Por fim responderam “2º andar” 14,9% do sexo masculino e 8,4% do sexo feminino. Pela aplicação do teste qui quadrado não se verificou existir associação entre as características da habitação, anteriormente enumeradas e o género (tabela 44).

Tabela 44 – Estatística descritiva das características da habitação e o género

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Resíduos		X ²	p
	Masculino		N	%	N	%	1	2		
Actualmente onde vive										
Casa própria	41	87,2	70	84,3	111	85,4	0,4	-0,4	2,102	0,350
Casa arrendada	2	4,3	1	1,2	3	2,3	1,1	-1,1		
Casa de familiares	4	8,5	12	14,5	16	12,3	-1,0	1,0		
Tipo de habitação										
Moradia	46	97,9	83	100	129	99,2	-1,3	1,3	1,780	0,182
Apartamento	1	2,1	-	0,0	1	0,8	1,3	-1,3		
Quantos andares tem a habitação										
R/chão	13	27,7	33	39,8	46	35,4	-1,4	1,4	2,582	0,275
1º andar	27	57,4	43	51,8	70	53,8	0,6	-0,6		
2º andar	7	14,9	7	8,4	14	10,8	1,1	-1,1		

Caraterização da habitação e a idade

Na tabela 45, observa-se que a maioria dos idosos vive em casa própria (85,4%), dos quais 87,3% são idosos jovens, 83,0% idosos e 85,7% mais idosos. Seguidamente, os idosos inquiridos vivem em casa de familiares (12,3%), dos quais 7,9% pertencem ao idoso jovem, 17,0% ao idoso e 14,3% ao mais idoso. Uma pequena percentagem (2,3%) vive em casa arrendada, sendo 4,8% dos idosos jovens nesta opção.

Relativamente ao tipo de habitação, apenas 1,6% dos idosos jovens vivem em apartamento, contra 98,4% dos idosos jovens e 100% dos idosos e mais idosos que vivem em moradia.

Comparativamente a quantidade de andares que têm a habitação a maioria tem o 1º andar (53,8%), dos quais 57,1% são de idosos jovens, 54,7% de idosos e 35,7% de mais idosos. Em segundo lugar existe o R/chão com 34,9% dos idosos jovens, 34,0% dos idosos e 42,9% mais idosos. Por fim, os que referem ter 2º andar pertencem 7,9% aos idosos jovens, 11,3% aos idosos e 21,4% aos mais idosos. Após realizar o teste de qui quadrado, averiguou-se que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis anteriormente mencionadas e a idade.

Tabela 45 – Estatística descritiva das características da habitação e a idade

Idade	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		Total		Resíduos			X ²	p
	Variáveis	N	%	N	%	N	%	%	%	1	2		
Actualmente onde vive													
Casa própria	55	87,3	44	83,0	12	85,7	111	85,4	0,6	-0,6	0,0	5,216	0,266
Casa arrendada	3	4,8	-	0,0	-	0,0	3	2,3	1,8	-1,5	-0,6		
Casa de familiares	5	7,9	9	17,0	2	14,3	16	12,3	-1,5	1,3	0,2		
Tipo de habitação													
Moradia	62	98,4	53	100	14	100	129	99,2	-1,0	0,8	0,3	1,072	0,585
Apartamento	1	1,6	-	0,0	-	0,0	1	0,8	1,0	-0,8	-0,3		
Quantos andares tem a habitação													
R/chão	22	34,9	18	34,0	6	42,9	46	35,4	-0,1	-0,3	0,6	3,206	0,524
1º andar	36	57,1	29	54,7	5	35,7	70	53,8	0,7	0,2	-1,4		
2º andar	5	7,9	6	11,3	3	21,4	14	10,8	-1,0	0,2	1,4		

Caraterização da Habitação, através da Escala de caraterização da habitação de Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J. (2012)

Considerando a Escala de caraterização da habitação de Gonçalves, C.; Chaves, C.; Duarte, J. (2012), a respeito dos factores extrínsecos do risco de queda, nos principais ambientes do domicílio do idoso foram criadas as análises estatísticas que se vão apresentar a seguir.

Sala

As estatísticas da sala dos inquiridos revelam para os participantes responderam a um mínimo de zero e um máximo de nove, a que lhe corresponde uma média de 3,983 questões e um desvio padrão de 1,540.

No sexo masculino o mínimo de respostas é zero e o máximo é sete, a média de 4,000, o desvio padrão 1,662. No sexo feminino, a média é de 4,000 respostas e um desvio padrão de 1,439, com um intervalo de compreendido entre zero e nove respostas.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normocurticas mas enviezadas a esquerda no que respeita ao sexo feminino e a totalidade da amostra. Pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov aponta significância estatística para o sexo feminino e a totalidade da escala (tabela 46).

Tabela 46 – Estatística descritiva da escala de caraterização da sala

	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	7	4,000	1,662	41,55	0,116	-0,591	0,021
Feminino	0	9	4,000	1,439	35,97	1,192	2,275	0,000
Total	0	9	3,983	1,540	38,66	0,509	1,107	0,000

Na tabela 47 expressamos os resultados estatísticos descritivos da sala, onde se pode concluir que 91,5% dos idosos inquiridos tem sala na sua habitação. De uma forma geral os itens que mais foram evidenciados são os seguintes: tapetes sem anti-derrapante (66%), bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas (57%), mesa ao centro (92%) e piso escorregadio (57%).

Tabela 47 – Estatística descritiva da sala

		N	%	p
Sala	Existe	119	91,5	0,988
	Não existe	11	8,5	
	Total	130	100,0	
Existe mesa ao centro	Sim	110	92	0,199
	Não	9	8	
	Total	119	100,0	
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm)	Sim	52	44	0,000
	Não	67	56	
	Total	119	100,0	
Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura	Sim	7	6	0,000
	Não	112	94	
	Total	119	100,0	
Tapetes sem anti-derrapante	Sim	79	66	0,000
	Não	40	34	
	Total	119	100,0	
Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas	Sim	68	57	0,142
	Não	51	43	
	Total	119	100,0	
Piso escorregadio	Sim	68	57	0,142
	Não	51	43	
	Total	119	100,0	
Degraus na sala	Sim	12	10	0,000
	Não	107	90	
	Total	119	100,0	
Piso solto ou danificado	Sim	10	8	0,000
	Não	109	92	
	Total	119	100,0	
Degraus entre a sala e outra divisão da casa	Sim	33	28	0,000
	Não	86	72	
	Total	119	100,0	
O interruptor está distante da porta	Sim	26	22	0,000
	Não	93	78	
	Total	119	100,0	
Pouca luminosidade durante o dia	Sim	9	8	0,000
	Não	110	92	
	Total	119	100,0	

Risco de queda na sala e o género

Na tabela 48 analisamos o risco de queda na sala, existe baixo risco em 28,9% e alto risco em 71,1%. Dentro do baixo risco 35,0% são idosos do sexo masculino e 26,8% do sexo feminino. Entre o alto risco há 65,0% do sexo masculino e 73,2% do sexo feminino. A utilização do teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda na sala e o género ($X^2=0,483$; $p=0,487$).

Tabela 48 – Estatística descritiva do risco de queda na sala e o género

Risco de queda na sala	Género				Total		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Baixo risco	7	35,0	15	26,8	22	28,9	0,483	0,487
Alto risco	13	65,0	41	73,2	54	71,1		
Total	20	100,0	56	100,0	76	100,0		

Risco de queda na sala e a idade

Como se pode verificar na tabela 49, existe baixo risco de queda na sala em 22,5% dos idosos jovens, 37,9% dos idosos e 28,6% dos mais idosos. Há alto risco para 77,5% dos idosos jovens, 62,1% dos idosos e 71,4% dos mais idosos. Realizado o teste de qui quadrado apurou-se não haver associação estatística significativa entre o risco de queda na sala e a idade ($X^2=1,947$; $p=0,378$).

Tabela 49 – Estatística descritiva do risco de queda na sala e idade

Risco de queda na sala	Idade						Total		X^2	p
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		N	%		
	N	%	N	%	N	%				
Baixo risco	9	22,5	11	37,9	2	28,6	22	28,9	1,947	0,378
Alto risco	31	77,5	18	62,1	5	71,4	54	71,1		
Total	40	100,0	29	100,0	7	100,0	76	100,0		

A capacidade funcional e o risco de queda na sala

Ao cruzarmos as variáveis capacidade funcional do idoso, através da escala de avaliação das AVD's de Lawton e Brody e o risco de queda na sala verificamos que o idoso independente tem 31,8% baixo risco e 35,2% alto risco de queda na sala. O idoso moderadamente independente possui 36,4% de baixo risco e 31,5% de alto risco de queda na sala. Finalmente, o idoso severamente dependente detém 31,8% de baixo risco e 33,3% de alto risco de queda na sala. Aplicado o teste de qui quadrado, verificou-se não haver associação estatística significativa entre o risco de queda na sala e a idade ($X^2=0,176$; $p=0,916$) (tabela 50).

Tabela 50 – Estatística relativa a capacidade funcional e o risco de queda na sala

Capacidade funcional	Risco de queda na sala				Total		X^2	p
	Baixo risco		Alto risco		N	%		
	N	%	N	%				
Independente	7	31,8	19	35,2	26	34,2	0,176	0,916
Moderadamente dependente	8	36,4	17	31,5	25	32,9		
Severamente dependente	7	31,8	18	33,3	25	32,9		
Total	22	100,0	54	100,0	76	100,0		

Quarto

As estatísticas do quarto dos inquiridos revelam para os participantes responderam a um mínimo de zero respostas e um máximo de onze respostas, a que lhe corresponde uma média de 3,938 questões.

No sexo masculino o mínimo de respostas é zero e o máximo é onze, a média de 3,936 e o desvio padrão 2,068. Do sexo feminino, tem uma média de 3,938 respostas, um desvio padrão de 1,850, com um intervalo de compreendido entre zero e onze respostas.

Os coeficientes de variáveis revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normocurticas envezadas à esquerda no que respeita ao género feminino e a totalidade da amostra. Pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov aponta significância estatística para o sexo feminino e a totalidade da escala (tabela 51).

Tabela 51 – Estatística descritiva do quarto

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	11	3,936	2,068	52,54	2,741	2,919	0,018
Feminino	0	11	3,939	1,850	46,96	2,852	3,363	0,000
Total	0	11	3,938	1,924	48,86	3,924	4,223	0,000

Quanto ao quarto todos os inquiridos apresentam este compartimento nas suas casas. De uma forma geral os itens que mais foram evidenciados são possuir tapete (s) do (s) da cama sem anti-derrapante (77%), piso escorregadio (59%), levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se (66%), usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão (58%) e pouca luminosidade durante o dia (87%) (tabela 52).

Tabela 52 – Estatística descritiva das características do quarto

		N	%	p
Quarto	Existe	130	100	
	Não existe	0	0,0	
	Total	130	100,0	
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar no mobiliário (<80 cm)	Sim	55	42	0,095
	Não	75	58	
	Total	130	100,0	
Possui tapete(s) do(s) lado(s) da cama sem anti-derrapante	Sim	100	77	0,000
	Não	30	23	
	Total	130	100,0	
Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo? (objectos no chão)	Sim	5	4	0,000
	Não	125	96	
	Total	130	100,0	
Piso escorregadio	Sim	77	59	0,43
	Não	53	41	
	Total	130	100,0	
Piso solto ou danificado	Sim	14	11	0,000
	Não	116	89	
	Total	130	100,0	
Possui degraus no quarto	Sim	1	1	0,000
	Não	129	99	
	Total	130	100,0	
Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa	Sim	27	21	0,000
	Não	103	79	
	Total	130	100,0	
Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão?	Sim	47	36	0,002
	Não	83	64	
	Total	130	100,0	
Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se?	Sim	44	34	0,000
	Não	86	66	
	Total	130	100,0	
Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão	Sim	76	58	0,065
	Não	54	42	
	Total	130	100,0	
Deixa as gavetas dos móveis abertas	Sim	19	15	0,000
	Não	111	85	
	Total	130	100,0	
Pouca luminosidade dentro de quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)	Sim	12	9	0,000
	Não	118	91	
	Total	130	100,0	
O interruptor está distante da porta	Sim	18	14	0,000
	Não	112	86	
	Total	130	100,0	
Pouca luminosidade durante o dia	Sim	17	13	0,000
	Não	113	87	
	Total	130	100,0	

Risco de queda no quarto e o gênero

Na tabela 53 estudamos o risco de queda no quarto, existe baixo risco em 45,4% e alto risco em 54,6%. Entre o baixo risco 46,8% são idosos do sexo masculino e 44,6% do sexo feminino. Dos que sofrem alto risco há 53,2% do sexo masculino e 55,4% do sexo feminino. O uso do teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda na sala e o gênero ($X^2=0,060$; $p=0,806$).

Tabela 53 – Estatística descritiva do risco de queda no quarto e o gênero

Risco de queda no quarto	Gênero				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Baixo risco	22	46,8	37	44,6	59	45,4	0,1	-0,1	0,060	0,806
Alto risco	25	53,2	46	55,4	71	54,6	-0,1	0,1		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Risco de queda no quarto e a idade

A tabela 54 resulta do cruzamento da variável risco de queda no quarto com a idade, como se pode ver na tabela 54, constatam que existe baixo risco para o idoso jovem em 46,0%, para o idoso em 52,8% e para o mais idoso em 14,3%. Subsiste alto risco para 54,0% do idoso jovem, 47,2% para o idoso e 85,7% mais idoso. Ao cumprir o teste de qui quadrado, observamos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda no quarto e idade ($X^2=6,659$; $p=0,036$).

Tabela 54 – Estatística descritiva do risco de queda no quarto e a idade

Risco de queda no quarto	Idade						Total		Resíduos		
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
Baixo risco	29	46,0	28	52,8	2	14,3	59	45,4	0,1	0,8	-1,7
Alto risco	34	54,0	25	47,2	12	85,7	71	54,6	-0,1	-0,7	1,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=6,659$; $p=0,036$

A capacidade funcional e o risco de queda no quarto

A capacidade funcional, através da escala de avaliação das AVD's de Lawton e Brody e o risco de queda no quarto foi elaborada a tabela 55, onde podemos apurar que o idoso independente tem 27,0% de baixo risco e 34,0% de alto risco de queda no quarto. O idoso moderadamente dependente goza de 35,1% de baixo risco e 38,3% de alto risco. Finalmente, para o idoso severamente dependente embarga 37,8% de baixo risco e 27,7% de alto risco de queda no quarto. Após efectuação do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e o risco de queda no quarto ($X^2=1,053;p=0,591$).

Tabela 55 – Estatística relativa a capacidade funcional e o risco de queda no quarto

Capacidade funcional	Risco de queda no quarto				Total		Resíduos		X^2	p
	Baixo risco		Alto risco		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Independente	10	27,0	16	34,0	26	31,0	-0,4	0,4	1,053	0,591
Moderadamente dependente	13	35,1	18	38,3	31	36,9	-0,2	0,2		
Severamente dependente	14	37,8	13	27,7	27	32,1	0,6	-0,5		
Total	37	100,0	47	100,0	84	100,0				

Instalações sanitárias

As estatísticas das instalações sanitárias dos inquiridos revelam para os participantes responderam a um mínimo de seis respostas e um máximo de dezanove, a que lhe corresponde uma média de 13,669 questões.

No sexo masculino os valores mínimos de oito e o máximo é dezoito, sendo a média de 13,638 e o desvio padrão 2,269, no sexo feminino, a média é 13,686 e um desvio padrão de 2,398, com um intervalo de compreendido entre seis e dezanove.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normocurticas, mas enviezadas para a esquerda no que respeita a totalidade da amostra. Pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov aponta significância estatística para o género feminino e o total da escala (tabela 56).

Tabela 56 – Estatística das instalações sanitárias

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	8	18	13,638	2,269	16,637	-1,568	0,461	0,026
Feminino	6	19	13,686	2,398	17,521	-2,901	1,698	0,000
Total	6	19	13,669	2,344	17,148	-3,236	1,547	0,000

Instalações sanitárias e a idade

Na tabela 57, pode-se aferir que as instalações sanitárias estão 100% presentes nas habitações dos idosos inquiridos, dos quais 48,5% pertencem ao idoso jovem, 40,8% ao idoso e 10,8% ao mais idoso.

Tabela 57 – Estatística descritiva das instalações sanitárias e a idade

	N	%
Idoso jovem	63	48,5
Idosos	53	40,8
Mais Idosos	14	10,8
Total	130	100,0

Quanto as instalações sanitárias todos os idosos inquiridos apresentam este compartimento nas suas casas. De uma forma geral os itens que mais foram evidenciados são possuir degraus dentro das instalações sanitárias, existe barras de apoio na sanita (9%), existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical (2%), o lavatório interfere com a área de transferência para a sanita (65%), existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório (81%), piso escorregadio (91%), usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede (60%), possibilidade de entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas (8%), existem barras de apoio junto à base de duche (8%) e existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente (70%) (tabela 58).

Tabela 58 - Estatística descritiva das características das instalações sanitárias

		N	%	p
Instalações sanitárias	Existe	130	100	
	Não existe	-	0	
	Total	130	100,0	
Possui degraus dentro da casa de banho	Sim	120	92	
	Não	10	8	0,000
	Total	130	100,0	
Existem barras de apoio na sanita	Sim	12	9	
	Não	118	91	0,000
	Total	130	100,0	
Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical	Sim	3	2	
	Não	127	98	0,000
	Total	130	100,0	
No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180°	Sim	63	48	
	Não	67	52	0,793
	Total	130	100,0	
O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita	Sim	84	65	
	Não	46	35	0,001
	Total	130	100,0	
Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório	Sim	105	81	
	Não	25	19	0,000
	Total	130	100,0	
Piso escorregadio	Sim	118	91	
	Não	12	9	0,000
	Total	130	100,0	
Piso solto ou danificado	Sim	8	6	
	Não	122	94	0,000
	Total	130	100,0	
Paredes e chão têm a mesma cor e padrão	Sim	60	46	
	Não	70	54	0,430
	Total	130	100,0	
Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede	Sim	78	60	
	Não	52	40	0,028
	Total	130	100,0	
É possível instalar um assento no interior da banheira	Sim	85	65	
	Não	45	35	0,001
	Total	130	100,0	
Existem barras de apoio na banheira	Sim	107	82	
	Não	23	18	0,000
	Total	130	100,0	
Presença de poliban/base de duche	Sim	86	66	
	Não	44	34	0,000
	Total	130	100,0	
É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas	Sim	21	8	
	Não	119	92	0,000
	Total	130	100,0	
É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche	Sim	26	20	
	Não	104	80	0,000
	Total	130	100,0	
Existem barras de apoio junto a base de duche	Sim	11	8	
	Não	119	92	0,000
	Total	130	100,0	
Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente	Sim	91	70	
	Não	39	30	0,000
	Total	130	100,0	
O piso da base do duche está inclinado na direcção do ponto de escoamento	Sim	87	67	
	Não	43	33	0,000
	Total	130	100,0	
O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre	Sim	124	95	
	Não	6	5	0,000
	Total	130	100,0	
Possui tapete anti-derrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do polivan/chuveiro?	Sim	117	90	
	Não	13	10	0,000
	Total	130	100,0	
Encontra-se sempre o piso molhado	Sim	9	7	
	Não	121	93	0,000
	Total	130	100,0	
Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados	Sim	22	17	
	Não	108	83	0,000
	Total	130	100,0	
Ausência de luz nocturna	Sim	10	8	
	Não	120	92	0,000
	Total	130	100,0	
Os interruptores estão distantes da porta	Sim	21	16	
	Não	109	84	0,000
	Total	130	100,0	
Pouca luminosidade durante o dia	Sim	18	14	
	Não	112	86	0,000
	Total	130	100,0	
As torneiras são do tipo monocomando e accionadas por alavanca	Sim	75	58	
	Não	55	42	0,095
	Total	130	100,0	
Os controlos e mecanismos operáveis são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requer uma prensão firme nem rodar o pulso	Sim	114	88	
	Não	16	12	0,000
	Total	130	100,0	

Risco de queda nas instalações sanitárias e o género

Perante o risco de queda nas instalações sanitárias e sexo, verifica-se que 42,6% dos idosos homens e 39,8% dos idosos mulheres têm baixo risco. Relativamente ao alto risco 57,4% são do sexo masculino e 60,2% são do sexo feminino. Ao efectuar o teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda nas instalações sanitárias e sexo ($X^2=0,097$; $p=0,755$) (tabela 59)

Tabela 59 – Estatística relativa ao risco de queda nas instalações sanitárias e o género

Risco de queda nas instalações sanitárias	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Baixo risco	20	42,6	33	39,8	53	40,8	0,2	-0,1	0,097	0,755
Alto risco	27	57,4	50	60,2	77	59,2	-0,2	0,1		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Risco de queda nas Instalações sanitárias e a idade

Apuramos na tabela 60 que há baixo risco em 46,0% do idoso jovem, 37,7% do idoso, 28,6% do mais idoso. Existe alto risco em 54,0% do idoso jovem, 62,3% do idoso e 71,4% do mais idoso. Após uso do teste de qui quadrado, analisamos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda nas instalações sanitárias e idade ($X^2=1,787$; $p=0,409$).

Tabela 60 -Estatística relativa ao risco de queda nas instalações sanitárias e idade

Risco de queda nas instalações sanitárias	Idade						Total		Resíduos		
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Baixo risco	29	46,0	20	37,7	4	28,6	53	40,8	0,7	-0,3	-0,7
Alto risco	34	54,0	33	62,3	10	71,4	77	59,2	-0,5	0,3	0,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=1,787$; $p=0,409$

Corredor

Na tabela 61 expressamos os resultados estatísticos descritivos do corredor, onde se pode concluir que 84,6% dos idosos inquiridos tem corredor na sua habitação. De uma forma geral foram evidenciados três itens que são os seguintes: ausência de barras de apoio (68%), existe mobiliário no espaço (66%) e o piso escorregadio (65%).

Tabela 61 - Estatística descritiva das características do corredor

		N	%	p
Corredor	Existe	110	84,6	0,533
	Não existe	20	15,4	
	Total	130	100,0	
Ausência de barras de apoio	Sim	89	68	0,000
	Não	21	32	
	Total	110	100,0	
Piso escorregadio	Sim	84	65	0,001
	Não	26	35	
	Total	110	100,0	
Piso solto ou danificado	Sim	5	4	0,000
	Não	105	96	
	Total	110	100,0	
Possui tapetes	Sim	50	38	0,011
	Não	60	62	
	Total	110	100,0	
Largura não inferior a 0,9 m	Sim	51	39	0,018
	Não	59	61	
	Total	110	100,0	
Comprimento 1,5 m	Sim	60	46	0,430
	Não	50	54	
	Total	110	100,0	
Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°	Sim	93	72	0,000
	Não	17	28	
	Total	110	100,0	
Possui fios eléctricos no chão	Sim	19	15	0,000
	Não	91	85	
	Total	110	100,0	
Possui degraus no corredor	Sim	37	28	0,000
	Não	73	72	
	Total	110	100,0	
Existe mobiliário no espaço	Sim	86	66	0,000
	Não	24	34	
	Total	110	100,0	
Ausência de luz nocturna	Sim	8	6	0,000
	Não	102	94	
	Total	110	100,0	
Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia	Sim	33	25	0,000
	Não	77	75	
	Total	110	100,0	
Os interruptores estão em outra divisão da casa	Sim	10	8	0,000
	Não	100	92	
	Total	110	100,0	

Corredor e a idade

Como se pode verificar na tabela 62, existe corredor na casa dos inquiridos em 88,9% dos idosos jovens, 86,8% dos idosos e 57,1% dos mais idosos, contra 11,1% dos idosos jovens, 13,2% dos idosos e 42,9% onde não existe corredor na casa dos idosos inquiridos. Realizado o teste de qui quadrado apurou-se não haver associação estatística significativa entre o risco de queda no corredor e a idade ($X^2=9,194$; $p=0,010$).

Tabela 62 – Estatística descritiva do corredor e idade

Corredor	Idade						Total		Resíduos		
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
Existe	56	88,9	46	86,8	8	57,1	110	84,6	0,4	0,2	-1,1
Não existe	7	11,1	7	13,2	6	42,9	20	15,4	-0,9	-0,4	2,6
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=9,194$; $p=0,010$

Cozinha

As estatísticas da cozinha dos inquiridos revelam que os participantes responderam a um mínimo de zero respostas e um máximo de dez respostas, a que lhe corresponde uma média de 3,415 questões.

No sexo masculino o mínimo de respostas é zero e o máximo é dez respostas, sendo a média de 3,213 e o desvio padrão 1,459, nos idosos do sexo feminino, a média é de 3,530, um desvio padrão de 1,625, com um intervalo de compreendido entre zero e dez.

Os coeficientes de variação revelam dispersões altas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normocurticas mas envezadas para a esquerda no que respeita ao sexo feminino e a totalidade da amostra. Pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov aponta significância estatística para a totalidade da amostra (tabela 63).

Tabela 63 – Estatística da cozinha

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	0	10	3,213	1,459	45,41	5,461	14,164	0,000
Feminino	0	10	3,530	1,625	46,03	4,155	5,059	0,000
Total	0	10	3,415	1,569	45,94	6,259	9,926	0,000

Relativamente a cozinha todos os idosos inquiridos apresentam este compartimento nas suas casas. De uma forma geral os itens que mais foram evidenciados são os seguintes: piso escorregadio (89%), os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários baixos que necessitem de um auxílio para alcança-los (87%) e os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio para alcança-los (63%). (tabela 64).

Tabela 64 – Estatística descritiva das características da cozinha

		N	%	p
Cozinha	Existe	130	100	0,000
	Não existe	0	0,0	
	Total	130	100,0	
Piso escorregadio	Sim	116	89	0,000
	Não	14	11	
	Total	130	100,0	
Piso solto ou danificado	Sim	6	5	0,000
	Não	124	95	
	Total	130	100,0	
Espaço inadequado para deambular	Sim	40	31	0,000
	Não	90	69	
	Total	130	100,0	
Possui degraus dentro do ambiente	Sim	4	3	0,000
	Não	126	97	
	Total	130	100,0	
Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente	Sim	37	28	0,000
	Não	93	72	
	Total	130	100,0	
Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão	Sim	10	8	0,000
	Não	120	92	
	Total	130	100,0	
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio para alcança-los	Sim	82	63	0,004
	Não	48	37	
	Total	130	100,0	
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessitem de um auxílio para alcança-los	Sim	113	87	0,000
	Não	17	13	
	Total	130	100,0	
Os interruptores estão distantes da porta	Sim	22	17	0,000
	Não	108	83	
	Total	130	100,0	
Encontra-se sempre o piso molhado	Sim	6	5	0,000
	Não	124	95	
	Total	130	100,0	
Pouca luminosidade durante o dia	Sim	8	6	0,000
	Não	122	94	
	Total	130	100,0	

Escala e o seu risco de queda na cozinha e o género

Na tabela 65, verificamos existir baixo risco em 24,6% e alto risco em 75,4%. Dentro do baixo risco 21,3% são idosos do sexo masculino e 26,5% do sexo feminino. Entre o alto risco há 78,7% do sexo masculino e 73,5% do sexo feminino. A utilização do teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda na cozinha e o género ($X^2=0,442$; $p=0,506$).

Tabela 65 – Estatística relativa ao risco de queda na cozinha e o género

Risco de queda na cozinha	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Baixo risco	10	21,3	22	26,5	32	24,6	-0,7	0,7	0,442	0,506
Alto risco	37	78,7	61	73,5	98	75,4	0,7	-0,7		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Risco de queda na cozinha e a idade

Face ao risco de queda na cozinha foi elaborada a tabela 66, onde podemos aferir que há baixo risco em 19,0% para o idoso jovem, 32,1% para o idoso e 21,4% para o mais idoso. Relativamente, ao alto risco 81,0% pertencem ao idoso jovem, 67,9% ao idoso e 78,6% ao mais idoso.

Após execução do teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda na cozinha e a idade ($X^2=2,719$; $p=0,257$).

Tabela 66 – Estatística relativa ao risco de queda na cozinha e idade

	Idade						Total		Resíduos		
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
Baixo risco	12	19,0	17	32,1	3	21,4	32	24,6	-1,4	1,6	-0,3
Alto risco	51	81,0	36	67,9	11	78,6	98	75,4	1,4	-1,6	0,3
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$X^2=2,719$; $p=0,257$

Escadas ou degraus

Na tabela 67 expressamos os resultados estatísticos descritivos das escadas ou degraus, onde se pode concluir que 65,4% dos idosos inquiridos tem escadas ou degraus na sua habitação. De uma forma geral foram evidenciados dois itens que são os seguintes: ausência de corrimão em ambos os lados (96,5%) e degraus escorregadios (70,6%).

Tabela 67- Estatística descritiva das características das escadas ou degraus

		N	%	p
Escadas ou degraus	Existe	85	65,4	0,101
	Não existe	45	34,6	
	Total	130	100,0	
Ausência de corrimão em ambos os lados	Sim	82	96,5	0,004
	Não	3	3,5	
	Total	85	100,0	
Com corrimão em um dos lados	Sim	26	30,6	0,000
	Não	59	69,4	
	Total	85	100,0	
Tapete(s) no início, no final ou no meio das escadas	Sim	24	28,2	0,000
	Não	61	71,8	
	Total	85	100,0	
Desprovida de iluminação durante a noite	Sim	6	7,0	0,000
	Não	79	93	
	Total	85	100,0	
Degraus escorregadios	Sim	60	70,6	0,430
	Não	25	29,4	
	Total	85	100,0	
Degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos) sem anti-derrapante ou em mau estado de conservação	Sim	7	8,2	0,000
	Não	78	91,8	
	Total	85	100,0	
Largura inadequada para se deslocar duas pessoas	Sim	31	36,5	0,000
	Não	54	63,5	
	Total	85	100,0	
Os interruptores que acendem as luzes das escadas estão distantes	Sim	31	36,5	0,000
	Não	54	63,5	
	Total	85	100,0	
Pouca luminosidade durante o dia	Sim	21	24,7	0,000
	Não	64	75,3	
	Total	85	100,0	

Escadas ou degraus e sexo

Como podemos analisar na tabela 68, existem escadas ou degraus em 65,4% e não existe em 34,6%. Dentro da existência das escadas ou degraus 74,5% são do sexo masculino e 60,2% do sexo feminino. Entre aquelas casas que não contem escadas ou degraus há 25,5% do idoso inquirido do sexo masculino e 39,8% do sexo feminino. A aplicação do teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre as escadas ou degraus e o género ($X^2=2,684$; $p=0,101$).

Tabela 68 – Estatística descritiva entre as escadas ou degraus e o género

Escadas ou degraus	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino							
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Existe	35	74,5	50	60,2	85	65,4	1,6	-1,6	2,684	0,101
Não existe	12	25,5	33	39,8	45	34,6	-1,6	1,6		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Pátio/Jardim

Na tabela 69 expressamos os resultados estatísticos descritivos do pátio/jardim, onde se pode concluir que 66,9% dos idosos inquiridos tem pátio/jardim na sua habitação. De uma forma geral foram evidenciados os itens: porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas (14,9%); possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos (55,2%) e do lado exterior da porta de acesso à casa é possível fazer uma manobra de rotação de 360° (22,9%).

Tabela 69 – Estatística descritiva do pátio/jardim da habitação do idoso

		N	%	P
Pátio/ Jardim	Existe	87	66,9	0,832
	Não existe	43	33,1	
	Total	130	100,0	
Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas	Sim	13	14,9	0,000
	Não	74	85,1	
	Total	87	100,0	
Superfície irregular por onde caminha	Sim	28	32,2	0,000
	Não	59	67,8	
	Total	87	100,0	
Piso danificado por onde caminha	Sim	9	10,3	0,000
	Não	78	89,7	
	Total	87	100,0	
Possui degraus ou desníveis por onde caminha	Sim	37	42,5	0,000
	Não	50	57,5	
	Total	87	100,0	
Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos	Sim	48	55,2	0,004
	Não	39	44,8	
	Total	87	100,0	
Possui obstáculos por onde caminha	Sim	4	4,6	0,000
	Não	83	95,4	
	Total	87	100,0	
Do lado exterior da porta de acesso a casa é possível fazer uma manobra de rotação de 360°	Sim	20	22,9	0,000
	Não	67	77,1	
	Total	87	100,0	
Possui inclinações acentuadas	Sim	-	0,0	0,000
	Não	87	100,0	
	Total	87	100,0	

Pátio/jardim e o género

Na tabela 70, verificamos que existe pátio/jardim em 66,9% e não existe em 33,1%. Dentro da existência do pátio/jardim 68,1% são idosos do sexo masculino e 66,3% do sexo feminino. Entre as habitações que não contem pátio/jardim há 31,9% do sexo masculino e 33,7% do sexo feminino. A utilização do teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre o pátio/jardim e o género ($X^2=0,045$; $p=0,832$).

Tabela 70 – Estatística descritiva entre o pátio/jardim e o género

Pátio/jardim	Género				Total		Resíduos		X²	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Existe	32	68,1	55	66,3	87	66,9	0,2	-0,2	0,045	0,832
Não existe	15	31,9	28	33,7	43	33,1	-0,2	0,2		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Quintal

Na tabela 71 expressamos os resultados estatísticos descritivos do quintal, onde se pode concluir que 60,0% dos idosos inquiridos tem quintal na sua habitação. De uma forma geral foram evidenciados os itens seguintes: superfície irregular (97,4%), possui degraus ou desníveis (66,6%), possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos (84,6%) e possui animais de estimação ou criações livres pela área (57,7%).

Tabela 71 – Estatística descritiva das características do quintal

		N	%	p
Quintal	Existe	78	60,0	
	Não existe	52	40,0	
	Total	130	100,0	
Superfície irregular	Sim	76	97,4	0,065
	Não	2	2,6	
	Total	78	100,0	
Piso danificado	Sim	37	47,4	0,000
	Não	41	52,6	
	Total	78	100,0	
Possui degraus ou desníveis	Sim	52	66,6	0,028
	Não	26	33,4	
	Total	78	100,0	
Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos	Sim	66	84,6	0,930
	Não	12	15,4	
	Total	78	100,0	
Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)	Sim	8	10,2	0,000
	Não	70	89,8	
	Total	78	100,0	
Possui animais de estimação ou criações livres pela área	Sim	45	57,7	0,001
	Não	33	42,3	
	Total	78	100,0	
Possui vegetação que dificulte a visualização total da área	Sim	16	20,5	0,000
	Não	62	79,5	
	Total	78	100,0	

Quintal e o género

Natabela 72, averiguamos que existe quintal em 60,0%, dos quais 57,4% são do sexo masculino e 61,4% do sexo feminino e não existe em 40,0%, entre o sexo masculino e feminino, 42,6% e 38,6% respetivamente. A efetuarmos teste qui quadrado diz-nos não haver associação estatisticamente significativa entre as escadas e o sexo ($X^2=0,200$; $p=0,655$).

Tabela 72 – Estatística descritiva entre o quintal e o género

Quintal	Género				Total		Resíduos		X^2	p
	Masculino		Feminino		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
Existe	27	57,4	51	61,4	78	60,0	-0,4	0,4	0,200	0,655
Não existe	20	42,6	32	38,6	52	40,0	0,4	-0,4		
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0				

Risco de queda no domicílio e género

Na tabela 73 analisa-se o risco de queda no domicílio e o género, onde se pode apurar que 9,2% corresponde ao risco de queda efectivo, dos quais 8,5% são idosos do sexo masculino e 9,6% do sexo feminino. Na ausência de risco de queda 36,2% são do sexo masculino e 31,3% do sexo feminino. No risco de queda em qualquer divisão da habitação 55,3% dos inquiridos são idosos do sexo masculino e 59,0% do sexo feminino. Efectuado o teste de qui quadrado, apuramos que não há associação estatística entre o risco de queda no domicílio e o sexo ($X^2=0,326$; $p=0,850$).

Tabela 73 – Estatística descritiva do risco de queda no domicílio e o género

	Género				Total		Resíduos	
	Masculino		Feminino		N	%	1	2
	N	%	N	%				
Risco de queda efetivo	4	8,5	8	9,6	12	9,2	-0,2	0,2
Ausência de risco de queda	17	36,2	26	31,3	43	33,1	0,6	-0,6
Risco de queda em qualquer divisão	26	55,3	49	59,0	75	57,7	-0,4	0,4
Total	47	100,0	83	100,0	130	100,0		

$\chi^2=0,326$; $p=0,850$

Risco de queda no domicílio e idade

Quanto, ao risco de queda no domicílio e a idade constatamos que corresponde ao risco de queda efectiva 12,7% dos idosos jovem, 5,7% do idoso e 7,1% ao mais idoso. A ausência de risco de queda pertence 36,5% do idoso jovem, 18,9% do idoso e 71,4% do mais idoso. Por fim, no risco de queda em qualquer divisão são 50,8% idosos jovens, 75,5% idosos e 21,4% mais idosos. Ao realizar o teste de qui quadrado, verificamos não haver associação estatisticamente significativa entre o risco de queda no domicílio e a idade ($\chi^2=17,918$; $p=0,001$) (tabela 74).

Tabela 74 – Estatística relativa ao risco de queda no domicílio e a idade

Risco de queda no domicílio	Idade						Total		Resíduos		
	Idoso jovem		Idosos		Mais idosos		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
Risco de queda efectiva	8	12,7	3	5,7	1	7,1	12	9,2	1,3	-1,2	-0,3
Ausência de risco de queda	23	36,5	10	18,9	10	71,4	43	33,1	0,8	-2,9	3,2
Risco de queda em qualquer divisão	32	50,8	40	75,5	3	21,4	75	57,7	-1,5	3,4	-2,9
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0			

$\chi^2=17,918$; $p=0,001$

5. Discussão dos Resultados

Os resultados apresentados anteriormente são discutidos neste capítulo, tendo como base um conjunto de reflexões teóricas, no sentido de desenvolver esforços para tentar compreender todos os valores encontrados.

Relativamente à caracterização socodemográfica, verificou-se que a percentagem de mulheres idosas (63,8%) prevaleceu sobre a dos homens (36,2%). A maioria dos idosos encontra-se na faixa etária do idoso jovem (48,5%), casado ou em união de facto (51,5%), com habilitações literárias (66,2%), não ativos na situação laboral (90,8%), com rendimentos de ≤ 485 euros (51,5%) e a coabitarem acompanhados (68,5%). Estes resultados vão de encontro aos resultados do censo 2011, onde a população idosa portuguesa tem vindo a crescer sobretudo entre as mulheres, devido à maior esperança de vida (INE, 2011).

Perracini (2005) referem no seu estudo que a prevalência de queda sobe para 32,5% entre os idosos sem vida conjugal e que moram só e para 39,0% entre os idosos sem vida conjugal que moram em domicílios de uma geração.

Rosa *et al.*, (2003) relataram que os idosos com nível mais baixo de escolarização, como apenas ler e escrever ou analfabetos, apresentaram maior probabilidade, cerca de cinco vezes maior de manifestar dependência funcional de moderada a grave, o que vai de encontro ao presente estudo.

Quanto a avaliação da capacidade funcional tendo em conta os pontos de corte preconizado por Lawton e Brody da Escala Avaliação das Atividades de Vida Diária, os idosos inquiridos do sexo masculino são moderadamente dependentes (63,8%), enquanto que no sexo feminino a maioria são independentes (45,8%). Na faixa etária, a maioria do Idoso jovem é independente (87,5%) e o Idoso e o Mais idoso são severamente dependentes (54,8% e 25,8% respetivamente). Dos idosos inquiridos, aqueles que afirmaram ser solteiro, divorciado ou viúvo são maioritariamente severamente dependentes (64,5%), contra 67,5% independentes que referem ser casados ou em união de facto. Nas habilitações há superioridade dos sem habilitações vai para os severamente dependentes (71,0%) e com habilitações para os independentes (92,5%). Na situação laboral, ativo é 22,5% independente e não ativo 96,8% severamente dependente. Com rendimentos ≤ 485 euros encontram-se os idosos severamente dependentes (83,9%) e com ≥ 486 euros os independentes (80,0%). Os que coabitam

sozinhos são moderadamente dependentes (40,7%) e os que coabitam acompanhados 77,5% são independentes. No que concerne a capacidade funcional, o nosso estudo indica haver associação desta com o sexo, a idade, as habilitações e os rendimentos

Num estudo efectuado por Sousa e Figueiredo (2003) foram avaliadas as actividades de vida diária (AVD), e verificou-se que em Portugal 14,7% dos idosos afirmam-se como totalmente dependentes, 12,5% muito dependentes, 15,8% com algumas limitações nas AVD's e 54% como completamente independentes, o que vai de encontro a realidade da população estudada.

O processo de envelhecimento afecta os componentes responsáveis pelo controle postural na marcha. Porém, independente da causa, as alterações do equilíbrio corporal leva à diminuição da capacidade do indivíduo utilizar estratégias compensatórias, aumentando a sua instabilidade e, conseqüentemente, o seu risco de cair (Swift, 2006).

Relativamente a avaliação da capacidade funcional através do teste Timed – “Up & Go” os dados relevam que a maioria dos idosos realizou o teste entre 10-20 segundos (46,8%), seguidamente, 45,2% realizaram o teste em ≥ 20 segundos e apenas uma pequena percentagem realizou o teste em < 10 segundos (7,9%).

Carvalho *et al.* (2007), afirma que sendo vários os fatores responsáveis pela susceptibilidade de ocorrência de quedas, a diminuição do equilíbrio, entre outros, é um aspeto determinante para este problema.

A falta de equilíbrio e as alterações na marcha são dois dos maiores fatores de risco limitadores da mobilidade e causadores de quedas nos idosos (Perracini, 2005)

Se o idoso cair reduz as suas actividades diárias e esta diminuição drástica de actividade física origina deficiências físicas na locomoção. Quando é exigido um movimento mais complexo do que aquele a que está habituado a possibilidade de sofrer uma queda é maior (Matos, 2011). As quedas podem afetar a capacidade funcional por estar associada a modificações anatómicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento e a diversas patologias.

Dos idosos 64,6% refere queda no domicílio, em maior percentagem o sexo feminino (73,5%) e no grupo etário os Mais idosos (71,4%). Relativamente ao número de quedas, o mais frequente é “uma queda”, onde o género predomina com 39,8% ao contrário da faixa etária que neste caso se encontra no Idoso jovem (41,3%).

O estudo realizado por Boyd e Stevens (2009), o sexo feminino sofreu mais quedas em relação ao masculino tanto nas diferenças etárias como no número de

quedas. Esse fato pode ser devido às múltiplas tarefas que as mulheres realizam no domicílio, levando a ter maior propensão de sofrer lesões pelas quedas.

A maioria da amostra, 77,7% referiu não ter caído nos últimos 12 meses, resultado semelhante foi encontrado por Rodrigues, (2009).

Alguns estudos prospectivos indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas (Reyes-Ortiz *et al.*, 2005)

No estudo realizado por Rodrigues (2009), a análise dos dados sobre frequência de quedas nos últimos 12 meses revelou que 72,73% (192) dos idosos relataram não ter caído nenhuma vez, que 14,39% (13,39%) caíram uma vez e 12,88% (34) caíram duas vezes ou mais o que vai de encontro ao presente estudo, que nos indica que dos idosos inquiridos 76,2% não caiu, seguidamente 14,6% teve uma queda e 9,2% refere ≥ 2 quedas.

Hamra, Ribeiro e Miguel (2007) afirmam que obstáculos no ambiente doméstico também são fatores associados às quedas em idosos, correspondendo a 74,6% das quedas e os locais mais frequentes foram quintal (19%), banheiro (18,5%), sala (12,2%), quarto (7,8%) e cozinha (7,8%). Segundo o estudo realizado por Fhon (2011), os locais de ocorrência das quedas são o quintal, a casa de banho e o quarto, que vai de encontro ao presente estudo, onde as quedas se dão mais no quintal, casa de banho e quarto (29,2%, 18,5% e 16,2% respetivamente).

Os cinco principais motivos de queda enumerados pelos nossos idosos inquiridos são os seguintes: desequilíbrio, falta de atenção, obstáculos, piso molhado e tonturas, vertigens ou desmaios, com 47,7%, 40,0%, 29,2%, 26,2% e 25,4% propriamente. O autor anteriormente descrito também descreve como principais motivos de queda: alterações do equilíbrio (50%), fraqueza muscular (30%), tonturas/vertigens (28,8%), dificuldades para caminhar (25%), desmaio (5%) e hipotensão postural, confusão mental e perda da rigidez do corpo sem perda de consciência (3,8% cada um deles).

A maioria dos idosos inquiridos referem não utilizar apoio a marcha e consegue subir escadas (67,7%, 94,6% respetivamente), Dos que afirmaram utilizar apoio na marcha, o tipo de equipamento referido como mais utilizado é a bengala (76,2%). A maioria vê mal (80,0%) e usa óculos (70,0%), enquanto referem ouvir bem (67,7%) e não usar aparelho auditivo (88,1%). Também não referem problemas de incontinência urinária (80,8%).

As alterações da acuidade e do campo visual, bem como, cataratas, glaucoma e degeneração macular estão correlacionados com aumento do risco de queda (Ganz et al., 2007).

O estudo realizado por Curcio *et al.* (2009), descreveu e identificou os principais fatores associados com as quedas recorrentes. Evidenciou que existe maior prevalência de incontinência urinária e sintomas depressivos relacionados com as quedas e que os fatores intrínsecos são preditores de queda recorrente e que trazem consequências graves.

Sabe-se que os idosos com quedas recorrentes são considerados como um grupo de alto risco de sofrer novas quedas e que esta aumenta com a idade (Chu *et al.*, 2005). Os idosos do presente estudo referem 80,0% que sentem dor “algumas vezes e sempre”. Por sua vez, o estudo de Cruz (2008), alerta-nos para a existência de relação entre as quedas e a dor crônica em idosos com repercussões na qualidade de vida.

Pode-se comprovar que a diabetes, a patologia cardiovascular, a hipertensão arterial, a doença maligna, demência, a patologia osteoarticular, a patologia psiquiátrica, a patologia genito-urinárias, as doenças da pele e a patologia digestiva predominam na mulher (64,3%, 63,3%, 65,5%, 70%, 80%, 71,1%, 92,3%, 52,4%, 53,3% e 81% respectivamente). A patologia respiratória e a doença que predomina no idoso do sexo masculino, com 70%. A doença hematológica só reina no sexo feminino. As doenças mais relacionadas com as quedas foram diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, hipotensão ortostática, sequelas de AVC, cataratas, artrite, demência e depressão (Yu *et al.*, 2009).

As estatísticas da medicação dos inquiridos revelam para os participantes uma toma mínima de 0 comprimidos e uma máxima de 12 comprimidos, a que lhe corresponde uma média de 4,63 comprimidos.

No que diz respeito a medicação, os inquiridos responderam afirmativamente a questão: “Toma medicamentos diariamente?”, 95,7% dos idosos do sexo masculino e 98,8% dos idosos do sexo feminino. Para facilitar a análise desta variável os dados foram agrupados em: “Sem polimedicação”, “Polimedicação minor” e “Polimedicação major”. A análise dos resultados revela que a maioria afirma “Polimedicação major”, 42,6% dos homens e 51,8% das mulheres. Ao cruzarmos os dados da quantidade de medicação com o número de quedas nos últimos 12 meses verificamos que os inquiridos que responderam “Polimedicação major” sofreram 66,7% “ ≥ 2 quedas”, 63,2% “uma queda” e 43,4% “zero quedas”. Relativamente a “Polimedicação minor” a

percentagem é maior no “zero quedas” (44,4%), seguido de “uma queda” (31,6%) e por fim “2>=quedas” (25,0%). A percentagem total mais baixa foi referente a “sem polimedicação” 12,1% para “zero quedas”, 5,3% para “uma queda” e 8,3% para “2>=quedas”.

Ao cruzarmos os dados da quantidade de medicação com o risco de queda recorrente verificamos que a maior percentagem encontra-se na “Polimedicação major”, em que 50,0% é referente a probabilidade de 25% de risco de queda e 41,7% a probabilidade de 7% de risco de queda recorrente. Os idosos portugueses compram muitos medicamentos, assim como as pessoas com 65 anos ou mais encontram-se polimedicamentadas (CEF, 2009).

O risco de quedas aumenta com o número de fatores de risco, entre as quais a medicação. A polimedicação é considerada um fator de risco importante para as quedas no idoso (Ziere *et al.*, 2005)

Menezes e Bachion (2008) encontraram em sua pesquisa com 95 idosos institucionalizados os seguintes fatores associados a quedas: relato de dificuldade motora em membros inferiores (90%), déficit visual (81,1%), uso de três ou mais medicamentos (59,7%), suspeita de depressão (37,9%), falta de equilíbrio em apoio unipodal (37,9%) e altura do passo anormalmente diminuída (32,6%).

A Polimedicação é um dos critérios de fragilidade a rastrear e a prevenir na vulnerável população idosa, preditivo de hospitalização prolongada, de perda de função após hospitalização, de institucionalização e de mortalidade. A Polifarmácia é associada a prescrição suboptimal, uma vez que a exposição a um maior número de fármacos, aumenta a probabilidade de estes serem prescritos inapropriadamente. O uso de múltiplas medicações para tratar co-morbilidades Polimedicação e Medicação aumenta também o risco de quedas provavelmente em relação com o aumento do uso de determinadas classes específicas de acção central e cardiovascular.

Relativamente ao uso de medicação inapropriada e maior risco de quedas e fracturas em idosos, verificou-se que este risco estava associado ao uso prolongado de forma crónica de Benzodiazepinas de longa acção e a outros psicotrópicos e fármacos com propriedades Anti-colinérgicas (Santis, 2009)

Desta forma, estudiosos ressaltam que é mais importante focalizar, como meta, a prevenção do declínio funcional ao invés da mortalidade, e a qualidade de vida ao invés da longevidade, e enfatizam também a importância de programas contínuos de promoção de saúde para os idosos (Rockwood *et al.*, 2000).

Na caracterização da habitação, a maioria dos idosos participantes do presente estudo vive em casa própria, do tipo moradia e apresenta maioritariamente 1º andar, 85,4%, 99,2% e 53,8% respetivamente.

No presente estudo verificamos haver risco em qualquer das divisões da casa em 57,7%, risco de queda efetivo em 9,2% e ausência de risco de queda no domicílio em 31,3%.

Dentro das causas extrínsecas, na comunidade, elas ocorrem com maior frequência no próprio ambiente doméstico, o que está associado à dificuldade de se sentar ou levantar de camas e cadeiras, em tropeçar em revestimentos do assoalho, em soleiras de porta, escorregar em superfícies molhadas com o uso inadequado de calçados, descer ou subir degraus (Perracini, 2007).

Luzio (2003) afirma que os fatores ambientais têm um papel importante em até metade de todas as quedas. Situações como iluminação inadequada, ambientes monocromáticos, superfícies escorregadias ou irregulares, tapetes soltos, escadas íngremes, degraus altos ou estreitos, móveis frágeis, cadeiras e sanitas baixos, obstáculos no caminho (fios, móveis baixos, objetos pequenos), ausência de corrimãos em escadas, degraus e banheiros, prateleiras excessivamente altas ou baixas e calçados inadequados aumentam as hipóteses de queda em idosos.

Considerando os dados encontrados neste estudo, emerge a necessidade de novos estudos e mudanças de atuação direccionadas a prevenção do risco de queda do idoso no domicílio. Tal fato reforça a importância de percebermos que tipo de características têm a habitação do idoso para minimizarmos, reduzirmos o risco de queda deste, pois o idoso da nossa comunidade passa maioritariamente o seu tempo em casa.

6. Conclusão

Segundo a DGS (2009), o principal mecanismo da lesão de acidentes domésticos foi a queda, apresentando uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos, com maior prevalência entre o sexo feminino. Para este organismo, os factores de risco de quedas em idosos são: viver sozinho, tomar medicamentos, em especial medicamentos psicotrópicos, doenças crónicas tais como artroses, depressão, doença pulmonar crónica, mobilidade reduzida e balanço, dificuldades cognitivas e demência, redução da acuidade visual, calçado e vestuário inadequado, uso de bengalas ou andarilhos, subir para escadotes, cadeiras, bancos, árvores, autocarros, piso escorregadios ou irregulares, pavimentos degradados.

Este estudo procurou explicar os factores de risco de queda do idoso no domicílio, assim clarificar as influências das variáveis sociodemográficas, da capacidade funcional, dos parâmetros clínicos e das variáveis contextuais a queda (local e motivo da queda) que nos serviram de base para a análise das hipóteses de estudo.

Assim, o enquadramento literário e o estudo exploratório realizado possibilita-nos concluir uma síntese justificativa da questão em análise, e propor determinadas intervenções e estratégias com o objectivo de diminuir o risco de queda na população idosa no domicílio, bem como sugerir novas linhas de investigação a ter em conta futuramente.

Refletindo sobre os resultados encontrados, podemos considerar que relativamente ao risco de queda dos idosos no domicílio, constatamos que o fator capacidade funciona está associada ao sexo, idade, habilitações e rendimentos.

Desta forma, chegados ao fim deste estudo, verificamos que obtivemos algumas respostas às questões colocadas à partida e que atingimos os objectivos a que nos propusemos.

Entre as limitações, identificamos em primeiro lugar as fragilidades inerentes a um estudo de tipo exploratório em que parte dos instrumentos utilizados e os processos metodológicos seguidos não foram previamente validados. Para além disso, o escasso tempo disponível para a colheita dos dados não nos permitiu a constituição de uma amostra de dimensão que satisfaça totalmente os critérios dos autores mais exigentes.

Uma outra limitação do nosso estudo prende-se com o facto de desconhecermos outros estudos em que a variável característica da habitação tivesse sido analisada, pelo que

nos obrigou a um cuidado redobrado quando da interpretação dos respectivos resultados, indicando a necessidade de trabalhos futuros em que seja usado a Escala de Avaliação do Risco de Queda no domicílio e se considere a reformulação de alguns itens e, eventualmente, a inclusão de outros, de modo a melhorar as características psicométricas deste instrumento.

A temporalidade em que foi realizado o estudo, levou à reduzida amostragem e o caráter inovador do estudo em âmbito comunitário que dificultou a fundamentação bibliográfica, assim, como a comparação dos dados obtidos.

Apesar das limitações já referidas não quisemos deixar de dar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática e essencialmente abrir portas para novas análises em que se considerem estas e outras variáveis.

Sugestões de investigação

Ouvidos os profissionais obtivemos contributos que nos permitem fazer sugestões em diferentes áreas de intervenção:

- Uma investigação posterior com uma maior amostra,
- Criação de programas de intervenção multifatorial com o intuito de diminuir o risco de queda nos idosos
- Nos Centros de Saúde têm que se implementar discussões sobre a problemática risco de queda do idoso e criar um plano educacional.

Torna-se urgente, avançar para uma política de prevenção que previna e se abandonem as pseudo-intervenções, que além de porem em risco a percepção da eficácia das intervenções pontuais, poderão por em risco a percepção da eficácia da própria prevenção, em geral.

Na verdade, do profissional de saúde espera-se uma resposta com competência teórica e prática aos desafios do envelhecimento individual e populacional e conseqüentemente, torna-se necessário que se invista na formação dos recursos humanos para que possam intervir de forma eficaz e com qualidade nos cuidados à população idosa.

Deve constituir uma prioridade na intervenção da educação preventiva do risco de queda do idoso no domicílio, quer para a população, quer para os profissionais de saúde.

Em suma, este trabalho permitiu-nos aprofundar conhecimentos numa área que nos preocupa e pela qual temos particular interesse, e como enfermeira a exercer nos cuidados primários, a importância de criar estratégias para a prevenção de quedas no idoso é para nós muito importante. Esta dissertação tem a intenção de apenas se constituir como um instrumento de reflexão, sem ser conclusiva, ou colocar um ponto final na discussão. Por fim, que esta leitura seja reveladora e prazerosa.

Bibliografia

- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F. e Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *In Revista de Enfermagem Referência* (III Série, nº 2, pp. 164-167). Coimbra: (s.e.);
- Bento, PCB *et al.* – Ver Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2010, 12 (6): 471-479
- Botelho, M. A. Idade Avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 23, 191-195, 2007
- Boyd, R.; Stevens, J. A. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. **Age and Ageing**, v.38, n.4, p. 423, 2009.
- Brito, F.C E Litvoc, C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, p.1-16, 2004.
- Carvalho *et al.*, (2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007
- Carter, N.D. *et al.* – Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med.* 2001;31:427-38
- CEF (2009) – Disponível em: <http://www.uc.pt/ffuc/cef/publications> Consultado em 4 de Março de 2013.
- Chu, L. W., Chi I., Chiu A. Y. Y. Incidence and predictors of falls in the Chinese elderly. *Ann Acad Med.*, Singapore, v.34, n.1, p.60-72, 2005
- Curcio, C. L., Gómez F., Osorio J.L., Ross V. Caídas recorrentes en ancianos. *Acta Méd Colomb*, Bogotá, v.34, n.3, p. 103-110, 2009
- Das, CP; Joseph S – Falls in elderly. *J Indian Med Assoc.* v. 103, n. 3, p.136 -140, 2005
- Direcção Geral da Saúde (2012): Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Acedido em 3 de Fevereiro de 2013 em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>
- Direcção Geral da Saúde (2012): Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre gerações – Programa da acção, 2012. Acedido em 3 de Fevereiro de 2013 em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>;

- Duarte, M. (2011). Caracterização e Impacte das Quedas de doentes como indicador de qualidade num Hospital E.P.E. (s.e.). Lisboa. Acedido em Março 13, 2012: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6846/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Magda%20Duarte.pdf>;
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2012) – *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Viseu.
- Fabício, S.C.C; Rodrigues, R.A.P.; Junior, M.L.C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, Volume 38, Número 1, Fevereiro, 2004.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. p.208
- Gai, J., Gomes, L. e Jansen de Cárdenas, C. (2009). Ptofobia – O Medo de cair em Pessoas Idosas. Acedido em 12 de Março de 2013, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/083-088.pdf>;
- Hamra, A.; Ribeiro, M.B.; Miguel, O.F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Actaortop.bras.**, São Paulo, v.15, n.3, 2007
- Hansen-Kyle, Linda - A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*.40:2 (2005), 45-57. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=9&sid=a63375b0-02ae-4e15-9a86-74a9e683b706%40sessionmgr12>>.
- INE (2011) – Consultado em 4 de Março de 2013. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001228&contexto=bd&selTab=tab2
- Jackson S.H, Mangoni A.A, Batty, G.M. Optimizing of drug prescribing.Br J ClinPharmacol 2004, 57,231-236;
- Leite, (2009). Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social. Consultado a 4 de Março 2013. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/05/livro_envelhementofinal.pdf
- Luzio, C.S. et al – Programa de Prevenção de Quedas no Idoso. Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. Lisboa. 2003
- Martín, M.S.; Merino, A; González, J; Díaz, H; Mínguez, Y; Casado, J.M.R.; Nogal,

M.L.; Bañón, M.J.O.; Ramírez, A.G.. Riscos Domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. Edição especial para o projecto “Com mais cuidado” da Fundación MAPFRE. Primeira edição. Setembro 2010.

Melo C.. Adaptação cultural e validação para a população portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES). Trabalho apresentado no âmbito da apresentação de provas públicas para a Professora Coordenadora da Escola Superior e Tecnologia da Saúde do Porto (ESTES - Porto), não publicado, ESTES – Porto, 2003

Menezes, R.L.; Bachion, M.M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008

Moraes, E.N. **Avaliação multidimensional do idoso – instrumentos de rastreio**. Belo Horizonte: Folium, 2008.

Nobrega, O.T. & Karnikowski, M. G. O.. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saúde coletiva*.10 (2), p. 1-6. Acedida em 20 de Abril de 2013 em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63010205.pdf>. ISSN:1413-8123, 2005

OMS. Envejecimiento y salud. 55ª **Asamblea Mundial de la Salud**. A55/17. 2003.

Ricardo,P. A.; Sousa, R.E.; ATIE, S. A influencia das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva* , 2008, p.1265-73

OMS. Organização Mundial de Saúde. Acedido em 4 Abril de 2013 em www.organizacaomundialdesaude.gov.br

Organização Mundial de Saúde - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice traduzido por Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. 2010

OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo. Acedido em 4 Abril de 2013 em: www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/quedas+oms.htm, 2010.

OMS (2008) - Falls [Em linha]. Acedido em 4 Abril de 2013 em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/.

Patel RB. Polypharmacy and the elderly. *J InfusNurs*; 26: 166-9; 2003

Perracini, M. R. **Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso**, UNIFESP –Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005.

Peeters, G.M.E.E. et al. (2007). Prevention of fall incidents in patients white a high risk of falling: desing of a randomized controlled trial with an economic evaluation of the effect of multidisciplinarytransmural care. BMC Geriatric.. Acedido em 4 Abril de 2013 em <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/15>.

Ramos, LR; Toniolo, NJ – Guia de geriatria e gerontologia. Barueri, SP: Manole, 2005.p.346

Reyes-Ortiz, C. A.; AL Snih, S.; Markides, K. S. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans.**Revista Panamericana de Salud Pública**, v.17, n.5-6, p. 362-369, 2005.

Ribeiro, A.P.;Souza,E.R.;Aties,S.;Souza,A.C.;Schilithz,A.O. **A Influência das quedas na quantidade de vida de idosos**. Centro Latino Americano deEstudos de Violência e Saúde-CLAVES, Rio de Janeiro, set.2006.

Rockwood, K.; Hogan, D.; Macknight, C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people.*DrugsandAging* v. 17, p. 295-302, 2000.

Rodrigues, S.; Coração E.. Quedas no senescente: equilíbrio e medo de cair. Revista Faculdade Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 6, 162-172, 2009

Rosa, T. E. C.;Benicio, M. H. D.; Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Publica, Vol 37, N1, 40-8.

Santos, M.L.C; Andrade, M.C. Incidência de Quedas Relacionada aos Fatores de Riscos em Idosos Institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia. v.29, nº.1, p.57-68,jan./jun. 2005.

Santis, T. P. L.S. (2009) – Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: estudo descrito de base populacional em cuidados de saúde primários, Coimbra. Consultado a 2 de Abril de 2013. em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14808/1/Disserta%20a7%20a3o_mestradoTSantis.pdf

Saraiva, D. M. R. F. *et al.*. Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35, 2008

Spidurso, W.. Dimensões físicas de envelhecimento. São Paulo, Manole Ltda, p. 172, 2005

Silva, T.M.; Nakatani, A.Y.K.; Souza, A.C.S.; Lima, M.C.S. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Electrónica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 64 - 78, 2007.

Silva, I.F.O. **Aspectos do envelhecimento cerebral e função cognitiva em modelo experimental animal e estudo de mecanismos de neurodegeneração em cultura celular**. Monografia de Graduação e Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007

Sousa L, Figueiredo D. Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem estar. *Psychol* 2002;25:19-24.

Teixeira, M.H. Aspectos psicológicos da velhice. In A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2a edição. Rio de Janeiro: Interciência, p.309-315, 2004.

Timiras, PS – *Physiological Basis of Aging and Geriatrics*. 3rd Edition. Boca Raton: CRC Press LLC, 2003

Tromp, A, M. et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*, v. 54, p. 837-844, 2001.

Yu P., Qin Z., Shi J., Xin M., Wu Z., Zun Z., Prevalence and related factors of falls among the elderly in an urban community of Beijing *Biomed Environ Sci.*, San Diego, v.22, n.3, p. 179-187, 2009.

Ziere G., Dialeman J.P., Hofman A., Pols HAP, van der Cammen TJM, Stricker BH. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *Br J Clin Pharmacol.*; 61 (2): 218-223, 2005

Zimerman, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

ANEXO 1

Questionário subjacente ao tema “Risco de queda dos Idosos no domicílio”

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado em Saúde Comunitária pedimos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário subjacente ao tema “Risco de Queda dos Idosos no domicílio”. Todos os dados facultados serão tratados de forma anónimos.

Parte I

- 1. Género:** Masculino Feminino
- 2. Idade:** _____ anos
- 3. Estado Civil:** Solteiro(a) Casado (a)/ União de Facto Divorciado (a)/ Separado(a) Viúvo(a)
- 4. Que estudos têm?** Não sei ler nem escrever
 Só sei ler e escrever
 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
 Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
 Curso Superior
- 5. Qual a sua situação perante o trabalho?**
 Trabalha por conta própria Inactivo/ Reformado Trabalha por conta de outrem
- 6. Qual a sua profissão? (Se estiver desempregado(a) ou reformado(a), a sua última profissão)**
-
- 7. Quais os seus rendimentos mensais:**
 Sem rendimentos < 200 € entre 200 € e 485€ entre 486€ e 1000€ > 1000€
- 8. Actualmente vive com?**
 Sozinho Esposo/Companheiro Filho/Neto Irmão(ã) Outros. Quem? _____

Parte II

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- 9. Capacidade para usar o telefone:**
- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
 - 2. Marca alguns números que conhece bem
 - 3. Atende o telefone mas não marca números
 - 4. Não usa o telefone
- 10. Fazer compras:**
- 1. Faz as compras que necessita sozinho
 - 2. Compra sozinho pequenas coisas
 - 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
 - 4. Incapaz de fazer compras
- 11. Preparar refeições:**
- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
 - 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
 - 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
 - 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

12. Cuidar da casa:

- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

13. Lavar a roupa:

- 1. Lava toda a sua roupa
- 2. Lava pequenas peças de roupa
- 3. É incapaz de lavar a sua roupa

14. Modo de transporte:

- 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- 5. Incapaz de se deslocar

15. Responsabilidade pela própria medicação:

- 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- 3. É incapaz de tomar a medicação

16. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

Parte III

17. No seu dia-a-dia necessita de utilizar equipamento de apoio à marcha?

Não Sim.

18. Se respondeu SIM qual? _____

19. Consegue subir escadas? Não Sim

20. Vê mal? Não Sim.

21. Se SIM usa óculos? Não Sim

22. Ouve mal? Não Sim.

23. Se SIM usa aparelho auditivo? Não Sim

24. Tem problemas de incontinência urinária? Não Sim

25. Já caiu no domicílio? Não Sim

26. Se respondeu SIM, quantas vezes? _____

27. Caiu nos últimos 12 meses? Não Sim

28. Se respondeu SIM, quantas vezes? _____

29. Se respondeu SIM, onde se deu a queda? (Pode responder a mais que uma opção e colocar o número de vezes em cada opção)

- __ Cozinha
- __ Quarto
- __ Sala
- __ Casa de banho
- __ Corredor
- __ Quintal
- __ Jardim
- __ Outros. Qual? _____

30. Qual o motivo da queda? (Pode responder a mais que uma opção)

- Obstáculos
- Desequilíbrio
- Falta de atenção
- Piso molhado
- Tonturas, vertigens ou desmaio
- Problemas de visão
- Patologia (s) ou doença (s) que dificultam a marcha
- Embriaguez
- Outro. Qual? _____

31. No seu dia-a-dia costuma sentir dor?

- Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

32. Tem uma ou mais destas doenças há mais de 3 meses?

- Não Sim

33. Se respondeu SIM assinale qual (quais).

- Diabetes
- Patologia Cardiovascular (ex: HTA, doenças do coração, AVC, varizes)
- Hipertensão Arterial (tensão alta)
- Doenças Hematológicas (ex: dislipidemia, hipocoagulação)
- Doença maligna (ex: cancro)
- Patologia Respiratória (ex: bronquite e sinusite)
- Demências (ex: Parkinson)
- Patologia Osteoarticular (ex: osteoporose, artroses, artrite)
- Patologia Psiquiátrica (ex: depressão)
- Patologia Genito-urinárias
- Doenças de Pele (ex: feridas)
- Patologia Digestiva (ex: úlceras)
- Outra doença crónica. Indique qual: _____

34. Toma medicamentos diariamente? Não Sim

35. Se respondeu SIM que quantidade de medicamentos toma? _____

36. Consegue tomar os seus medicamentos? Não Sim

37. Se respondeu NÃO, que tipo de apoio têm?

- Centro de dia/Apoio domiciliário
- Apoio familiar
- Outro. Qual? _____

Parte IV

38. Equilíbrio – Timed “Up&Go”(o idoso fará uma vez para familiarizar-se com o teste e o tempo somente será iniciado, finalizado e marcado quando realizar o teste pela segunda vez. É necessário um relógio ou cronometro para marcar o tempo da realização do teste, uma fita métrica para marcar a distância da cadeira até ao ponto referido no teste e uma cadeira com apoio para membros superiores).

Verificar-se-á o tempo, em segundos, gasto pelo idoso para levantar-se de uma cadeira que possua apoio para os braços, caminhar uma distância de três metros, dar uma volta de 180°, voltar caminhando em direcção à cadeira e sentar-se novamente. O indivíduo deverá usar sapatos aos quais está habituado e o dispositivo auxiliar de marcha diariamente utilizado (muletas, bengalas, andarilho, etc). O idoso deverá realizar o teste uma vez para se familiarizar com ele, validando o teste quando o mesmo for realizado pela segunda vez e nenhuma ajuda será dada durante o mesmo. O idoso deverá realizar o teste na velocidade que caminha normalmente, sem correr ou pular.

Tempo gasto no teste: _____ **segundos**

Parte V

- 39. Actualmente onde vive?** Casa própria
 Casa arrendada
 Casa de familiares
 Outro. Qual? _____

40. Que tipo de habitação vive?

- Moradia Apartamento Quinta Outro. Qual? _____

41. Se respondeu Moradia ou Quinta quantos andares tem?

- só r/chão 1 Andar 2 Andar 3 Andar

42. Se respondeu Apartamento em que andar vive?

- r/chão 1 Andar 2 Andar 3 Andar

43. Se respondeu Apartamento tem elevador? Não Sim

Escala de Caracterização da Habitação (Adaptação Santana, 2007)

Salade Estar/Jantar <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Existe mesa de centro		
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm)		
Objectos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura		
Tapetes sem anti-derrapante		
Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas		
Piso escorregadio		
Degraus na sala		
Piso solto ou danificado		
Degraus entre a sala e outra divisão da casa		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Quarto de dormir <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar no mobiliário(<80cm)		
Possui tapete (s) do(s) lado(s) da cama sem anti-derrapante		
Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo? (objectos no chão)		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui degraus no quarto		
Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa		
Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão?		
Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se?		
Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão		
Deixa as gavetas dos móveis abertas		
Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Instalações Sanitárias <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Possui degraus dentro da casa de banho		
Existem de barras de apoio na sanita		
Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical		
No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180°		
O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita		
Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório		

Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Paredes e chão têm a mesma cor e padrão		
Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede		
É possível instalar um assento na banheira no seu interior		
Existem barras de apoio na banheira		
Presença de poliban/base de duche		
É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas		
É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche		
Existem barras de apoio junto à base de duche		
Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente		
O piso da base do duche está inclinado na direcção ao ponto de escoamento		
O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre		
Possuí tapete anti-derrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do polivan/chuveiro?		
Encontra-se sempre o piso molhado		
Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados		
Ausência de luz nocturna		
Os interruptores estão distantes da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
As torneiras são do tipo monocomando e accionadas por alavanca		
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso		
Corredor <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Ausência de barras de apoio		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui tapetes		
Largura não inferior a 0,9 m		
Comprimento 1,5 m		
Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°		
Possui fios eléctricos no chão (por exemplo o fio do telefone)		
Possui degraus no corredor		
Existe mobiliário no espaço		
Ausência de luzes nocturnas no corredor		
Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia		
Os interruptores estão em outra divisão da casa		
Cozinha <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)		
Possui degraus dentro do ambiente		
Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente		
Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou fletir o tronco para alcançá-los		
Os interruptores estão distantes da porta		
Encontra-se sempre com o piso molhado		
Pouca luminosidade durante o dia		
Escadas ou degraus <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Ausência de corrimão de ambos os lados		

Com corrimão em um dos lados		
Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada		
Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)		
Degraus escorregadios		
Degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos ou bordas) sem anti-derrapante ou em mau estado de conservação		
Largura inadequada para deslocar duas pessoas (menor que 1,2 m)		
Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes		
Pouca luminosidade durante o dia		
Pátio/Jardim <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas		
Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)		
Piso danificado por onde caminha		
Possui degraus ou desníveis por onde caminha		
Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha		
Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°		
Possui inclinações acentuadas (íngreme)		
Quintal <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Superfície irregular (terra, brita ou grama)		
Piso danificado		
Possui degraus ou desníveis		
Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)		
Possui animais de estimação ou criações livres pela área		
Possui vegetação que dificulte visualização total da área		

Obrigada pela Colaboração!

ANEXO 2

Pedido de autorização para colheita de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Tel. 232 419 100
Telex. 981 011 600
Fax 232 428 943

Ao Presidente
Conselho de Administração de U.L.S. da Guarda
Av. Rainha D. Amélia
6300 GUARDA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 34	Data: 10/01/2013
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a mestranda Fátima Cláudia Sousa do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Risco de queda dos idosos no domicílio". Pretende-se com este estudo avaliar os factores de risco de quedas dos idosos no seu domicílio.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos utentes idosos inscritos no Centro de Saúde de Almeida, pertencente à ULS da Guarda, no período de janeiro a fevereiro de 2013. O questionário é de heteropreenchimento, sendo aplicado pela mestranda em causa. Mais informamos que a Sr.ª Enfermeira Chefe Nazaré Peixe Ribeiro tem conhecimento mesmo e concorda com a sua pertinência.

Em anexo, enviamos um exemplar do instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que os Professores Cláudia Chaves e João Duarte são responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 982013723 ou pelo telefone 232419100 ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

CCAL

ANEXO 2

Autorização para efetuar colheita de dados

saída 4540*13-5-16 11:11



Ex^{mo(a)}. Senhor(a)
Fátima Cláudia Sousa Gonçalves
Centro de Saúde Almeida
Bairro da Trigueira
6350-209 Almeida

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados subordinado ao tema: "Risco de queda dos idosos no domicílio".

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da CES, nada temos a opor ao desenvolvimento do projecto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *por favor.*

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

(Dr. Luis Gil Barreiros)

LGB/IM

