



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2010/2011

**ÂNGELA MARIA
ROLO DOS
SANTOS**

**PTOFOBIA E DIMENSÕES PSICOLÓGICAS
ASSOCIADAS: ESTUDO EM PESSOAS IDOSAS**



**Universidade de
Aveiro**
2010/2011

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**ÂNGELA MARIA
ROLO DOS
SANTOS**

**PTOFOBIA E DIMENSÕES PSICOLÓGICAS
ASSOCIADAS: ESTUDO EM PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do prof. Doutor Óscar Ribeiro, Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Prof. Doutora

Daniela Maria Pais Figueiredo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente Principal

Prof. Doutor

Lia Paula Nogueira Sousa Fernandes

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente Hospitalar Graduada, com o grau de Consultor do Serviço de Psiquiatria do Hospital S. João / EPE do Porto

Vogal

Prof. Doutor

Óscar Manuel Soares Ribeiro

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Óscar Ribeiro pela partilha de conhecimentos, orientação, rigor, sugestões, incentivo constante e espírito crítico que muito contribuíram para a realização da dissertação.

À Dra. Laetitia Teixeira, pelo apoio na análise estatística.

À direcção e aos profissionais das instituições que colaboraram no estudo, por terem aprovado a proposta com agrado e por me terem acolhido tão calorosamente.

Aos clientes das instituições. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Aos meus amigos pelo apoio nesta jornada. Eles sabem quem são.

Ao Marcelo, à Rita e ao Álvaro por toda a motivação e cumplicidade constantes.

Aos meus pais e avós pelo apoio, amparo e encorajamento para seguir os meus objectivos.

A todos aqueles que não estando aqui mencionados tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos o meu profundo agradecimento.

Palavras-chave

Ptofobia; Medo de Cair; Quedas; Idosos; Ansiedade Geriátrica; Eficácia nas Quedas; Controlo Percebido Sobre o Cair; Equilíbrio.

Resumo

Introdução: A ptofobia, ou o medo fóbico de cair, é amplamente encontrada na população idosa e é reconhecida, actualmente, como sendo um problema de saúde geriátrico. Apesar de influenciar negativamente a qualidade de vida das pessoas mais velhas, tem sido amplamente negligenciada enquanto objecto de estudo, sobretudo no que respeita aos constructos psicológicos a ela associados. **Objectivos:** Analisar (i) a relação entre a presença de medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio numa amostra de pessoas idosas clientes de serviços sociais, (ii) a relação entre estas variáveis com as características dos participantes e (iii) estimar quais os constructos de natureza psicológica que poderão melhor prever o risco de desenvolver medo de cair. **Metodologia:** Recorreu-se a uma amostra de 100 pessoas, 77 mulheres e 33 homens com uma média de idades de 80.80 anos (SD 7.54 anos). Na recolha de dados utilizou-se um protocolo construído pela investigadora que incluía, além de informação sócio-demográfica e referente ao estado de saúde dos participantes, informação relativa ao medo de cair e historial de quedas. O protocolo incluía também: a Escala de medição do Medo de Cair (FES), o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Escala de Controlo Percebido Sobre o Cair (PCOF) e o Teste de Tinetti (POMA-I). Foram realizadas análises estatísticas através do teste *t-Student*, ANOVA e teste do Qui-quadrado, Coeficiente de Correlação de *Pearson*, e regressões logísticas. **Resultados:** A presença de ptofobia está associada, maioritariamente, ao sexo feminino, a idades avançadas, viuvez, a níveis reduzidos de escolaridade, a um pior estado de saúde, à institucionalização, à história prévia de quedas, e a uma menor auto-eficácia, controlo percebido sobre o cair e equilíbrio. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os resultados da GAI com a FES, PCOF e POMA-I. Constatou-se, também, que 47,1% do medo de cair era explicado por dois itens dos instrumentos utilizados no estudo, um pertencente à FES (“Trabalho doméstico ligeiro”) e um relativo à GAI (“Sinto-me muitas vezes nervoso”). **Conclusão:** A ptofobia é influenciada por diversos constructos que apesar de serem comumente considerados equivalentes ao medo de cair, não o explicam na totalidade. Os resultados evidenciam a importância de considerar em estudos futuros as dimensões de natureza psicológica relacionadas com o desenvolvimento de medo de cair, nomeadamente a presença de sintomatologia ansiosa específica.

Keywords

Ptophobia; Fear of Falling; Falls; Elderly; Geriatric Anxiety; Falls Efficacy; Perceived Control Over Falling; Balance.

Abstract

Introduction: Ptophobia (phobic fear of falling) is widely found in the elderly population and is recognized as a geriatric health problem by the scientific community. Regardless of its negative influence on the quality of life, fear of falling has been largely neglected as core object of study, especially in what regards its possible associated psychological constructs. **Objectives:** Analyze (i) the relationship between the presence of fear of falling, self-efficacy in falls, anxiety, perceived control over falling and balance in a sample of elderly clients of social services, (ii) the relationship between these variables with the participant's characteristics and (iii) estimate the psychological constructs that may better predict the risk of developing fear of falling. **Methods:** A sample of 100 individuals was considered, 77 women and 33 men (mean age of 80.80 ± 7.54 years). In data collection we used a protocol developed by the researcher which included information on socio-demographic and health status, information on the history of falls and on the presence of fear of falling. The protocol also included the Portuguese version of the Falls Efficacy Scale (FES), the Geriatric Anxiety Inventory (GAI), the Perceived Control Over Falling Scale (PCOF) and the Performance-Oriented Assessment of Mobility and Balance (POMA-I). There were performed statistical analysis using the Student t test, ANOVA and chi-square, the Pearson correlation coefficient and logistic regressions. **Results:** The presence of fear of falling is mostly associated with the female gender, advanced age, widowhood, low levels of education, worse health status, institutionalization, previous history of falls and lower self-efficacy, perceived control over falling and balance. There was found a statistically significant association between the results of the GAI with FES, PCOF and POMA-I. It was also found that 47.1% of fear of falling was explained by two items of the instruments used in the study, one from the FES ("light housekeeping") and one from the GAI ("I am often nervous"). **Conclusion:** Ptophobia is influenced by several constructs, which despite being commonly considered equivalent to fear of falling do not explain it in full. The results show the importance of considering the psychological dimensions related to the development of fear of falling, particularly the presence of specific anxiety symptoms, in future investigations.

Índice Geral

1. INTRODUÇÃO	1
2. PTOFOBIA, OU O MEDO FÓBICO DE CAIR	3
2.1. SOBRE A NATUREZA E COMPLEXIDADE DO FENÓMENO	5
2.2. O MEDO DE CAIR NUM MODELO TEÓRICO INTERPRETATIVO.....	7
3. PTOFOBIA ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE GERIÁTRICO.....	9
3.1. PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO	9
3.2. CONSEQUÊNCIAS DO MEDO DE CAIR NA POPULAÇÃO IDOSA	10
4. OBJECTIVOS	12
5. METODOLOGIA.....	12
5.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	12
5.2. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	14
5.3. INSTRUMENTOS.....	14
5.3.1. Escala de medição do medo de cair (FES)	14
5.3.2. Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).....	15
5.3.3. Escala de Controlo Percebido sobre o Cair (PCOF)	15
5.3.4. Teste de Tinneti (POMA-I).....	16
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	16
6. RESULTADOS.....	17
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	17
6.2. ESTADO DE SAÚDE	19
6.3. APOIO FORMAL E INFORMAL	20
6.4. HISTORIAL DE QUEDAS.....	21
6.5. ASSOCIAÇÕES ENTRE O MEDO DE CAIR E A FES, GAI, PCOF E POMA-I	22
6.5.1. Relação entre a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio.....	22
6.5.2. Relação entre o medo de cair e os itens da FES, GAI, PCOF e POMA-I.....	23
7. DISCUSSÃO	23
8. CONCLUSÕES.....	27
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

Índice de Anexos e Apêndices

ANEXOS.....	33
ANEXO I – AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES	34
APÊNDICES	37
APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	38
Apêndice II - TERMO DE PARTICIPAÇÃO LIVRE E ESCLARECIDA	49

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Factores de Risco para a Ptofobia	10
Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos participantes e correlações com o medo de Cair, a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio	18
Tabela 3 - Relação entre o medo de cair, a eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio.....	18
Tabela 4 - Relação entre o estado de saúde, o medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio.....	19
Tabela 5 - Relação entre o apoio social, o medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio.....	20
Tabela 6 - Relação entre o historial de queda, o medo de cair, a eficácia, o controlo, a ansiedade e o equilíbrio nas pessoas que já sofreram, no mínimo, uma queda	21
Figura 1 - Reconceptualização do medo de cair.....	8
Figura 2 - Selecção da Amostra	13

Lista de Siglas

AVD – Actividade de Vida Diária

CD – Centro de Dia

CN – Centro de Noite

FES – *Falls Efficacy Scale*

GAI – *Geriatric Anxiety Inventory*

PCOF – *Perceived Control Over Falling*

POMA-I – *Performance Oriented Mobility Assessment*

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

1. Introdução

Graças à sua natureza multifactorial, à sua frequência e às suas consequências nefastas para a qualidade de vida, as quedas são consideradas uma das grandes síndromes geriátricas e um dos maiores problemas de Saúde Pública (Boyd, et al., 2009; Carvalho, et al., 2007; Fabrício, et al., 2004; Scheffer, et al., 2008). Actualmente, são consideradas a terceira causa de um mau estado de saúde nesta população (Gagnom, et al., 2003; Scheffer, et al., 2008) e estima-se que todos os anos cerca de 30% de pessoas idosas sofram pelo menos uma queda, número que aumenta para 40% quando considerados os indivíduos com mais de 75 anos de idade (Tinetti, et al., 1998). No entanto, considera-se que o número de quedas é subestimado, uma vez que há uma tendência para reportar apenas os casos em que estas acarretam elevados danos físicos ou um acentuado declínio funcional para os indivíduos (NCIPC, 2006).

As quedas são responsáveis por diversas consequências na vida de um idoso, encontrando-se associadas a morbilidade física, deteriorização funcional, hospitalização, institucionalização, maior recurso a serviços sociais e de saúde, ou mesmo à morte (Jahana, et al., 2007; Menezes, et al., 2008; Pereira, et al., 2001; Ribeiro, et al., 2008; Scheffer, et al., 2008). Além destes aspectos, a despesa relativa ao tratamento dos danos das quedas, no que respeita aos cuidados de saúde, é bastante elevada. A título de exemplo, nos EUA, em 2000, tais gastos ultrapassaram os 19 biliões de dólares (NCIPC, 2006) e a tendência, segundo as previsões demográficas, aponta para um aumento significativo dos custos do seu tratamento devido ao seu crescente número (Moore, et al., 2008).

Além das consequências mais directas das quedas, muitos idosos poderão desenvolver um medo de cair exacerbado e restringir as suas actividades (Ribeiro, et al., 2008). Isaacs e Murphy identificaram e descreveram este medo pela primeira vez em 1982, designando-o síndrome pós-queda (*postfall syndrome*). Caracterizam-na como sendo um “*pavor descontrolado de andar novamente, mesmo sem apresentar problemas de locomoção que impeçam a marcha, além da perda de auto-estima e isolamento social, determinando o declínio físico e a morte precoce como consequência do medo de cair*” (Murphy, et al., 1982 cit in Cárdenas, et al., 2008: 85). A identificação desta síndrome levou ao surgimento do conceito Ptofobia, que deriva das palavras gregas *ptosis* (cair) e *phobos* (medo/terror), e que designa, actualmente, a reacção fóbica que uma pessoa manifesta ao manter-se de pé e andar, tendo como fundamento o medo que sente em cair (Tinetti, et al., 1998), apesar de não possuir nenhum distúrbio, doença neurológica ou ortopédica que o fundamente (Gai et al., 2008).

Pese embora o facto do medo de cair ter passado a ser reconhecido pela comunidade científica como um problema de saúde associado à população mais velha (Kempen, et al., 2009; Legters, 2002) e apesar da percentagem elevada (92%) de pessoas idosas com medo cair que apresenta

repercussões evidentes na sua qualidade de vida (Gai, et al., 2008; Legters, 2002), trata-se de um fenómeno que tem sido amplamente negligenciado enquanto objecto de estudo (Delbaere, et al., 2010). A sua definição tem-se mantido vaga (Jung, 2008), alterando consoante a combinação dos factores físicos, cognitivos e ambientais que o caracterizam e que são considerados para análise (Gomez, et al., 2007).

A definição mais aceite pela comunidade científica refere que este medo diz respeito a uma *“reduzida auto-eficácia percebida ao evitar quedas durante as actividades essenciais não perigosas da vida diária”* (Tinetti, et al, 1990 *cit in* Gomez, et al, 2007: 661). Ou seja, Tinetti e os seus colaboradores determinaram que o medo de cair se definiria pela presença de uma fraca auto-avaliação que a pessoa (idosa) efectua relativamente à sua capacidade de evitar uma queda durante a execução de actividades de vida diária consideradas essenciais. Posteriormente, em 1993, Tinetti e Powell descreveram o medo de cair como uma *“preocupação permanente sobre a queda que leva a pessoa idosa a evitar desempenhar as actividades de vida diárias”* (Jung, 2008: 215), passando a não relacionar directamente o medo de cair com a auto-percepção da eficácia na queda.

Na literatura gerontológica encontram-se várias razões explicativas para o desenvolvimento de ptofobia nos mais velhos, e todas se encontram relacionadas com possíveis consequências da ocorrência de quedas em pessoas que caíram e naquelas que nunca caíram mas que poderão desenvolver o mesmo medo (Fabrício, et al., 2004). Estas incluem não só o receio da incapacidade e da perda de independência, mas também o medo da dor e sofrimento, de que a ocorrência de uma queda seja um sinal do declínio físico (associado à morte) e o medo de embaraço social (Yardley, et al., 2002). No entanto, as discussões teóricas acerca das origens e correlatos psicológicos do medo de cair são, ainda, reduzidas (Hadjistavropoulos, et al., 2011), e de acordo vários autores, tendo em conta que a ptofobia é, essencialmente, um fenómeno psicológico, exige-se uma maior atenção aos factores desta índole a ela associados, como sejam o controlo percebido sobre o cair (Legters, 2002; Moore, et al., 2008), apesar da sua elevada dificuldade em termos de avaliação, sobretudo quando comparados aos factores objectivos, mais facilmente observáveis, como o equilíbrio e o historial de quedas.

Os estudos realizados em Portugal, à semelhança das investigações internacionais, têm sido maioritariamente dirigidos à pesquisa de factores físicos associados ao desenvolvimento de ptofobia e à sua prevalência, encontrando-se ainda muito centrados na relação entre a prática de actividade física e a prevalência de quedas na população idosa (Carvalho, et al., 2007; Petiz, 2002; Vieira, 2009). E, neste sentido, estas investigações alcançaram algumas conclusões importantes evidenciando que as alterações de equilíbrio e a ocorrência de quedas estão associados à idade e ao sexo das pessoas idosas, sendo mais prevalente nas mulheres muito idosas (Petiz, 2002), que a ocorrência de quedas não parece ter um grande impacto no medo de cair (Carvalho, et al., 2007), e que a prática de

actividade física está associada a um maior equilíbrio e a um menor medo de cair (Carvalho, et al., 2007; Petiz, 2002). Já os estudos que têm reflectido alguma preocupação em deslindar a relação entre a presença de ptofobia, fenómeno multifactorial, com outras variáveis também de natureza psicológica são reduzidos e muito recentes, destacando-se aqui o trabalho de Cruz e colaboradores (2011) sobre o papel e o potencial impacto das variáveis pessoais e dos processos cognitivos no medo de cair, o qual revelou a existência de um elevado impacto das diferenças individuais e processos psicológicos no desenvolvimento deste medo.

Neste contexto, surge a necessidade de analisar e perceber melhor a relação entre a ptofobia e os factores psicológicos associados, uma vez que estes poderão influenciar a sua ocorrência. A presente dissertação tem como objectivo geral contribuir para a melhor compreensão deste fenómeno, seleccionando um conjunto de factores tidos como relevantes para a compreensão do mesmo, designadamente a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio. Estruturalmente, trata-se de um trabalho organizado em oito partes. As três iniciais incidem no enquadramento teórico, no qual é apresentada a ptofobia enquanto fenómeno multifactorial e é realizada uma análise centrada nos constructos psicológicos a ela associados. Nas partes 4 e 5, procede-se à apresentação dos objectivos e à descrição da metodologia utilizada no estudo. A parte 6 corresponde à enunciação dos resultados obtidos e a parte 7 à sua discussão. Por fim, a dissertação termina com a conclusão (parte 8) resultante da análise dos resultados alcançados e da revisão bibliográfica efectuada.

2. Ptofobia, ou o medo fóbico de cair

Todas as pessoas poderão sentir medo relativamente a diversos objectos e situações. Esse medo é algo não apreendido e inerente ao ser humano, e pode ser utilizado para nos defendermos de determinados objectos ou situações que percebemos como potencialmente perigosas. No entanto, quando apresentamos um medo desproporcionado de algo e este começa a interferir e a condicionar a nossa vida, este deixa de ser considerado um medo “natural” (e possivelmente compreensível) e passa a ser considerado uma fobia, que pode, então, ser definida pela presença de uma ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a uma situação ou objecto temido, que frequentemente conduz ao evitamento dessa situação (DSM-IV-TR, 1996: 429).

Presentemente encontram-se reconhecidas cientificamente as mais diversificadas fobias, contudo as mais comuns são as fobias específicas (Wolitzky-Taylor, et al., 2010), ou seja, aquelas que dizem respeito a objectos ou situações particulares, como o medo de animais (cobras, cães, etc.) ou o medo de fenómenos naturais (trovoada, alturas, etc.), entre outras. Estas podem ter origem em

vários factores relacionados com experiências negativas com o objecto ou situação, a aprendizagem social, a influência familiar ou um processo de generalização, no qual a pessoa desenvolve um medo específico relativamente a todas as situações que poderão estar relacionadas com o mesmo estímulo negativo. Independentemente da origem da fobia, esta leva a pessoa a evitar o contacto com esse estímulo, facto que poderá influenciar fortemente a sua vida quotidiana (DSM-IV-TR, 1996).

Tendo em consideração as características de uma fobia específica, Bhalal e os seus colaboradores realizaram, em 1982, um estudo de caso com pessoas idosas que apresentavam um medo de cair exacerbado de tal forma intenso que os levava a recusar caminhar, por vezes durante longos períodos, apesar de não apresentarem qualquer problema neuromuscular e independentemente de terem ou não sofrido danos numa queda, facto que reforçava o carácter profundamente psicológico deste fenómeno. Os testemunhos apresentados então davam conta desse medo de um modo bastante claro:

CASO 1: *“(...) a paciente tem um intenso medo de cair desde a queda, e tem sido incapaz de caminhar sem a máxima assistência (...)”.*

(Bhalal, et al, 1982: 187)

CASO 2: *“(...) Ela não caminhou nos dois meses anteriores à admissão devido ao medo de cair (...) caminhar não tem sido possível devido ao intenso medo de cair da paciente (...)”.*

(Bhalal, et al, 1982: 188)

CASO 3: *“(...) O paciente caiu novamente, sem danos, mas desde a queda que se mantém extremamente ansioso relativamente à deambulação independente. Ele recusa-se fortemente a caminhar (...)”.*

(Bhalal, et al, 1982: 188)

Tendo em consideração a natureza e as características de uma fobia e os casos analisados, estes investigadores não associaram o desenvolvimento e a ocorrência de medo de cair a outras fobias, desordens da personalidade ou défices cognitivos já existentes. Consideraram-o, ao invés, uma fobia distinta de todas as outras, inclusivamente da Agorafobia¹ (Bhalal, et al., 1982) e, nesse sentido, sugeriram o termo ptofobia para designar este medo. Enquanto fobia específica e possível

¹ De acordo com a definição presente no DSM-IV-TR, a agorafobia consiste na “ansiedade ou evitamento de lugares ou situações nas quais a fuga pode ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ser ter ajuda no caso de ter um ataque de pânico” (DSM-IV-TR: 429).

perturbação da ansiedade (Bhala, et al., 1982) que diz respeito a uma excessiva preocupação ou expectativa apreensiva que a pessoa percebe como sendo difícil de suportar, vários autores evidenciaram a sua manifestação através de sintomas cognitivos (frustração extrema ou medo de perder o controlo), comportamentais (inquietação e hipercinésia) e físicos (suores e palpitações) (Iliffe, et al., 2002; Rozzini, et al., 2009). Ou seja, associaram à ocorrência de ptofobia a presença de fortes sintomas ansiosos, que são frequentes sobretudo nas pessoas idosas e que podem influenciar fortemente as suas vidas (Weele, et al., 2008; Wolitzky-Taylor, et al., 2010). Este conceito deu origem, porém, a algumas controvérsias no que respeita à sua natureza, uma vez que alguns autores sugerem que poderá ser uma forma de expressão de uma ansiedade generalizada, analogamente a outros medos que atingem as pessoas idosas (cf. Legters, 2002), e não uma fobia específica, uma vez que a marcada presença de sintomas de ansiedade não assegura necessariamente a presença de uma perturbação clínica de ansiedade, nomeadamente na população idosa, uma vez que estes poderão estar associados ao declínio cognitivo ou comorbilidades (cf. Rozzini, et al., 2009; Taylor, et al., 2010; Wolitzky).

2.1. Sobre a natureza e complexidade do fenómeno

A par das discussões em torno do conceito ptofobia e o seu reconhecimento enquanto fobia específica, a natureza do medo de cair excessivo tem sido alvo de várias reflexões, principalmente no que se refere aos constructos de ordem psicológica associados à sua ocorrência e desenvolvimento que se estima serem tão relevantes quanto a presença efectiva de um **historial pessoal de quedas** e dificuldades no **equilíbrio**. Neste sentido, o facto de pessoas idosas que não sofreram nenhuma queda desenvolverem medo de cair tem reforçado a importância da inter-relação dos factores associados à ptofobia enquanto fenómeno multifactorial não reduzido a um medo de voltar a cair e/ou sofrer as consequências da queda.

Presentemente, os constructos de ordem psicológica mais avaliados nas investigações direccionadas ao medo de cair são a **auto-eficácia nas quedas**, a **confiança no equilíbrio** e o **controlo percebido sobre o cair**. No entanto, impõe-se a necessidade de compreender claramente estes conceitos, uma vez que têm sido comumente utilizados como similares (Hadjistavropoulos, et al., 2011; Legters, 2002), desde que Tinetti e os seus colaboradores concluíram que o medo de cair poderia ser conceptualizado como uma *«reduzida auto-percepção da auto-eficácia»* (Tinetti, 1990 cit in Hadjistavropoulos, et al., 2011: 6). Ou seja, iniciou-se uma abordagem algo inadequada a conceitos que, apesar de estarem intrinsecamente relacionados, dizem respeito a constructos diferentes; esta inadequação interpretativa seria extensível ao facto de se ter considerado que a ptofobia poderia ser avaliada partindo unicamente da auto-eficácia percebida pelas pessoas idosas na eventualidade

de uma queda. Com efeito, uma revisão dos estudos sobre profobia ou *“fear of falling”*, permite constatar a sua avaliação com recurso a vários instrumentos para analisar a prevalência do medo de cair que vão desde a questão simples *“tem medo de cair?”*, até instrumentos amplamente conhecidos como a *Falls Efficacy Scale* (Carvalho, et al., 2007; Kumar, et al., 2008; Legters, 2002) e a *Activities-specific Balance Confidence* (Moore, et al., 2008; Scheffer, et al., 2008) para avaliar, respectivamente, a auto-eficácia nas quedas e a confiança no equilíbrio durante a execução de um conjunto de AVD's. Uma análise crítica aos vários instrumentos utilizados destaca que estes não avaliam o medo de cair, mas sim outros constructos a ele associados (cf. Legters, 2002).

Na antecâmara das preocupações com os instrumentos de avaliação, importa perceber realmente em que consistem os conceitos em causa e quais as diferenças que os distinguem. Assim, a **percepção de auto-eficácia nas quedas**, isto é, o acreditar fortemente em si e nas suas capacidades (Tinetti, et al., 1994), apesar de se ter revelado como sendo um factor importante na manutenção das actividades físicas e, conseqüentemente, na prevenção do declínio funcional, não é sinónimo de medo de cair e não diz respeito ao que as pessoas conseguem fazer, mas sim ao que pensam que conseguem fazer na possibilidade da ocorrência de uma queda (Legters, 2002). Desta forma, a auto-eficácia assume um papel relevante no desenvolvimento e na ocorrência do medo de cair, uma vez que as pessoas idosas que têm confiança nas suas capacidades e pensam que não vão cair têm uma menor propabilidade de desenvolver ptofobia, comparativamente àquelas que acreditam que poderão cair e sofrer danos com a queda (Hadjistavropoulos, et al., 2011), não sendo, por isso, sinónimo de medo de cair.

A **confiança no equilíbrio** tem sido, também, confundida com o medo de cair e a auto-eficácia nas quedas (Legters, 2002; Moore, et al., 2008), no entanto este conceito consiste, essencialmente, na *“confiança que um indivíduo tem na sua capacidade de manter o equilíbrio e permanecer estável”* (Scheffer, et al., 2008: 19), não sendo, por isso, o mesmo que o medo de cair exacerbado que influencia fortemente as actividades diárias das pessoas idosas ou a capacidade auto percebida em lidar com quedas. Por sua vez, o **controlo percebido sobre o cair** diz respeito à capacidade que os idosos têm para controlar a sua mobilidade enquanto prevêm uma potencial queda e reduzem, conseqüentemente, o medo de cair no seu próprio ambiente (Legters, 2002). Este último conceito, apesar de estar também muito relacionado com os anteriores é claramente o menos estudado.

Tornando-se evidente que estes conceitos isolados não definem de modo integrado e homogéneo o medo de cair, já que é possível que uma pessoa idosa, confiante nas suas capacidades e que se sinta capaz de lidar com uma possível queda, sinta medo de cair (Jung, 2008). Importa, por isso, reflectir sobre a sua correlação, sem desvalorizar o facto de que a análise destes constructos é útil para compreender a intensidade desse medo, uma vez que analisam a influência que este tem na execução de determinadas tarefas necessárias ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas

(Denkinger, et al., 2008). Porém, graças à “encruzilhada conceptual” criada em torno do medo de cair, o certo é que tem aumentado, claramente, a complexidade atribuída ao mesmo, uma vez que aumentou, também, a confusão entre as fronteiras deste medo e a presença de outros processos psicológicos (Moore, et al., 2008), bem como a desordem interpretativa dos dados oriundos de diferentes modos de avaliação deste fenómeno.

2.2. O medo de cair num modelo teórico interpretativo

Fazendo eco da encruzilhada conceptual anteriormente exposta, Hadjistavropoulos e os seus colaboradores (2011) avançaram no início deste ano com a proposta de um modelo sobre os factores intervenientes e as relações estabelecidas entre estes no desenvolvimento de ptofobia, concretamente na população idosa, na qual este medo se torna particularmente evidente (ver 2.1). A figura 1 apresenta esse modelo, tendo em conta as diferenças conceptuais entre o medo de cair e a auto-eficácia nas quedas. Aqui, a ptofobia e a presença de ansiedade são colocadas no centro do modelo, contrariamente ao que defendem alguns autores que não consideram que a ansiedade influencia directamente o desenvolvimento e a ocorrência de medo de cair (e.g. as variáveis psicológicas não contribuem de forma independente na diferença entre o medo de cair médio e severo, ou seja, na intensidade do medo de cair (Kempen, et al., 2009)).

Apesar de dar relevância aos aspectos psicológicos relacionados com a ptofobia, este modelo é composto por três componentes distintas: (i) a cognitiva (p.e. estimativa subjectiva do nível de perigo e habilidade para evitar uma queda), (ii) a fisiológica (p.e. aumento da reactividade autónoma) e (iii) a comportamental (p.e. adequação da marcha, como andar muito lentamente para evitar uma queda) (Hadjistavropoulos, et al., 2011). Segundo estes investigadores, é percebendo estas três componentes que se poderá compreender melhor a Ptofobia e, conseqüentemente, se tornará possível uma melhor estimacão do risco de cair. Este modelo sugere que o medo de cair advém da percepção que a pessoa idosa tem da sua capacidade em manter o equilíbrio e lidar com as quedas, juntamente com outros factores como a ocorrência de quedas e as crenças que possui acerca das mesmas mas não de um modo causal, isto é, o modelo assume que o medo de cair é fortemente associado à ocorrência de quedas não sendo um resultado automático das mesmas, já que quer pessoas com historial de queda quer pessoas que nunca caíram poderão desenvolver este medo. O modelo considera, também, que o medo e cair e o cair efectivo são mediados pela eficácia na queda e o desempenho ao nível do equilíbrio, facto que ecoa e corrobora as conclusões de investigações anteriores (Brouwer, et al., 2004; Carvalho, et al., 2007; Maria, et al., 2009; Martin, et al., 2005; Moore, et al., 2008; Reelick, et al., 2009; Tinetti, et al., 1994).

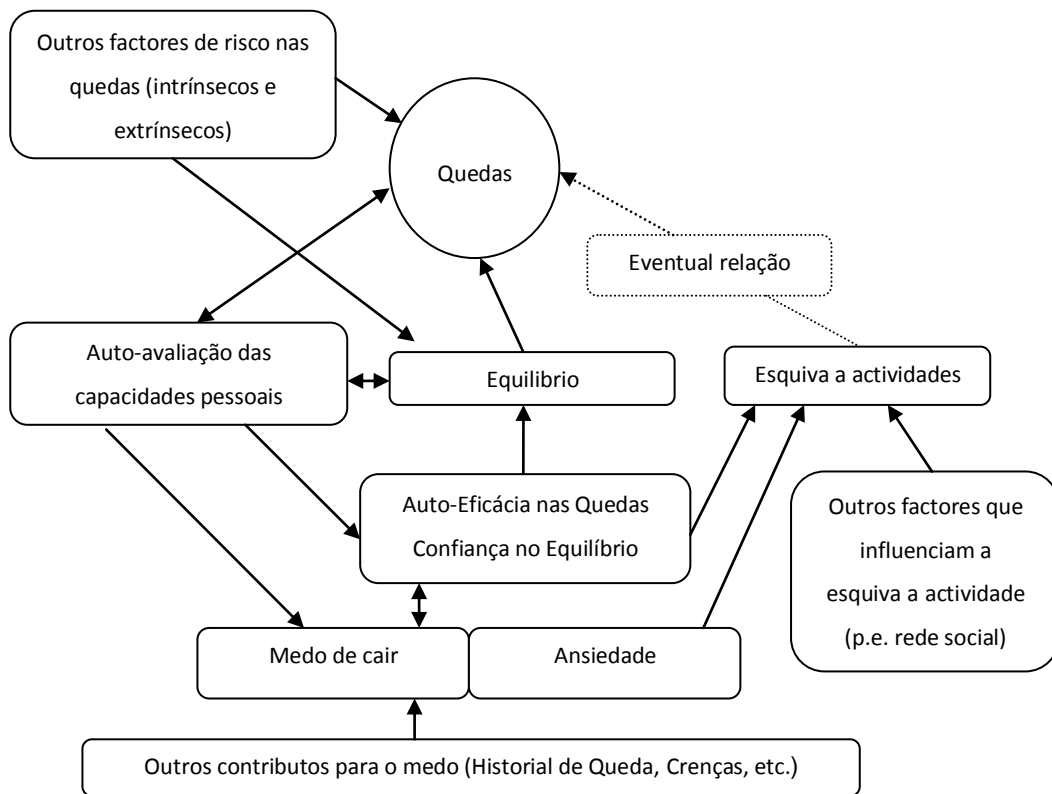


Figura 1 - Reconceptualização do medo de cair (in

Fonte: Hadjistavropoulos, Delbaere, & Fitzgerald, 2011

Nota: As setas bidireccionais não representam causalidade, mas sim uma associação

Adicionalmente, o modelo proposto expõe a relação entre possíveis restrições nas actividades (ou a esquiva às mesmas) e a ocorrência de quedas como algo incerto, facto destacado na apresentação no esquema com uma linha a tracejado. Tendo em conta as incongruências presentes na literatura, os autores do modelo referem que a relação entre a ocorrência de quedas e a auto-restricção ou esquiva em algumas actividades não é clara; todavia, acrescentam que esta componente, independentemente dos factores a ela associados como a rede social, na qual a família ocupa um papel proeminente, ou a presença de sintomas ansiosos, é muito importante no desenvolvimento do medo de cair, uma vez que conduz a um círculo vicioso, que leva ao aumento da fragilidade e da dependência.

Apesar de constituir um passo importante na diferenciação e compreensão da influência recíproca entre os conceitos medo de cair e auto-eficácia nas quedas, e auto-eficácia nas quedas e confiança no equilíbrio, este novo modelo apresenta algumas limitações, uma vez que apenas explica o papel do medo de cair e da auto-eficácia nas quedas no risco de cair (Hadjistavropoulos, et al., 2011). Neste sentido, uma análise da capacidade preditiva do medo de cair mais abrangente e um maior conhecimento das relações estabelecidas entre os constructos psicológicos associados à ptofobia,

designadamente a presença de sintomatologia ansiosa específica, vislumbra-se pertinente para uma melhor compreensão desta problemática.

3. Ptofobia enquanto problema de saúde geriátrico

3.1. Prevalência e factores de risco

A ptofobia, apesar de não ser um fenómeno exclusivo da população idosa (Hadjistavropoulos, et al., 2011; Legters, 2002) é fortemente associada a este grupo etário. Isto poderá dever-se ao facto de ser amplamente encontrada nas pessoas mais velhas (Bhala, et al., 1982; Kempen, et al., 2009), sobretudo nas pessoas institucionalizadas (Carvalho, et al., 2007; Ribeiro, et al., 2008) e com historial de queda (entre 29 a 92%) (Párraga Martínez, et al., 2010). Apesar disso, e independentemente da gravidade com que se manifesta, está também presente em cerca de 12% a 65% nas pessoas idosas que vivem na comunidade e não sofreram nenhuma queda (Gai, et al., 2008; Legters, 2002; Tideiksaar, 1988).

A variedade de percentagens relativas à prevalência de ptofobia poderá dever-se às diferentes definições e instrumentos utilizados nas investigações que se propõem a analisar o fenómeno conforme reportado anteriormente. Prevalências mais reduzidas são encontradas nos estudos que circunscrevem a avaliação do fenómeno à questão “*tem medo de cair?*” (pautada por uma resposta dicotómica - sim/não), o que poderá dever-se ao facto de muitas pessoas idosas não assumirem o medo de cair dada a associação deste a uma maior fragilidade e estigmas sociais relacionados com o declínio funcional associado ao envelhecimento (Yardley, et al., 2002). Prevalências mais elevadas são, por outro lado, registadas em estudos que recorrem a questões de resposta múltipla (graduada) para avaliar o medo de cair, uma vez que possibilitam a organização do medo em vários níveis, consoante a influência que este reflecte na vida diária das pessoas, facto que facilita a resposta por parte dos participantes (Lawrence, et al., 1998; Tinetti, et al., 1994).

Apesar das variedades de metodologias utilizadas, tem sido visível, em vários estudos, uma maior prevalência de ptofobia em pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos (Kempen, et al., 2009; Párraga Martínez, et al., 2010), do sexo feminino (Carvalho, et al., 2007; Kempen, et al., 2009; Párraga Martínez, et al., 2010; Yardley, et al., 2002) e naquelas que já caíram pelo menos uma vez nos últimos meses (Brouwer, et al., 2004; Yardley, et al., 2002). Ou seja, estão associados ao desenvolvimento de ptofobia vários factores de risco de ordem extrínseca e/ou intrínseca ao indivíduo (ver Tabela 1) (Gagnon, et al., 2003; Moore, 2008), mas de um modo geral, a idade, o sexo

e a presença de historial de queda são considerados os factores com maior peso no desenvolvimento e ocorrência do medo de cair.

Tabela 1 - Factores de Risco para a Ptofobia

FACTORES DE RISCO ÍNTRINSECOS	
Sexo feminino	Ansiedade
Decréscimo na mobilidade	Ser muito idoso
Problemas de visão	Sintomas depressivos
Historial de queda	Utilização ajudas técnicas
Reduzida satisfação com o estado de saúde	Performance pobre em testes de equilíbrio
FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECOS	
Rede social reduzida	
Classe social baixa	

Adaptado de Gagnom, et al. (2003); Kempen, et al. (2009) ; Scheffer, et al. (2008)

Apesar de estes factores de risco apresentarem uma elevada influência no desenvolvimento e prevalência de ptofobia, tal não significa que as pessoas idosas que correspondam a esta descrição desenvolvam, obrigatoriamente, um medo exagerado de cair. É necessário não esquecer que a ptofobia sofre influências dos mais variados factores físicos como o balanço e o equilíbrio corporal (Carvalho, et al., 2007; Delbaere, et al., 2010; Maria, et al., 2009), o estado funcional (Tinetti, et al., 1998), a ocorrência de quedas (Boyd, et al., 2009; Carvalho, et al., 2007; Gomez, et al., 2007; Maria, et al., 2009), a prática de actividade física (Carvalho, et al., 2007) e vários factores psicológicos como a auto-percepção do risco de cair (Delbaere, et al., 2010; Legters, 2002) e a auto-percepção do controlo sobre a queda (Legters, 2002), entre outros. Consequentemente, não depende unicamente da idade ou o sexo dos indivíduos.

3.2. Consequências do medo de cair na população idosa

As quedas são frequentes entre a população idosa e acarretam consequências que reduzem a qualidade de vida dos idosos (Ribeiro, et al., 2008; Stevens, et al., 2006), sendo, actualmente, consideradas a terceira causa de um mau estado de saúde nesta população (Gagnom, et al., 2003; Scheffer, et al., 2007). Concretamente em Portugal, de acordo com um estudo do perfil do envelhecimento realizado recentemente e que pretendia determinar as prevalências de

dependência de terceiros e caracterizar os factores funcionais do envelhecimento a nível nacional, cerca de 76.8% das pessoas idosas sofreram pelo menos uma queda, e este número aumenta para 78% em pessoas com mais de 75 anos de idade (Oliveira, et al., 2008). As quedas são responsáveis por diversas consequências na vida de um idoso, e à semelhança do medo de cair, podem predispor morbidade, deteriorização funcional, hospitalização, institucionalização, recurso a serviços sociais e de saúde, ou mesmo a morte dos indivíduos (Jahana, et al., 2007; Menezes, et al., 2008; Pereira, et al., 2001; Ribeiro, et al., 2008; Scheffer, et al., 2007).

A ptofobia, por outro lado, e independentemente da sua origem, pode ser um dos factores mais incapacitantes no quotidiano das pessoas idosas (Jahana, et al., 2007; Menezes, et al., 2008), uma vez que provoca várias repercussões, físicas e psicológicas, na autonomia e independência dos indivíduos, podendo levar a uma perda de independência nomeadamente nas actividades de vida diária (Deshpande, et al., 2008; Yardley, et al., 2002; Gomez, et al., 2007; Jahana, et al., 2007; Jung, 2008; Ribeiro, et al., 2008), transformando a pessoa idosa num indivíduo ansioso e frequentemente deprimido que evita andar (Jahana, et al., 2007). Os elevados níveis de ansiedade associados ao cair podem, por sua vez, levar também a uma diminuição da atenção, aumento da insegurança e provocar tonturas, arritmia e dispneias (Jahana, et al., 2007), factores que poderão aumentar significativamente e efectivamente a possibilidade de sofrer uma queda, criando e alimentando um ciclo vicioso em torno da ptofobia.

As consequências psicológicas da ptofobia revelam-se, deste modo, tão incapacitantes quanto as físicas, levando a restrições desnecessárias em variadas AVD's essenciais para o bem-estar geral das pessoas idosas, sobretudo quando estas ainda são objectivamente capazes de as executar (Fletcher, 2004) e, conseqüentemente, ao aumento da dependência e respectiva necessidade de cuidados (Brouwer, et al., 2004; Gai, et al., 2008; Ribeiro, et al., 2008; Stevens, et al., 2006). Todos estes factores psicológicos, quando associados à ptofobia e a restrições na actividade, podem por sua vez provocar um declínio na força muscular, na flexibilidade e na coordenação, bem como um declínio funcional que pode levar à perda de independência e dar origem a graves danos na identidade do indivíduo (Yardley, et al., 2002; Stevens, et al., 2006), aumentando, também, o risco de queda (Stevens, et al., 2006). Apesar deste facto, é necessário não descartar a possibilidade de as restrições na actividade que o próprio indivíduo impõe no seu quotidiano, enquanto consequência do medo de cair, caso não influenciem negativamente a sua saúde e qualidade de vida, poderem ser consideradas uma estratégia de *coping*, segundo Filiatrault e colaboradores (2011) face às limitações físicas da pessoa idosa, constituindo, desta forma, um factor preventivo na resposta a determinados ambientes e situações (Kaprio, et al., 2011).

De um modo geral, o medo de cair exagerado revela-se, desta forma, responsável pela redução da qualidade de vida das pessoas idosas (Carvalho, et al., 2007; Delbaere, et al., 2010; Gagnom, et al.,

2003). Porém, apesar disso, é delicado inferir acerca de uma relação causal entre alguns factores associados à Ptofobia, ou seja, torna-se complicado perceber quais os factores que dão origem a um medo de cair exacerbado já que também poderão ser consequência directa desse mesmo medo. A ansiedade e a depressão são um exemplo disso, uma vez que a Ptofobia pode ser responsável pelo surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, isolamento social e stresse psicológico (Brouwer, et al., 2004; Carvalho, et al., 2007; Delbaere, et al., 2010; Gai, et al., 2008; Jahana, et al., 2007; Reelick, et al., 2009) ou ser, por outro lado, consequência dos mesmos. A este propósito surge a necessidade de compreender melhor este fenómeno multifactorial e as relações de influência estabelecidas entre os factores a ele associados, de modo a poder criar condições para o desenvolvimento de programas de intervenção efectivos junto da população idosa que promovam a sua qualidade de vida.

4. Objectivos

O objectivo geral desta investigação foi analisar a relação entre a presença do medo de cair (ptofobia), a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio em pessoas idosas clientes de serviços sociais. Este trabalho procurou analisar, também, a relação entre estas variáveis com o historial de queda dos participantes, bem como com algumas informações relativas às suas condições de vida, dando ênfase às diferenças entre o género dos participantes e os contextos instituição vs comunidade. Por fim, pretendeu-se analisar a associação entre os diferentes itens dos instrumentos utilizados, de forma a estimar aqueles que poderão melhor predizer o risco de desenvolver medo de cair.

5. Metodologia

5.1. Desenho de Investigação

A presente investigação é um estudo de campo descritivo-correlacional (Lima-Costa et al., 2003) transversal (Bastos et al., 2007), de natureza quantitativa (Minayo et al., 1993; Fortin, 1999), uma vez que se propõe a descrever variáveis e as relações que ocorrem entre estas, tendo sido realizado numa área geográfica restrita, o concelho de São Pedro do Sul, por motivos de conveniência da investigadora. A população-alvo desta investigação procurou abranger a totalidade de pessoas idosas receptoras de cuidados formais no concelho de São Pedro do Sul (N=490 indivíduos). Foram, para tal, contactadas as 6 instituições prestadoras de serviços à população idosa existentes no concelho, sendo que destas, apenas 3 disponibilizaram-se a participar na recolha de dados. Após a

obtenção da autorização formal (ver Anexo I) por parte das Direcções das instituições envolvidas, iniciou-se a análise das características dos clientes juntamente com a Direcção Técnica e os profissionais de cada instituição, de forma a determinar quais os clientes a incluir no estudo, tendo em consideração os seguintes critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 60 anos e (ii) aceitar participar voluntariamente na investigação após esclarecidos os objectivos do estudo. Como critérios de exclusão, foram definidos: (i) ser totalmente dependente nas AVD's básicas, (ii) apresentar défices auditivos e visuais graves, síndromes demenciais ou outras perturbações mentais graves e (iii) tomar medicação sedativa, anti-depressiva forte, hipnótica e anti-hipertensora.

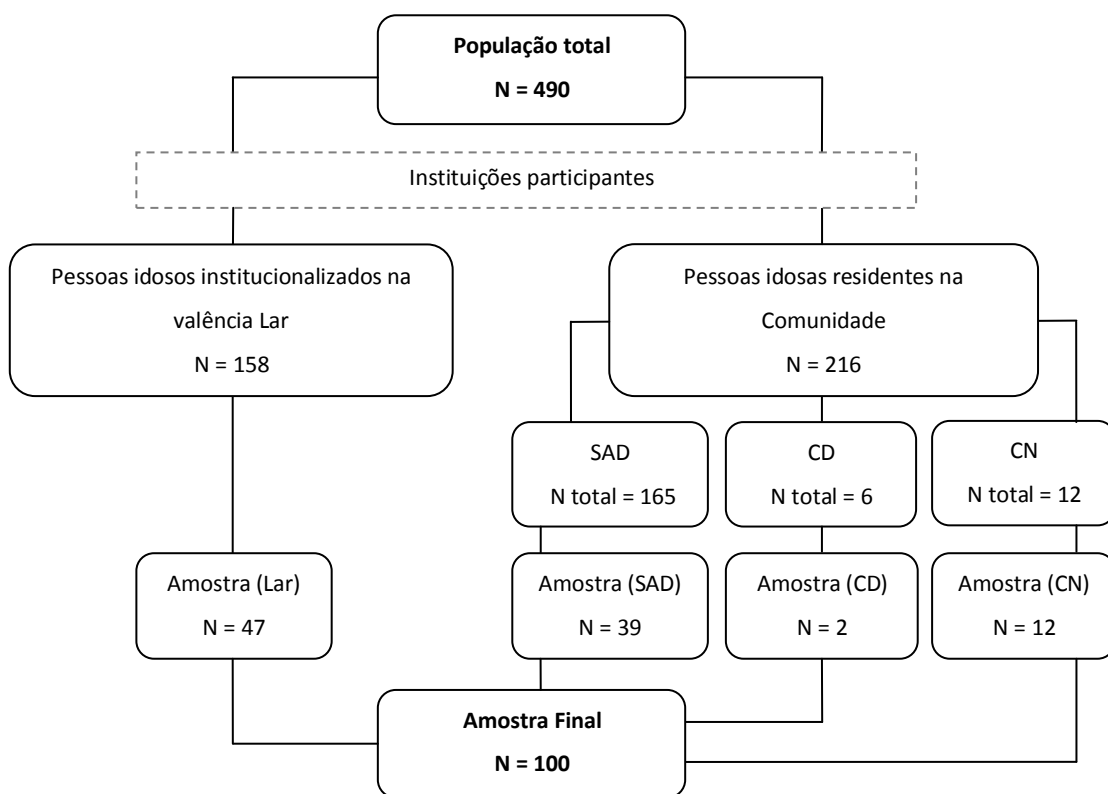


Figura 2 - Selecção da Amostra

A selecção dos participantes foi efectuada segundo uma amostragem estratificada não proporcional (Fortin, 1999: 207). Ou seja, partindo da população-alvo, foram considerados dois subgrupos de participantes, tendo em conta a valência a que pertenciam: pessoas idosas institucionalizadas (clientes da valência Lar) e pessoas idosas residentes na comunidade (clientes do serviço de apoio domiciliário, centro de dia e centro de noite). Posteriormente, foi seleccionada uma amostra com base nos critérios estipulados (ver Figura 2), tendo sido entrevistados 47 clientes da valência lar, 39 do SAD, 12 do CN e 2 do CD.

5.2. Procedimentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito por questionário (ver Apêndice I), que foi aplicado individualmente pela investigadora, na instituição ou residência de cada participante, sendo que cada aplicação demorou, aproximadamente, 20 minutos. No total, foram preenchidos 100 questionários, entre Novembro de 2010 e Janeiro de 2011. Todos os participantes que anuíram participar no estudo preencheram o termo de participação livre e esclarecida (ver Apêndice II).

5.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados foi contruído tendo como base uma revisão da literatura e o recurso a escalas já existentes, de forma a analisar as variáveis consideradas no estudo, designadamente a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade geriátrica, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio. O questionário inicia-se com uma breve introdução na qual se esclarece o âmbito do trabalho e encontra-se posteriormene dividido em três partes distintas: a primeira diz respeito à caracterização sócio-demográfica dos participantes; na segunda pretende-se recolher informações referentes à auto-percepção do estado de saúde, ao apoio informal e formal, ao medo de cair (através de uma questão de resposta dicotómica: “*Tem medo de cair?*”) e ao historial de quedas; e a terceira parte é constituída por 4 instrumentos de avaliação (Escala de medição do Medo de Cair, Inventário de Ansiedade Geriátrica, Escala de Controlo Percebido Sobre o Cair e o Teste de Tinetti). Foi realizado um teste-piloto a cinco pessoas idosas, com o intuito de analisar possíveis dificuldades de compreensão das questões. Uma vez que não se verificou qualquer necessidade de efectuar alterações relativamente ao conteúdo e estrutura do questionário, estes cinco participantes foram incluídos na amostra.

5.3.1. Escala de medição do medo de cair (FES)

Trata-se de um instrumento desenvolvido por Tinetti e colaboradores (1990) tendo como base a *“definição operacional de medo como a percepção de auto-confiança diminuída para evitar quedas durante tarefas essenciais, potencialmente não lesivas”* (Carvalho, et al., 2007: 227). Tem como objectivo avaliar a percepção de auto-eficácia nas quedas, medindo o grau de confiança que o indivíduo tem na realização de determinadas tarefas sem cair ou perder o equilíbrio. É composto por um questionário com 10 tarefas (vestir e despir, preparar uma refeição ligeira, tomar banho ou duche, sentar/levantar da cadeira, deitar/levantar da cama, atender a porta ou o telefone, chegar aos armários; trabalho doméstico ligeiro; fazer pequenas compras). Estas tarefas são avaliadas numa escala de 1 a 10, na qual o 1 corresponde a um nível de confiança nulo e 10 a um nível de confiança

muito elevado. Somatórios mais baixos representam pouca confiança e os mais elevados a muita confiança, que se traduz numa elevada auto-eficácia. A FES foi adaptada e validada para a população portuguesa por Melo (2001), tendo demonstrado uma elevada fiabilidade teste-reteste (ICC=0,95) e consistência interna (Cronbach=0.88). Demonstrou, também, boa a validade de conteúdo, construção e critério ($r=0.66$, $p<0.05$) com o *Functional Status Questionnaire*.

5.3.2. Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

A *Geriatric Anxiety Inventory* foi desenvolvida por Pachana e colaboradores (2007) com o objectivo de avaliar a severidade de sintomas comuns de ansiedade na população idosa em vários contextos geriátricos (e.g. lares e centros de dia) bem como comunitários, não tendo sido concebida para o diagnóstico de perturbações da ansiedade. Trata-se de um instrumento de simples e fácil aplicação, curto (composto por 20 itens) com resposta dicotómica (Concordo, Discordo). Cada resposta “Concordo” equivale a 1 ponto, correspondendo um resultado superior a 8/9 pontos à presença de sintomas de ansiedade graves (potencialmente patológicos). Trata-se de um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores (no prelo), demonstrando uma elevada fiabilidade teste-reteste (ICC=0,995) e consistência interna (Cronbach=0.96), bem como uma boa validade concorrente relativamente ao *State Anxiety Inventory* ($r=0.631$, $p<0.001$), à *Geriatric Depression Scale* ($r=0.860$, $p<0.001$) e à *General Health Questionnaire* ($r=0.763$, $p<0.001$).

5.3.3. Escala de Controlo Percebido sobre o Cair (PCOF)

A *Perceived Control Over Falling Scale* foi desenvolvida por Lawrence e colaboradores (1998) com o objectivo de obter uma melhor compreensão das diferentes dimensões relacionadas com a eficácia das quedas numa comunidade de idosos que se demonstrou preocupada com o cair. Foi desenvolvida tendo como base a memória de quedas anteriores e analisa a capacidade que as pessoas idosas têm para controlar a sua mobilidade enquanto prevêm as quedas e reduzem o medo de cair no seu próprio ambiente (Legters, 2002). É constituída por 4 itens cotados segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “Discordo totalmente”, 2 a “Discordo”, 3 a “Indecisão”, 4 a “Concordo” e 5 a “Concordo totalmente”. O total da escala é calculado somando os scores de todos os itens, correspondendo scores altos a níveis elevados de percepção de controlo nas quedas. Trata-se de uma escala não validada para a população portuguesa, utilizando-se no presente estudo uma tradução desenvolvida pela autora sob supervisão do orientador, respeitando-se os procedimentos elementares de rigor científico na sua tradução (tradução, retroversão, e

aplicação de um estudo-piloto com o objectivo de avaliar a equivalência de conteúdo da escala, de forma a garantir a equivalência semântica para a população em estudo).

5.3.4. Teste de Tinetti (POMA-I)

O *Performance Oriented Mobility Assessment* foi desenvolvido por Tinetti e colaboradores (1986), com o objectivo de analisar a “*predisposição para quedas em idosos institucionalizados através da avaliação de um conjunto de tarefas relacionadas com a mobilidade e equilíbrio*” (Carvalho, et al., 2007:227). Está dividido em duas partes: avaliação do equilíbrio estático com 9 itens e avaliação do equilíbrio dinâmico que envolve 10 itens. Em ambas as partes há itens que são pontuados de 0 a 1 e itens pontuados de 0 a 2. Uma maior pontuação corresponde a um maior equilíbrio. A versão portuguesa da POMA-I está validada para a população portuguesa por Petiz (2001) e apresenta uma elevada homogeneidade de conteúdo ($\alpha = 0,97$) e fiabilidade teste-reteste (r de Pearson=0,96). No estudo de validação, a autora descreveu elevadas correlações entre este instrumento e o *Functional Reach Test* e o *Timed Up And Go Test*, comprovando a validade de critério, quer da sub-escala de equilíbrio estático ($r=0,78$, $p<0.05$), quer do equilíbrio dinâmico ($r=0,89$, $p<0.05$).

5.4 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0. Tendo em conta os objectivos e a natureza desta investigação foram efectuadas análises estatísticas descritivas e realizado o teste t de Student, a ANOVA e o teste do Qui-quadrado (consoante a natureza das variáveis) para o estudo das associações entre as características sócio-demográficas, as variáveis consideradas e os resultados dos instrumentos utilizados, considerando-se o nível de significância de 0.05. Os participantes foram agrupados em escalões, consoante a idade e a escolaridade, e as variáveis “auto-avaliação do estado de saúde” e “satisfação com o estado de saúde” foram dicotomizadas de forma a facilitar a análise e apresentação dos dados. Foi, também, realizada uma análise de conteúdo às questões de resposta aberta que foram, posteriormente, categorizadas.

Para a análise do grau de correlação entre os instrumentos utilizados foi calculado o Coeficiente de correlação de Pearson. Foi realizado, também, o teste do Qui-quadrado a todos os itens dos instrumentos utilizados (FES, GAI, PCOF e POMA-I) com a variável medo de cair, e de modo a seleccionar apenas os itens com maior grau de associação com a variável medo de cair, foi considerado o nível de significância de 0.01, à excepção dos itens do instrumento GAI, no qual

apenas um nível de significância de 0.05 permitiu encontrar itens associados ao medo de cair. Os itens seleccionados na análise anterior foram utilizados no modelo de regressão logística binária como variáveis independentes, sendo a variável dependente o medo de cair. Deste modo, pretendeu-se verificar quais os itens que melhor explicavam o risco de ter medo de cair, analisando o indicador de qualidade *Nagelkerke R Square*. Os itens do instrumento PCOF foram recodificados em apenas 3 categorias (Discordo; Indeciso; Concordo) de modo a garantir uma análise adequada.

6. Resultados

6.1. Caracterização da Amostra

A amostra estudada foi constituída por 100 pessoas (67 mulheres e 33 homens), com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos (média = 80.80 ± 7.54 anos), sendo 51% dos participantes viúvos, 24% casados, 18% solteiros e, por fim, 7% divorciados. No que respeita à escolaridade, mais de metade dos participantes não possuía qualquer grau de instrução (62%), 35% frequentaram o ensino primário e apenas 3% possuía formação profissional (equivalente ao actual ensino básico).

Verificou-se que um número significativo de indivíduos (81%) apresentava medo de cair e que os que tinham medo de cair eram, na sua maioria, do sexo feminino (77.78%), tinham entre 80 a 89 anos de idade (48.15%), eram viúvos (54.2%) e não possuíam qualquer grau de instrução (69.14%). As pessoas que manifestavam medo de cair apresentavam, na sua maioria, piores resultados ao nível da auto-eficácia nas quedas, do controlo percebido sobre o cair e da performance do equilíbrio. Além da distribuição de indivíduos ansiosos e “não ansiosos” na amostra ter sido relativamente homogénea (segundo os resultados obtido no teste do Qui-quadrado e utilizando como ponte de corte na GAI um score de 8 pontos) não foram visíveis diferenças significativas entre a ocorrência de medo e cair e a presença de sintomatologia ansiosa.

As mulheres apresentaram resultados mais reduzidos na auto-eficácia nas quedas, no controlo percebido sobre o cair e no equilíbrio, nomeadamente, no equilíbrio estático, comparativamente aos participantes do sexo masculino ($t(9.10) = 0.60$, $p < 0.05$ e $t(1.67) = 0.78$, $p < 0.05$, respectivamente).

A tabela 2 sistematiza a informação relativa às características demográficas dos participantes, à prevalência de medo de cair e aos resultados obtidos na FES (auto-eficácia nas quedas), GAI (ansiedade), PCOF (controlo percebido sobre o cair) e POMA.I (equilíbrio) e a tabela 3, apresentada de seguida, expõe a relação entre a prevalência de medo e cair e os resultados obtidos em cada um dos instrumentos.

Tabela 2. Características sócio-demográficas dos participantes e correlações com o medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio

	Total (%) ^a	Medo de Cair (%) ^a	FES Média ± SD	GAI Média ± SD	PCOF Média ± SD	POMA-I Média ± SD
Total	100	81	55.47 ^b ±26.98	6.88 ^b ±5.24	14.71 ^b ±3.40	17.72 ^b ±8.07
Sexo						
Feminino	67	77.78	50.69^{b*} ±26,13	7.16 ^b ±5,10	13.99^{b*} ±3,34	16.52^{b*} ±8,03
Masculino	33	22.22	65.17^{b*} ±26,44	6.30 ^b ±5,55	16.18^{b*} ±3,07	20.15^{b*} ±7,69
Idade						
60-69anos	5	6.17	61.19 ^c ±33.95	6.63 ^c ±5.04	15.38 ^c ±3.38	18.63 ^c ±10.72
70-79anos	29	35.80	59.29 ^c ±25.63	7.14 ^c ±5.06	15.14 ^c ±3.17	19.09 ^c ±7.20
80-89anos	39	48.15	54.68 ^c ±27.18	6.88 ^c ±5.19	14.81 ^c ±3.25	16.98 ^c ±8.11
≥ 90anos	8	9.88	39.72 ^c ±22.17	6.11 ^c ±7.06	11.89 ^c ±4.23	15.56 ^c ±8.97
Estado Civil						
Casado(a)	24	20.99	59.69 ^c ±30.35	7.21 ^c ±5.70	14.88 ^c ±4.15	18.50 ^c ±9.40
Divorciado(a)	7	6.17	55.36 ^c ±20.92	5.29 ^c ±3.74	16.14 ^c ±1.77	18.00 ^c ±5.77
Solteiro(a)	18	18.52	65.17 ^c ±20.74	6.17 ^c ±4.69	15.22 ^c ±2.90	18.83 ^c ±8.68
Viúvo(a)	51	54.32	50.07 ^c ±27.32	7.20 ^c ±5.45	14.25 ^c ±3.33	16.92 ^c ±7.56
Escolaridade						
Analfabeto(a)	62	69.14	69.14 ^c ±25.48	7.26 ^c ±5.42	14.18 ^c ±3.53	17.10 ^c ±7.80
Ens. Primário	35	29.63	29.63 ^c ±28.81	6.46 ^c ±4.99	15.37 ^c ±3.01	18.23 ^c ±8.61
Curso prof.	3	1.23	1.23 ^c ±2.60	4.00 ^c ±4.58	18.00 ^c ±2.00	24.67 ^c ±4.04

^ateste do Qui-quadrado; ^bt-test, *p* significativo com nível de significância de 0.05; ^cANOVA, *p* significativo com nível de significância de 0.05; *Médias com diferenças significativas; SD – Desvio-padrão.

Tabela 3 - Relação entre o medo de cair, a eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio

	FES Média ^a ±SD	GAI Média ^a ±SD	PCOF Média ^a ±SD	POMA-I Média ^a ±SD
Medo de Cair				
Sim	49.14[*] ±25.48	7.33±5.15	14.10[*] ±3.24	16.44[*] ±8.11
Não	82.39[*] ±13.20	4.95±5.33	17.32[*] ±2.81	23.16[*] ±5.17

^at-test, *p* significativo com nível de significância de 0.05; *Médias com diferenças significativas. SD – Desvio-padrão.

6.2. Estado de Saúde

Considerando, especificamente, as pessoas que revelavam medo de cair, onstatou-se que a maioria auto-avaliava o seu estado de saúde actual como fraco ou muito fraco (56.79%), não se encontrava satisfeita com o mesmo (60.49%), era dependente (59.26%) e utilizava, no mínimo, uma ajuda técnica durante a marcha (54.32%) (ver Tabela 4).

Tabela 4. Relação entre o estado de saúde, o medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio

Variáveis	Medo de Cair (%) ^a	FES Média ^b ±SD	GAI Média ^b ±SD	PCOF Média ^b ±SD	POMA-I Média ^b ±SD
Auto-avaliação do Estado de Saúde					
Boa/Aceitável	43.21	63.93* ±63.93	6.56±6.56	15.70* ±15.70	20.76* ±20.76
Fraca/Muito fraca	56.79	47.00* ±47.00	7.20±7.29	13.72* ±13.72	14.68* ±14.78
Satisfação com o Estado de Saúde					
Satisfeito	39.51	61.11* ±26.07	6.11±5.65	15.36±3.16	18.98±8.32
Nada satisfeito(a)	60.49	50.46* ±27.15	7.57±4.68	14.13±3.57	16.61±7.66
Estado Funcional (Barthel)					
Independente	40.74	68.88* ±22.03	6.63±4.64	16.12* ±2.94	21.37* ±5.80
Dependente (moderado)	59.26	45.34* ±26.09	7.07±5.68	13.65* ±3.36	14.96* ±8.48
Utilização de Ajudas Técnicas					
Utiliza	54.32	41.27* ±23.88	6.71±5.35	13.70* ±3.04	13.39* ±7.39
Não utiliza	45.68	67.56* ±23.50	7.02±5.19	15.57* ±3.48	21.41* ±6.72

^ateste do Qui-quadrado; ^bt-test, p significativo com nível de significância de 0.05; *Médias com diferenças significativas. SD – Desvio-padrão.

Relativamente à amostra considerada, verificaram-se resultados significativos no que respeita à auto-eficácia nas quedas em todas as variáveis consideradas na avaliação do estado de saúde e, neste sentido, os participantes que auto-avaliaram o seu estado de saúde como fraco ou muito fraco, que não estavam satisfeitos com o seu estado de saúde, que eram dependentes e que utilizavam, pelo menos, uma ajuda técnica apresentaram piores resultados na FES.

À semelhança da auto-eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio demonstraram resultados significativos em todas as variáveis, à excepção da “satisfação com o estado de saúde”, e neste âmbito as pessoas idosas que auto-avaliavam o seu estado de saúde como bom ou aceitável, não utilizavam ajudas técnicas e eram independentes na realização das AVD's básicas, apresentavam melhores resultados ao nível do controlo percebido sobre o cair e do equilíbrio. Relativamente à presença de sintomatologia ansiosa, não se verificaram resultados

significativos. A tabela 4 expõe os resultados obtidos na análise cruzada do estado de saúde, do medo e cair e dos instrumentos de avaliação utilizados.

6.3. Apoio Formal e Informal

Relativamente ao apoio formal e informal recebido pelos participantes, verificou-se que os indivíduos com medo de cair correspondiam sobretudo àqueles que se encontravam institucionalizados (54.32%), viviam na comunidade mas sozinhos (62.16%), possuíam apoio em situações de emergência (82.72%) e não sentiam sobreprotecção por parte de familiares (79.01) (ver Tabela 5).

Comparando, especificamente, as pessoas idosas institucionalizadas com as que residiam na comunidade, constatou-se que as últimas eram, na sua maioria, casadas (41,2%) enquanto mais de metade dos participantes institucionalizados (63,3%) eram viúvos. No que respeita ao estado funcional, na comunidade encontrou-se um maior número de sujeitos com independência relativamente à realização de AVD's básicas (51%), enquanto a maioria das pessoas idosas institucionalizadas apresentavam uma dependência leve a moderada (65,3%).

Tabela 5 - Relação entre o apoio social, o medo de cair, a auto-eficácia nas quedas, o controlo percebido sobre o cair, a ansiedade e o equilíbrio

	Medo de Cair (%) ^a	FES Média ^b ±SD	GAI Média ^b ±SD	PCOF Média ^b ±SD	POMA-I Média ^b ±SD
Situação residencial					
Institucionalizado(a)	54.32	46.99[*]±25,91	7.45[*]±5,33	14.39±3,28	14.88[*]±7,18
Residente na Comunidade	45.68	63.61[*]±25,67	6.33[*]±5,14	15.02±3,51	20.45[*]±7,99
Co-habitação					
Vive sozinho	62.16	66.39±24.88	7.39±5.31	15.03±3.65	20.87±8.04
Vive acompanhado	37.84	59.30±26.92	4.70±4.52	15.00±3.39	19.80±8.06
Apoio em situações de emergência					
Possui	82.72	57.81[*]±27,08	6.79±5,17	14.93±3,30	18.20±8,38
Não possui	17.28	44.00[*]±24,05	7.30±5,71	13.65±3,76	15.45±5,98
Sobreprotecção Familiar					
Sente	20.99	62.95±24,51	5.53±4,54	14.58±3,83	20.38±7,93
Não sente	79.01	53.71±27,38	7.20±5,37	14.74±3,31	17.10±8,02

^ateste do Qui-quadrado; ^bt-test, p significativo com nível de significância de 0.05; *Médias com diferenças significativas. SD – Desvio-padrão.

A tabela 5 apresenta também os resultados obtidos na análise das variáveis consideradas para o estudo do apoio formal e informal recebido pelos participantes com os resultados obtidos nos instrumentos utilizados. No que refere aos resultados obtidos em cada uma das escalas, verificou-se que na FES os participantes residentes na comunidade e que possuíam apoio em situações de emergência apresentavam uma maior auto-eficácia nas quedas; relativamente à GAI e à POMA-I, foram identificados resultados significativos ao nível da situação residencial e, neste sentido, os participantes institucionalizados apresentaram mais sintomas ansiosos e uma pior performance no equilíbrio. Não se registaram diferenças significativas em relação ao controlo percebido sobre o cair.

6.4. Historial de Quedas

Verificou-se que 70.37% das pessoas que têm medo de cair já sofreram pelo menos uma queda, ou seja, aproximadamente 30% dos participantes que manifestaram medo e cair não possuíam historial de quedas. Considerando, especificamente, o subgrupo de pessoas idosas que já sofreu, no mínimo, uma queda nos últimos 3 meses (54.32%), necessitou do apoio de terceiros após a ocorrência da(s) queda(s) (51.85%), caiu devido à falta de equilíbrio (47.37%) e considerou as consequências da(s) queda(s) pouco ou nada graves (64.20%) (ver Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre o historial de queda, o medo de cair, a eficácia, o controlo, a ansiedade e o equilíbrio nas pessoas que já sofreram, no mínimo, uma queda

Variáveis	Medo de Cair (%) ^a	FES x±SD	GAI x±SD	PCOF x±SD	POMA-I x±SD
Historial de queda nos últimos 3 meses					
Sim	54.32	51.32 ^b ±24.56	7.38 ^b ±4.84	13.72^{b*}±2.91	16.36^{b*}±7.58
Não	45.68	59.61 ^b ±28.86	6.38 ^b ±5.62	15.70^{b*}±3.59	19.08^{b*}±8.38
Apoio de terceiros no pós-queda					
Necessitou	51.85	43.54 ^b ±25.02	6.73 ^b ±5.38	13.51^{b*}±3.14	14.67 ^b ±8.19
Não necessitou	48.15	65.22 ^b ±24.69	7.00 ^b ±5.17	15.69^{b*}±3.31	20.22 ^b ±7.10
Motivo da queda					
Falta de Equilíbrio	47.37	50.32 ^c ±23.28	7.51 ^c ±4.75	13.48 ^c ±3.24	15.81 ^c ±7.79
Factores ambientais	31.58	46.84 ^c ±27.76	6.74 ^c ±5.63	14.37 ^c ±3.37	16.32 ^c ±8.04
Outro motivo	19.30	50.54 ^c ±28.28	7.08 ^c ±5.12	13.84 ^c ±2.58	15.15 ^c ±7.90
Gravidade atribuída às quedas					
Nada/ Pouco grave	64.20	61.74 ^b ±26.31	6.57 ^b ±5.27	15.31 ^b ±3.58	19.16 ^b ±8.03
Grave/Muito grave	35.80	40.83 ^b ±22.85	7.60 ^b ±5.20	13.30 ^b ±2.44	14.37 ^b ±7.21

^a teste do Qui-quadrado; ^b *t-test*, *p* significativo com nível de significância de 0.05; ^c ANOVA, *p* significativo com nível de significância de 0.05; *Médias com diferenças significativas; SD – Desvio-padrão.

Não se verificaram resultados significativos no que respeita à auto-eficácia nas quedas e presença de ansiedade, considerando as variáveis relacionadas com o historial de quedas. Constatou-se que os participantes que não caíram nos últimos 3 meses e não necessitaram de apoio no pós-queda(s) apresentavam melhores resultados no que refere ao auto-controlo nas quedas. Verificou-se o mesmo relativamente aos resultados da POMA-I, ou seja, relativamente à performance no equilíbrio, sendo que os participantes que não caíram nos últimos 3 meses apresentavam melhores resultados. A tabela 6 descreve os resultados obtidos na FES, GAI, PCOF e POMA-I obtidos pelos participantes que apresentavam, simultaneamente, medo de cair e historial de quedas.

6.5. Associações entre o Medo de Cair e a FES, GAI, PCOF e POMA-I

6.5.1. Relação entre a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, o controlo percebido sobre o cair e o equilíbrio

Na análise da relação do grau de correlação entre os vários instrumentos utilizados, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa ($r = -0.241$; $p < 0.05$) entre as variáveis auto-eficácia nas quedas e ansiedade. Ou seja, um aumento ao nível da pontuação da FES que indica uma maior auto-eficácia nas quedas é tendencialmente acompanhado por uma menor presença de sintomas ansiosos. Constatou-se, também, uma relação negativa e estatisticamente significativa entre as variáveis ansiedade e controlo percebido sobre o cair ($r = -0,250$; $p < 0.05$), a qual revela que um aumento nos resultados da GAI está associado a uma diminuição dos resultados da PCOF (o aumento da presença de sintomas ansiosos é associado à diminuição do controlo percebido sobre o cair). No que respeita à relação entre a presença de sintomas ansiosos e a performance no equilíbrio, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa ($r = -0.072$; $p < 0.05$), ou seja, o aumento dos resultados da GAI (da ansiedade) é associado à diminuição dos resultados da POMA-I (equilíbrio). Não se verificaram resultados significativos entre a FES e a PCOF, e FES e POMA-I, assim como entre a PCOF e a POMA-I. A tabela 7 apresenta a relação averiguada entre todos instrumentos.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação de Pearson

	FES	GAI	PCOF	POMA-I-I
FES	1	-0.241*	0.549	0.0755
GAI	-	1	-0.250*	-0.072*
PCOF	-	-	1	0.565
POMA-I-I	-	-	-	1

* A correlação é significativa com nível de significância de 0.05

6.5.2. Relação entre o medo de cair e os itens da FES, GAI, PCOF e POMA-I

Os resultados da regressão logística efectuada a todas as variáveis independentes que foram seleccionadas previamente (através do teste do Qui-quadrado) para analisar o grau de predição dos itens dos instrumentos no risco de desenvolver medo de cair, não foram conclusivos. As estimativas dos *Odds Ratio* não foram efectuadas. Optou-se, deste modo, pela utilização de um modelo de regressão logística construído inicialmente por apenas uma variável independente (“Trabalho doméstico ligeiro”, pertencente à FES) que apresentou um poder explicativo superior, sendo adicionadas variáveis consecutivas de modo a obter um modelo final válido e com maior poder explicativo, ou seja, optou-se por testar cada item (através do método *Stepwise*) de forma a analisar o peso de cada um no risco de desenvolver medo de cair, utilizando como nível de significância 5%. A partir dos resultados obtidos nas regressões logísticas realizadas a cada item associado ao medo de cair, verificou-se que 47,1% do medo de cair era explicado por dois itens dos instrumentos utilizados no estudo, um pertencente à FES (item “Trabalho doméstico ligeiro”) e um à GAI (item “Sinto-me muitas vezes nervoso”).

7. Discussão

Os dados obtidos revelaram uma amostra constituída, maioritariamente, por pessoas do sexo feminino, muito idosas, viúvas e com níveis de escolaridade muito baixos. Tendo em conta o sexo dos participantes, verificou-se que as mulheres apresentavam uma prevalência mais elevada de medo de cair e piores resultados ao nível da auto-eficácia nas quedas, que segundo Hadjistavropoulos e colaboradores (2011) influencia fortemente a intensidade do medo de cair, relação que poderá justificar, conseqüentemente, a maior incidência deste medo nos participantes do sexo feminino. As mulheres apresentavam, também, piores resultados relativamente ao controlo percebido sobre o cair e ao equilíbrio, apesar de estudos anteriores terem concluído a inexistência de qualquer diferença significativa entre a performance no equilíbrio e o sexo dos indivíduos (Carvalho, et al., 2007).

Estes resultados, relativos às diferenças de género, poderão dever-se ao facto de, apesar de não ter sido avaliado neste estudo, os homens não admitirem, influenciados por estigmas e preconceitos sociais, que sentem medo de cair e/ou que as mulheres apresentam, no geral, um maior declínio músculo-esquelético, comparativamente aos indivíduos do sexo masculino (Carvalho, et al., 2007). Contrariamente aos resultados obtidos em estudos anteriores, que verificaram que as mulheres e os indivíduos que têm medo de cair apresentavam mais ansiedade (Mann, et al., 2006; Roth, 2009), não se verificaram diferenças significativas no que respeita à distribuição de indivíduos “ansiosos” e “não

ansiosos” na amostra, quando considerado o ponto de corte de 8 pontos estipulado por Ribeiro e colaboradores (no prelo) na versão portuguesa da GAI para a detecção de sintomas de ansiedade.

Um número muito elevado de participantes, mais de $\frac{3}{4}$ da amostra, revelou sentir medo de cair, prevalência que reforça os resultados de outras investigações (Kempen, et al., 2009; Mann, et al., 2006) que também constataram uma elevada prevalência deste medo na população idosa. Cruzando as características dos participantes e a manifestação do medo de cair, verificou-se que este, concordantemente com os resultados de outros estudos, poderá ser encontrado sobretudo em indivíduos do sexo feminino (Boyd, et al., 2009; Carvalho, et al., 2007; Jung, 2008; Scheffer, et al., 2008; Kempen, et al., 2009; Martínez, et al., 2010; Roth, 2009), muito idosos (Boyd, et al., 2009; Chu et al.; Jung, 2008; Kempen, et al., 2009; Martínez, et al., 2010; Scheffer, et al., 2008), viúvos (Boyd, et al., 2009; Mann, et al., 2006; Martínez, et al., 2010) e sem qualquer grau de instrução (Boyd, et al., 2009; Chu, et al.; Martínez, et al., 2010;). Analisando os resultados obtidos verifica-se que se poderá associar a prevalência de medo de cair a um pior estado de saúde geral (a uma menor auto avaliação e satisfação relativamente ao estado de saúde, maior dependência e utilização de ajudas técnicas), à institucionalização (ou ao facto de se viver sozinho), à inexistência de sentimentos de sobreprotecção familiar a ao historial de quedas (ocorrência de quedas recentes, necessidade de apoio no pós-quedas e problemas ao nível do equilíbrio). Todos estes dados são compreensíveis e, até certo ponto, expectáveis, na medida em que a manifestação de medo de cair está associada a uma maior vulnerabilidade e dependência (Carvalho, et al., 2007). No entanto, surgiu um aspecto merecedor de alguma reflexão já que não corresponde a esta descrição: a maioria dos participantes que manifestavam medo de cair consideravam as consequências das quedas nada ou pouco graves e possuíam apoio em situações de emergência. Isto poderá dever-se ao facto de todos os participantes receberem apoio, em menor ou maior grau, por parte de instituições de apoio social e, neste sentido, sentirem-se protegidos e apoiados na possível ocorrência de uma queda. Todavia, esta análise encontra-se limitada pelo facto de neste estudo se ter considerado as pessoas idosas clientes das valências SAD, CD e CN como sendo pessoas idosas residentes na comunidade, uma vez que estas não são forçosamente mais independentes na realização das AVD's, apesar de receberem apoio social formal apenas por um período do dia, quando comparados com os participantes institucionalizados.

Considerando o objectivo de analisar a correlação entre a prevalência de medo de cair e os instrumentos utilizados na recolha de dados, verificou-se que os indivíduos com medo de cair apresentaram piores resultados ao nível da auto-eficácia nas quedas (Brouwer, et al., 2004; Roth, 2009; Tinetti, et al., 1994) e do equilíbrio. Estes resultados afiguram-se compreensíveis segundo Chu e colaboradores (no prelo), na medida em que se as pessoas não confiam na própria capacidade para lidar com possíveis quedas e, simultaneamente, revelam uma pior performance no equilíbrio

encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de medo de cair, apesar de haver, estudos que não reconhecem qualquer diferença significativa no que respeita à performance ao nível do equilíbrio em pessoas que apresentem ou não medo de cair (cf. Reelick, et al., 2009; Roth, 2009). Seguindo, ainda, esta linha de raciocínio verificou-se a presença de resultados significativos relativamente aos resultados obtidos na FES, GAI, PCOF e POMA-I analisando todas as variáveis consideradas na análise do estado de saúde, apoio formal e informal e historial de quedas. No entanto, a grande maioria dos resultados revelou-se algo expectável, uma vez que as variáveis que reflectem um melhor estado de saúde, assim como mais apoio formal e informal, e a inexistência ou a reduzida ocorrência de quedas estão associadas significativamente a uma maior auto-eficácia nas quedas, menor ansiedade, maior auto-controlo percebido sobre o cair e a uma melhor performance ao nível do equilíbrio (ver 6.2, 6.3 e 6.4). Apesar disso, é necessário reflectir acerca de alguns resultados, nomeadamente no facto de nenhuma das variáveis consideradas no que respeita ao historial de quedas ter demonstrado resultados significativos ao nível da auto-eficácia nas quedas, resultados particularmente curiosos uma vez que este conceito tem sido intrinsecamente associado à ocorrência de quedas (Tinetti, et al., 1994).

Constatou-se o mesmo no que respeita às variáveis relativas ao estado de saúde actual e à presença de ansiedade, uma vez que os resultados relativos à presença de sintomas ansiosos não revelaram uma relação significativa relativamente ao estado de saúde, apesar de se antever que a presença de sintomas ansiosos deveria influenciar a auto-avaliação que os indivíduos fazem relativamente ao seu estado de saúde e à, consequente, satisfação com o mesmo (Mann, et al., 2006).

Analisando, especificamente, a relação entre os resultados dos instrumentos utilizados, constatou-se que apenas a GAI se encontrava estatisticamente associada à FES, à PCOF e à POMA-I, isto é, elevados níveis de ansiedade estavam tendencialmente associados a piores resultados ao nível da auto-eficácia nas quedas, do controlo percebido sobre o cair e do equilíbrio. Estes resultados são interessantes e merecedores de alguma reflexão, na medida em que se constatou, posteriormente, através da realização de regressões logísticas, que cerca de 47.1% do risco de desenvolver medo de cair era explicado pelo item “Trabalho doméstico ligeiro” da FES (em cerca de 41.4%) e, em menor proporção, pelo item “Sinto-me muitas vezes nervoso” da GAI (8.8%). Ou seja, apesar de inicialmente não se ter verificado uma associação significativa do ponto de vista estatístico relativamente à relação entre a presença de ansiedade e a manifestação de medo de cair, visível relativamente à auto-eficácia nas quedas, ao controlo percebido sobre o cair e ao equilíbrio, verificou-se curiosamente que a presença de sintomas ansiosos está correlacionada com os resultados dos restantes instrumentos que analisam esses mesmos constructos, e que um item da GAI apresentou, juntamente com um item da FES um peso significativo no risco de desenvolver medo de cair (com um poder explicativo de aproximadamente 50%). Desta forma, poder-se-á concluir que

a presença ansiedade potencialmente patológica, apesar de não estar directamente relacionada com a manifestação de medo de cair, poderá contribuir para o mesmo uma vez que se encontra significativamente relacionada com outras dimensões psicológicas associadas ao medo de cair, de que são exemplo a auto-eficácia nas quedas e o controlo percebido sobre o cair, além de que um tipo específico de sintomas ansiosos, neste caso referente à presença de nervosismo, poderá predizer significativamente o risco de desenvolver ptofobia. Estes resultados revelam de uma forma muito clara e perceptível que urge a necessidade de investigar o peso que outros constructos de índole psicológica exercem no medo de cair.

Além da influência dos sintomas ansiosos no medo de cair, impõe-se uma reflexão sustentada sobre o elevado resultado associado ao item da FES no medo de cair, na medida em que apenas um dos itens deste instrumento apresenta uma forte influência no desenvolvimento deste medo, facto que promove uma discussão acerca dos resultados da FES, uma vez que a maioria dos itens considerados neste instrumento não estão relacionados com a ocorrência de medo de cair, não assumindo, por isso, um total papel explicativo como tem sido considerado em estudos anteriores (Carvalho, et al., 2007; Kumar, et al., 2008; Legters, 2002). Para além disso, é necessário reflectir acerca deste resultado, uma vez que este poderá ter sido enviesado pela distribuição de homens e mulheres na amostra, ou seja, esta elevada percentagem poderá dever-se ao facto de a amostra analisada no presente estudo ser constituída, maioritariamente, por pessoas idosas do sexo feminino e a função associada a este item ser, predominantemente, associada a este género. Desta forma, seria aconselhável, em estudos posteriores, aumentar a representabilidade e o N da amostra (e, conseqüentemente, a frequência dos subgrupos de cada item), de forma a ser possível analisar devidamente todas as categorias consideradas e, conseqüentemente, o peso das mesmas no risco de desenvolver medo de cair.

Para interpretar e balizar adequadamente os resultados obtidos neste estudo, importa referir um constrangimento metodológico referente à recolha dos dados. Apesar de ter havido um esforço por parte da investigadora aquando da aplicação do protocolo de avaliação no sentido de colmatar diferenças conceptuais entre si e os participantes no que respeita ao medo de cair e às quedas (graças à grande variedade dos significados atribuídos a estes conceitos), os participantes na investigação poderão não ter referido se tinham medo de cair, ou se já sofreram uma queda, a menos que esta tenha envolvido danos na sua integridade física, facto que já tem sido verificado em estudo anteriores (Boyd, et al., 2009; NCIPC, 2006). Além disso, ao se utilizar a questão dicotómica de resposta “sim/não” para analisar a prevalência de medo de cair, apesar de ser mais simples, poder-se-á ter ocultado alguns resultados positivos, isto porque, já se verificou em outros estudos (Lawrence, et al., 1998; Legters, 2002; Tinetti, et al., 1994) que a utilização de uma questão graduada é acompanhada por uma percentagem mais elevada de medo cair, uma vez que as pessoas idosas se

poderão sentir mais confiantes em admitir que têm medo baseando-se em diferentes níveis. Uma outra limitação a apontar no que respeita à realização deste estudo diz respeito ao número da amostra (N=100) que condicionou, como já foi referido, a realização das regressões logísticas, cujos resultados poderiam ter sido mais esclarecedores caso a amostra fosse constituída por mais indivíduos. Por fim, é necessário reflectir acerca da comparação dos resultados relativos à prevalência de medo de cair com estudos anteriores, dadas as diferenças nas metodologias utilizadas, amostra e, nomeadamente, nos instrumentos utilizados para a análise do medo de cair.

8. Conclusões

O presente estudo revelou que a prevalência de ptofobia está associada, maioritariamente, ao sexo feminino, a idades avançadas, viuvez, a níveis reduzidos de escolaridade, a piores estados de saúde, menor apoio formal e informal, ao historial de quedas, e a uma menor auto-eficácia, controlo percebido sobre o cair e equilíbrio. Verificou-se, também, uma associação estatisticamente significativa entre os resultados da GAI e FES, GAI e PCOF e GAI e POMA-I. Concluiu-se, também, que 47,1% do medo de cair era explicado por dois itens dos instrumentos utilizados no estudo, um pertencente à FES (“Trabalho doméstico ligeiro”) e um à GAI (“Sinto-me muitas vezes nervoso”). Estes resultados revelam que o medo de cair é influenciado por diversos constructos, que apesar de serem commumente considerados como sendo equivalentes ao medo de cair, não o explicam na totalidade, chamando a atenção para as dimensões de natureza psicológica relacionadas com o desenvolvimento de medo de cair, nomeadamente a ansiedade.

Apesar do presente estudo pretender dar um passo na análise dos factores de natureza psicológica associados ao medo de cair, levanta mais questões que respostas, havendo ainda muito a fazer no sentido de o compreender na totalidade, de forma a identificar previamente e claramente este medo e desenvolver mais e melhores intervenções para a prevenção da ocorrência de quedas e ptofobia (Scheffer, et al., 2008). A manifestação de ptofobia e a ocorrência de quedas podem, neste sentido, ser evitadas com medidas preventivas adequadas, através da identificação e compreensão das suas causas e do desenvolvimento de métodos para reduzir a sua ocorrência (Ribeiro, et al., 2008), assim como através da identificação dos grupos de risco (Boyd, et al., 2009), tendo em conta que é necessário analisar as diferenças existentes entre as pessoas idosas que já sofreram uma queda e as que não possuem historial de quedas, uma vez que as intervenções mais adequadas para cada grupo poderão divergir, já que a origem do medo de cair poderá ser diferente. Outro aspecto que deverá ser considerado no planeamento e desenvolvimento de programas de intervenção, é que diminuir o risco de cair não significa que o medo de cair também diminuirá forçosamente, uma vez que apresentar ou não medo não depende directamente do risco de cair.

Espera-se, por isso, que este estudo tenha contribuído efectivamente no sentido de compreender melhor este fenómeno. No entanto, deverão ser realizados estudos longitudinais (com *follow-ups*) que acompanhem as alterações na vida das pessoas envolvidas, e que analisem os factores que poderão influenciar mais significativamente o desenvolvimento deste fenómeno (e.g. se a ocorrência de quedas e, possíveis, consequências nefastas para a saúde, se o historial de quedas de terceiros) com o objectivo de compreender melhor a sua incidência e curso natural, e analisar a influência das possíveis intervenções realizadas. Deverá, também, ser feito um esforço no sentido de analisar este fenómeno em populações mais jovens, uma vez que poderá não ser exclusivo da população idosa, apesar de estudos recentes começarem a demonstrar alguma preocupação em relação a este aspecto (Hadjistavropoulos, et al., 2011). Deverá ser feita, também, uma aposta na investigação do papel do neuroticismo na prevenção da ocorrência de quedas e no desenvolvimento de intervenções relativas ao tratamento do medo de cair (Mann, et al., 2006), uma vez que a presença de ansiedade patológica poderá explicar o porquê de pessoas que nunca caíram e não se enquadram nos factores de risco relativos ao desenvolvimento de ptofobia, apresentem um medo de cair exagerado.

9. Referências Bibliográficas

- Bastos, J. L. D., & Duquia, R.P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
- Bhala, R. P., O'Donnell, J., & Thoppil, E. (1982). Phobic fear of falling and its clinical management. *Physical Therapy*, 62(2), 187-190.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, 38(4), 423-428.
- Brouwer, B., Musselman, K., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*, 50(3), 135-141.
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. *Revista Portuguesa das Ciências do Desporto*, 7(2), 225-231.
- Chu, C.L., Liang, C.K., Chow, P.C., Lin, Y.T., Tang, K.Y., Chou, M.Y., Chen, L.K., Lu, T. & Pan, C.C. (in press). Fear of falling (FF): Psychosocial and physical factors among institutionalized older chinese men in Tawan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Cruz, J.F.A., Ferreira & M.J. (2011). Exploring cognitive processes associated with fear of falling and physical activity behaviors: a cross-sectional and comparative study with portuguese adults and older adults [Abstract]. *Aging Clin Exp Res*, 23, Supp. 1, 220.
- Delbaere, K., Close, J., Brodaty, H., Sachdev, P., & Lord, S. R. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BJM*. 1-8. Retrieved from URL. doi: 10.1136/bjm.
- Denkinger, M. D., IGL, W., Coll-Planas, L., Nikolaus, T., Bailer, S., Bader, A., & Jamour, M. (2008). Practicality, validity and sensitivity to change of fear of falling self-report in hospitalised elderly: a comparison of four instruments. *Age and Ageing*. 108-112. Retrieved from URL. doi: 10.1093/ageing/afn233.
- Deshpande, N., Metter, J., Lauretani, F., Bandinelli, S., Guralnik, J., & Ferrucci, L. (2008). Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: A prospective cohort study. *NIH Public Access*, 56(4). 615-620.
- DSM-IV-TR (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Fabício, S. C. C., Partezani Rodrigues, R. A., & Costa Junior, M. L. (2004). Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista Saúde Pública*, 38(1), 93-99.

- Filiatrault, J., Desrosiers, J. (2011). Coping Strategies used by seniors going through the normal aging process: does fear of falling matter? *Gerontology*, 57, 228-236.
- Fletcher, P. C. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*, 33(3), 273-279.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência.
- Gagnom, N., & Flint, A. J. (2003). Fear of falling in the elderly. *Geriatrics & Aging*, 6(7), 15-17.
- Gai, J., Gomes, L., & Jansen de Cárdenas, C. (2008). Ptofobia: O Medo de Cair em Pessoas Idosas. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 83-88.
- Gomez, F., & Curcio, C. L. (2007). The development of a fear of falling. *Clinical Intervention in Aging*, 2(4), 661-667.
- Hadjistavropoulos, T., Delbaere, K., & Fitzgerald, T. D. (2011). Reconceptualizing the role of FOF and balanceconfidence in fall risk. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 1-23.
- Iliffe, S., & Manthorpe, J. (2002). Depression, anxiety and psychoses in later life: more challenges for primary care. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, 327-341.
- Jahana, K. O., & Diogo, M. J. D. E. (2007). Quedas em idosos principais causas e consequencias. *Saúde Colectiva*, 4(17), 148-153.
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. *Asing Nursing Research*, 2(3), 214-222.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M., Kulmala, J., Rantanen, T. & Viljanen, A. (2011). Fear of Falling in relation to sensory impairments, mobility and falls in older women [Abstract]. *Aging Clin Exp Res*, 23, Supp. 1, 221.
- Kempen, G. I. J. M., van Haastregt, J. C. M., McKee, K. J., Delbaere, K., & Zijlstra, G. A. R. (2009). Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health*, 9(1), 170.
- Kumar, S., Vendhan, G. V., Awasthi, S., Tiwari, M., & Sharman, V. P. (2008). Relationship between fear of falling, balance impairment and functional mobility in community dwelling elderly. *IJPMR* 19(2), 48-52.
- Lawrence, R. H., Tennstedt, S. L., & Kasten, L. E. (1998). Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year: baseline findings from a Roybal Center fear of falling intervention. *J Aging Health*, 10, 267-286.

- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, 82(3), 264-272.
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Estudos epidemiológicos e envelhecimento*, 12(4), 189 - 201.
- Maria, E. C., & Rodrigues, S. (2009). Quedas no senescente. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*, 6, 162-172.
- Martin, F. C., Hart, D., Spector, T., Doyle, D. V., & Harari, D. (2005). Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age and Ageing*, 34, 281-287.
- Melo, C. A. (2003). *Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti*. Porto: Universidade do Porto.
- Menezes, R. L., & Bachion, M. M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos íntinsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13(4), 1209-1218
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. *Cad. Saúde Públ*, 9(3), 239-262.
- Moore, D. (2008). *A comparison of fall-related psychological measures in a community-based setting*: Louisiana: Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Moore, D. S., & Ellis, R. (2008). Measurement of fall-related psychological constructs among independent-living older adults: A review of the research literature. *Aging & Mental Health*, 12(6), 684-699.
- NCIPC. (2006). Costs of falls among older adults. *Centers for Disease Control and Prevention*. Center of Disease Control and Prevention.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. 1-251.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Párraga Martínez, I., Navarro Bravo, B., Andrés Pretel, F., Denia Muñoz, J. N., Elicegui Molina, R. P., & López-Torres Hidalgo, J. (2010). Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 453-459.
- Pereira, S., Buksman, S., Perracini, M., Py, L., Barreto, K., & Leite, V. (2001). Quedas em idosos. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. 1-10.
- Petiz, M. F. (2002). *A actividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos institucionalizados*. Porto: Universidade do Porto.

- Reelick, M. F., van Iersel, M. B., Kessels, R. P. C., & Rikkert, M. G. M. O. (2009). The influence of fear of falling on gait and balance in older people. *Age and Ageing*, 38(4), 435-440.
- Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R. & Firmino, H. (in press). *Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation*. Aging & Mental Health.
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 24, 300-305.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2007). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19-24.
- Stevens, J. A., Corso, P. S., Finkelstein, E. A., & Miller, T. R. (2006). The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Injury Prevention* 12, 290–295.
- Tideiksaar, R. (1988). Falls in the elderly. Section on Geriatric medicine of the New York academy 64(2), 145-163.
- Tinetti, M. E., Mendes de Leon, C. F., Doucette, J. T., & Baker, D. I. (1994). Fear of Falling and Fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology*, 49(3), 140-147.
- Tinetti, M. E., & Williams, C. S. (1998). The effect of falls and fall injuries. *Journal of Gerontology*, 53(2), 112-119.
- Vieira, P. F. P. (2009). *Factores responsáveis pelas quedas nos idosos e estratégias de prevenção*. Universidade do Porto, Porto.
- Weele, G. M. V., Gussekloo, J., Waal, M. W. M., Craen, A. J. M., & Mast, R. C. V. (2008). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 24, 595-601.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Standley, M. A., & Craske, G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190-211.
- Yardley, L., & Smith, H. (2002). A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *The Gerontologist*, 42(1), 17-23.

Anexos

Anexo I – Autorizações das Instituições



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTO ANTÓNIO
DE
S. PEDRO DO SUL

DECLARAÇÃO

JOSÉ DA CRUZ FERNANDES, na qualidade de Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Santo António de S. Pedro do Sul, declara para os devidos efeitos que **Ângela Maria Rolo dos Santos**, foi autorizada a realizar um estudo sobre Ptofobia e Ansiedade Geriátrica, com alguns dos nossos idosos, no âmbito da frequência do Mestrado.

S. Pedro do Sul, 04 de Novembro de 2010

O Provedor

(José da Cruz Fernandes)



CENTRO SOCIAL DA FREGUESIA DE VALADARES

CONTRIBUINTE 501 177 647 - 3660-673 VALADARES SPS

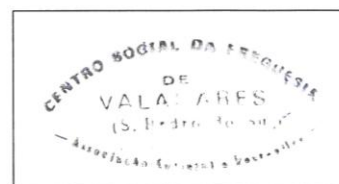
Declaração

O Centro Social da Freguesia de Valadares declara, para os devidos efeitos, que autoriza Ângela Santos, aluna da Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, a aplicar um inquérito a utentes desta Instituição, cujo tema é: “Ptofobia e Ansiedade Geriátrica”, no âmbito da sua tese de Mestrado.

Valadares, 06 de Janeiro de 2011

Carimbo da Entidade

Ass: _____





Centro Social de Vila Maior
Instituição Particular de Solidariedade Social

Declaração de Autorização

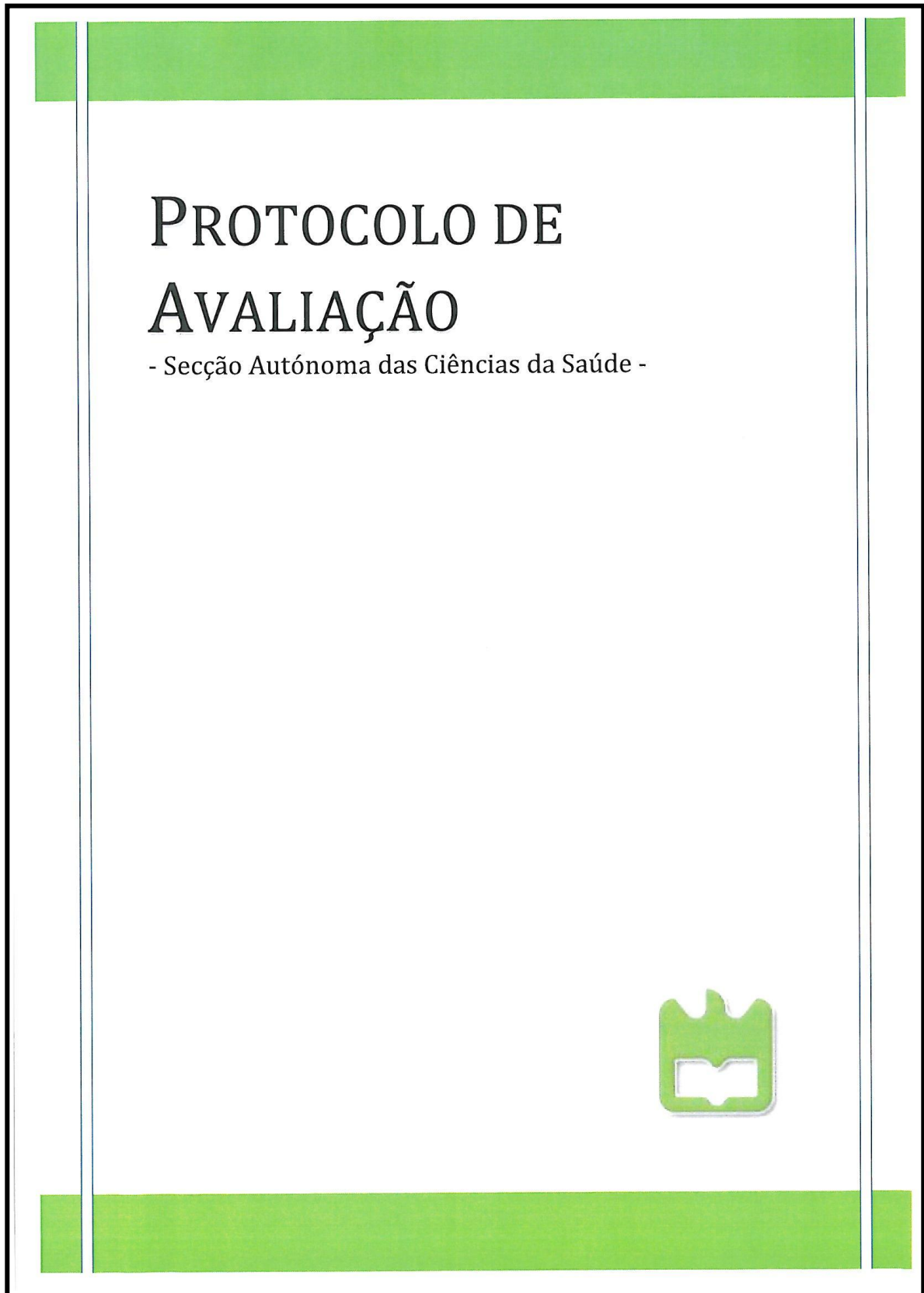
A Direcção do Centro Social de Vila Maior declara que autoriza a realização do estudo “Ptofobia e Ansiedade Geriátrica”, a levar a efeito pela aluna Ângela Maria Rolo dos Santos, da Universidade de Aveiro, nas suas instalações, com a consequente recolha de dados relevantes ao mesmo e referente aos seus utentes das Respostas Sociais - Centro de Noite e Serviço de Apoio Domiciliário.

Vila Maior, 13 de Dezembro de 2010

O Presidente da Direcção
CENTRO SOCIAL DE VILA MAIOR
IPSS
RUA DO CENTRO SOCIAL, N.º 6
3660-707 VILA MAIOR SPS
(Maria Moura Pinto)

Apêndices

Apêndice I - Instrumento de recolha de dados





INSTRUÇÕES

O presente protocolo de avaliação foi desenvolvido no âmbito de uma tese de mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro, cujo objectivo é analisar a relação entre a Ptofobia (medo de cair), a auto-eficácia nas quedas, a ansiedade, a percepção do auto-controlo e o equilíbrio relativamente à ocorrência de quedas na população idosa do concelho de São Pedro do Sul. Trata-se de um trabalho desenvolvido pela aluna Ângela Santos sob supervisão de Oscar Ribeiro, docente na Escola Superior de Saúde.

De forma a recolher informações relacionadas com estas temáticas, o protocolo é constituído por um questionário sócio-demográfico composto por três temas gerais (Auto-percepção do Estado de Saúde, Apoio Informal e Formal e Historial de Quedas), e por quatro instrumentos: a *Escala de Medição da Auto-Eficácia nas Quedas* (FES), o *Inventário de Ansiedade Geriátrica* (GAI), a *Escala de Controlo Percebido sobre o Cair* e o *Teste de Tinneti* (POMA-I). Estes avaliam, respectivamente, a auto-eficácia nas quedas, a presença e gravidade de sintomas ansiosos, a percepção do controlo sobre o cair, e o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico.

A informação fornecida é totalmente confidencial.

Responsável: Ângela Santos

Contactos: amrs@ua.pt/
915476172



IDENTIFICAÇÃO

Código de identificação: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: F M

Estado Civil:

- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Solteiro(a)
- Viuvo(a)

Valência:

- Lar
- SAD
- CD
- CN

Estado Funcional (segundo o Índice de Barthel): Escolaridade: _____

- Independência (> 60 pontos)
- Dependência Moderada (40 a 55 pontos)
- Dependência Severa (20 a 35 pontos)
- Dependência Total (< 20 pontos)

I. AUTO-PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

1. Em geral considera que a sua saúde é:

- Muito Boa
- Boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

2. Que cotação atribui à satisfação em relação ao seu estado de Saúde actual, de 0 a 5

- Completamente satisfeito(a)
- Bastante satisfeito(a)
- Indiferente
- Pouco satisfeito(a)
- Nada satisfeito

3. Usa algumas "ajudas" para se deslocar no dia-a-dia (por exemplo bengala ou andarilho)

- a) Sim
- b) Não

Especifique: _____



4. Tem algum(s) problema(s) de saúde que interferiram de alguma forma com as suas actividades do dia-a-dia? Indique quais.

II. APOIO INFORMAL E FORMAL

1. Vive sozinho? (os clientes da valência Lar, deverão responder consoante a realidade anterior à institucionalização)
- Sim
 - Não

1.1. Em caso de resposta negativa, com quem vive? (assinale com um X nas opções correspondentes)

- Marido/Esposa/Companheiro(a)
 Filho(a/os/as)
 Outros familiares
 Amigos

2. No caso de uma situação de emergência, tem alguém a quem possa recorrer? (os clientes da valência Lar deverão responder consoante a realidade anterior à institucionalização)
- Sim
 - Não

3. Alguma vez sentiu alguma sobreprotecção por parte de familiares/amigos relativamente à possibilidade de cair?
- Não
 - Sim.

Se sim, dê dois exemplos:



4. Assinale com um X qual ou quais os motivos que o(a) levaram a recorrer ao apoio formal de uma instituição?
- Défice funcional
 - Dependência nas AVD's
 - Isolamento social
 - Outro(s) motivo(s): _____

III. HISTORIAL DE QUEDAS

1. Já sofreu alguma queda?
- a. Sim
 - b. Não
- a. Se sim, sofreu alguma queda nos últimos 3 meses?
- a. Sim
 - b. Não
- b. Qual foi o motivo da(s) queda(s)? (assinale com um X nas opções correspondentes)
- Falta de equilíbrio
 - Factores ambientais (tapetes enrolados, piso escorregadio, iluminação reduzida ou inexistente, etc.)
 - Outro Motivo: _____
- c. Necessitou do apoio de alguém?
- a. Sim
 - b. Não
- d. Qual foi/Quais foram a(s) consequência(s) directa(s) da(s) queda(s)?
-
-
-
-
-



e. Que gravidade atribui às consequências directas da(s) queda(s)?

- Indiferente/ Nada grave
- Pouco grave
- Grave
- Muito grave

f. Qual foi a consequência que considera mais grave e que repercussões teve no seu dia-a-dia?

5. Tem medo de cair?

- a. Sim
- b. Não

2.1. Se sim, que motivos alimentam esse medo?



Escala de Medição do Medo de Cair – FES

(Falls Efficacy Scale, Tinetti e colaboradores, 1990)

(Versão Portuguesa Adaptada: Melo C., 2003)

Abaixo estão indicadas várias tarefas.

À frente delas encontra-se uma linha que mede o grau de confiança, ou seja, o medo que tem em cair na sua execução.

Marque na linha com uma cruz o que sente ao executar a tarefa.

	Sem nenhuma confiança	Minimamente confiante						Muito confiante		
1. Vestir e depir-se.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Preparar uma refeição ligeira.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tomar um banho ou duche.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Sentar/ Levantar da cadeira.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Deitar/ Levantar da cama.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Atender a porta ou o telefone.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Andar dentro de casa.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Chegar aos armários.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a loiça)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Pequenas compras.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA

(*Geriatric Anxiety Inventory*; Pachana e colaboradores, 2006)

Versão Portuguesa Adaptada por O. Ribeiro, C. Paúl, M.R. Simões e H. Firmino, 2010

Nome _____ Idade _____ Data ____/____/____

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre **o que tem sentido durante a última semana**. Se acha que o que é dito se aplica no seu caso, faça uma cruz (X) no quadrado ‘**Concordo**’. Se, pelo contrário, achar que o que é dito não se aplica à sua situação, faça uma cruz (X) no quadrado ‘**Discordo**’. Há ainda outras afirmações que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana e pede-se, igualmente, que escolha a alternativa (‘Concordo’ ou ‘Discordo’) que estiver mais próxima do que se passou consigo. **Responda, por favor, a todas as afirmações**. Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou consigo) na **última semana**.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo.	___	___
2. Tenho dificuldade em tomar decisões.	___	___
3. Sinto-me muitas vezes inquieto(a).	___	___
4. Tenho dificuldade em descontrair.	___	___
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações.	___	___
6. Aflijo-me muito com coisas sem importância.	___	___
7. Sinto muitas vezes um peso na cabeça.	___	___
8. Considero-me uma pessoa preocupada.	___	___
9. Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia.	___	___
10. Sinto-me muitas vezes nervoso(a).	___	___
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a).	___	___
12. Sinto-me muitas vezes tenso.	___	___
13. Penso que sou uma pessoa nervosa.	___	___
14. Acho que vai sempre acontecer o pior.	___	___
15. Sinto muitas vezes um nervosismo interior.	___	___
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida.	___	___
17. Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações.	___	___
18. Tenho muitas vezes a sensação de ter a cabeça vazia.	___	___
19. Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado.	___	___
20. Sinto-me muitas vezes aflito(a).	___	___



ESCALA DE CONTROLO PERCEBIDO SOBRE O CAIR

(Perceived Control Over Falling Scale, Lawrence e colaboradores, 1998)

Versão Portuguesa traduzida por A. Santos, 2010

I. Eu posso reduzir o meu risco de cair.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indeciso
- Concordo
- Completamente totalmente

II. Eu posso ultrapassar o meu medo de cair.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indeciso
- Concordo
- Completamente totalmente

III. Eu posso fazer coisas que me impeçam de cair.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indeciso
- Concordo
- Completamente totalmente

IV. “Cair” é algo que posso controlar.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indeciso
- Concordo
- Completamente totalmente



Teste de Tinetti

(Performance Oriented Mobility Assessment, Tinetti e colaboradores, 1986)

(Versão Portuguesa adaptada por Petiz, 2002)

AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO ESTÁTICO

1. Pedir ao idoso que se sente numa cadeira:
 - a. Inclina-se ou desliza na cadeira: 0
 - b. Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira: 1
 - c. Estável, seguro: 2

2. Pedir ao idoso que se levante da cadeira:
 - a. Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio: 0
 - b. Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa: 1
 - c. Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços: 2

3. Avaliar o equilíbrio imediato, nos primeiros 5 segundos:
 - a. Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para se suportar): 0
 - b. Estável, mas utiliza auxiliar da marcha para suportar-se: 1
 - c. Estável sem qualquer tipo de ajudas: 2

4. Proceder à avaliação do equilíbrio com os pés paralelos:
 - a. Instável: 0
 - b. Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados mais de 10cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio: 1
 - c. Pés próximos e sem ajudas: 2

5. Provocar pequenos desequilíbrios com o idoso de pé e os pés próximos (o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno):
 - a. Começa a cair: 0
 - b. Vacilante, agarra-se, mas estabiliza: 1
 - c. Estável: 2

6. Solicitar que feche os olhos:
 - a. Instável: 0
 - b. Estável: 1



7. Pedir que caminhe á volta do observador delimitando uma volta de 360°, 2 vezes:
 - a. Instável (agarra-se, vacila): 0
 - b. Estável, mas dá passos descontínuos: 1
 - c. Estável e passos contínuos: 2

8. Pedir ao idoso efectue apoio unipodal, pelo menos 5 segundos, de forma estável:
 - a. Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto: 0
 - b. Aguenta 5 segundos de forma estável: 1

9. Avaliar a forma como se volta a sentar:
 - a. Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância: 0
 - b. Usa os braços ou movimento pouco harmonioso: 1
 - c. Seguro, movimento harmonioso: 2

AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO DINÂMICO

Marcar um percurso de 3m. Solicitar ao idoso, que na sua passada normal, o percorra no sentido de ir e voltar (na volta com passos mais rápidos), utilizando os seus auxiliares de marcha habituais.

1. Avaliar o início da marcha, imediatamente após o sinal de partida:
 - a. Hesitações ou múltiplas tentativas para iniciar: 0
 - b. Sem hesitações: 1

2. A largura do passo (pé direito):
 - a. Não ultrapassa à frente do pé em apoio: 0
 - b. Ultrapassa o pé esquerdo em apoio: 1

3. A altura do passo (pé direito):
 - a. O pé direito não perde completamente o contacto com o solo: 0
 - b. O pé direito eleva-se completamente do solo: 1

4. A largura do passo (pé esquerdo):
 - a. Nã ultrapassa à frente do pé em apoio: 0
 - b. Ultrapassa o p' é direito em apoio: 1

5. A altura do passo (pé esquerdo):
 - a. O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo: 0
 - b. O pé esquerdo eleva-se completamente do solo: 1

APÊNDICE II - Termo de participação livre e esclarecida

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Ptofobia e Ansiedade Geriátrica

Instituição: Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Investigadora: Ângela M^a Rolo dos Santos **Contacto(s):** amrs@ua.pt/ 915476172

Investigador orientador: Óscar Ribeiro

Objectivo da investigação: Analisar a relação entre a presença de Ptofobia (Medo de Cair), auto-eficácia nas quedas, sintomas de ansiedade, percepção do controlo sobre o cair e o equilíbrio, na população idosa receptora de cuidados formais do concelho de São Pedro do Sul.

Procedimento: No âmbito da investigação, ser-lhe-à realizada uma entrevista, na qual serão solicitadas algumas informações gerais. A entrevista, que poderá demorar cerca de 30 minutos, consiste na aplicação de um questionário de avaliação, que será analisada posteriormente.

Nenhuma informação que o identifique será incluída na investigação e no trabalho final. O seu nome será substituído por um código.

Riscos: Poderá sentir alguma inconveniência relacionada com o tempo envolvido na entrevista.

Alternativas: Terá sempre a alternativa de parar a entrevista ou não ser entrevistado sempre que prefira não disponibilizar qualquer tipo de informação. Pode recusar-se a responder a qualquer questão.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Tem o direito de colocar, em qualquer momento da investigação, qualquer questão acerca da mesma.

Coerção ou interrupção do depoimento: A investigação não afectará de nenhuma forma o tratamento que recebe por parte da instituição que lhe presta apoio. Caso decida participar na investigação pode retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura.

Custos: A sua participação não terá qualquer custo para si.

Declaro que:

Não aceito participar

Aceito participar

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

Consentimento Verbal Data: ____/____/____