



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA
PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

**A última queda e relação com a independência nas
actividades da vida diária em idosos
institucionalizados**

Inês Saraiva Antunes Gonçalves
Estudante de Fisioterapia
Escola Superior de Saúde - UFP
18653@ufp.edu.pt

Verónica Abreu
Licenciada Assistente
Escola Superior de Saúde - UFP
vabreu@ufp.edu.pt

Porto, Fevereiro 2011

Resumo

As quedas em adultos sêniores são muito frequentes e as suas consequências podem alterar significativamente o estado de saúde. Como fisioterapeutas e mediante o aumento da população sénior, devemos não só ajudar a prevenir as quedas, como evitar consequências mais graves após estas. Este estudo teve como objectivo estudar as consequências do último episódio de queda e a relação deste com a independência nas actividades da vida diária em adultos sêniores institucionalizados. O estudo foi realizado em quatro instituições do grande Porto com a aplicação de um questionário sócio-demográfico e da escala de Barthel (EB) em 35 adultos sêniores com média de idade de $83,17 \pm 7,43$ anos, sem alterações cognitivas diagnosticadas. Os resultados encontram-se de acordo com as referências bibliográficas, apesar de entre a data do último episódio de queda e a independência nas actividades da vida diária não existir correlação significativa ($P > 0,05$). Encontraram-se diferenças significativas entre EB e o estado de saúde, a dependência pós queda, a dificuldade em se movimentar após a queda e a insegurança na realização de actividades sozinho. Sugerem-se estudos com maiores dimensões amostrais e melhor caracterização do evento de queda.

Palavras-chave: quedas, adultos seniores, consequências, independência, institucionalização.

Abstract

The falls in elderly people are very frequent and their consequences may significantly affect quality of life. As physiotherapists and with the increase of elderly people, we should not only help preventing falls, but also avoid their more serious consequences. The aim of this study was to investigate the consequences of the last episode of falling and its relation with the independence on activities of daily living in institutionalized senior adults. The study was realized in four institutions in Porto with the application of a socio-demographic questionnaire and the Barthel (EB) scale in 35 senior adults with a mean age of 83.17 ± 7.43 years, without diagnosed cognitive pathologies. The results are in accordance with the references to the bibliography, but between the last episode of falling and independence on activities of daily living no significant correlation was found ($P > 0,05$). However significant differences were found between EB and health status, post-fall dependence, harder to move after the fall and insecurity in doing activities alone. Further investigation with larger samples and better characterization of the fall's event are suggested.

Key words: falls, elderly, consequences, independence, institutionalization.

1. Introdução

O envelhecimento da população é hoje em dia um facto inequívoco, que tende a ser cada ano mais crescente e notório.

Também a população portuguesa se caracteriza por um forte envelhecimento e a sua dimensão actual resulta de um crescimento acelerado ocorrido num curto espaço de tempo (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com o modelo das Nações Unidas, considerar idosas as pessoas com idade superior a 60 anos, o Instituto Nacional de Estatística (INE), classifica como idosas, pessoas com idade superior a 65 anos e, segundo as suas projecções, em Portugal, o número de idosos atingirá 2,95 milhões em 2050, mais um milhão do que em 2005 (1,78 milhão) e 2006 (1,82 milhão). Ainda de acordo com estas projecções, em 2046 a proporção de população jovem reduzir-se-á 13% e a população idosa aumentará de 17,2% para 31%. Assim, o processo de envelhecimento da população portuguesa irá agravar-se, expresso no índice de envelhecimento que actualmente é de 112 idosos por cada 100 jovens e, em 2046 será de 238 idosos por cada 100 jovens.

Segundo a OMS, durante a fase de envelhecimento, factores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar a forma em que ela se dá, sendo a queda uma delas e, segundo a Classificação Internacional de Doenças, uma causa externa (World Health Organization, 2000).

A queda é definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial (Moura et al, 1999).

Numa análise feita por Cunha e Guimarães *cit. in* Fabrício et al, 2004, a queda dá-se em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.

Para outros autores, as quedas são consideradas como um síndrome geriátrico, sendo um acontecimento heterogéneo e com variadas causas.

O meio ambiente está muito associado à qualidade de vida entre os adultos séniores devido à sua relação com a prevenção de quedas, a interacção social, as actividades da vida diária, a independência, a segurança e protecção e o bem-estar psicológico (Hwang et al, 2003).

A origem da queda pode ser associada a factores intrínsecos, decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos e, a factores extrínsecos, tais como circunstâncias sociais e ambientes que oferecem desafios ao idoso (Fabrício et al,

2004).

As quedas têm como consequências, possíveis fracturas, risco de morte, medo de cair, restrição de actividades, declínio da saúde e, aumento do risco de institucionalização, gerando lesões psicológicas e físicas (Close et al, 1999). Segundo Pereira et al *cit. in* Ribeiro et al, 2008, para além das consequências directas, os adultos séniores têm tendência a restringir as suas actividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protectoras por parte dos familiares ou cuidadores ou ainda por aconselhamento de profissionais de saúde.

No estudo realizado por Fabrício et al, 2004, concluiu-se que 28% dos adultos séniores participantes no estudo faleceram por consequências directas da queda, como fracturas e lesões neurológicas, sendo a maioria mulheres.

Entre os adultos séniores, é comum acontecerem multimorbidades e reincidência das quedas, gerando incapacidades parciais ou dependência e pior qualidade de vida. A qualidade de vida da pessoa vê-se ainda mais deteriorada quando estão presentes problemas de saúde, a violência e certos factores de risco para quedas e outros acidentes (Ribeiro et al, 2006).

No estudo realizado por Ribeiro et al, 2006 que apresenta os efeitos das quedas na vida dos idosos, verificou-se que para além de fracturas, as quedas provocam uma série de outras consequências, sendo que o medo de voltar a cair foi referido por 88,5% dos adultos séniores inquiridos que afirmaram ter existido alguma consequência, destacando-se dentro dessas o abandono de certas actividades (26,9%), a modificação de hábitos (23,1%), a imobilização (19,2%), lesões neurológicas (11,5%), rearranjos familiares (11,5%) e, mudança de domicílio (3,8%); verificou-se ainda, neste estudo, que a incidência de quedas é maior no sexo feminino.

O medo de cair é uma das principais consequências das quedas, trazendo alterações significativas à vida do adulto sénior, como perda de autonomia e independência nas actividades da vida diária (AVD's), diminuição das actividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança (Fabrício et al, 2004). Apesar de ser uma consequência, o medo de cair pode actuar também como um factor protector, uma vez que o adulto sénior adopta comportamentos preventivos (Ribeiro et al, 2006).

As quedas, apesar de acometerem toda a população independentemente da faixa etária, são mais significativas e com consequências mais graves nos adultos séniores, uma vez que todas as suas capacidades orgânicas, físicas e psicológicas se encontram diminuídas, podendo estas torná-los incapacitados, diminuir a sua autonomia e dependência nas actividades diárias e reduzir significativamente a sua qualidade de vida.

Assim, este estudo tem como objectivo estudar as quedas ocorridas em adultos séniores

institucionalizados, nomeadamente as consequências do último episódio de queda, e a sua relação com as actividades da vida diária actuais.

2. Metodologia

2.1. Amostra

Este estudo tem por base uma amostra obtida por conveniência em diversas instituições/lares da região do Porto. Das 9 instituições contactadas apenas quatro se mostraram disponíveis para colaborar no estudo: Lar “Família do Futuro”, Lar “O Bordão”, Lar “António Granjo” e Lar “Carlos da Maia”. Os indivíduos foram seleccionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão são: idade igual ou superior a 65 anos, capacidade de expressão oral ou escrita e episódio de queda.

Os critérios de exclusão são: alterações cognitivas diagnosticadas e ausência de consentimento informado.

Deste estudo foram excluídos 9 idosos por alterações cognitivas diagnosticadas e, 5 por ausência de episódio de queda. A amostra final é constituída por 35 indivíduos, sendo que 30 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

2.2. Instrumentos

Foi utilizado um questionário para recolha de informação e caracterização da amostra, tal como dados sociodemográficos, estado de saúde geral do idoso, incidência de quedas e consequências directas destas na vida do adulto sénior. (Anexo I)

Para avaliação da independência nas actividades da vida diária (AVD's) do adulto sénior foi utilizada a Escala de Barthel. (Anexo II)

A escala de Barthel foi validada e adaptada para a população portuguesa em 1995 e 1998 pelos fisioterapeutas Paulo Lima e Ricardo Loução, respectivamente (Alcoitão).

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objectiva (Araújo et al, 2007).

Este instrumento avalia a independência do sujeito para a realização de dez actividades

básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo esfíncteriano, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

Na versão original, a pontuação varia entre 0-100, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades da vida diária avaliadas e, a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas. No entanto, novas versões deste instrumento têm surgido desde a sua publicação, nomeadamente no que se refere a modificações nas actividades avaliadas e no sistema de pontuação. Assim, neste estudo, foi utilizada a versão desenvolvida por Wade e Collin, 1988, que propõem uma pontuação dos itens em 0, 1, 2 ou 3, obtendo uma pontuação total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente), tendo sido a versão também utilizada na validação para portugueses (Araújo et al, 2007).

2.3. Procedimentos

Em cada instituição foram consultados os processos clínicos dos adultos seniores, para conhecimento de eventuais situações, nomeadamente alterações cognitivas diagnosticadas, que impediriam a participação do indivíduo no estudo.

Posteriormente, cada adulto sénior foi questionado sobre quedas e, no caso de ter já ter sofrido uma queda, aplicou-se o questionário de caracterização da amostra, que foi auto-preenchido, salvo nos casos de incapacidade em que foi respondido verbalmente.

Aplicou-se de seguida a escala de Barthel.

2.4. Ética

Foi solicitada uma autorização a cada instituição para recolha de dados em cada uma delas e, mediante o consentimento favorável de cada uma, foi recolhida a informação. (Anexo III)

Antes da aplicação de qualquer instrumento foi pedido o consentimento informado livre e esclarecido a cada idoso, que foi dado verbalmente por cada um. O anonimato de cada idoso foi mantido.

2.5. Estatística

Foi realizada uma análise descritiva e exploratória dos dados para caracterização da amostra, da incidência e das consequências das quedas.

Uma vez que a dimensão amostral tem 35 sujeitos pode assumir-se que a distribuição é

normal, segundo o Teorema do Limite Central.

Para análise da relação entre a data da última queda, a idade do adulto sénior e a pontuação obtida na Escala de Barthel, recorreu-se ao teste *r* de *Pearson*.

O teste não paramétrico de *Spearman* foi utilizado para correlacionar variáveis numéricas com variáveis ordinais.

Para análise das diferenças entre variáveis numéricas com nominais, foi realizado o teste de *Levene* para verificar a igualdade das variâncias e, confirmando-se aplicado o *T-Test*. Não se confirmando essa igualdade aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*.

Para análise das diferenças entre variáveis nominais utilizou-se um teste não paramétrico, o *qui quadrado*.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS, versão 18, para Windows. O nível de significância foi estabelecido a 0,05.

3. Resultados

A idade da amostra em estudo (n=35) varia entre os 71 (mínimo) e os 99 anos (máximo), a média de idades é de $83,17 \pm 7,43$ anos.

Relativamente à ocorrência da última queda, de acordo com o gráfico obtido, em intervalos de 6 meses, verifica-se que as últimas quedas dadas se situam nos últimos 6 meses, ou seja, 26 (74,3%) dos 35 adultos séniores inquiridos deram a última queda no último ano.

Quanto ao nível de escolaridade, 4 dos 35 idosos inquiridos são analfabetos (11,4%), 18 possuem o ensino primário (51,4%), 11 têm o ensino básico (31,4%) e, tanto a nível do ensino secundário como universitário, apenas se encontra 1 idoso em cada tipo de ensino (2,9%). Relativamente ao estado civil dos inquiridos, 27 são viúvos (77,1%), 6 são solteiros (17,1%), 1 é divorciado (2,9%), tendo igual percentagem (2,9%) os casados (Gráfico 1).

A maioria dos adultos séniores ocupa o seu tempo a conversar e a ver televisão (Gráfico 1).

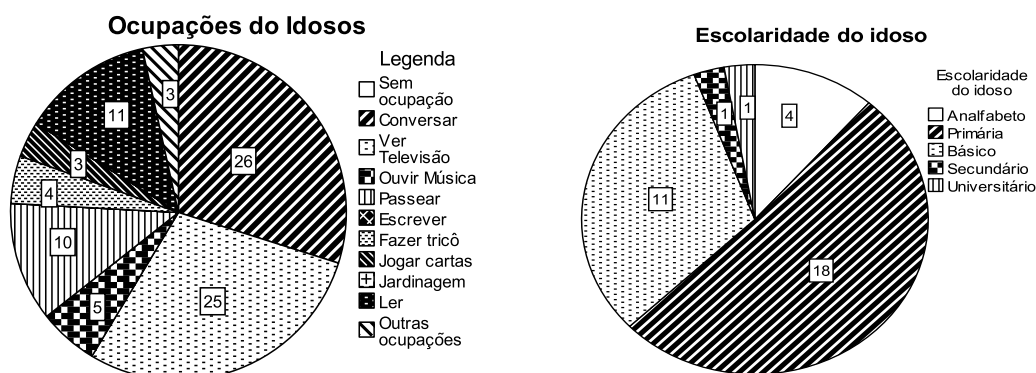
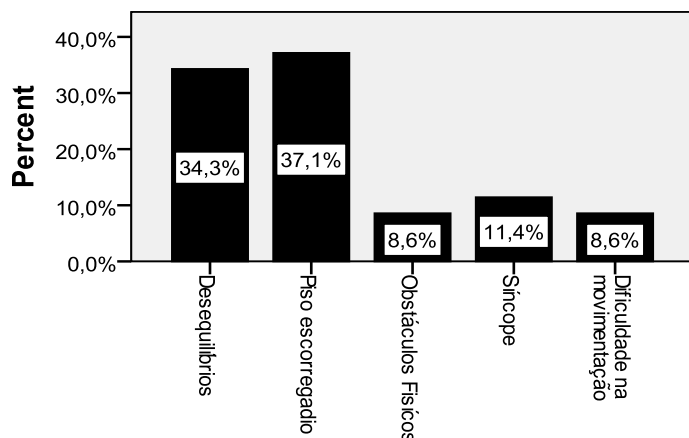


Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto às ocupações e escolaridade

Quanto aos factores predisponentes na ocorrência das quedas, algumas têm causa ambiental, como piso escorregadio (37,1%) incluindo situações como o banho e, obstáculos físicos (8,6%) e, outras têm como causa factores intrínsecos, como desequilíbrios (34,3%), síncope (11,4%), devido a hipotensão ou hipoglicemia e, dificuldades na movimentação (8,6%), devido à diminuição das apetências quer físicas, orgânicas e psicológicas. (Gráfico 2)



Factores Predisponentes da Queda

Gráfico 2: Factores Predisponentes na ocorrência de quedas.

Relativamente às consequências descritas pelos adultos séniores inquiridos, verifica-se que a lesão mais frequente se prende com hematomas e feridas relatadas em 46,2% dos casos, seguido de problemas musculares, em 25,6% dos relatos, e das fracturas em 15,4% destes. Já lesões como luxações ou entorses encontram-se presentes em menor percentagem, acumulando um total de 7,7% as duas. Outras lesões foram descritas pelos adultos séniores inquiridos em 5,1% dos casos, nomeadamente dificuldade em se movimentar e, limitações nos movimentos por dores referidas em diversas regiões do corpo. (Gráfico 3)

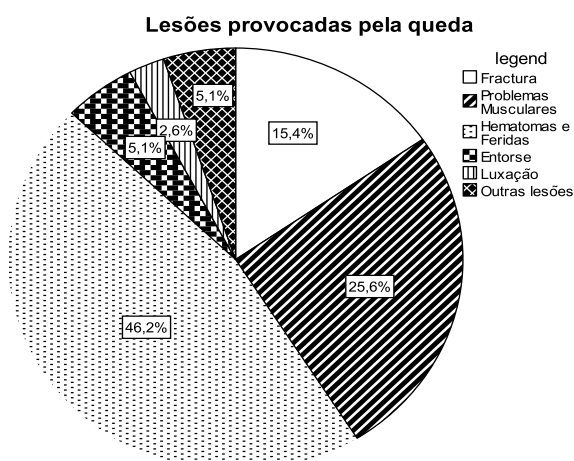


Gráfico 3: Lesões provocadas pelas quedas

Foi descrita a correlação entre variáveis numéricas, nomeadamente a última queda dada pelo adulto sénior (em meses), a pontuação obtida na Escala de Barthel (EB) e a idade do adulto sénior, com o teste de Pearson, verificando-se a inexistência de correlação significativa entre estas variáveis. (Quadro 1)

Quadro 1: Correlação entre a última queda, EB e idade do adulto sénior.

Correlações				
		Última Queda dada pelo Adulto Sénior, em meses	Pontuação obtida na Escala de Barthel	Idade do Adulto Sénior
Última Queda dada pelo Adulto Sénior, em meses	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	-,131 ,453	,328 ,054
Pontuação obtida na Escala de Barthel	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,131 ,453	1	-,240 ,164
Idade do Adulto Sénior	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,328 ,054	-,240 ,164	1

Realizado o teste não paramétrico de *Spearman*, obteve-se uma correlação positiva ($p=0,008$) entre a tempo de permanência no lar e as quedas dadas neste de 44,4%. Obteve-se também uma correlação negativa ($p=0,031$) entre o exercício físico realizado durante a semana com as consequências das quedas de 36,6% e, ainda uma correlação negativa ($p=0,012$) entre as consequências das quedas e a pontuação obtida na EB de 42,1%. (Anexo IV)

Para comparar variáveis numéricas com nominais foi utilizado o *T-Test* e o *Mann-Whitney*. Verificou-se a igualdade das variâncias entre a última queda dada pelo adulto sénior, em meses, com a dificuldade em se movimentar e, aplicado o *t-test* verificou-se que não existem diferenças significativas entre as variáveis. (Quadro 2)

Quadro 2: *T-Test* para análise da última queda com a dificuldade em se movimentar

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Última Queda dada pelo Idoso, em meses	Equal variances assumed	4,803	,036	-,856	33	,398	-4,629	5,409	-15,634	6,375

Entre a última queda e as outras variáveis ordinais (estado de saúde, queda provocou lesão, cuidados médicos, dependente após queda, medo, insegurança e dificuldade em se movimentar após a queda) não houve igualdade das variâncias e, aplicando-se o *Mann-Whitney* verificou-se que também não existem diferenças significativas.

Comparando a idade do adulto sénior com o facto de a queda provocar ou não lesão, verificou-se igualdade entre as variâncias e, aplicando-se o teste *t de student* verificou-se que não existem diferenças significativas (Quadro 3) Entre as restantes variáveis aplicou-se o teste

Mann-Whitney, encontrando-se apenas diferenças significativas da dificuldade em se movimentar conforme a idade ($p=0,009$). (Anexo V)

Quadro 3: *T-Test* para análise da idade do adulto sénior com a presença de lesão após queda

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Idade do idoso	Equal variances assumed	5,734	,022	1,555	33	,130	6,016	3,870	-1,857	13,889

Existem diferenças significativas entre a pontuação obtida na EB com a dificuldade anterior em se movimentar ($p<0,0001$) e com a insegurança na realização de actividades sozinho ($p=0,045$).

Quadro 4: *T-Test* para análise da EB com a dificuldade anterior em se movimentar e insegurança

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pontuação obtida na Escala de Barthel	Equal variances assumed	23,876	,000	5,278	33	,000	6,283	1,190	3,861	8,705

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pontuação obtida na Escala de Barthel	Equal variances assumed	11,536	,002	2,081	33	,045	3,292	1,582	,073	6,510

Na comparação das restantes variáveis, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*, obtendo-se diferenças significativas entre a pontuação obtida na EB com o estado de saúde ($p=0,027$), com a dependência pós queda ($p=0,045$) e com a dificuldade em se movimentar após a queda ($p=0,030$). (Anexo V)

Uma vez que a amostra é pouco heterogénea entre adultos séniores femininos e masculinos nada se pode concluir acerca da possível dependência entre o género sexual e as outras variáveis, tornando os resultados de um eventual teste pouco relevantes.

Foram testadas as variáveis nominais (estado de saúde, dificuldade em se movimentar, queda provocou lesão, medo de cair, insegurança na realização de actividades sozinho e dificuldade em se movimentar após a queda) com o teste *qui-quadrado* e verificou-se que existe uma diferença significativa ($p=0,02$) entre a variável “o estado de saúde em geral é bom” com a variável “dificuldade em se movimentar” e entre o estado de saúde com a dificuldade em se

movimentar após a queda ($p=0,015$). Verificam-se também diferenças significativas ($p=0,022$) entre a dificuldade em se movimentar com a dependência após queda, bem como entre a dificuldade em se movimentar após a queda com a dependência após esta ($p=0,009$). Entre o medo de cair e a insegurança na realização de actividades sozinho encontram-se também diferenças significativas ($p=0,007$). (Anexo VI)

4. Discussão

Fabrício et al (2004) no seu estudo, mostrou que, a maioria das quedas apresentaram como causa um ambiente inadequado, encontrando alguns factores predisponentes descritos pelos adultos séniores, tais como piso escorregadio, tropeçar em objectos no chão, embater noutras pessoas, subir objectos para alcançar algo, quedas da cama, problemas com degraus e, outros. Neste estudo é possível corroborar com alguns destes factores, nomeadamente a causa “piso escorregadio” (37,1%) e, obstáculos físicos que fazem o adulto sénior tropeçar, no entanto em menor percentagem (8,6%).

Segundo Perracini e Ramos (2002), as consequências mais verificadas das quedas foram fracturas, imobilidade, limitação de actividades, aumento da institucionalização, decadência da saúde, alterações psicológicas (medo de cair) e risco de morte. Neste estudo, observaram-se como principais consequências hematomas e feridas em 46,2% dos casos, problemas musculares em 25,6%, fracturas em 15,4% dos casos, entorses (5,1%) e luxações (2,6%). Também no estudo de Silva et al, 2007, as fracturas apesar de pouca representatividade, como no presente estudo (de apenas 15,4% dos casos), foram as que trouxeram maiores complicações, devido a necessidade de internamento e dependência para a realização das AVD's.

Neste estudo não houve correlação entre a última queda com a dependência nas AVD's, no entanto, segundo o estudo de Fabrício et al (2004), uma das principais consequências da queda é o aumento de dificuldade e dependência na realização das AVD's, sendo toda a capacidade funcional prejudicada. Mostrou ainda que pessoas entre os 75 e 84 anos que necessitam de ajuda para a realização das AVD's têm maior probabilidade de cair, facto não corroborado neste estudo, pois não houve correlação entre a EB com a idade nem com a última queda.

As quedas provocam no adulto sénior diminuição da sua autonomia e independência ainda que por tempo restrito (Perracini e Ramos, 2002). Também no estudo de Silva et al (2007) a dependência após queda foi encontrado em 65% dos casos, sendo que as alterações físicas,

psicológicas e emocionais foram significativas para modificações na mobilidade e dependência na realização de AVD's. No presente estudo verificou-se com 98,8% de certeza, uma correlação negativa de 42,1% entre as consequências das quedas com a pontuação obtida na Escala de Barthel, mostrando quanto mais graves as consequências maior a dependência ou vice-versa.

Os idosos institucionalizados apresentam maior incidência de quedas, uma vez que se encontram mais fragilizados e conseqüente diminuição da capacidade funcional, caindo cerca de três vezes mais do que os que vivem nos seus lares (Fabrício et al, 2002); também no presente estudo se verificou uma correlação positiva de 44,4% entre o tempo de permanência no lar e as quedas dadas neste.

Relativamente ao exercício físico, Guimarães et al (2004) observou maior mobilidade e, menor propensão de quedas em adultos sêniores que praticam actividade física, sendo esta uma forma de prevenir quedas. Também Mazzeo et al, (1998) demonstrou que o número de quedas pode ser reduzido com a participação em programas de exercícios de intensidade leve. No presente estudo não foi possível aferir da relação entre a prática de exercício com a maior ou menor propensão de quedas, mas verificou-se com 96,8% de certeza, que existe uma correlação negativa entre o exercício físico e as consequências das quedas.

Neste estudo verificou-se com 99,1% de certeza uma diferença entre a variável idade com a dificuldade na movimentação, tal como no estudo realizado por Veia et al, 1999 que mostrou que com a deterioração dos sistemas orgânicos devido ao envelhecimento os distúrbios da marcha e mobilidade tornam-se problemas comuns, restringindo as AVD's, verificando-se assim, nesta investigação, existir uma diferença entre a pontuação obtida na EB com a dificuldade na movimentação anterior à queda. Também com a EB e com o estado de saúde em geral, a dificuldade na movimentação e dependência após a queda, bem como com a insegurança se verificaram diferenças significativas neste estudo, pois os adultos sêniores após episódios de queda mostram maior receio em sofrer nova queda o que leva a perda de autonomia e independência nas AVD's não só pelo medo de cair como também pela consequência da queda, e sentimentos de insegurança. (Fabrício et al, 2004)

O medo de cair pode acarretar perda da independência, levando a que o adulto sénior se movimente menos, diminuindo a sua capacidade para realizar as AVD's, diminuindo a sua independência, autonomia e qualidade de vida. (Jahana e Diogo, 2007) Neste estudo é possível fazer uma comparação entre estes dados e os obtidos, pois verificou-se com 99,3% de certeza que existem diferenças significativas entre o medo de cair e a insegurança na realização de actividades sozinho, o que levará o idoso a reduzir a sua actividade, verificando-

se que existem diferenças significativas entre a dificuldade anterior em se movimentar e a dificuldade na movimentação após queda com a dependência pós queda.

5. Conclusão

Assim, com a elaboração deste estudo não se pode concluir, segundo esta amostra, existir correlação significativa entre a última queda, em meses, com a independência nas AVD's, no entanto conseguiram obter-se informações relevantes quanto às consequências desta.

Este estudo teve algumas limitações, desde já a amostra ser seleccionada por conveniência, não se obtendo valores representativos dos adultos séniores institucionalizados. O grupo amostral não é muito heterogéneo, pois dos 35 indivíduos entrevistados, 30 são do sexo feminino e apenas 5 do sexo masculino. Os parâmetros da queda deveriam ter sido melhores especificados, sobretudo no que toca ao número total de quedas e a frequência destas. No entanto não se conseguiu de uma forma sistemática recolher informações completas relativamente às quedas por falta de precisão dos adultos seniores e/ou dos seus cuidadores, nomeadamente o número e data dos diferentes episódios, que teria sido interessante explorar estatisticamente.

Também e apesar de ter sido feita uma caracterização da amostra sobre o medo de cair, o estado de saúde em geral e a dificuldade na movimentação anterior e após queda, poderiam ter sido aplicadas escalas para avaliar estes parâmetros, no entanto foi realizado um rastreio e não uma análise exaustiva.

O questionário e a escala foram de difícil aplicação pois, apesar de não terem alterações cognitivas diagnosticadas, foi complicado para alguns adultos séniores entenderem as perguntas, não só o seu conteúdo, como devido a défices de audição ou pouca vontade de colaboração.

Sugerem-se estudos com maiores dimensões amostrais e melhor caracterização do evento de queda.

6. Bibliografia

Araújo, F. et al (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *In Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 25(2): 59-66.

Close et al (1999). Prevention of falls in the elderly trial: a randomised controlled trial. *In The Lancet*; 353: 93-97.

Fabício, S., Rodrigues, R. e Junior M. (2004) Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *In: Revista de Saúde Pública*; 38(1):93-99.

Fabrício, S., Rodrigues, R. e Junior, M. (2002). *Quedas Acidentais em Idosos Institucionalizados*. In *Acta Paul. Enf.*; 15(3): 51-59.

Guimarães, L. et al. (2004). Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. In *Revista Neurociências*; 12(2).

Hwang et al (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. In *Age Ageing*; 32: 593-600.

Instituto Nacional Estatística. [Em linha]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2 [Consultado em 22/12/2010].

Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83328088&DESTAQUESTema=00&DESTAQUESmodo=2 [Consultado em 22/12/2010]

Jahana, K. e Diogo, M. (2007). Quedas em Idosos: Principais causas e consequências. In *Revista de Saúde Colectiva*; 5(17): 148-153.

Mahoney, F. e Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. In *Maryland State Medical Journal*; 14: 56-61.

Mazzeo, R. et al (1998). Exercício e atividade física para pessoas idosas. In *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*.

Moura, RN et al (1999). Quedas em idosos: factores de risco em idosos institucionalizados. In *Gerontol*; 7(2): 15-21.

Perracini, M. e Ramos, L. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. In: *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-716.

Ribeiro et al (2006).⁸⁴ A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. In: *Ciência & Saúde Colectiva*; 13(4): 1273-2008.

Silva T. et al (2007). A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. [Em linha]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a05.pdf>. [Consultado em 5/1/2011].

Vea HB, et al. (1999). Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio Playa. 1996 (Parte I). In *Revista Cubana Salud Pública*; 25(1): 16-29.

World Health Organization. [Em linha]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf. [Consultado a 22/12/2010].

World Health Organization [Em linha] Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>. [Consultado a 22/12/2010]

Anexos

7. Anexos

7.1. Anexo I

QUESTIONÁRIO

1. Já sofreu alguma queda?

Sim Se sim, em que datas? _____

Não

2. Nome: _____ (Facultativo)

3. Sexo: Feminino Masculino

4. Idade: ____

5. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo

6. Escolaridade: Analfabeto Primário Básico Secundário Universitário

7. Ocupações:

Nenhuma

Conversar

Ver televisão

Ouvir música

Passear

Escrever

Fazer tricô

Jogar cartas

Jardinagem

Ler

Outros: _____

8. Há quanto tempo se encontra no lar?

Menos de 1 ano

1 – 2 anos

3- 4 anos

Mais de 5 anos

Mais de 10 anos

9. O seu estado de saúde em geral é bom?

Sim

Não

11. Tem dificuldade em se movimentar?

Sim

Não

13. O que acha que o levou a cair, que proporcionou a queda?

14. A queda provocou alguma lesão?

Sim Não

15. Se sim, que tipo de lesão?

Fractura(s)

Entorse

Problemas musculares

Luxação

Hematomas/Feridas

Outras Especifique: _____

16. Necessitou de cuidados médicos após a queda?

Sim

Não

17. Ficou dependente de alguma forma após a queda?

Sim

Não

18. Tem medo de voltar a cair?

Sim

Não

19. Sente-se inseguro quando tem que realizar actividades sozinho(a)?

Sim

Não

20. Depois da queda, ficou com dificuldade em se movimentar?

Sim

Não

22. Considera que o facto de cair teve consequências na sua vida:

Nenhuma

Graves

Ligeiras

Muito Graves

Moderadas

Obrigado pela colaboração!

7.2. Anexo II

Escala de Barthel

Nome do utente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Pontuação Obtida: _____

Evacuar

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 = Continente

Urinar

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 = Continente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0 = Dependente
- 1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 = Independente

Alimentar-se

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

0 = dependente

1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)

2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

0 = Dependente

1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 08 – Dependência Total

09 - 12 – Dependência Grave

13 - 19 – Dependência Moderada

20 – Independência Total

7.3. Anexo III



Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Pedido de Autorização para recolha de dados

no “Lar _____”

Porto, 4 de Janeiro de 2011

Ex^{mo} Senhor,

Eu, Inês Sarai va Antunes Gonçalves, aluna nº 18653 do 4º ano do curso de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar um projecto de investigação para conclusão da licenciatura, cujo tema é “A última queda e relação com as actividades da vida diária em idosos institucionalizados” necessitando de recolher informação entre idosos institucionalizados sobre o assunto.

Assim, venho por este meio pedir autorização para realizar o estudo entre alguns idosos que se encontram na vossa instituição. Este estudo tem por base a aplicação de um questionário aos idosos e, a avaliação da independência de cada um deles, sendo utilizada, para o efeito, uma escala (Escala de Barthel), em idosos que não tenham alterações cognitivas diagnosticadas.

Será ainda pedido a cada idoso o seu consentimento informado, dado de forma verbal.

Necessito ainda de autorização para a utilização dos dados recolhidos, mantendo a sua confidencialidade.

Com os melhores cumprimentos,
Inês Gonçalves

Eu abaixo-assinado, autorizo

7.4. Anexo IV

Teste de Spearman (pontuação obtida na EB, última queda, em meses, e idade do adulto sénior com restantes variáveis)

Correlations

		Pontuação obtida na Escala de Barthel	Tempo de Permanência no Lar	Exercício Físico realizado durante a semana	Quedas dadas no Lar	Factores Predisponentes da Queda	Consequências da queda	
Spearman's rho	Pontuação obtida na Escala de Barthel	Correlation Coefficient	1,000	-,150	,306	-,022	-,126	-,421*
		Sig. (2-tailed)	.	,389	,074	,900	,472	,012
		N	35	35	35	35	35	
	Tempo de Permanência no Lar	Correlation Coefficient	-,150	1,000	,039	,444**	-,006	,215
		Sig. (2-tailed)	,389	.	,824	,008	,974	,215
		N	35	35	35	35	35	
	Exercício Físico realizado durante a semana	Correlation Coefficient	,306	,039	1,000	-,002	-,300	-,366*
		Sig. (2-tailed)	,074	,824	.	,993	,080	,031
		N	35	35	35	35	35	
	Quedas dadas no Lar	Correlation Coefficient	-,022	,444**	-,002	1,000	-,023	,269
		Sig. (2-tailed)	,900	,008	,993	.	,894	,118
		N	35	35	35	35	35	
	Factores Predisponentes da Queda	Correlation Coefficient	-,126	-,006	-,300	-,023	1,000	,120
		Sig. (2-tailed)	,472	,974	,080	,894	.	,492
		N	35	35	35	35	35	
	Consequências da queda	Correlation Coefficient	-,421*	,215	-,366*	,269	,120	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	,215	,031	,118	,492	.
		N	35	35	35	35	35	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Última Queda dada pelo Idoso, em meses	Tempo de Permanência no Lar	Exercício Físico realizado durante a semana	Quedas dadas no Lar	Factores Predisponentes da Queda	Consequências da queda	
Spearman's rho	Última Queda dada pelo Idoso, em meses	Correlation Coefficient	1,000	,022	,021	-,134	-,092	,191
		Sig. (2-tailed)	.	,902	,906	,442	,601	,272
		N	35	35	35	35	35	
	Tempo de Permanência no Lar	Correlation Coefficient	,022	1,000	,039	,444**	-,006	,215
		Sig. (2-tailed)	,902	.	,824	,008	,974	,215

	N	35	35	35	35	35	35
Exercício Físico realizado durante a semana	Correlation Coefficient	,021	,039	1,000	-,002	-,300	-,366*
	Sig. (2-tailed)	,906	,824		,993	,080	,031
	N	35	35	35	35	35	35
Quedas dadas no Lar	Correlation Coefficient	-,134	,444**	-,002	1,000	-,023	,269
	Sig. (2-tailed)	,442	,008	,993		,894	,118
	N	35	35	35	35	35	35
Factores Predisponentes da Queda	Correlation Coefficient	-,092	-,006	-,300	-,023	1,000	,120
	Sig. (2-tailed)	,601	,974	,080	,894		,492
	N	35	35	35	35	35	35
Consequências da queda	Correlation Coefficient	,191	,215	-,366*	,269	,120	1,000
	Sig. (2-tailed)	,272	,215	,031	,118	,492	
	N	35	35	35	35	35	35

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Idade do idoso	Tempo de Permanência no Lar	Exercício Físico realizado durante a semana	Quedas dadas no Lar	Factores Predisponentes da Queda	Consequências da queda
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,189	,230	-,015	,040
	Sig. (2-tailed)		,277	,183	,931	,819
	N	35	35	35	35	35
Tempo de Permanência no Lar	Correlation Coefficient	,189	1,000	,039	,444**	-,006
	Sig. (2-tailed)	,277		,824	,008	,974
	N	35	35	35	35	35
Exercício Físico realizado durante a semana	Correlation Coefficient	,230	,039	1,000	-,002	-,300
	Sig. (2-tailed)	,183	,824		,993	,080
	N	35	35	35	35	35
Quedas dadas no Lar	Correlation Coefficient	-,015	,444**	-,002	1,000	-,023
	Sig. (2-tailed)	,931	,008	,993		,894
	N	35	35	35	35	35
Factores Predisponentes da Queda	Correlation Coefficient	,040	-,006	-,300	-,023	1,000
	Sig. (2-tailed)	,819	,974	,080	,894	
	N	35	35	35	35	35
Consequências da queda	Correlation Coefficient	-,006	,215	-,366*	,269	,120
	Sig. (2-tailed)	,973	,215	,031	,118	,492
	N	35	35	35	35	35

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

7.5. Anexo V

Resultados dos Testes de Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of O estado de saúde em geral é bom.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.100	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of Precidou de cuidados médicos após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.281	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of Dependente depois da queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.531	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of Medo de cair.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.424	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of Insegurança na realização de actividades sozinho.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.077	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Última Queda dada pelo Idoso, em meses is the same across categories of Dificuldade em se movimentar após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.561	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Dificuldade em se movimentar.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.009	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of O estado de saúde em geral é bom.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.286	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Precisou de cuidados médicos após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.234	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Dependente depois da queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.167	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Medo de cair.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.409	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Insegurança na realização de atividades sozinho.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.393	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Dificuldade em se movimentar após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.679	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade do idoso is the same across categories of Medo de cair.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.409	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pontuação obtida na Escala de Barthel is the same across categories of O estado de saúde em geral é bom.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.027	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pontuação obtida na Escala de Barthel is the same across categories of Queda Provocou Lesão.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.157	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pontuação obtida na Escala de Barthel is the same across categories of Precisou de cuidados médicos após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.138	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pontuação obtida na Escala de Barthel is the same across categories of Medo de cair.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.456	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pontuação obtida na Escala de Barthel is the same across categories of Dificuldade em se movimentar após a queda.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.030	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

7.6. Anexo VI

Resultados do Teste Qui Quadrado

Medo de cair * Insegurança na realização de actividades sozinho

Crosstab

Count		Insegurança na realização de actividades sozinho		
		Não	Sim	Total
Medo de cair	Não	3	0	3
	Sim	8	24	32
Total		11	24	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,159 ^a	1	,007		
Continuity Correction ^b	4,102	1	,043		
Likelihood Ratio	7,585	1	,006		
Fisher's Exact Test				,025	,025
Linear-by-Linear Association	6,955	1	,008		
N of Valid Cases	35				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

b. Computed only for a 2x2 table

Dependente depois da queda * Dificuldade em se movimentar após a queda

Crosstab

Count		Dificuldade em se movimentar após a queda		
		Não	Sim	Total
Dependente depois da queda	Não	14	7	21
	Sim	3	11	14
Total		17	18	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,882 ^a	1	,009		
Continuity Correction ^b	5,190	1	,023		
Likelihood Ratio	7,210	1	,007		
Fisher's Exact Test				,015	,010
Linear-by-Linear Association	6,685	1	,010		
N of Valid Cases	35				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Dificuldade em se movimentar * Dependente depois da queda

Crosstab

Count		Dependente depois da queda		
		Não	Sim	Total
Dificuldade em se movimentar	Não	11	2	13
	Sim	10	12	22
Total		21	14	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,221 ^a	1	,022		
Continuity Correction ^b	3,717	1	,054		
Likelihood Ratio	5,632	1	,018		
Fisher's Exact Test				,034	,025
Linear-by-Linear Association	5,072	1	,024		
N of Valid Cases	35				

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

b. Computed only for a 2x2 table

O estado de saúde em geral é bom * Dificuldade em se movimentar após a queda

Crosstab

Count		Dificuldade em se movimentar após a queda		
		Não	Sim	Total
O estado de saúde em geral é bom	Não	2	9	11
	Sim	15	9	24
Total		17	18	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,931 ^a	1	,015		
Continuity Correction ^b	4,289	1	,038		
Likelihood Ratio	6,306	1	,012		
Fisher's Exact Test				,027	,018
Linear-by-Linear Association	5,761	1	,016		
N of Valid Cases	35				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,34.

b. Computed only for a 2x2 table

O estado de saúde em geral é bom * Dificuldade em se movimentar

Crosstab

Count		Dificuldade em se movimentar		
		Não	Sim	Total
O estado de saúde em geral é bom	Não	1	10	11
	Sim	12	12	24
Total		13	22	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,407 ^a	1	,020		
Continuity Correction ^b	3,797	1	,051		
Likelihood Ratio	6,207	1	,013		
Fisher's Exact Test				,027	,022
Linear-by-Linear Association	5,252	1	,022		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,09.

b. Computed only for a 2x2 table