



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

**A Influência da Depressão na Aptidão Funcional, no
Equilíbrio e Medo de Quedas analisando o perfil de Idosos
Institucionalizados em Meio Urbano e Rural**

Ana Rita Serdoura Serra Pacheco
Estudante de Fisioterapia
Escola Superior de Saúde - UFP
25878@ufp.edu.pt

Mariana Cervaens
Professora Auxiliar
Universidade Fernando Pessoa
cervaens@ufp.edu.pt

Porto, Fevereiro de 2015

Resumo

Objectivo: Avaliar o perfil (défices auditivos, visuais, de marcha, quedas, medo de cair e prática de actividade física) de idosos institucionalizados em meio urbano (MU) e rural (MR) e se a depressão influencia a sua aptidão funcional, o equilíbrio e o medo de quedas.

Metodologia: 20 idosas institucionalizadas, 10 do meio urbano (79,70±6,96 anos) e 10 do meio rural (79,90±8,98 anos), aos quais foi aplicado um Questionário, Escala Depressão Geriátrica, *Falls Efficacy Scale*, Escala de Berg, *Mini Mental State Examination* e Testes de Aptidão Funcional.

Resultados: O grupo MU evidenciou maiores défices no perfil avaliado, com a excepção da prática de actividade física e do medo de cair. Denotou-se em ambos os grupos depressão ligeira, baixo risco de quedas e equilíbrio favorável, sem diferenças significativas entre grupos. No entanto, o grupo MU manifestou melhorias significativas de força dos membros superiores ($p=0,002$), em relação ao grupo MR. **Conclusão:** Apesar do MU apresentar um perfil mais debilitante, o mesmo reportou melhores resultados nos testes de aptidão funcional, embora de forma não significativa. Por fim, verificou-se que a depressão não influencia a aptidão funcional, equilíbrio e medo de quedas de idosos institucionalizados em meio urbano e rural. **Palavras-chave:** Idosos, Lar Geriátrico, Meio Urbano, Meio Rural, Depressão, Equilíbrio, Medo de Quedas e Aptidão funcional.

Abstract

Purpose: To evaluate the profile (hearing, visual and gait deficits, falls, fear of falling and physical activity) of institutionalized elderly in urban (UA) and rural (RA) areas and if depression influences your functional fitness, balance and fear of falling. **Methods:** 20 institutionalized participants, female, 10 urban (79,70±6,96 years) and 10 rural (79,90±8,98 years) areas, to which we applied a questionnaire, Geriatric Depression Scale, Falls Efficacy Scale, Berg Scale, Mini-Mental State Examination and Functional Fitness Tests. **Results:** In the UA group, the results showed deficits in the evaluated profiles, with the exception of physical activity and fear of falling. In both groups there were presence of mild depression, low risk of falls and positive balance with no significant differences between groups. However, the UA group showed significant improvements in strength of the upper limbs ($p = 0.002$) compared to the RA group. **Conclusion:** Despite the UA had a more debilitating profile, it reported better results in functional fitness tests, although not significantly. Finally, it was found that depression does not influence the functional fitness, balance and fear of institutionalized elderly falls in rural and urban areas. **Keywords:** Elderly, Geriatric Home, Urban Area, Rural Area, Depression, Balance, Falls Fear and Functional Fitness.

Introdução

O envelhecimento constitui um processo progressivo, contínuo, natural e irreversível, que provoca desgaste e alterações em diferentes sistemas funcionais, diferenciando-se de indivíduo para indivíduo (Fiedler e Peres, 2008).

O número de idosos que se encontram institucionalizados tem registado maior adesão ao longo do tempo, sendo que em Portugal estima-se que cerca de 12% dos 33% dos utentes ligados a estabelecimentos de segurança social vivam em lares de idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Neste sentido, os idosos institucionalizados representam o grupo onde é mais provável tornarem-se detentores de várias consequências decorrentes da sua inactividade (Christensen et al., 2006 e Benedetti, 2000), pelo facto de não terem que realizar muitas das tarefas diárias, influenciando assim a sua aptidão física, funcional, maximizando um possível risco de quedas (Henry, Webster-Gandy e Varakamin, 2001).

A queda no idoso é definida como a falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante o seu movimento no espaço, representando um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua elevada incidência, custos adicionais e às complicações para a saúde em idosos (Carregaro e Toledo, 2008). Os que se encontram mais susceptíveis a quedas são os que manifestam maior défice de equilíbrio, controlo postural e défice de mobilidade (Barbosa, 2001), estimando-se que cerca de 40-60% dos indivíduos acima dos 65 anos e institucionalizados tenham já sofrido uma queda, sendo mais evidente no sexo feminino (Shephard, 1990).

Com isto, o medo do cair para um idoso pode provocar alterações na vertente psicológica e emocional, manifestando sentimentos de insegurança, medo, fragilidade e ansiedade que poderão conduzir a um maior défice de equilíbrio e maior risco de queda (Kaplan, 1997). Neste sentido, as consequências psicológicas das quedas podem conduzir à incapacidade dos idosos, revelando-se problemáticas, dado que o medo de uma nova queda pode alterar a auto-estima, levando a prejuízos consideráveis tais como a dependência e a necessidade de maiores cuidados (Rocha e Cunha, 1994), aumento da mortalidade, piora do nível de autocuidado e presença de sintomas emocionais como a depressão (Paixão Júnior e Heckmann, 2002).

Assim sendo, a depressão no idoso é definida como a existência de síndrome depressivo em indivíduos com idade superior a 65 anos, cujo aparecimento pode ocorrer antes ou depois dos 65 anos (Alexopoulos, 2005), representando a causa mais comum de morbilidade e diminuição da qualidade de vida em idosos institucionalizados (Berkman, Berkman, Kasl et al., 1986). A

presença de depressão é usualmente associada a problemas sociais e físicos que muitas vezes dificultam o diagnóstico (NIH, 1992).

Este processo de envelhecimento pode também conduzir ao declínio da aptidão física e da capacidade funcional, que se agrava com o sedentarismo, tornando os idosos dependentes de cuidados (Caldas, 2003). Neste sentido, torna-se importante avaliar a aptidão funcional do idoso, que representa a capacidade do indivíduo em realizar actividades físicas e motoras da vida diária sem dificuldades desempenhando um dos mais importantes marcadores de um envelhecimento saudável e de uma melhor qualidade de vida (Arena et al., 2007). Assim sendo, a manutenção e preservação da capacidade funcional é um ponto essencial para prolongar, por maior tempo possível, a independência, promovendo uma vida mais saudável (Gobbi, 1997). O interesse em analisar a aptidão funcional de idosos reside no facto da mesma demonstrar os efeitos do envelhecimento e também analisar o grau de dependência do idoso para realização de actividades motoras (Melo e Giovani, 2004), podendo ser calculada através de escalas (Andreotti e Okuma, 1999; Cardoso e Gonçalves, 1995) ou pela realização de testes motores (Osness, 1990; Rikli e Jones, 1999), englobando diversos componentes, nomeadamente a força muscular dos membros superiores e inferiores, a agilidade, o equilíbrio, a flexibilidade dos membros superiores e inferiores, a capacidade aeróbia e a coordenação.

Um estudo referiu a presença de menor prática de actividade física entre mulheres de meio rural (King et al., 2000) e, por sua vez, existem investigações que referem que o meio rural apresenta pior condição física do que indivíduos do meio urbano, generalizando em termos de idade para adultos e idosos (Parks, Housemann e Brownson, 2003). No entanto, há quem defenda que as condições de saúde são piores no meio urbano, comparativamente ao meio rural (Watt, Franks e Sheldon, 1994), havendo maior risco de mortalidade.

Desta forma, torna-se importante averiguar a influência da depressão na componente física de um idoso institucionalizado em meio urbano e rural. Neste sentido, o objectivo do presente estudo foi primeiro avaliar o perfil de idosos no que diz respeito à presença de problemas auditivos, visuais, uso de auxiliar de marcha, prática de actividade física, historial de quedas, mecanismo de tropeçar, medo de cair, aptidão funcional e equilíbrio e seguidamente em que medida a depressão influencia a aptidão funcional, o equilíbrio e o medo de queda de idosos institucionalizados em meio rural e urbano.

Metodologia

Desenho do Estudo

Realizou-se um estudo do tipo observacional. A variável independente é o envelhecimento e as variáveis dependentes são o equilíbrio, medo de quedas e a depressão.

Amostra

A amostra foi selecionada por conveniência e é constituída por 20 idosos, dos quais 10 institucionalizados em meio urbano no Porto, no Lar Arca d'Água e Lar Beneficência Evangélica do Porto e 10 institucionalizados em meio rural, no Marco de Canaveses, no Lar Fundação Santo António; do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos. A amostra apresenta uma média de idades de $79,8 \pm 7,82$ anos, sendo que a média de idades para o meio urbano é de $79,7 \pm 6,96$ anos e para o meio rural de $79,9 \pm 8,97$ anos.

CrITÉRIOS de selecção

Definiram-se como critérios de inclusão: idosos institucionalizados (Ribeiro et al., 2009), com idade superior ou igual a 65 anos de idade (Ribeiro et al., 2009), do género feminino e/ou masculino (Lopes et al., 2009), no domínio das suas faculdades mentais (Benedetti et al., 2010) e apresentar um pontuação igual ou superior a 20 pontos, no *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975), com mobilidade (Menezes e Bachion, 2008), com utilização ou não de auxiliares de marcha (Menezes e Bachion, 2008), com presença de depressão (Namekawa et al., 2013) e com capacidade de responder às questões e de executar os testes (Etemadi e Ahmadi, 2009). Os critérios de exclusão foram: idosos não institucionalizados, com idade inferior a 65 anos de idade, com défices mentais (Etemadi e Ahmadi, 2009), acamados (Benedetti et al., 2010), sem mobilidade e recusa da participação no estudo.

Os idosos foram assim subdivididos em dois grupos em função da região onde se encontram institucionalizados: MU – Idosos institucionalizados em meio urbano; MR – Idosos institucionalizados em meio rural.

Fundamentos Éticos

Para a realização do estudo precedeu a autorização da comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa e dos directores dos lares da cidade do Porto e do Marco de Canaveses, para efectuar os procedimentos nas suas instituições (Anexo 1). Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação os pacientes foram informados sobre a realização do estudo, no

qual podiam aceitar ou recusar a sua participação no mesmo. Nesta fase, foi também dado a conhecer aos potenciais participantes no estudo, oralmente e por escrito, o objectivo do estudo, bem como todos os procedimentos necessários para a sua realização. No final, foi pedida autorização para a participação no estudo, através do preenchimento do consentimento informado (Anexo 2), onde foi salvaguardada a sua confidencialidade e anonimato segundo a Declaração de Helsínquia, encontrando-se livres de poder desistir da sua participação em qualquer momento, sem quaisquer implicações.

Instrumentos

Para a recolha dos dados da amostra nomeadamente através de informações pessoais, demográficas e comportamentais foi realizada a aplicação de um questionário sócio-demográfico individual, onde foi recolhida a história de cada indivíduo para conhecimento e compreensão da história de vida pessoal relativamente a alterações auditivas e visuais, uso de auxiliar de marcha e questões relacionadas com a prática de actividade física, historial de quedas e medo de cair com duas alternativas de resposta, com “sim” ou “não” (Anexo 3). Os dados da idade, peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (Organização Mundial de Saúde, 1995), foram retirados dos processos dos idosos. Para a avaliação da depressão e da vertente cognitiva, utilizaram-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE), respectivamente. A Escala de Depressão Geriátrica é uma escala traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, sendo utilizada para detectar sintomas depressivos no idoso. É composta por 30 questões negativas/afirmativas, cujo resultado varia de 0 a 30 (de nenhum a um máximo de sintomas depressivos), sugerindo-se para a quantificação dos resultados a classificação de 0-10 (ausência de depressão), de 11-20 (depressão de severidade crescente) e de 21-30 (depressão grave). O *Mini Mental State Examination* é um teste utilizado para avaliar o estado mental dos indivíduos, sendo simples e rápido de usar, estando adaptado e validado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994). Este teste é composto por diversas questões agrupadas em seis categorias, onde são avaliadas funções cognitivas específicas como orientação para tempo e espaço (10 pontos), retenção de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação pode variar de um mínimo de 0 até um total de 30 pontos, considerando-se a existência de uma possível deterioração cognitiva, tendo em conta a escolaridade do indivíduo, quando a

pontuação total é menor ou igual a 15 (analfabeto); menor ou igual a 22 (escolaridade baixa/média) e menor ou igual a 27 (escolaridade alta).

Para a avaliação dos componentes da aptidão funcional foi utilizada a bateria de testes de Fullerton, desenvolvida por Rikli e Jones (1999), onde foram avaliados 5 testes: Levantar/Sentar, Flexão do Antebraço, Sentado/Alcançar, *Timed Up and Go* e Alcançar Atrás das Costas, respeitando um período de descanso de 1 minuto entre cada teste (Okada, Huxel e Nesser, 2011). Estes autores propõem a seguinte descrição dos testes: Levantar/Sentar – avaliar durante 30 segundos a força muscular do membro inferior através do número de repetições completas de levantar/sentar que o idoso faz com os braços cruzados sobre o peito numa cadeira; Flexão do Antebraço – avaliar a força muscular do membro superior durante 30 segundos através do número de repetições completas de flexão do antebraço que o idoso realiza segurando um peso de 2kg (sexo feminino) e 4kg (sexo masculino) na mão; Sentado/alcançar – avaliar, a partir da posição sentada e membro inferior com o joelho em extensão, a distância (cm) entre os dedos estendidos e a ponta do dedo do pé; *Timed Up and Go* – avaliar a agilidade e equilíbrio dinâmico através do tempo (s) que leva a percorrer 2,44 metros a partir de uma posição sentada e, por último, Alcançar Atrás das Costas – avaliar a flexibilidade do membro superior através da distância entre os dedos médios de ambas as mãos que se encontram atrás das costas.

Por fim, para avaliar o equilíbrio foi utilizada a Escala de Berg e para avaliar o medo de quedas a Escala *Falls Efficacy Scale* (FES). A Escala de Equilíbrio de Berg é uma escala validada e traduzida para a população portuguesa por Mósca (2001, *cit. in* Santos et al., 2005), sendo que avalia o equilíbrio em 14 itens comuns à vida diária, sendo considerada como um instrumento de avaliação e previsão de futuras quedas. A pontuação varia de 0 a 56 pontos e, quanto maior for a pontuação total, melhor o equilíbrio do indivíduo avaliado. Deste modo, entre 41 e 56 pontos há um baixo risco de queda, entre 21 e 40 pontos há um médio risco de queda e entre 0 e 20 pontos existe um elevado risco de queda. A *Falls Efficacy Scale* (FES) é uma escala traduzida e validada para a população portuguesa por Melo (2003), em que avalia o medo de cair na realização de dez tarefas acessíveis, relacionadas com as actividades de vida diárias (AVD's). Além de fácil compreensão e de rápido preenchimento, contém o essencial para a realização da avaliação do medo de cair. O objectivo desta escala é avaliar o medo de cair, ou seja, a confiança que os idosos apresentam aquando a realização de 10 actividades comuns relevantes, essenciais para viver independentemente e não perigosas como: vestir e despir-se; preparar uma refeição ligeira; tomar um banho ou duche; sentar/levantar da cadeira; deitar/levantar da cama; atender a porta ou o telefone; andar dentro

de casa; chegar aos armários; trabalho doméstico ligeiro e pequenas compras. A confiança que os idosos possuem em efectuar as actividades sem caírem, está representada numa escala analógica de 10 pontos que varia de “Sem nenhuma confiança” (1 ponto) a “Muito confiante” (10 pontos). A pontuação da FES é a soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens. A pontuação mínima possível é de 10 e a máxima de 100. Para o uso desta escala foi dada uma autorização por parte da autora do respectivo instrumento (Anexo 4). No decorrer da aplicação dos instrumentos foram utilizadas cadeiras, pesos, cone, régua, fita métrica e cronómetro.

Procedimento

A recolha de dados teve início no mês de Dezembro de 2014, prolongando-se até meados do mês de Janeiro de 2015. A aplicação dos diversos instrumentos descritos anteriormente foi realizada no próprio dia a cada elemento individualmente e com uma duração média de cerca de 15 minutos cada. Foi solicitado o uso de roupa adequada para a realização dos testes e, de modo a eliminar o efeito da fadiga, foi efectuado um tempo de repouso de 1 minuto entre a aplicação de cada teste (Okada, Huxel e Nesser, 2011).

A ordem de aplicação dos instrumentos foi análogo para os dois grupos, sendo que inicialmente foi aplicado o questionário sócio-demográfico; a Escala de Depressão Geriátrica; o *Mini Mental State Examination*; a *Falls Efficacy Scale*; a Escala de Berg e, por fim, a avaliação dos Testes de Aptidão Funcional.

Análise Estatística

Na análise dos dados foram utilizadas como medidas de estatística descritiva, para variáveis contínuas, no caso de a distribuição ser simétrica, a média e o desvio-padrão; e no caso da distribuição assimétrica utilizou-se também o mínimo e o máximo. Analisou-se previamente o cumprimento do pressuposto da normalidade através do teste *Shapiro-Wilk* e, dado que se chegou à conclusão que os dados recolhidos não seguiam normalidade, realizou-se a aplicação dos testes não paramétricos, recorrendo ao teste não paramétrico de *Wilcoxon*, utilizado para amostras emparelhadas, para comparar o mesmo grupo nos diferentes momentos de avaliação, assim como ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, para comparação de dois grupos independentes. Quando se pretendeu avaliar a correlação entre variáveis qualitativas ordinais, utilizou-se a regressão logística pelo modelo *Enter* de forma a correlacionar as variáveis em estudo. O programa estatístico utilizado no estudo foi o *IBM Statistical Package for the Social Sciences 22[®]* SPSS, para *Windows*, com nível de significância estabelecido em 0,05.

Resultados

A média de idades da amostra em estudo (n=20) é de cerca de 80 anos e a média do IMC é de 27,99 Kg/m² (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

n=20	TOTAL	MU	MR	p ¹
	Méd ± DP (min-máx)	Méd ± DP (min-máx)	Méd ± DP (min-máx)	
Idade (anos)	79,80 ± 7,82 (65-93)	79,70 ± 6,96 (72-93)	79,90 ± 8,98 (65-92)	0,910
IMC (Kg/m ²)	27,99 ± 4,14 (19,10-33,75)	28,14 ± 4,42 (19,10-33,75)	27,84 ± 4,08 (20,08-32,89)	0,880

p¹ – Teste de Mann-Whitney (MU=Meio Urbano; MR=Meio Rural; IMC=Índice de Massa Corporal; Méd=Média; DP=Desvio Padrão; min=mínimo; máx=máximo)

Verifica-se que a amostra é composta por idosos dos 65 aos 93 anos e com um valor de IMC de 19,10 a 33,75 Kg/m², sendo que ambos os valores de p se encontram semelhantes, havendo heterogéneidade entre os grupos dos elementos que constituem a amostra relativamente à idade e ao IMC.

Os resultados do questionário sócio-demográfico, relativamente às variáveis: problemas auditivos e visuais, uso de auxiliar de marcha, prática de actividade física, historial de quedas, mecanismo de tropeçar e medo de cair encontram-se presentes no gráfico 1. É de destacar que foi no meio urbano onde todas as variáveis, com a excepção do medo de cair, obtiveram maior percentagem.

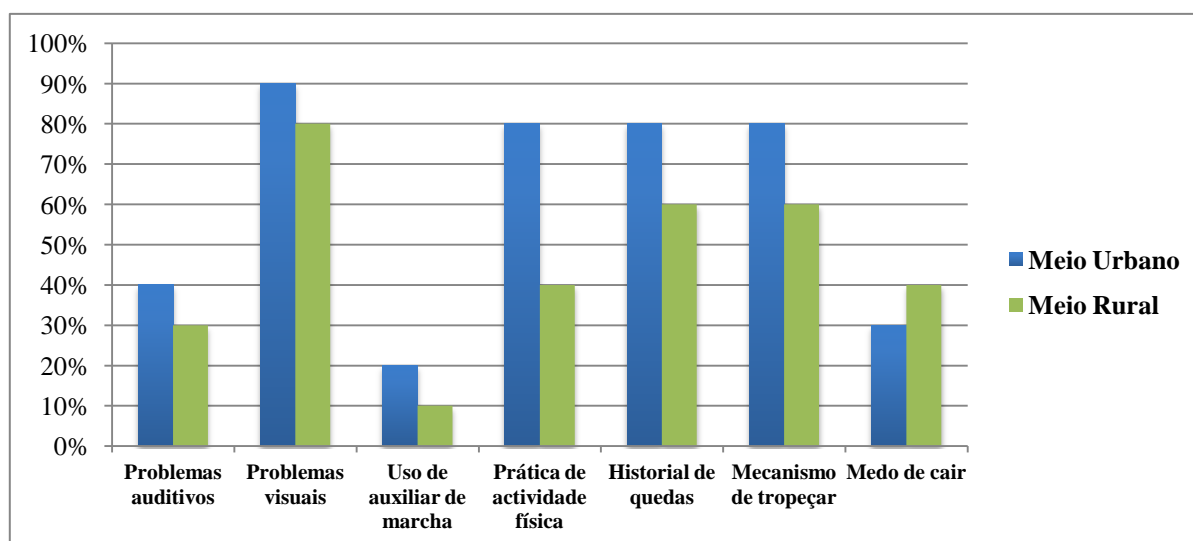


Gráfico 1. Comparação da percentagem de resultados do questionário sócio-demográfico entre o grupo Meio Urbano e Meio Rural

A estatística descritiva do estudo encontra-se apresentada na tabela 3, onde se encontram apresentados os valores médios e desvios-padrão comparativamente entre o grupo MU e o grupo MR relativamente aos testes aplicados, onde avaliam a presença de sintomas depressivos, medo de quedas, défices cognitivos, equilíbrio e nível de aptidão funcional de idosos institucionalizados. Verifica-se que, só houve diferenças bastante significativas ($p < 0,01$) nas variáveis de flexão antebraço, direito e esquerdo, em que foi o MU que apresentou melhores resultados.

Tabela 3. Comparação dos valores médios das variáveis estudadas, entre grupos MU e MR

	Média ± Desvio-padrão		P
	MU	MR	
EDG (pontos)	10,50±4,84	10,80±5,63	0,912
FES (pontos)	84,70±11,65	86,60±12,90	0,631
MMSE (pontos)	25,30±2,41	20,80±5,43	0,052
Escala de Berg (pontos)	47,80±5,45	45,30±8,63	0,796
Levantar/Sentar (repetições)	10,00±5,31	8,60±3,03	0,739
Flexão antebraço direito (repetições)	13,30±3,47	8,00±3,65	0,002*
Flexão antebraço esquerdo (repetições)	12,50±5,04	7,10±3,41	0,002*
Sentar/Alcançar direito (cm)	-5,70±8,37	-1,40±6,57	0,247
Sentar/Alcançar esquerdo (cm)	-8,10±10,49	-2,40±6,59	0,089
Timed Up and Go (tempo)	12,69±4,08	17,30±5,68	0,075
Alcançar/Costas direito (cm)	-39,80±12,77	-36,10±11,43	0,579
Alcançar/Costas esquerdo (cm)	-37,70±11,86	-37,10±11,31	1,00

* $p < 0,05$, Teste de Wilcoxon (EDG=Escala de Depressão Geriátrica; FES=Falls Efficacy Scale; MMSE=Mini Mental State Examination)

Por fim, através da regressão logística efectuada pelo modelo *Enter*, não foram encontrados valores significativos, sugerindo-se que a depressão não representa um factor de risco no meio rural ($p=0,220$) e no meio urbano ($p=0,080$), nas variáveis de aptidão funcional, no equilíbrio e medo de quedas.

Discussão dos Resultados

Quanto ao perfil da caracterização da amostra em estudo, observa-se que a média de idades para os dois grupos MU e MR encontra-se em cerca de 80 anos de idade para o sexo feminino. O presente estudo é constituído somente por elementos do sexo feminino devido à baixa incidência de idosos do sexo masculino institucionalizados nos lares onde foi efectuado o estudo, representando um dos factores limitantes do presente estudo. Neste sentido, é notória a presença de maior longevidade por parte de mulheres idosas em relação aos homens, apresentando uma média de idades para o sexo feminino de 80 anos de idade nos países desenvolvidos (Rosa, Seabra e Santos, 2003), como é evidente entre os dois grupos estudados. Relativamente ao IMC, a amostra revela um valor de média de 27,99 Kg/m² que, por se encontrar entre os limites de 25 a 29,9 Kg/m² recomendados pela Organização Mundial de Saúde (1995), é indicativo da presença de sobrepeso na amostra (n=20), sendo mais evidente no MU, comparativamente com o MR, havendo concordância com um estudo realizado onde é relatado que, em geral, as condições de saúde em populações urbanas são piores que nas populações rurais (Watt, Franks e Sheldon, 1994). Neste sentido, e relativamente ao questionário sócio-demográfico realizado às idosas, registou-se um aumento significativo de piores condições de saúde das idosas institucionalizadas em MU no que diz respeito a problemas auditivos, visuais, historial de quedas com mecanismo de tropeçar e o uso de auxiliar de marcha. No entanto, este grupo apresenta menor medo de quedas comparativamente com o MR, o que pode ser explicado pelo facto do grupo MU praticar mais actividade física do que o grupo MR, como foi concluído através do questionário e como é relatado num estudo que refere que os idosos que praticam mais exercício físico apresentam melhor equilíbrio e menos medo de cair, comparativamente aos idosos que não praticam actividade física (Schoenfelder e Rubenstein, 2004). No que respeito ao equilíbrio, ambos os grupos revelaram um valor médio que, de acordo com Mósca (2001, *cit. in* Santos et al., 2005), representa um baixo risco de queda. Contudo, o grupo MU reportou aparentemente melhores pontuações na escala de Berg comparativamente ao grupo MR. No entanto, na avaliação do medo de quedas pela FES o resultado contradiz o encontrado na Escala de Berg, no questionário sócio-demográfico e no estudo mencionado anteriormente por Schoenfelder e Rubenstein (2004), dado que se concluiu que as idosas do MU apresentam tendencialmente mais propensão para medo de quedas comparativamente com o grupo MR, apesar de revelarem melhores pontuações na Escala de Berg e menos medo de quedas através do questionário sócio-demográfico. No entanto, a escala FES encontra-se dependente dos

indivíduos, onde os resultados são controlados pelo modo como os idosos respondem às perguntas efectuadas. Neste caso, o grupo MR apresentou uma maior propensão para défice cognitivo em relação ao MU, sendo que este facto poderá justificar os resultados obtidos pela FES por parte do grupo MR, por dificuldade em compreender as questões que foram efectuadas. Esta justificação encontra-se na mesma linha de pensamento de um estudo realizado por Carvalho, Pinto e Mota (2007), onde foi levantada a hipótese de uma possível alteração na pontuação da escala FES, no caso dos indivíduos não serem totalmente sinceros nas respostas às questões aplicadas.

Godlove et al. (2000) refere que existe um maior risco em desenvolver sintomas depressivos em idosos que se encontram institucionalizados. Em ambos os grupos, foi possível registar a presença de uma média de 11 pontos na Escala de Depressão Geriátrica, sendo que, de acordo com Veríssimo (1998) *cit. in* Fernandes (2000), este valor relata a presença de depressão em severidade crescente. Num estudo realizado por Friedman et al. (2007), este concluiu que o predomínio de depressão assumiu valores superiores em idosos em meio rural com problemas financeiros, sugerindo-se que a presença de depressão representa um factor de risco para o aumento da incapacidade ao longo do tempo (Barry et al., 2009 e Li e Connell, 2009). Relativamente ao presente estudo, o grupo MR apresentou um valor aparentemente superior ao grupo MU, contudo, não foi uma diferença significativa.

Ao explorar a relação da aptidão funcional no MU e no MR, verificou-se que ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes, exceptuando o teste da Flexão do Antebraço, onde o grupo MU apresentou resultados significativamente superiores em termos de força muscular dos membros superiores, bilateralmente ($p=0,002$). Nos testes de aptidão funcional, segundo Rikli e Jones (1999), foram efectuadas as comparações entre grupos, relativamente aos valores padrão para idosas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 80-84 anos estabelecidos pelos autores. No teste de Levantar/Sentar, segundo Rikli e Jones (1999), o valor padrão situa-se entre 9 a 14 repetições. Neste teste, o grupo MU apresentou um número de repetições dentro do valor padrão enquanto que o grupo MR apresentou um número de repetições que sugere défice de força dos membros inferiores. Wilmore, Costill e Kenney (2010) referem que, a partir dos 50 anos, a capacidade do idoso se levantar ou permanecer em pé vai diminuindo, sugerindo que, por volta dos 80 anos poderão mesmo tornar-se em tarefas impossíveis para alguns dos idosos. O mesmo se manifestou no teste da Flexão do Antebraço, onde o mesmo grupo revelou números de repetições abaixo do valor padrão de 10-16 repetições, sugerindo uma perda progressiva de força muscular nos membros superiores. Com isto, podemos concluir que o facto do grupo MR apresentar tendencialmente uma menor

presença de força nos membros superiores e inferiores por se encontrar abaixo dos valores esperados para a média de idades de 80 anos, poderá indiciar maior dificuldade em realizar diversas tarefas como transportar cargas, subir escadas, andar, levantar da cadeira, sair da banheira ou de um veículo, aumentando o risco de uma possível queda (Rikli e Jones, 1999). No *Timed Up and Go* utilizado no protocolo com a distância de 2,44m ambos os grupos revelam valores superiores ao valor base de 9 segundos (Rikli e Jones, 1999). No entanto, o grupo MU revelou tendencialmente uma melhor condição aeróbia, de equilíbrio e agilidade, relativamente ao grupo MR. Sabe-se que o grupo MU realiza mais actividade física que o grupo MR sendo que este factor aliado aos resultados obtidos nos testes de aptidão funcional é consistente com pesquisas anteriores de Shephard (2003) que, refere que, exercitar regularmente permite um maior equilíbrio, velocidade de reacção e força muscular, como foi possível observar de forma positiva e tendencialmente no grupo MU. Contudo, nos testes relacionados com a flexibilidade dos membros superiores e inferiores, denominados Alcançar/Costas e Sentar/Alcançar respectivamente, ambos os grupos apresentaram défice de flexibilidade, pela média da distância (cm) se encontrar distante do valor padrão (Rikli e Jones, 1999). Porém, neste teste, as idosas MR revelaram valores aparentemente melhores comparados ao grupo MU.

Em suma, neste estudo foi possível observar a presença de depressão de severidade crescente nos diferentes grupos, mas sem correlação a nível de aptidão funcional, equilíbrio e medo de quedas. Na literatura universal é referida a relação existente entre o predomínio de sintomas depressivos com a presença de doenças crónicas (Mills, 2005; Bisschop et al., 2004). Por sua vez, é relatado, também, que a presença de sintomas depressivos encontra-se até seis vezes mais associado a défices funcionais (Heikkinen e Kauppinen, 2004). Osada et al. (1995) acrescentou ainda que, existe uma relação significativa entre a depressão e as actividades da vida diária na população idosa, assim como Lenze et al. (2001) que, por sua vez, relatou o facto dos sintomas depressivos aumentarem a perda de funcionalidade, dados estes que não corroboram com o presente estudo.

Concluindo, a execução deste estudo deparou-se com algumas limitações, tais como a dimensão amostral reduzida, a grande necessidade por parte das idosas em comunicar sobre assuntos extrínsecos ao estudo, limitando deste modo o tempo disponível para a sua realização. Outro factor que constituiu limitação foi o facto de não ter sido possível ter acesso à medicação das idosas, no sentido de perceber se estariam medicadas com fármacos anti-depressivos, de modo a correlacionar com a Escala de Depressão Geriátrica e o facto de serem ainda escassos os estudos na área da fisioterapia que relacionam o meio urbano e meio rural.

Conclusão

Através da realização deste estudo, efectuado num período de um mês e meio e face aos resultados encontrados, conclui-se que a depressão não influencia a aptidão funcional, equilíbrio e medo de quedas de idosos institucionalizados em meio rural e urbano.

Contudo, o grupo MU apresentou um perfil mais debilitante em termos de défices auditivos, visuais, uso de auxiliar de marcha, historial de quedas com mecanismo de tropeçar e reportou maior prática de actividade física, relativamente ao grupo MR. Nas variáveis da Escala de Depressão Geriátrica, ambos os grupos apresentaram presença de depressão ligeira, baixo risco de queda revelando bom equilíbrio sem diferenças significativas entre meios. No entanto, apenas foi possível concluir uma divergência significativa entre grupos no que diz respeito aos testes de aptidão funcional na avaliação do teste Flexão do Antebraço, onde o grupo do MU manifestou melhorias a nível de força muscular dos membros superiores.

Recomendam-se que sejam feitas mais pesquisas, com uma amostra maior e mais heterogénea, envolvendo elementos de ambos os géneros, somente com idosos diagnosticados com depressão major, comparando com o equilíbrio, medo de quedas e aptidão funcional.

Bibliografia

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Allore, H.; Bruce, M.; Gill, T. (2009). Longitudinal association between depressive symptoms and disability burden among older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64: 1325–1332. DOI: 10.1093/gerona/qlp135
- Andreotti, R. e Okuma, S. (1999). Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, 13, 46-66.
- Arena, R.; Myers, J.; Williams, M.; Gulati, M.; Kligfiel, P.; Balady, G., et al. (2007). Assessment of functional capacity in clinical and research settings: A scientific statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention of the Council on Clinical Cardiology and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 116, 329-343.
- Barbosa, M. (2001). Como avaliar quedas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.47, n.2, p.85-109, abr./jul. Barry, L.;
- Benedetti, T.; dos Santos, S.; Marques, S.; Rodrigues, R.; Portella, M.; de Moura Scortegagna, H. e de Lima Rezende, T. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física Institutionalized elderly: functional capacity and physical fitness. *Cad. Saúde Pública*, 26(9), 1738-1746.
- Benedetti, T., Mazo, G. e Schmitz, L. (2000). Instituições geriátricas da grande Florianópolis. *Arq Geriatr Gerontol*, 4:57-61.
- Berkman, L.; Berkman, C.; Kasl, S. et al. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol*, 124:372–388.
- Bisschop, M.; Kriegsman, D.; Deeg, D.; Beekman, A. e Tilburg, W. (2004). The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol*, 57: 187-94.
- Caldas, C. (2003) Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*, 19:733-81.
- Cardoso, V. e Gonçalves, L. (1995). Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 24, 41-48.
- Carregaro, L. e Toledo, A. (2008). Efeitos fisiológicos e evidências científicas da eficácia da Fisioterapia Aquática. *Revista Movimenta*, v. 1, n 1.
- Carvalho, J., Pinto, J., e Mota, J. (2007). Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Rev Port Cien Desp*, 7(2), 225-231.
- Christensen, U.; Stovring, N.; Schultz-Larsen, K.; Schroll, M. e Avlund, K. (2006). Functional ability at age 75: is there an impact of physical inactivity from middle age to early old age? *Scand J Med Science Sports*, 16:245-51.
- Etemadi, A., e Ahmadi, K. (2009). Psychological Disorders of Elderly Home Residents. *Journal of Applied Sciences*, 9(3).
- Fiedler, M. e Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*, 24(2):409-415.
- Folstein, M.; Folstein, S. e Mchugh, P. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 12, nº 3, p. 189-198.

- Friedman, B.; Conwell, Y. e Delavan, R. (2007). Correlates of late-life major depression: a comparison of urban and rural primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15: 28–41
- Gobbi, S. (1997). Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Londrina*, v.2, n.2, p 41-49.
- Godlove, M.; Challis, D.; Sutcliffe, C.; Bagley, H.; Burns, A.; Huxley, P. e Cordingley, L. (2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted to nursing and residential homes *Aging Ment. Health*, 4 (2) (2000), pp. 136–14
- Guerreiro, M.; Silva, A. e Botelho, M. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Heikkinen, R. e Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*, 38:239-50
- Henry, C.; Webster-Gandy, J. e Varakamin, C. (2001). A comparison of physical activity levels in two contrasting elderly populations in Thailand. *Am J Human Biol*, 13: 310.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Serviço de Estudos sobre a população do Departamento de Estatísticas Censitárias e da população*.
- Kaplan, H. (1997). Transtornos de ansiedade. In: *Compêndio de psiquiatria, ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ed. Porto Alegre: *Artmed*
- King, A.; Castro, C.; Wilcox, S. et al. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol*, 19:354–64
- Lenze, E.; Rogers, J.; Martire, L.; Mulsant, B.; Rollman, B.; Dew, M. et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(2):113-35.
- Li, L. e Conwell, Y. (2009). Effects of changes in depressive symptoms and cognitive functioning on physical disability in home care elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64A: 230–236. DOI: 10.1093/gerona/gln023
- Lopes, K.; Costa, D.; Santos, L.; Castro, D. e Bastone, A. (2009). Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev Bras Fisioter*, 13(3), 223-9.
- Melo, C. (2003). Adaptação cultural e validação para a população portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES). Trabalho apresentado no âmbito da apresentação de provas públicas para Professora Coordenadora da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTES-Porto), não publicado, ESTES-Porto.
- Melo, G. e Giavoni, A. (2004). Comparação dos efeitos da ginástica aeróbica e da hidroginástica na comparação corporal de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12(2), 13-18.
- Menezes, R. e Bachion, M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 13(4), 1209-1218.
- Mills, T. (2001). Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Soc Sci Med*, 53:569-78.
- Namekawa, Y., Baba, H., Maeshima, H., Nakano, Y., Satomura, E., Takebayashi, N., Nomoto, H.; Suzuki, T. e Arai, H. (2013). Heterogeneity of elderly depression: Increased risk of Alzheimer's

disease and A β protein metabolism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 43, 203-208.

NIH. (1992). Consensus Development Panel on Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life. *Jama*, 268:1018-1024.

Okada, T.; Huxel, K. e Nesser, T. (2011). Relationship between core stability, functional movement, and performance. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 25(1), 252-261.

Osada, H.; Shibata, H.; Haga, H. e Yasumura, S. (1995). Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. *Jpn J Public Health*, 42: 897-909

Osness, W. (1990). Functional fitness assessment for adults over 60 years. Reston: *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*.

Paixão Júnior, C. e Heckmann, M. (2002). Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas, E. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara; P. 624- 34.

Parks, S.; Housemann, R. e Brownson, R. (2003). Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *J Epidemiol Community Health*, 57(1):29-35.

Ribeiro, F.; Gomes, S.; Teixeira, F.; Brochado, G. e Oliveira, J. (2009). Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. *Jorge Olímpio Bento (Universidade do Porto)*, 9(1), 36-42.

Rikli, R. e Jones, C. (1999). Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of aging and physical activity*, 7, 129-161.

Rocha, F. e Cunha, U. (1994). Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. *Arq bras Méd*, 68: 9-13.

Rosa, M.; Seabra, H. e Santos, T. (2003). Contributo dos “Imigrantes” na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa. Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas.

Santos, A.; Ramos, N.; Estêvão, P.; Lopes, A. e Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de Medidas úteis no Contexto da Avaliação em Fisioterapia. *Re(habilitar) – Revista Da ESSA*, 1, 131-156.

Schoenfelder, D. e Rubenstein, L. (2004). An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Appl Nurs Res*, 17(1): 21-31.

Shephard, R. (1990). Exercise for the frail elderly. *Sports Training Med Rehabil*, 1: 263-277.

Shephard, R. (2003). Envelhecimento, atividade física e saúde. 1. ed. São Paulo: Phorte.

Vale, R.; Novaes, J. e Dantas, E. (2005). Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, p. 33-40, fev.

Veríssimo, M. (1988). Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais—escala de depressão geriátrica. Porto: Universidade do Porto.

Watt, I.; Franks, A. e Sheldon, T. (1994). Health and health care of rural populations in the UK: is it better or worse? *J Epidemiol Community Health*, 48:16-21.

Wilmore, J.; Costill, D. e Kenney, L. (2010). Fisiologia do Esporte e do Exercício. 4. ed. São Paulo: *Manole*.

World Health Organization. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee: Genebra.

ANEXOS

**ANEXO 1: PEDIDO AO DIRECTOR DO LAR PARA A REALIZAÇÃO DO
PROJECTO DE GRADUAÇÃO**

**PEDIDO AO DIRECTOR DO LAR PARA AUTORIZAÇÃO DA
REALIZAÇÃO DO PROJECTO DE GRADUAÇÃO**

Porto, 4 de Dezembro de 2014

Exmo(a) D. Ana Craveiro

Eu, Ana Rita Serdoura Serra Pacheco, aluna regularmente matriculada na Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Mariana Cervaens encontro-me a efectuar um Projecto de Graduação de final de curso intitulado: "A influência da vertente psicológica na aptidão funcional, no equilíbrio e medo de quedas em idosos institucionalizados em meio rural e urbano".

É com o devido respeito, que por este meio, peço autorização para efectuar os procedimentos deste Projecto nas instalações do Lar

Área D'Água

Sem mais e respeitosamente,

Ana Rita Pacheco

Ana Rita Pacheco, n.º 25878.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, Ana Balazéiro Augusto Craveiro, director(a) do Lar Área d'Água autorizo a aluna Ana Rita Serdoura Serra Pacheco a efectuar os procedimentos do seu projecto final de graduação nas instalações do Lar.

Assinatura:

Augusto Craveiro

**PEDIDO AO DIRECTOR DO LAR PARA AUTORIZAÇÃO DA
REALIZAÇÃO DO PROJECTO DE GRADUAÇÃO**

Porto, 11 de Dezembro de 2014

Exmo(a) D. Mónica Barbosa

Eu, Ana Rita Serdoura Serra Pacheco, aluna regularmente matriculada na Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Mariana Cervaens encontro-me a efectuar um Projecto de Graduação de final de curso intitulado: "A influência da vertente psicológica na aptidão funcional, no equilíbrio e medo de quedas em idosos institucionalizados em meio rural e urbano".

É com o devido respeito, que por este meio, peço autorização para efectuar os procedimentos deste Projecto nas instalações do Lar Beneficência Evangélica do Porto.

Sem mais e respeitosamente,

Ana Rita Pacheco

Ana Rita Pacheco, n.º 25878.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, Mónica Alexandra Pinto Barbosa, director(a) do Lar Beneficência Evangélica do Porto autorizo a aluna Ana Rita Serdoura Serra Pacheco a efectuar os procedimentos do seu projecto final de graduação nas instalações do Lar.

Assinatura:

Mónica Barbosa

PEDIDO AO DIRECTOR DO LAR PARA AUTORIZAÇÃO DA
REALIZAÇÃO DO PROJECTO DE GRADUAÇÃO

Vila Boa do Bispo, 24 de Janeiro de 2015

Exmo(a) Manuela Mendes

Eu, Ana Rita Serdoura Serra Pacheco, aluna regularmente matriculada na Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Mariana Cervaens encontro-me a efectuar um Projecto de Graduação de final de curso intitulado: "A influência da vertente psicológica na aptidão funcional, no equilíbrio e medo de quedas em idosos institucionalizados em meio rural e urbano".

É com o devido respeito, que por este meio, peço autorização para efectuar os procedimentos deste Projecto nas instalações do Lar Fundação Santo António.

Sem mais e respeitosamente,

Ana Rita Pacheco

Ana Rita Pacheco, n.º 25878.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, Manuela Mendes, ^{Ed. Social} director(a) do Lar Fundação Santo António autorizo a aluna Ana Rita Serdoura Serra Pacheco a efectuar os procedimentos do seu projecto final de graduação nas instalações do Lar.

Assinatura:

Manuela Mendes

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação num Projecto de Investigação

Leia por favor atentamente a seguinte informação e se concordar com o que lhe é apresentado, queira assinar este documento.

Eu, Ana Rita Serdoura Serra Pacheco, aluna regularmente matriculada na Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Mariana Cervaens encontro-me a efectuar um Projecto de Investigação para obtenção de grau de Licenciatura em Fisioterapia.

O meu projecto intitula-se “A Influência da Depressão na Aptidão Funcional, no Equilíbrio e Medo de Quedas analisando o perfil de Idosos Institucionalizados em Meio Urbano e Rural”. Neste contexto, venho solicitar a vossa Exma. a sua participação no preenchimento deste questionário. A informação recolhida será anónima e confidencial e apenas utilizada exclusivamente para o presente estudo, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo salvaguardando desta forma a sua privacidade.

Nome do Inquirido:

Nome do Orientador do Projeto:

Data: ___/___/_____

Declaração de Consentimento

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

A Influência da Depressão na Aptidão Funcional, no Equilíbrio e Medo de Quedas analisando o perfil de Idosos Institucionalizados em Meio Urbano e Rural

Eu, _____ abaixo-assinado, (nome completo do participante)

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como no estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso consinto que me seja realizado o estudo em questão.

Data: ___/___/_____

Assinatura do Inquirido: _____

O Investigador Responsável: _____

ANEXO III: QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Dados de identificação

Nome: _____

Idade: _____ Data nascimento: ____/____/____ Sexo M () F ()

Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outros ()

Tem filhos: Sim () Não () Quantos: _____

Aposentado: Sim () Não () Há quanto tempo: _____

Profissão anterior: _____

Ocupação actual: _____

Peso: ___kg Altura: 1, ___m

Escolaridade

Alfabetizado: Sim () Não ()

Ensino fundamental: (1º a 4º série) Completo () Incompleto ()

Ensino fundamental: (5º a 8º série) Completo () Incompleto ()

Ensino médio: (1º a 3º série) Completo () Incompleto ()

Ensino superior: Completo () Incompleto ()

Pós-graduado () Especialista () Mestre Doutor ()

Moradia

Há quanto tempo vive no lar: _____

Tem escadas: Sim () Não () Escadas com corrimão: Sim () Não () Corrimão em ambos os lados: Sim () Não ()

Patologias

Possui algum tipo de doença: Sim () Não ()

Hipertensão arterial sistémica () Diabetes () Cardiopatias ()

_____ Pneumopatias () Asma () Bronquite () Enfisema ()

) Ortopédicas () Artrose () Artrite reumatoide () Osteoporose () Reumatológica ()

Fibromialgia () Neurológica () AVC () Parkinson () Vasculares () Úlceras () Flebite ()

Varizes () Outras () _____

Audição

Possui problemas de audição: Sim () Não () Qual: _____

Surdes () Zumbidos () Outros ()

Usa aparelho: Sim () Não ()

Visão

Possui problemas de visão: Sim () Não ()

Miopia () Estrabismo () Astigmatismo ()

Usa lentes correctivas (óculos): Sim () Não ()

Sistema músculo-esquelético

Utiliza algum acessório auxiliar para caminhar: Sim () Não ()

Qual: Andador () Canianas () Bengalas () Caminha com ajuda de outra pessoa ()

Outros: _____

Medicamentos

Faz uso de medicamentos: Sim () Não ()

Qual(is):

Alopáticos () Homeopáticos () Fitoterápicos () Toma o(s) medicamento(s) no horário previsto: Sim () Não () Se a resposta for negativa, por que não? _____

Prática de exercícios

Realiza algum tipo de exercício físico: Sim () Não ()

Qual: _____

Com que frequência: 1 vez por semana () 2 vezes por semana () 3 vezes por semana () 4 vezes por semana () 5 vezes por semana () 6 vezes por semana () 7 vezes por semana ()

Durante quanto tempo: 30 minutos () Menos de 30 minutos () Mais de 30 minutos ()

Acima de 60 minutos ()

Intensidade: Leve () Moderada () Intenso ()

Leve: Consegue falar após o exercício – Sim () Não ()

Moderada: Fala, mas sente-se cansado – Sim () Não ()

Intenso: Não consegue falar após o exercício – Sim () Não ()

Quedas

Teve algum episódio de quedas: Sim () Não ()

Como: _____

Quando: _____

Local da queda: _____

Quais os sintomas identificados antes da queda:

Tonturas () Náuseas () Taquicardia () Debilidade de um lado do corpo () Dificuldade na fala/fala atrapalhada () Debilidade repentina de ambas as pernas ()

Outros: _____

Tem medo de cair: Sim () Não () Já recebeu alguma informação de como evitar a queda: Sim () Não ()

Mecanismo de queda

Tropeçou () Escorregou () Parada rápida () Giro da cabeça () Levantou da cadeira rapidamente ()

Outros: _____

Na sua opinião, a prática de exercício físico regular contribui para a diminuição das quedas? _____

ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA FES PELO AUTOR DO INSTRUMENTO

SOLICITAÇÃO DE USO E AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA *FALLS EFFICACY SCALE* (FES)

