



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Carolina Santos Cabral

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA O RISCO E
PREVENÇÃO DE QUEDAS

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

dezembro de 2022

“Se você está desejando juventude, acho que isso te faz ser aquele velho estereotipado, porque você só vive na memória, você mora em um lugar que não existe. O envelhecimento é um processo extraordinário em que você se torna a pessoa que você sempre deveria ter sido.”

David Bowie

Agradecimentos

A realização da presente dissertação, não seria possível sem o incentivo e apoio de todos aqueles que, de alguma forma, participaram quer diretamente quer indiretamente, para a sua concretização, estarei eternamente grata!

Primeiramente queria agradecer aos meus pais por me terem dado a oportunidade de frequentar este mestrado, por todos os sacrifícios e esforços realizados, por todo o apoio e ajuda dada ao longo destes últimos anos. Um enorme obrigado!

Ao meu professor e orientador Manuel Teixeira Veríssimo, pelo seu contributo para a realização e finalização desta dissertação, pela transmissão do seu conhecimento, experiência, disponibilidade, pela ajuda, paciência, ensinamento e apoio prestado ao longo desta caminhada, foi fundamental. É uma referência tanto a nível profissional como pessoal. Um enorme obrigado!

Queria agradecer a todos os docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pela disponibilidade e partilha de conhecimento ao longo deste percurso académico!

Ao meu amigo de longa data João Pedro, por estar sempre presente, pela paciência, amizade, força, sugestões e disponibilidade ao longos destes meses e, especialmente, neste percurso da minha vida!

As amigas Raquel Pedrinho e Sara Dias, que durante esta etapa foram a minha família, obrigado por toda a amizade, força, motivação, companheirismo e por não me deixarem desistir!

A todos um enorme obrigado!

Resumo

A presente dissertação debruçou-se sobre o estudo descritivo qualitativo e observacional e numa Revisão Sistemática da Literatura acerca do risco de queda na pessoa idosa institucionalizada.

No que concerne à primeira parte, o estudo foi desenvolvido na Residência Sénior Premium Care, em Lisboa. Infelizmente o mesmo não foi possível de finalizar, uma vez que, não se obteve uma amostra suficiente da população em estudo na ERPI, para se poder dar uma resposta fidedigna à pergunta de investigação e hipóteses. Ainda assim, foi possível aplicar os instrumentos de avaliação como pré-teste, incluindo 19 de 63 utentes institucionalizados, no qual, seis utentes apresentaram um elevado risco de queda em todos os instrumentos, seis apresentaram um alto a moderado risco de queda e, os restantes sete apresentaram um moderado a baixo risco de queda.

Relativamente à Revisão Sistemática da Literatura, após a leitura e a análise do título e do resumo de alguns estudos, foi possível eliminar, de imediato, 50 estudos, sendo que, destes 6 eram repetidos. Subsequentemente, foram analisados e incluídos 33 estudos.

Conclui-se que, é necessário investir nas respostas sociais dirigidas a esta faixa etária, na medida em que se procure conhecer, avaliar e intervir precocemente com a pessoa idosa, em prol da dignificação da sua qualidade de vida e bem-estar, da sua saúde e, pela preservação/manutenção da sua independência e autonomia, procurando estratégias de prevenção voltadas para o risco de queda.

Palavras-Chave: Quedas; Pessoas Idosas Institucionalizadas; Avaliação do Risco de queda; Prevenção.

Abstract

The present dissertation focused on the qualitative and observational descriptive study and on a Systematic Literature Review about the risk of falls in institutionalized elderly people.

With regard to the first part, the study was carried out at the Senior Premium Care Residence, in Lisbon. Unfortunately, it was not possible to finalize it, since a sufficient sample of the population under study at ERPI was not obtained, in order to be able to give a reliable answer to the research question and hypotheses. Even so, it was possible to apply the assessment instruments as a pre-test, including 19 out of 63 institutionalized users, in which six users had a high risk of falling in all instruments, six had a high to moderate risk of falling and, the remaining seven had a moderate to low risk of falling.

Regarding the Systematic Literature Review, after reading and analyzing the title and abstract of some studies, it was possible to immediately eliminate 50 studies, of which 6 were repeated. Subsequently, 33 studies were analyzed and included.

It is concluded that it is necessary to invest in social responses aimed at this age group, as one seeks to know, evaluate, and intervene early with the elderly, in favor of dignifying their quality of life and well-being, their health and, for the preservation/maintenance of their independence and autonomy, seeking prevention strategies aimed at the risk of falling.

Keywords: Falls; Institutionalized Elderly People; Fall Risk Assessment; Prevention.

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract	5
Introdução	11
Capítulo I – Enquadramento Teórico	13
Introdução.....	13
1. O Envelhecimento	13
1.1. O Envelhecimento Demográfico em Portugal	16
1.2. O Envelhecimento Ativo	18
1.3. Alterações Anatomofisiológicas do Envelhecimento.....	21
2. A Institucionalização e a Queda no Idoso Institucionalizado	23
2.1. A Queda	25
2.2. Fatores de Risco de Queda na Pessoa Idosa.....	26
2.3. Consequências da Queda na Pessoa Idosa	29
2.4. Prevenção do Risco de Queda na Pessoa Idosa.....	32
3. Avaliação do Risco de Queda no Idoso Institucionalizado	36
3.1. Instrumentos de Avaliação do Risco de Queda	38
3.1.1. Timed Get up and Go Test	39
3.1.2. Índice de Tinetti.....	40
3.1.3. Escala de Berg.....	40
3.1.4. Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados	41
Capítulo II – Enquadramento Empírico	41
Introdução.....	41
1. Justificação do tema.....	41
2. Desenho de investigação.....	42
2.1. Pergunta de Investigação.....	42
2.2. Objetivos da Investigação	42
2.3. Critérios e Recrutamento	43
2.4. Metodologia	44
2.4.1. Tipo de estudo	45
2.4.2. Amostra.....	45
2.4.3. Ética.....	45

2.4.4. Instrumentos de Recolha de Dados.....	46
2.4.5. Procedimento de Recolha de Dados.....	46
3. Resultados.....	47
3.1. Caracterização Sociodemográfica	47
3.2. Instrumentos de Avaliação (Pré-Teste)	55
4. Discussão	59
5. Projeto de Melhoria	61
5.1. Descrição da Instituição.....	61
5.2. Análise SWOT	62
5.3. Modelo de Estruturação	63
5.4. Estilo de Liderança	64
5.5. Modelo de Comunicação	65
5.6. Área de melhoria e Mudança Organizacional	66
5.7. Proposta de melhoria na Organização	67
Capítulo III - Enquadramento Metodológico	69
1. Introdução	69
2. Métodos	69
3. Resultados	70
4. Discussão	86
Capítulo IV – Conclusão.....	88
Referências Bibliográficas	91
Anexos	100
Anexo I – Time Get up and go Test (GPvA, 2012b)	100
Anexo II – Índice de Tinetti (Apóstolo, 2012)	101
Anexo III – Escala de Equilíbrio de Berg (Apóstolo, 2012).....	104
.....	106
.....	107
.....	108
Anexo IV - Avaliação do risco de queda em doentes polimedicados (GPvA, 2012a)	109
Apêndices	111
Apêndice I – Parecer da Comissão de Ética da FMUC.....	111
Apêndice II – Autorização da Residência Sénior Premium Care.....	112
Apêndice III – Organograma da Residência Sénior Premium Care	113

Apêndice IV - Plano de intervenção do Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas em idosos institucionalizados	114
Apêndice V – Tabela de Observação	118

Lista de Siglas

AVD's- Atividade de Vida Diária
AVDI's – Atividade de Vida Diária Instrumental
DGS – Direção Geral da Saúde
ERPI's – Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas
OMS – Organização Mundial da Saúde
TCE – Traumatismo Crânico-encefálico

Lista de Figuras

Figura 1 – População residente por grupo etário e sexo, 2011 – 2021. Fonte: INE, Recenseamento da População e da Habitação	17
Figura 2 – Índice de envelhecimento, 2021 por Município. Fonte: INE, Recenseamento da População e da Habitação	17
Figura 3 - Determinantes, lógicas identitárias e ações para o envelhecimento ativo. Fonte: Pereira (2012)	20
Figura 4 - Abordagem Multifatorial. Fonte: Rato (2013)	34
Figura 5 - Algoritmo de avaliação do risco de queda no idoso. Adaptado de Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons developed by the Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. J Am Ger Soc. 2010: 1-10.....	37
Figura 6 - Fluxograma da Seleção dos Artigos	70

Lista de Tabelas

Tabela 1- Mudanças neurológicas e músculo-esqueléticas. Fonte: Temas de Reumatologia Clínica, 2007 (Santos, 2012).....	23
Tabela 2 - Critérios de Recrutamento	43
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes.....	54
Tabela 4 - Análise SWOT	63
Tabela 5 – Estudos incluídos	85

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Idades dos utentes da Premium Care	47
Gráfico 2 – Percentagem dos utentes.....	48

Gráfico 3 – Percentagem de Género dos Utentes.....	48
Gráfico 4 - Tempo de Institucionalização dos 63 utentes.....	49
Gráfico 5 - Tempo de institucionalização dos participantes	50
Gráfico 6 -Tempo de Institucionalização dos utentes que cumpriam os CI enão quiseram participar.....	50
Gráfico 7 - Falecimentos.....	51
Gráfico 8 - Saídas para a própria habitação	51
Gráfico 9 - Resultado do Índice de Tinetti.....	55
Gráfico 10 - Resultados da Escala de Berg	56
Gráfico 11 - Resultados do Timed Get up and Go Test.....	57
Gráfico 12 - Resultado da Av. Risco de Queda em Doentes Polimedicados.....	58
Gráfico 13- Número de artigos incluídos por ano	86

Introdução

Fruto do aumento da esperança média de vida, das melhores condições de saúde e económicas, a longevidade humana torna-se uma realidade mundial. Todavia, com o passar dos anos o envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa são, muitas vezes, caracterizadas como algo pejorativo na sociedade portuguesa. Ao invés de serem considerados como um fenómeno positivo, uma evolução e uma conquista da sociedade moderada é, pelo contrário, visto como um problema social. É necessário mudar este paradigma e, torna-se urgente sensibilizar a sociedade em geral e valorizar a manutenção e promoção da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada.

Com o decorrer do processo de envelhecimento humano sucedem-se mudanças estruturais e fisiológicas que, por sua vez, levam à diminuição da força e da resistência muscular, condicionando a marcha e o equilíbrio da pessoa idosa e, por conseguinte, a mesma torna-se mais propícia à ocorrência de quedas (Carmo, 2014).

Com o aumento da longevidade humana surge, igualmente, o aumento de idosos institucionalizados, sendo particularmente indivíduos mais frágeis e com uma maior tendência para cair (Bloch et al., 2010, cit. in Torrão, 2016). A queda nesta faixa etária apresenta consequências graves e limitações na pessoa idosa e de quem está no seu meio envolvente e, por isso, torna-se iminente a avaliação precoce, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de prevenção de risco de queda. É imprescindível a atuação multidisciplinar atempada junto da população idosa com elevado risco de queda, com o intuito, de promover a autonomia e independência, melhorar a mobilidade e, conseqüentemente, prevenir e diminuir o risco de queda, promovendo assim, uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos que se articulam, com a finalidade de dar resposta ao tema central. O primeiro capítulo, denominado de Enquadramento Teórico, tenciona contextualizar para a temática em estudo, de acordo com a literatura. O segundo capítulo, intitulado de Enquadramento Empírico, relata a metodologia do estudo descritivo qualitativo e observacional desenvolvido na Residência Sénior Premium Care, em Lisboa, incluindo 19 de 63 utentes

institucionalizados nesta estrutura, apresentando-se no final um projeto de melhoria para a ERPI. O capítulo III, denominado de Enquadramento Metodológico, descreve o processo e posterior análise da Revisão Sistemática da Literatura, onde foram incluídos 33 estudos. Por último, o capítulo IV apresenta a conclusão com base nos resultados obtidos no capítulo II e III. Esta dissertação contém ainda os anexos e apêndices utilizados e que possibilitaram o desenvolver da mesma.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Introdução

O Envelhecimento Populacional tem ganho ênfase ao longo dos anos, bem como a queda e o papel que esta tem na vida daquele que envelhece e de quem o rodeia. A institucionalização é uma das respostas mais frequente aquando se dá esta ocorrência. É fulcral a avaliação precoce do risco de queda na população idosa institucionalizada, para que se possa encontrar estratégias de prevenção e atuar junto do utente. É necessário conhecer o envelhecimento nas suas dimensões (biopsicossociais) e a etiologia e consequências da queda nesta faixa etária.

Neste capítulo será abordado o Envelhecimento e a sua anatomofisiologia, a institucionalização e a queda na pessoa idosa institucionalizada, a queda – fatores de risco, consequências e a prevenção e, por último, a avaliação do risco de quedas – instrumentos de avaliação.

1. O Envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento demográfico tem vindo a ser, cada vez mais, debatido na sociedade, dado que, tem verificado uma grande expansão nas últimas décadas, com tendência para continuar a aumentar, apresentando-se como um fenómeno atual e incontornável em Portugal (R. Oliveira, 2013). Com este aumento surge o interesse em estudar o envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa em todas as suas dimensões, isto é, a nível biológico, psicológico e social.

Em 2010 Paula, menciona que, o envelhecimento dá-se de formas distintas, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, sendo a qualidade do envelhecimento influenciada pelas condições económicas, culturais, emocionais, genéticas, ambientais, hábitos de vida, entre outros fatores.

O envelhecimento pode ser visto como um problema social ou como uma oportunidade, remetendo-nos perante novos desafios, sendo importante “ouvir os mais velhos” na definição de políticas que permitam a sua integração social, no

desenvolvimento de iniciativas que visem o aumento da qualidade de vida desta faixa etária, neste sentido, envelhecer é um desafio importante do século XXI.

M. Costa & Veras (2003), refere que com o aumento da população idosa e com a diminuição da população jovem os países em desenvolvimento deparam-se com um problema social, pois acabam por não ter estrutura social para cuidar e oferecer uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar para a população idosa (Reis, 2014).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), o envelhecimento é definido como um processo de “deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida” (M. Azevedo, 2015). Por outras palavras, o envelhecimento ocorre desde o momento da conceção até à morte, sendo um processo gradual, universal e irreversível que, acarreta um conjunto de mudanças e transformações (Lima, 2010), devendo ser encarado como um processo natural e não como um problema. Este não começa no mesmo período, não se desenvolve ao mesmo ritmo e, também, não atinge o mesmo grau de degenerescência em todos os sistemas orgânicos, quer isto dizer que, há vários fatores que interferem no seu processo (Casqueira, 2016; M. Azevedo, 2015). Com o decorrer do seu processo, naturalmente, vão surgindo modificações ao nível biológico, psicológico, fisiológico e social.

Segundo M. Rosa (1993), este processo pode ser visto segundo dois conceitos que, apesar de distintos, se cruzam: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. O primeiro pode ser definido em envelhecimento cronológico, que concerne ao critério idade, sendo um processo universal e inevitável pelo qual todo o indivíduo passa e, em envelhecimento biopsicológico, que é um reflexo do anterior, contudo é vivenciado de forma diferente por cada indivíduo, é menos linear. O segundo fragmenta-se, igualmente, em dois termos, o envelhecimento demográfico que, diz respeito à população, isto é, existem três faixas etárias que, correspondem às principais fases do ciclo de vida (idade jovem, ativa e idosa), no qual a população idosa apresenta um maior número em termos estatísticos no total da população e, o envelhecimento societal, que se refere à estagnação de pressupostos organizativos da sociedade, ou seja, é marcada por uma sociedade deprimida pelas mudanças (M. Rosa, 1993).

Como supramencionado, cada indivíduo envelhece de forma e a ritmos distintos. Segundo Fontaine (2000) existem três tipos de idade, sendo elas as seguintes: a idade biológica, intrínseca ao envelhecimento orgânico, ou seja, à medida que o indivíduo vai envelhecendo o organismo vai sofrendo alterações que, por sua vez, levam à diminuição do funcionamento normal dos órgãos. A idade psicológica que diz respeito às competências comportamentais que podem sofrer alterações em resposta às alterações ambientais, abrangendo também a inteligência, a memória e a motivação. Por último, a idade social que se refere às relações que o idoso tem com a comunidade envolvente, ao seu papel social, rotinas e estatuto (M. Azevedo, 2015).

A velhice, por sua vez, é uma etapa da vida do ser humano. Segundo M. Rosa (1993), a velhice está associada a um estado indiferenciado, confundindo-se com a invalidez ou patologia. Já para Berger et al., (1995), esta etapa da vida é desencadeada pelo envelhecimento, sendo um processo contínuo e que, se manifesta de forma distinta em cada indivíduo (Palma, 2012). Altman (2011), refere que a velhice é conceito múltiplo e variado determinado pela cultura (R. Oliveira, 2013). A velhice é a última etapa da vida, é a forma como cada idoso se olha e se entende e o modo como é reconhecido e entendido por outrem (R. Oliveira, 2013).

Nos países desenvolvidos o indivíduo é considerado idoso quando tem 65 ou mais anos, enquanto nos países em desenvolvimento é considerado a partir dos 60 anos. Os estereótipos incutidos na sociedade ligados ao envelhecimento e à velhice, leva a que, por vezes, a pessoa idosa não seja encarada como elemento integrante de uma comunidade, sendo desvalorizada, não se investindo na sua saúde e na melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar (Palma, 2012). Todavia, este vai sendo encarado de formas distintas com o passar dos anos e também nas culturas de cada comunidade. Nas Sociedades Orientais é atribuído à pessoa idosa o papel de líder, dada a sua experiência de vida e sabedoria que adquiriu com o passar dos anos. Por outro lado, nas Sociedades Ocidentais, tem um papel social insignificante, onde a diminuição das suas capacidades físicas e cognitivas, são um dos fatores mais referenciados. Quando a pessoa idosa começa a ficar dependente, deixando de realizar as suas atividades de vida diária (AVD's) e atividades de vida instrumentais (AVDI's), ou por senescência ou por

senilidade, para algumas famílias, o idoso torna-se um obstáculo ocorrendo, maioritariamente, o abandono (Casqueira, 2016).

O Envelhecimento é, portanto, influenciado por diversos fatores que o torna tão complexo e faz com que seja progressivamente mais estudado na literatura.

1.1. O Envelhecimento Demográfico em Portugal

Quando se fala sobre o envelhecimento, automaticamente, fala-se do envelhecimento demográfico e o impacto que este tem na sociedade. Deparamo-nos com um maior peso da população idosa face à população jovem, provocado pelas melhores condições de vida, aumento da esperança média de vida, diminuição da mortalidade e da fecundidade e, Portugal, embora com um atraso temporal, comparando ao resto da Europa, não é exceção.

J. Carvalho & Garcia (2003), mencionam que o envelhecimento populacional não se deve à população nem à geração, mas sim à mudança com que o país se depara na estrutura etária. Em meados do século XX, as sociedades começam a deparar-se com a dupla pirâmide etária, isto é, tanto na base como no topo, o que rapidamente adquire uma dimensão mundial (Pires, 2017), ou seja, com a baixa taxa de fertilidade e o aumento da expectativa de vida dá-se a reformulação da estrutura populacional, pelo que, com o declínio da mortalidade nesta faixa etária, o envelhecimento populacional tornou-se mais expressivo. A própria população idosa está a envelhecer, algo antes, nunca visto (Paula, 2010).

De acordo com os resultados provisórios dos censos de 2021, em Portugal residem 10 344 802 habitantes, existindo 182 pessoas idosas por cada 100 jovens, enquanto em 2011 este índice era de 128 e no ano de 2001 de 102 (INE, 2021).

Grupo etário	2021			2011		
	HM	H	M	HM	H	M
Total	10 344 802	4 921 170	5 423 632	10 562 178	5 046 600	5 515 578
0-14 anos	1 331 396	682 370	649 026	1 572 329	803 999	768 330
15-24 anos	1 088 333	556 311	532 022	1 147 315	581 548	565 767
25-64 anos	5 500 951	2 645 445	2 855 506	5 832 470	2 818 729	3 013 741
65 ou mais anos	2 424 122	1 037 044	1 387 078	2 010 064	842 324	1 167 740

Figura 1 – População residente por grupo etário e sexo, 2011 – 2021. Fonte: INE, Recenseamento da População e da Habitação

A tabela acima representa o que foi debatido no tópico anterior, onde podemos verificar, claramente que, a sociedade está perante uma mudança, onde há aumento significativo da população com 65 ou mais anos e uma diminuição da população jovem e também em idade ativa. Em 2021 a percentagem deste grupo etário representa 23,4%, em contrapartida a população jovem representa apenas 12,9% (INE, 2021). Este fenómeno tem tendência para continuar a agravar-se.

Nesta tabela verifica-se, também, que à um número claramente superior de mulheres que de homens, o que nos remete para a esperança média de vida ser superior no género feminino, havendo níveis de mortalidade maiores na população masculina (INE, 2021).

Ao analisarmos este fenómeno por município (figura 2), verifica-se a existência de uma discrepância entre o litoral e o interior de Portugal, onde a população envelhecida se centra maioritariamente no Norte e no Centro do País (INE, 2021).

Com o crescente envelhecimento populacional, alia-se o aumento de patologias que, de acordo com Fernandes (2007), isto

Figura 9. Índice de envelhecimento, 2021, Município

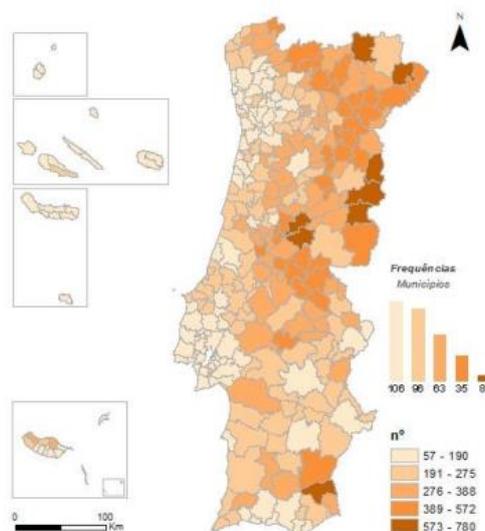


Figura 2 – índice de envelhecimento, 2021 por Município. Fonte: INE, Recenseamento da População e da Habitação

traz preocupações, relativamente, ao aumento dos custos em cuidados de saúde, custos financeiros e também humanos, uma vez que, dá-se o aumento de indivíduos com dependência (Paraíso, 2014). Assim, é urgente adaptar as respostas de saúde, sendo necessário direcionar a atenção para a população idosa, bem como, para as suas famílias e/ou cuidadores (in)formais que, muitas das vezes, caem em esquecimento. Portugal é um país também ele envelhecido, pelo que, se torna fundamental atuar junto desta faixa etária e de quem os rodeia, em prol da dignificação da sua qualidade de vida e bem-estar e pela preservação da sua independência e autonomia à medida que envelhecem, adiando a institucionalização. Face à pandemia que se tem vivenciado, muitos idosos encontram-se em situação de isolamento social e/ou geográfico e, por isso, é, igualmente, necessário identificar e sinalizar estas pessoas, para que lhes seja assegurado um acompanhamento e apoio biopsicossocial. Deste modo, é necessário desenvolver novas respostas para a comunidade no âmbito da gerontologia.

Um fato interessante, mencionado por Kalache em 1987 é que, o envelhecimento populacional é distinto nos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, no qual faz, uma comparação entre a Europa e o Brasil. No caso da Europa o envelhecimento é provocado pelas melhores condições de vida, enquanto, no Brasil, este processo deve-se de certa forma, de maneira “artificial”, quer isto dizer que, os indivíduos sobrevivem porque criam imunizações (Paula, 2010).

1.2. O Envelhecimento Ativo

Atualmente ouve-se, frequentemente, falar do Envelhecimento Ativo ou Saudável. Com o aumento da população idosa a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), define o Envelhecimento Ativo que, consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Reis, 2014). Sendo que, o termo “ativo” abrange à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica. O seu objetivo passa por “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive

as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (WHO, 2005, p. 13, cit. in Pedro, 2013).

Deste modo, o envelhecimento ativo visa promover uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, a nível físico, mental e social, para que estas possam continuar a viver as suas vidas com qualidade, autonomia e independência, sendo as suas potencialidades reconhecidas e não desvalorizadas (Reis, 2014). Como a OMS (2009) referiu o envelhecimento ativo pretende motivar a população idosa a manter-se ativa e a viverem independentes nas suas comunidades, participando na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (Fernandes, 2018).

Este conceito está intimamente ligado à inclusão social, uma vez que, se depreende que o indivíduo seja incluído na sociedade que, seja reconhecido da sua cidadania plena, que tenha acesso a condições de equidade, à educação, à justiça, à saúde e à segurança, bem como ser valorizado, em qualquer etapa e circunstância da vida. E está, igualmente, ligado à saúde, dado que, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, social e mental (Pereira, 2012).

Para a OMS, existe um conjunto de fatores essenciais do envelhecimento ativo, sendo eles os seguintes (WHO, 2005, cit. in Pedro, 2013):

- ✓ O acesso aos serviços sociais e aos serviços de saúde, com uma perspetiva do curso de vida para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo;
- ✓ Os aspetos comportamentais, com destaque no estilo de vida e na promoção no autocuidado;
- ✓ Os aspetos pessoais, genéticos e psicossociais;
- ✓ O ambiente físico que implica em moradia, infraestrutura e prevenção de quedas;
- ✓ O ambiente social – com rede de apoio social, oportunidade de educação e aprendizagem ao longo da vida e sistema de proteção de garantia dos direitos sociais;
- ✓ Os aspetos económicos – renda, proteção social e trabalho.

Estes fatores encontram-se alicerçados em três pilares fundamentais, no qual se apoia o envelhecimento ativo - a saúde, a segurança e a participação. No que diz respeito à saúde, refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Relativamente à segurança remete às necessidades e aos direitos das pessoas idosas, a segurança social, física e financeira, ficando assegurada a proteção, a dignidade e o auxílio às mesmas. Por último, em relação à participação, esta está associada à educação, às políticas sociais de saúde e aos programas que apoiam a participação na íntegra em atividades sociais, culturais e espirituais (OMS, 2005, cit. in M. Azevedo, 2015).

As condições de saúde são essenciais no envelhecimento ativo, porém a sua promoção não se restringe apenas à promoção de comportamentos saudáveis, é fundamental considerar os fatores ambientais e pessoais. No que se refere aos fatores pessoais inclui a biologia e a genética que, têm uma grande influência ao longo do envelhecimento. No que toca aos fatores ambientais, as barreiras arquitetónicas têm um grande peso, podem marcar a diferença entre a independência e a dependência do idoso, que nos remete para o tema central desta dissertação: a queda na pessoa idosa. É deveras importante estar atento aos fatores ambientes e adaptar a habitação da pessoa idosa, reduzindo o risco de queda e, transmitir segurança à mesma (M. Azevedo, 2015).

Pereira no ano de 2012 cita que, o Envelhecimento Ativo é, portanto, uma continuidade lógica de uma vida ativa e inclusiva na sociedade, de acordo com as possibilidade e desejos de cada indivíduo. O mesmo autor aborda três métodos de planeamento e desenvolvimento de atividade e ações para a população idosa (figura 3),

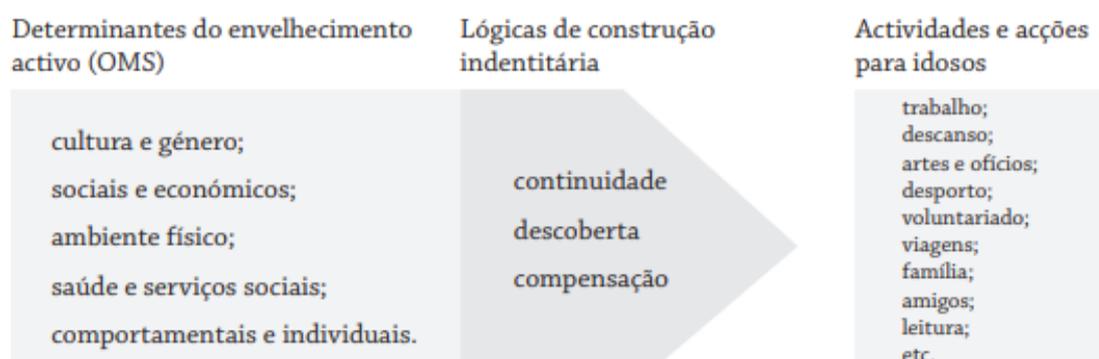


Figura 3 - Determinantes, lógicas identitárias e ações para o envelhecimento ativo. Fonte: Pereira (2012)

sendo eles: a continuidade, na medida em que, após a reforma, a pessoa idosa deve aproveitar os dias para se dedicar a outras atividades do seu interesse que, anteriormente, estava limitada pela atividade profissional; a descoberta, isto é, experimentar coisas novas, pois a velhice é, também, uma etapa de aprendizagem e de curiosidade. Por último, a compensação, em outros termos, aproveitar o dia-a-dia, para compensar uma vida toda de trabalho, tem lugar o descanso e a vontade de descansar.

O envelhecimento deve ser encarado como mais uma etapa da vida, devendo haver um reforço de programas educacionais para a inclusão social e da vida ativa. O Envelhecimento Ativo deve ser abrangido em estratégias de desenvolvimento que permitam à população idosa toda uma vida ativa e que a mesma seja vivida com máxima qualidade e mais feliz (Pereira, 2012). A promoção do envelhecimento ativo em Portugal regista diversas iniciativas, todavia ainda há um longo caminho a percorrer para que a sua abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida do idoso (A. Costa et al., 2017), ou seja, deve assumir uma mudança que vise responder corretamente ao aumento da longevidade, qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

1.3. Alterações Anatomofisiológicas do Envelhecimento

Sendo o envelhecimento um processo gradual, universal e irreversível, acarreta consigo um conjunto de modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que, vão alterando progressivamente o organismo (Preto, 2017). A partir dos 30 anos de idade, a perda da função é de 1% a cada ano e, a partir dos 70 anos, torna-se esta perda mais acelerada (A. Santos, 2012). Estas modificações resultam da interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos manifestando-se, por sua vez, através de mudanças estruturais e funcionais (Esteireiro, 2013).

D. Ferreira & Yoshitome (2010), mencionam que a diminuição da força muscular e do equilíbrio, as alterações da massa óssea, o tempo de reação mais demorado, aumento do balanço do corpo, diminuição dos reflexos e do controlo postural, da coordenação motora, da flexibilidade e da visão, são algumas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento que propiciam a ocorrência de quedas.

Paula em 2010, no seu livro, cita que, a perda de massa óssea varia de homem para mulher, devido ao estado hormonal, nutricional e atividade física. Esta perda no sexo masculino começa entre os 50-60 anos (0,3% ao ano) e no sexo feminino entre os 45-75 anos (1% ao ano). Segundo a mesma autora, as alterações fisiológicas estão ligadas à ocorrência de quedas, dado que, à uma diminuição do equilíbrio e da massa e força musculares.

Com o envelhecimento ocorre a diminuição da capacidade funcional e da reserva fisiológica dos órgãos que, se manifestam entre as alterações estruturais e as alterações funcionais (Esteireiro, 2013; Prior, 2015). Berger et al., (1995), destacam a nível das alterações estruturais: as células e tecidos; a composição do corpo e peso corporal; os músculos, ossos e articulações; a pele e tecido subcutâneo e o tegumento. E como alterações funcionais os vários sistemas do corpo humano: Cardiovascular; Respiratório; Renal e Urinário; Gastrointestinal; Nervoso e Sensorial; Endócrino e Metabólico; Reprodutor; Imunitário e os Ritmos biológicos e o sono (Prior, 2015). De acordo com os mesmos autores, é fundamental conhecer e considerar as alterações decorrentes do envelhecimento humano, para que possam ser aplicados programas de prevenção de acordo com as necessidades e potencialidades da pessoa idosa (Prior, 2015).

As alterações funcionais intrínsecas ao envelhecimento, levam à deterioração da habilidade da manutenção da independência. As alterações anatómicas e funcionais articuladas com a ocorrência de quedas nesta faixa etária realçam-se, a alteração visual, a alteração auditiva e a alteração na composição corporal (A. Santos, 2012). Na tabela abaixo, salientam-se as alterações mais visíveis na população idosa e, que influenciam a sua marcha e o equilíbrio, propiciando o aumento do risco de queda (A. Santos, 2012).

Sistema	Mudanças Comuns
Muscular	<ul style="list-style-type: none">- Capacidades aeróbicas e anaeróbicas diminuídas- Massa Muscular diminuída- Perda de fibras musculares do tipo II (acção rápida)- Diminuição da oxigenação da massa muscular- Atrofia do quadricípite
Neurológico	<ul style="list-style-type: none">- Eficácia reduzida dos neurotransmissores- Mudanças das células nervosas- Número diminuído de células nervosas- Tempo de reacção prolongado- Número diminuído de unidades motoras- Capacidade sensorial reduzida- Aumento do limiar para as informações sensoriais
Esquelético	<ul style="list-style-type: none">- Perda de massa óssea- Menor elasticidade dos tecidos conjuntivo e muscular- Mudanças degenerativas- Acentuação da cifose torácica- Rectificação da curva lombar- Inclinação posterior da pelve e/ou lordose lombar- Flexão das articulações da bacia e do joelho- Dorsiflexão da articulação do tornozelo

Tabela 1- Mudanças neurológicas e músculo-esqueléticas. Fonte: Temas de Reumatologia Clínica, 2007 (Santos, 2012).

Estas alterações afetam, significativamente, a autonomia e independência da população idosa, diminuindo a sua qualidade de vida.

2. A Institucionalização e a Queda no Idoso Institucionalizado

A sociedade tem vindo a sofrer mutações ao longo das últimas décadas e o envelhecimento populacional torna-se, cada vez mais, uma realidade vivenciada na maioria dos países desenvolvidos (Portella, 2020). À medida que a população envelhece,

surtem alterações cognitivas e funcionais que, alteram o meio familiar e social da pessoa idosa e de quem a rodeia. Por vezes, existe falta de apoio sociofamiliar e/ou a ausência de um cuidador, levando ao aumento da institucionalização (Portella, 2020; Belona, 2021).

Em Portugal, existem entidades privadas lucrativas e as entidades privadas não lucrativas, do qual, as não lucrativas, destacam-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que, abrangem o maior número de serviços prestados a esta faixa etária. Incluem os centros de dia, os centros de convívio, os serviços de apoio domiciliários e os lares (Neto & Corte-Real, 2013). Importa realçar que, a qualidade e prestação de serviços nestas instituições não é a mesma, cada uma tem as suas especificidades, devendo se adequar às necessidades de cada utente (C. Ferreira, 2013).

Sempre que possível a institucionalização deve ser considerada como último recurso e em concordância, uma vez que, ainda existe a ideia preconcebida de que quando se vai para uma instituição é para morrer (Belona, 2021). Alguns estudos demonstram que quando a pessoa é institucionalizada ocorrem alterações psicológicas, cognitivas e funcionais, sendo que, os idosos institucionalizados, são idosos mais frágeis quando comparados aos idosos não institucionalizados. O declínio funcional afeta negativamente estes indivíduos, tornando-os mais suscetível a novas quedas, comprometendo a sua independência (Peres, 2014). Por vezes, mesmo que a pessoa idosa não se encontre fragilizada, a mudança do ambiente familiar para o ambiente desconhecido, leva ao isolamento, a pessoa sente-se abandonada, tornando-se sedentária, propicia a mudanças psicológicas, cognitivas e funcionais o que, contribui para o aumento de quedas (M. de Carvalho et al., 2011). E. Gomes et al., (2014), mencionam no seu estudo que, para além destes fatores supramencionados, o facto de não haver profissionais de saúde qualificados, bem como, a inadequação das infraestruturas das instituições são fatores que também contribuem para o risco de queda.

A frequência de quedas aumenta à medida que a pessoa envelhece, tal como o seu nível de fragilidade, a (OMS, 2009), mencionou que cerca de 30 a 50% das pessoas idosas institucionalizadas caem anualmente, entre as quais 40% têm quedas recorrentes (Torrão, 2016). Soares et al., (2003), por sua vez, mencionam que, 66% dos idosos

institucionalizados caem a cada ano sendo que, dois terços dessas quedas poderiam ser potencialmente evitáveis (M. de Carvalho et al., 2011).

A ocorrência de quedas na comunidade é uma das razões que leva à institucionalização. Estima-se que somente 5% desta faixa etária reside em ERPI's, todavia, aproximadamente 20% da totalidade de quedas ocorre em idosos institucionalizados (Ferrão et al., 2011). Os mesmos autores, mencionam que, para além da frequência de as quedas ocorrem com mais frequência nas ERPI's, também têm, por norma, consequências mais graves, estimando que, em Portugal, 70% dos acidentes desta faixa etária se deve à ocorrência de quedas (Peres, 2014).

Num estudo realizado pelos autores (Baixinho & Dixe, 2014), 37,5% das pessoas idosas institucionalizadas sofrem uma queda e 23,1% mais do que uma queda, isto em apenas 6 meses (Belona, 2021). Noutro estudo realizado numa ERPI, desenvolvido por D. Ferreira & Yoshitome (2010) 45 utentes sofreram 114 quedas, ou seja, uma prevalência de 37,2%, sendo a maioria, quedas da própria altura (Peres, 2014).

No estudo realizado por Ferrão et al., (2011), observou-se que, aproximadamente um terço das pessoas idosas institucionalizadas apresentavam elevado risco de queda, concluindo que, a avaliação precoce deste evento e a intervenção individual, tendo em conta os tipos de quedas, são uma abordagem sistematizada e diferenciada na prevenção e no controlo de queda nos idosos institucionalizados. É essencial que as instituições implementem protocolos de avaliação de risco de queda.

2.1. A Queda

Como supramencionado, a queda na população idosa é bastante frequente, representando um alto risco de mortalidade e morbidade, especialmente, nos que se encontram institucionalizados, pois são idosos mais vulneráveis/frágeis (L. Ferreira et al., 2019).

Na literatura, existem diversas definições de queda, porém quando se estuda a queda em pessoas idosas, acredita-se que a definição adotada por Gibson et al., (1987) seja a mais adequada, visto que, exclui o cenário de quedas por motivos que levariam

qualquer outra pessoa a cair. Desta forma, a queda fica definida como “um evento que leve o individuo não intencionalmente a se encontrar no chão ou em qualquer outro nível mais baixo do que o anterior, não como resultado de um golpe violento, perda de consciência, acidente vascular cerebral ou ataque epilético” (Gibson et al., 1987, p.4, cit. in (Paula, 2010). De acordo com Peres (2014), os idosos e os profissionais de saúde definem a queda de forma diferente. Os primeiros, definem a queda como a perda do equilíbrio, já para os segundos, referem a queda como um evento que resulta em ferimentos e em malefícios para a saúde.

A visão, a audição, a força muscular, o tempo de reação e do equilíbrio, à medida que a idade avança vão sendo afetados aumentando, por sua vez, o risco de queda. Cair faz parte do quotidiano e a queda pode representar sérios problemas. Fabrício et al., (2004), menciona que, apesar de qualquer indivíduo, independentemente, da sua idade esteja sujeito a cair, é a população idosa que mais vê comprometida a sua qualidade de vida devido à queda, pois representa um risco mais acrescido, podendo levar à incapacidade e até mesmo à morte (Palma, 2012).

Morse, (2009), classifica a ocorrência de uma queda, como podendo ser acidental, isto é, causada pelas condições ambientais ou classificada como fisiológica, ou seja, quando o utente apresenta sinais que indicam que existe uma grande probabilidade de cair (Peres, 2014).

2.2. Fatores de Risco de Queda na Pessoa Idosa

Downtown (1992), referencia que os principais fatores que aumentam o risco de queda na pessoa idosa são a idade, o género principalmente o feminino, a polimedicação, as alterações cognitivas, posturais e visuais, as patologias e os fatores ambientais (Prior, 2015). Deste modo, as quedas resultam de um conjunto de fatores multifatoriais que, envolvem elementos intrínsecos e extrínsecos. Sendo os primeiros, aqueles que estão diretamente relacionados com o indivíduo, como as alterações visuais, cognitivas, músculo-esqueléticas, patologia cardiovascular, entre outros, por outras palavras, as alterações fisiológicas pelas quais o indivíduo passa. Já fatores extrínsecos aqueles que são influenciados pelo meio ambiente, como a iluminação

inadequada, superfícies escorregadias, vestuário e calçado inadequado, tapetes soltos, entre outros (Prior, 2015). Independentemente de a etiologia da queda se deva a fatores intrínsecos ou extrínsecos, as quedas têm gravidades variadas, desde a escoriações leves até a complicações graves, com é o caso das fraturas (Lojudice et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2010), menciona que os fatores de risco de queda, podem ser divididos em quatro dimensões, sendo elas, as seguintes (Paraíso, 2014; A. Santos, 2012):

1 - Fatores Biológicos, que não são modificáveis, como é o caso da idade, sexo e a raça, bem como, as alterações físicas, cognitivas e afetivas decorrentes do próprio processo de envelhecimento e as patologias;

2 - Fatores Comportamentais que, são modificáveis, englobam as ações do ser humano, as emoções e as suas escolhas diárias (sedentarismo, consumo excessivo de álcool, alimentação, polimedicação);

3 – Fatores Ambientais que, são a interação das condições físicas e do meio envolvente, como os perigos domésticos e as condições ambientais;

4 – Fatores Socioeconómicos que, abrangem as condições sociais e económicas da pessoa idosa e, a capacidade que a comunidade onde estão inseridos tem em desafiá-los, em outros termos, o baixo rendimento, o nível de formação escolar, a falta de intereção social e o acesso aos cuidados de saúde e social, bem como os baixos recursos comentários.

Neste sentido, pode se dizer que, as quedas resultam de uma intereção de fatores de riscos, isto é, os riscos biológicos quando associados aos riscos comportamentais e aos riscos ambientais aumentam, por sua vez, o risco de queda significativamente (A. Santos, 2012).

Face ao exposto, diversos estudos descritos na literatura, mencionam que os principais fatores associados ao aumento do risco de queda são:

- ✓ A idade avançada, sendo mais frequente na pessoa com mais de 85anos (M. de Carvalho et al., 2011);
- ✓ O género, havendo um risco maior no sexo feminino (Palma, 2012);

- ✓ Historial de quedas, a ocorrência de uma queda nos últimos 12 meses aumenta o risco de queda no ano seguinte (Palma, 2012);
- ✓ Polimedicação - à medida que a idade avança, à tendência para que o uso de medicamentos aumente também, sendo que, alguns medicamentos apresentam uma farmacocinética e farmacodinâmicas que tornam o idoso mais vulnerável a efeitos secundários (M. de Carvalho et al., 2011). Quanto maior o número de medicamentos em uso, maior é o risco de surgirem efeitos secundários. Estudos demonstram que, normalmente, a pessoa idosa toma quatro ou mais medicamentos diários, o que aumenta significativamente o risco de queda. Caso a pessoa idosa tome mais que nove medicamentos, tem 3,3 mais de probabilidade de sofrer efeitos secundários comparando ao que toma 4 ou menos medicamentos (A. Santos, 2012);
- ✓ Alterações Visuais – Com o processo do processo do envelhecimento, o idoso vê a sua capacidade visual diminuída (M. de Carvalho et al., 2011);
- ✓ Condição Clínica – A presença de doenças crónicas que afetam a mobilidade propicia a ocorrência de quedas (Palma, 2012);
- ✓ Alterações Cognitivas – O declínio cognitivo mesmo que seja pouco acentuado, pode levar o idoso ao não reconhecimento do ambiente, conduzindo à queda (A. Santos, 2012);
- ✓ Alterações posturais, da marcha e do equilíbrio – Com o envelhecimento a marcha e o equilíbrio são afetados, existindo uma diminuição da força e da resistência (Palma, 2012). O idoso vê o seu apoio unipodal diminuído, há também a diminuição dos reflexos posturais e, por norma, não elevam tanto os pés durante a marcha, havendo tendência para tropeçar nos seus próprios pés, aumentando o risco de queda (A. Santos, 2012);
- ✓ Incontinência – Muitos idosos sofrem de incontinência, seja urinária seja fecal, e o facto de terem que fazer na fralda/calças, de certa forma, deixa-os incomodados e constrangidos e, por isso, leva à necessidade de aumentarem a velocidade da marcha para que cheguem a tempo à casa de banho, o que pode aumentar o risco de queda (A. Santos, 2012);

- ✓ Sedentarismo – A inatividade leva a alterações músculo-esqueléticas (Palma, 2012). A imobilidade prolongada leva à deterioração funcional dos sistemas do corpo humano, podendo provocar síndrome de imobilização (A. Santos, 2012);
- ✓ Estado psicológico - Após uma queda, alguns idosos ganham o medo de voltar a cair, o que os impede de realizar as AVD's e AVDI's (Palma, 2012);
- ✓ Institucionalização - como já mencionado anteriormente, à maior propensão de quedas no idoso institucionalizado. Frequentemente à episódio de queda na primeira semana após a entrada na instituição (A. Santos, 2012).

Sucintamente, há um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que levam ao aumento do risco de queda nesta faixa etária, sendo essencial tomar-se medidas precoces para que seja possível diminuir estas ocorrências proporcionando, uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar desta população.

2.3. Consequências da Queda na Pessoa Idosa

A queda tem consequências mais sérias na pessoa idosa em comparação à população jovem, todavia, não é apenas o idoso que vê a sua qualidade de vida comprometida, mas também quem o rodeia. Para além das fraturas, a queda também tem consequências a nível psicológico, muitos idosos, acabam por ganhar medo de voltar a cair, o que leva à diminuição da mobilidade que, por sua vez, leva à perda da capacidade funcional, aumentando a suscetibilidade de voltar a ocorrer uma nova queda (Menezes & Bachion, 2008).

Fabício et al., (2004) referencia que, a queda tem como consequência para a população idosa o aumento da dificuldade e de estes se tornarem dependentes, vendo comprometido as suas AVD's, mais especificamente, o deitar e levantar, caminhar e tomar banho, identificando como a fratura do colo do fémur a mais frequente (Silva et al., 2013; Palma, 2012).

Pinho et al., (2012), mencionam que 50% das pessoas idosas que tiveram ocorrência de queda com resultado de fratura da anca, ficam com incapacidade funcional e, destes, 25% acabam por falecer após meio ano (Palma, 2012).

Outros autores, como Baskman et al., 2008, aferiram que, 30 a 60% da população idosa a residir na comunidade anualmente caem, onde 50% sofre múltiplas quedas e, 40 a 60% ocorre lesão, dos quais, 30 a 50% de menor gravidade, 5 a 6% dependência grave e, aproximadamente 5% resulta em fratura (Palma, 2012).

Santos (2012), classifica em quatro tópicos as consequências das quedas, sendo elas físicas (cerca de 40 a 60% das quedas resulta em lesão), Morte (aproximadamente 70% resulta da ocorrência de queda), Psicológicas (medo de voltar a cair) e, a Institucionalização (resultado da maioria das quedas no idoso).

Num estudo realizado por Stel et al., (2004) em pessoas entre os 55 e 85 anos nos Países Baixos, aferiram como consequências das quedas que, 68,1% sofreram lesões físicas, 23,5% tiveram de ir aos serviços de saúde, 35,3% apresentaram um declínio funcional, 16,7% mostraram um declínio das atividades sociais, 15,2% um declínio das atividades físicas e 17,2% necessitaram de tratamento hospitalar. Para além do declínio físico e funcional, verificaram que, existe uma relação entre as quedas e o género, mais propenso para o feminino (Prior, 2015).

Prior (2015), no seu estudo com 37 idosos, aferiu que, no momento da queda 49% usava calçado inadequado e 20% não se lembrava do que tinha calçado. Aferiu, igualmente que, 18 idosos que sofreram queda têm medo de voltar a cair e, indo de encontro a outros estudos, a maioria destes 18 idosos eram do sexo feminino (16).

A OMS (2007) estima que 20% a 30% das visitas dos idosos às urgências são causadas por quedas e, mais de metade dos internamentos desta população são justificados por lesões que têm na sua origem a queda (Carmo, 2014). Pode-se aferir que (NICOLUSSI et.al., 2012, cit. in Frias, 2018).

- ✓ 5% das quedas resultam em fraturas;
- ✓ 20% com fratura da anca morrem no primeiro ano;
- ✓ 5% a 10% resultam em ferimentos importantes, necessitando de cuidados médicos;

- ✓ Mais de 2/3 daqueles que têm uma queda, cairão novamente nos 6 meses seguintes;
- ✓ As mulheres sofrem quedas em maior número;
- ✓ Os idosos com dificuldade em efetuar tarefas diárias, têm 14 vezes maior probabilidade de cair, do que os indivíduos independentes nestas idades;
- ✓ As quedas afetam a independência e aumentam o risco de morte precoce;
- ✓ 81% dos traumatismos crânio-encefálicos (TCE) na pessoa idosa têm origem numa queda;
- ✓ As pessoas idosas com quatro ou mais quedas apresentam um maior risco de institucionalização no ano seguinte.

No estudo realizado por Costa (2019) constatou que, como consequência de queda 53,6% dos idosos inquiridos sofreram algum tipo de lesão (37,3% ferida traumática, 23,9% fratura e 19,4% hematoma), concluindo que a fragilidades da pessoa idosa facilita a ocorrência de quedas. Ainda neste estudo, os locais das fraturas mais comuns são os membros superiores, com uma percentagem de 43,8%, os membros inferiores com 25.0% e, por fim o tronco com 25%.

Como já aferido noutros estudos, a queda para além das consequências a nível físico provoca, igualmente, danos psicológicos na pessoa idosa que, condicionam a sua qualidade de vida, pelo medo de voltarem a cair, o chamado síndrome pós-queda. Em 2011, Jones & Whitaker, relatam que, o idoso perde confiança em si, o que, contribui para um elevado grau de depressão e ansiedade que, levam á inatividade do idoso, resultando em perda de autonomia e independência que, por sua vez, vai contribuir para o aumento do risco de queda (Belona, 2021).

Face ao exposto, conclui-se que há uma grande unanimidade entre os diversos estudos realizados, concluindo-se que as fraturas e o medo de cair novamente, são as principais consequências da ocorrência de quedas nesta faixa etária.

2.4. Prevenção do Risco de Queda na Pessoa Idosa

A queda é um problema de saúde pública e tem vindo, cada vez mais, a ser estudada nos últimos anos, existindo iniciativas a nível internacional e nacional, resultando em propostas de intervenção na prevenção de queda (A. Costa, 2019).

A ocorrência de quedas na população idosa é frequente e acarreta consequências graves, não só para o idoso como para quem o rodeia, a sua prevenção é realmente bastante importante, tendo como base a promoção promover a autonomia e independência, diminuir a morbilidade e a mortalidade, bem como os custos em cuidados de saúde e, conseqüentemente, promover uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar (Palma, 2012; Torrão, 2016).

De acordo com Rato (2013), a abordagem inicial das quedas nesta faixa etária não se baseia apenas em compreender os fatores de risco de quedas, mas também na implementação de medidas e orientações para as pessoas idosas e para os seus cuidadores e profissionais de saúde, dado que, alguns fatores de risco são modificáveis. A prevenção de quedas abrange não só a pessoa idosa como os cuidadores, familiares e os profissionais de saúde (Torrão, 2016). Stenvall et al., (2007), acreditam que um fator importante para a prevenção de quedas nesta faixa etária, é a existência de uma equipa multidisciplinar não só na avaliação como também ao longo da intervenção (Torrão, 2016).

Em 2019, no estudo realizado por Costa, o autor refere que se deve dar atenção à pessoa idosa que cai mais frequentemente, pois esta tem maior probabilidade de voltar a cair. Acredita que é importante analisar os fatores de risco ambientais, pois são fatores modificáveis que, claramente, podem ser evitados e, que a prevenção de quedas nesta faixa etária deve ser o foco da área de intervenção dos profissionais de saúde.

Belona, em 2021, no seu estudo menciona que existe uma prevenção de risco de queda primária e outra secundária. Sendo que a primeira, objetiva reduzir o número desta ocorrência e, por isso, propõe que seja realizada atividade física frequente, com foco no equilíbrio e na marcha, bem como em modificar os fatores ambientais. Já na prevenção secundária, é referente ao pós-queda, independentemente se a mesma teve consequências ou não, este autor propões que haja um psicomotricista que trabalhe

com o idoso a consciência do seu corpo, do movimento e a redescoberta do eixo corporal, a fim de, diminuir o medo de cair.

No modelo de prevenção de quedas, proposto pela OMS, a prevenção destas ocorrências, devem se basear em três eixos fundamentais, isto é, em conscientizar a população sobre a importância da prevenção e dos tratamentos da queda; na avaliação individual, ambiental e social e, no encorajamento para o design e implementação de intervenções que diminuam a queda nesta faixa etária (Souza et al., 2013).

Quando o idoso é institucionalizado, podem ser realizadas, de imediato, medidas de controlo e de prevenção, como o reconhecimento da pessoa idosa com maior predisposição de queda, realização de exames periódicos, a fim de, avaliar a visão, audição e cognição, incentivar o idoso à prática de exercício físico, o acompanhamento da medicação, calçado e vestuário adequados e, boas condições ambientais (Lojudice et al., 2010). As medidas de prevenção nas instituições são fulcrais e devem ser intensificadas e implementadas após a entrada do idoso, uma vez que, o risco de queda com resultado de fratura aumenta nos primeiros meses de institucionalização (Araújo Neto et al., 2017). Os mesmos autores, citam algumas medidas simples a serem adotadas, como o ajuste da altura das camas, meios antiderrapantes e a boa iluminação dos espaços. Num outro estudo de Ribeiro et al., (2009), referem que a prática regular de exercício físico nos idosos institucionalizados é fulcral para a manutenção do equilíbrio, da mobilidade funcional e, conseqüentemente, na prevenção de quedas.

No estudo realizado por Rato (2013), a autora refere uma abordagem multifatorial (figura 4) que, compreende o carecimento da avaliação multidimensional e uma intervenção à mesma escala e, no qual, acredita que conduz a benefícios mais significativos para a prevenção de queda na população idosa.

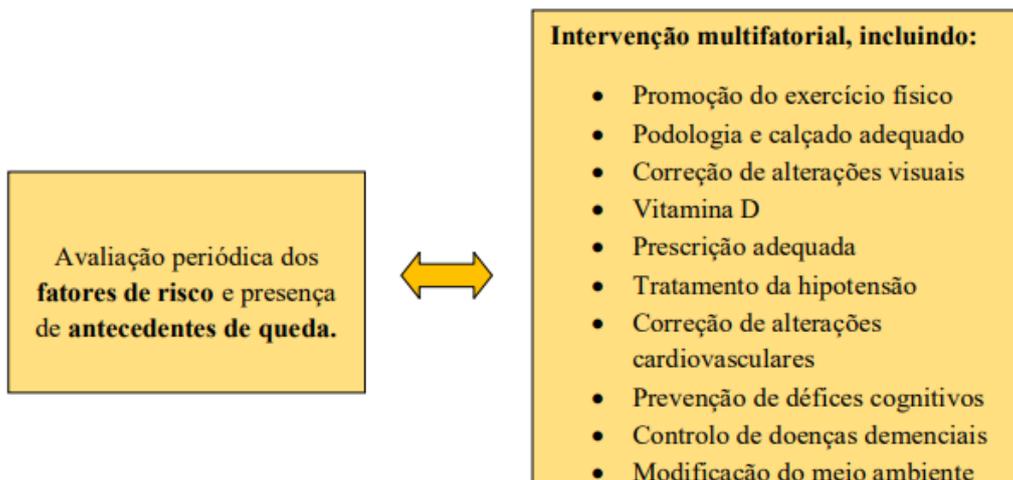


Figura 4 - Abordagem Multifatorial. Fonte: Rato (2013)

Nesta abordagem, proposta pela autora supramencionada, mais do que, realizar a avaliação periódica dos fatores de risco de queda e os seus antecedentes, a intervenção deve abranger um conjunto de fatores, sendo eles:

- ✓ A prática regular de exercício físico que, como referido anteriormente, exerce um papel fundamental na prevenção de queda;
- ✓ Podologia e calçado adequado, uma vez que, é frequente que estes usem calçado inadequado e a presença de deformidades nos pés é essencial que sejam avaliados por profissionais de saúde;
- ✓ Acuidade Visual, com o processo de envelhecimento, à uma diminuição da visão e, por isso, é importante que periodicamente seja perguntado ao idoso e quem o rodeia a perceção de alterações visuais em tarefas simples do dia-a-dia;
- ✓ Vitamina D, a suplementação desta vitamina demonstra interferir na diminuição do risco de queda;
- ✓ Prescrição adequada, é fundamental que, seja efetuada frequentemente uma revisão da medicação;

- ✓ Tratamento da Hipotensão, dado que, é frequente que o idoso tenha hipotensão postural como efeito iatrogénico é, importante que seja incluída na intervenção;
- ✓ Correção de Alterações Cardiovasculares, como é o caso das arritmias que, devem ser monitorizadas regularmente;
- ✓ Prevenção e controlo de alterações cognitivas e doenças demenciais, alguns estudos indicam a intervenção ao nível cognitivo melhora a performance física que, por sua vez, diminui o risco de queda;
- ✓ Modificações do meio ambiente, adaptar o espaço envolvente às condições de saúde do idoso é fulcral.

Prevenir estas ocorrências implica um envolvimento global de toda a população e não só dos profissionais de saúde, dos idosos e das suas respetivas famílias. Como refere a OMS (2007) é preciso haver um envolvimento político (criação de infra-estruturas e suporte para uma abordagem global), maior intervenção preventiva (para a qual são necessárias mais evidências sobre o que deve ser feito) e uma melhoria da prática (onde as políticas são implementadas e as intervenções aplicadas com base na evidência) (Carmo, 2014).

A implementação de medidas de prevenção de quedas, promove uma melhoria da autonomia e da mobilidade, com benefícios ao nível da saúde quer individual quer coletiva. Algumas ações de prevenção passam pela sensibilização da população para os riscos de queda e as suas consequências; pela avaliação geriátrica global, com medidas adequadas e a correção dos fatores modificáveis (Frias, 2018).

Envelhecer não é sinónimo de queda, todavia é fundamental ter em atenção alguns fatores que contribuem para o risco de queda e, por isso, os programas de prevenção trazem benefícios à saúde do idoso, em todas as suas dimensões (Vieira et al., 2014).

Perante o exposto, é essencial a implementação de intervenções precoces para prevenir o risco de queda nas instituições portuguesas sendo, igualmente, um desafio ao envelhecimento populacional (Paraíso, 2014). Miranda et al., em 2010 mencionaram que é possível através de cuidados simples prevenir o risco de queda, através da promoção da saúde e da segurança, revisão terapêutica e intervenções

multidisciplinares e individualizadas (Torrão, 2016). A queda é considerada um problema de saúde pública para a pessoa idosa e deve ser precavida por meio de programas voltados para tal.

3. Avaliação do Risco de Queda no Idoso Institucionalizado

Como já mencionado anteriormente, a queda na população idosa é bastante frequente, representando um alto risco de mortalidade e morbidade, especialmente, nos que se encontram institucionalizados, dado que, são idosos mais vulneráveis/frágeis (L. Ferreira et al., 2019). Sabe-se que a queda nesta população tem uma grande influência na sua vida e de quem a rodeia, tornando-se necessário e essencial, apesar de difícil, avaliar o risco de queda no mesmo (Carmo 2014). A utilização e aplicação dos instrumentos de avaliação do risco de queda é essencial não só para a sua deteção, como para a sua prevenção e, posteriormente, a delineação de um plano de intervenção.

Quando a pessoa idosa dá entrada numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI), é fundamental que seja efetuada uma avaliação holística em equipa multidisciplinar. A avaliação do risco de queda no idoso, não se limita apenas à aplicação dos instrumentos de avaliação de risco de queda, deve ser baseada, igualmente, na sua história clínica, é necessário conhecer o idoso, a sua Rede de Suporte Social, realizar a anamnese, a avaliação do estado nutricional, funcional e mental, para que assim, seja possível elaborar um Plano de Intervenção Individual de Cuidados de acordo com as suas reais necessidades e potencialidades.

De acordo com (Salzman, 2010), a ocorrência de quedas desta faixa etária deve ser efetuada anualmente, sendo que a avaliação do equilíbrio e da marcha que, são afetados à medida que se envelhece propiciando, por sua vez, um maior risco de queda, deve ser efetuada quando ocorre uma queda ou, na sua ausência, no mínimo uma vez (Branco, 2013).

Em 2011, a American Geriatrics Society & British Geriatrics Society apresentaram uma proposta, no qual, propõem uma avaliação multifatorial aos idosos com historial de queda ou alterações da marcha e do equilíbrio e aos idosos que apresentem

dificuldades na marcha e no equilíbrio (Branco, 2013). No quadro abaixo, pode-se verificar o algoritmo proposto pelo mesmo autor:

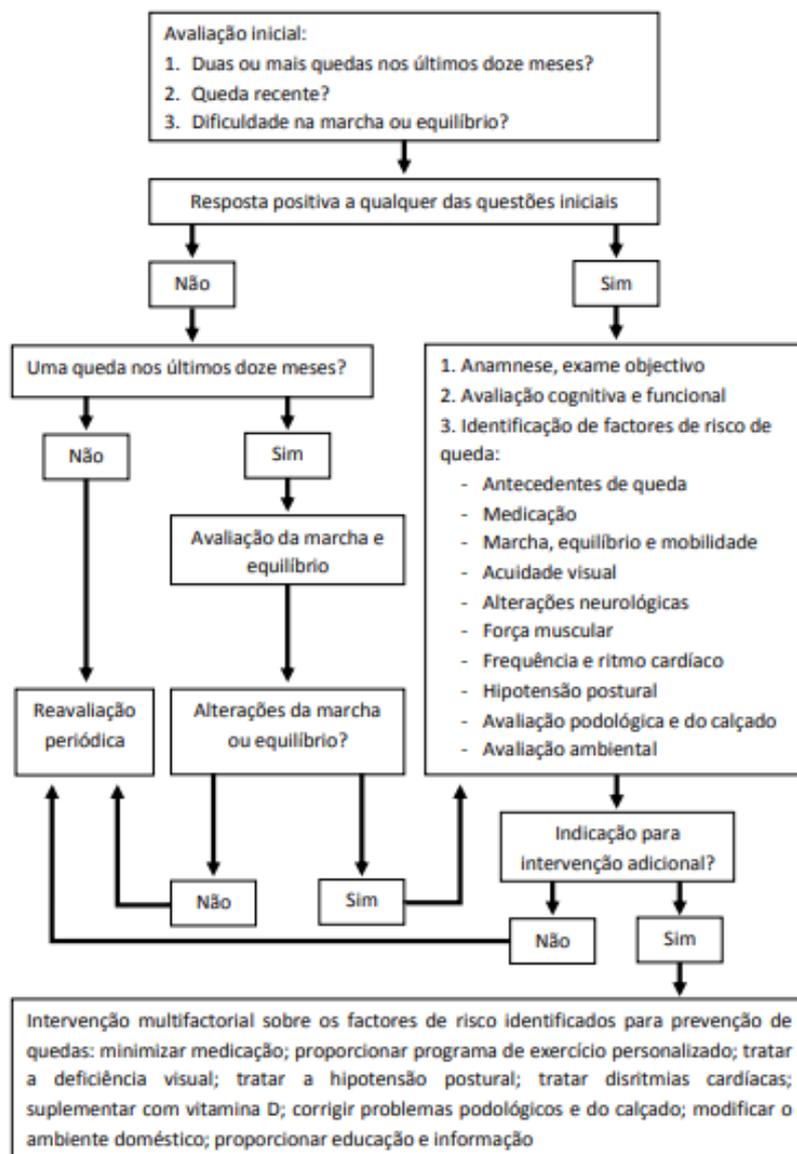


Figura 5 - Algoritmo de avaliação do risco de queda no idoso. Adaptado de Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons developed by the Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. *J Am Ger Soc.* 2010: 1-10.

Neste algoritmo, propõem-se uma abordagem inicial ao idoso, onde são colocadas três questões fundamentais: “Teve duas ou mais quedas nos últimos 12 meses?”; “Teve alguma queda recente?” e, “Tem dificuldades na marcha ou no equilíbrio?”. Após esta avaliação inicial, se qualquer uma das respostas for positiva a pessoa idosa deve ser submetida à avaliação multifatorial que, deve ser dirigida e

efetuada por um profissional de saúde qualificado que, posteriormente, possa elaborar o plano de intervenção individual (Branco, 2013).

Voermans et al., (2007), citam que quando se avalia a queda na pessoa idosa, é fundamental que primeiro se efetue a anamnese, se verifique a medicação e as condições ambientais. Os mesmos autores aconselham que ao avaliar a marcha e o equilíbrio se dê preferência aos testes funcionais que têm como foco o desempenho das AVD's. Na avaliação do risco de queda, a avaliação da marcha é fulcral, uma vez que, qualquer alteração da mesma, propicia a queda e, partindo do pressuposto de que a queda ocorre quando à a incapacidade de o idoso manter o equilíbrio do corpo, contata-se que quem vê o seu equilíbrio alterado encontra-se em alto risco de queda (Paula, 2010).

É essencial que, a avaliação seja multidimensional, de forma que, seja possível detetar problemas que não são visíveis no relato da pessoa idosa que é tão complexa. Deste modo, cada profissional contribui com o seu saber, tendo como propósito o benefício do idoso, promovendo uma melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar (Paula, 2010).

3.1. Instrumentos de Avaliação do Risco de Queda

Ao longo dos últimos anos, foram diversos os instrumentos de avaliação desenvolvidos que permitem realizar o despiste da pessoa idosa com baixo ou com alto risco de queda.

Citando Branco (2013), existe uma associação entre o risco de queda e as alterações da marcha, do equilíbrio e da mobilidade, pelo que, a maioria dos instrumentos de avaliação acabam por incluir, maioritariamente, a avaliação do desempenho destas funções (Close et al., 2005; Gates et al., 2008; Persad et al., 2010).

São diversos os instrumentos de avaliação de risco de queda, sendo que abaixo apenas serão mencionados e descritos alguns que, são os considerados mais pertinentes para o estudo. É de realçar que a maior parte dos instrumentos de avaliação não são de origem portuguesa e, como tal, é preciso haver uma adaptação para a nossa língua e cultura. As avaliações devem ser claras, precisas, objetivas e práticas, cumprindo a sua

função e não devem ser demasiado extensas para não cansar a pessoa (Paula, 2010). A mesma autora cita que, maioritariamente, estas avaliações são direcionadas para a população idosa mais fragilizada ou com doenças crónicas mais graves, de maneira que, por vezes, se tornam inadequados quando aplicados nos idosos não institucionalizados e independentes.

3.1.1. Timed Get up and Go Test

Proposto por (Mathias et al., 1986), o Timed Get up and Go Test (anexo I) que, ao longo dos anos, tendo vindo a ser melhorado/adaptado, permite realizar a avaliação do idoso no seu equilíbrio sentado, nas transferências da posição de sentado para a posição de pé, e na estabilidade e nas mudanças na marcha (GPvA, 2012b).

É um instrumento simples e de fácil compreensão, onde apenas é necessária uma cadeira, um espaço amplo que possibilite efetuar um percurso de três metros da cadeira até à marca colocado no chão e um cronometro. Para a sua realização, é pedido ao idoso que se sente numa cadeira. Ao sinal de partida, o idoso deve se levantar da cadeira, sem apoiar as mãos e, caminhar três metros (até onde se encontra a marca), ao chegar à marca, deve dar uma volta de 180º voltar a fazer o mesmo percurso até à cadeira, sentando-se novamente, sem auxílio dos braços. Este percurso, desde o levantar da cadeira até ao sentar é cronometrado. Caso o idoso utilize auxiliares de marcha no seu dia-a-dia é permitido que os utilize neste teste. O percurso deve ser efetuado à sua velocidade normal, sem pressas (GPvA, 2012b).

Para uma melhor avaliação, é pedido ao idoso que repita este exercício três vezes. No final, é efetuada a média das três vezes. Se a pessoa idosa realizar o exercício em 10 segundos ou menos, significa que não apresenta alterações no equilíbrio. Caso realize entre 10 e 19 segundos, significa que o idoso tem independência nas transferências básicas. Se realizar o exercício entre 20 e 29 segundos, tem mobilidade reduzida. Por fim, se realizar o exercício em 30 segundos ou mais, significa que o idoso é dependente em muitas das atividades de vida diária e na mobilidade (GPvA, 2012b).

3.1.2. Índice de Tinetti

De acordo com Abreu & Caldas, (2008), o Índice de Tinetti (anexo II) foi criado por Tinetti, Williamns e Mayewski, em 1986 (Apóstolo, 2012).

Tal como a escala anterior, também é simples e de fácil compreensão. A versão portuguesa, permite classificar a velocidade da marcha, a distância do passo, a sua simetria e o equilíbrio em pé, o girar e as mudanças com o idoso de olhos fechados (Silva et al., 2007, cit. in Apóstolo, 2012).

Os itens são pontuados de 0 – maior nível de incapacidade, a 2. A primeira parte da escala permite avaliar o equilíbrio estático cadeira, sendo composto por nove categorias, com uma pontuação máxima de 16 valores e, a segunda parte permite avaliar o equilíbrio dinâmico – marcha, composto por 10 categorias, com uma pontuação máxima de 12 valores. A pontuação total é a somada pontuação das duas partes, tendo uma pontuação máxima de 28 valores. É interpretado da seguinte forma: se obtiver valores entre 25 a 28, corresponde a um baixo risco de queda; valores entre 20 a 24, corresponde a um médio risco de queda e, valores inferiores a 19, corresponde a um elevado risco de queda (Branco, 2013).

3.1.3. Escala de Berg

A escala de equilíbrio de Berg (anexo III), foi criada por Katherine Berg, em 1992 (Apóstolo, 2012). Permite avaliar o equilíbrio funcional e, também é um instrumento simples e de fácil compreensão, porém mais demorado que os instrumentos anteriores (+/- 30 minutos). É necessário para a sua execução uma cadeira com braços, um banco, um cronómetro e uma fita métrica (Branco, 2013).

É composta por 14 categorias, em que, cada item tem uma pontuação de 0 a 4, sendo a pontuação total de 56 valores (Branco, 2013). R. Oliveira et al., (2006), interpreta os valores entre 0 a 20, como mau equilíbrio; de 20 a 40, corresponde a equilíbrio moderado e entre 40 a 56, corresponde a um bom equilíbrio (Apóstolo, 2012).

3.1.4. Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados

A escala de Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados (anexo IV), é menos utilizada e conhecida pela população. A polimedicação é comum na população idosa e, alguns medicamentos ou a sua combinação, pode levar ao aumento do risco de queda.

Este instrumento de avaliação é composto por onze perguntas simples, de fácil compreensão, com resposta direta (sim e não), podendo a própria pessoa idosa realizá-lo individualmente. Quanto maior for o número de respostas afirmativas, maior é a probabilidade de queda (GPvA, 2012a).

Capítulo II – Enquadramento Empírico

Introdução

Inicialmente para a presente Dissertação, foi elaborado um Projeto de Investigação, em que foi delineado uma questão de investigação, hipóteses, objetivos, critérios de inclusão e exclusão. Todavia, o mesmo não foi possível de finalizar, uma vez que, não se obteve uma amostra suficiente da população em estudo na ERPI, para se poder dar uma resposta fidedigna à pergunta de investigação e hipóteses. Por esse motivo, optou-se por se realizar uma Revisão Sistemática da Literatura que vai de encontro ao tema inicialmente pensado. Ainda assim, foi possível pôr em prática a primeira parte do projeto e, por isso, o mesmo será incluído na presente dissertação, sendo descrito neste capítulo.

1. Justificação do tema

Com o crescente envelhecimento populacional que se tem vindo a verificar nos últimos anos, surge o aumento de idosos institucionalizados sendo, por norma, idosos mais fragilizados aquando comparados com os não institucionalizados. O processo de envelhecimento acarreta alterações estruturais e fisiológicas que, induzem a uma maior

prevalência de quedas, sendo que, os idosos institucionalizados são mais suscetíveis a um maior risco de queda, representando um alto risco de mortalidade e morbidade. A queda afeta, significativamente, o idoso e quem o rodeia, de maneira que, deve ser precavida por meio de programas voltados para tal.

Neste sentido, a pertinência desta proposta de investigação surge da necessidade de avaliar e intervir junto desta população, a fim de, promover a sua autonomia e independência, melhorar a mobilidade e, conseqüentemente, prevenir e diminuir o risco de queda, promovendo assim, uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada.

2. Desenho de investigação

2.1. Pergunta de Investigação

Tendo em conta a importância de avaliar e intervir junto desta população e sendo os idosos institucionalizados, muitas vezes, deixados de parte, não sendo estimulados, foi delineada a seguinte questão de investigação e hipóteses:

PI: *“Qual o Impacto de um Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas em Idosos Institucionalizados?”*

H0: O Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas influencia na diminuição de ocorrência de quedas nos idosos institucionalizados;

H1: A ocorrência de queda está associada à idade e ao género do indivíduo;

H2: O risco de queda está associado à polifarmácia.

2.2. Objetivos da Investigação

Face à finalidade da investigação que é, verificar a influência de um programa de intervenção para o risco e prevenção de quedas em idosos institucionalizados e, para se conseguir dar resposta à questão e hipóteses delineadas, foram definidos os seguintes objetivos.

- Objetivos Gerais
 - Avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados;
 - Implementar e verificar a influência de um Programa de Intervenção para o risco de queda em idosos institucionalizados.
- Objetivos Específicos
 - Verificar os benefícios do programa;
 - Diminuir o risco de queda;
 - Promover a autonomia e independência;
 - Melhorar o equilíbrio;
 - Melhorar a marcha;
 - Promover uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

2.3. Critérios e Recrutamento

Para melhor suportar esta investigação foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão para o grupo de estudo e para o grupo de controlo.

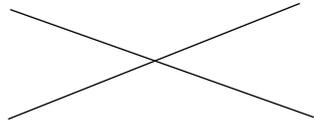
	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Grupo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Ter 65anos ou mais; • Interesse comprometimento em participar nas sessões; • Estar institucionalizado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser portador de patologia que impossibilite a sua participação na realização de exercícios de marcha e equilíbrio;
Grupo de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar baixo risco de queda nos instrumentos de avaliação aplicados; 	

Tabela 2 - Critérios de Recrutamento

No que concerne ao recrutamento, o mesmo foi realizado pela investigadora, através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação (pré-teste): Timed Get up and go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg.

2.4. Metodologia

A presente proposta seria implementada na Residência Sénior Premium Care, em Lisboa, tendo como público-alvo um grupo de pessoas com 65 anos ou mais que se encontrassem institucionalizadas na ERPI. Inicialmente a investigadora iria dar-se a conhecer aos utentes, bem como iria informá-los e explicar os objetivos do projeto de investigação. Após a explicação, seria dado o consentimento informado aos utentes que voluntariamente quisessem participar e seriam recolhidos os dados pessoais dos mesmos.

Posteriormente, seriam aplicados como pré-teste, os instrumentos de avaliação (Timed get up and go Test; Avaliação do risco de queda em doentes polimedicados; Índice de Tinetti e a Escala de Berg). De seguida, junto dos utentes que apresentassem risco de queda (grupo de estudo), seria implementado o Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas, com exercícios de marcha e de equilíbrio, que seria aplicado duas vezes por semana, efetuando um total de 20 sessões, com duração de 30 minutos cada. Para melhor compreensão da evolução da pessoa idosa, os exercícios propostos no plano de intervenção irão aumentando o grau de dificuldade, de 3 em 3 semanas. Primeiramente iniciava-se o exercício com o apoio de duas mãos (auxiliar de marcha se usar), seguidamente com o apoio de uma mão e, por fim, sem apoio. Bem como, seria executada uma grelha de observação, com o intuito de verificar as melhorias e/ou dificuldades do utente na realização de cada exercício proposto. Ao longo das sessões o utente também seria sensibilizado para as consequências do risco de queda nesta faixa etária. No final, seriam aplicados os mesmos instrumentos de avaliação, como pós-teste, de modo, a perceber tinha havido melhorias e, se os objetivos delineados tinham sido concretizados. Os utentes que apresentassem baixo risco de queda (grupo de controlo) não irão integrar o Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas, todavia seria aplicado, igualmente, o pré e pós-teste dos instrumentos de avaliação supramencionados.

Lamentavelmente, esta proposta não foi possível ir avante, tendo apenas sido exequível a aplicação dos instrumentos de avaliação: Timed Get up and go Test;

Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg, como pré-teste.

2.4.1. Tipo de estudo

O presente estudo define-se do tipo descritivo qualitativo e observacional.

2.4.2. Amostra

A seleção da população a ser estudada é primordial, todavia a mesma nem sempre é possível de encontrar, uma vez que, os recursos que o investigador impõe podem não se encontrar disponíveis (Carmo, 2014).

A população em estudo foram os indivíduos institucionalizados na Residência Sénior Premium Care, em Lisboa e, por isso, é uma amostra não probabilística por conveniência, dado que, foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão.

2.4.3. Ética

Após o parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Apêndice I), foi solicitado a autorização à Diretora Técnica da Residência Sénior Premium Care, em janeiro de 2022, para a realização do estudo nas suas instalações, tendo o parecer obtido sido positivo (Apêndice II). Foi-lhe apresentado os objetivos e procedimento do estudo, pelo que, a investigadora disponibilizou-se para esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir no momento e/ou futuramente.

Os utentes foram informados do procedimento e objetivos do estudo e, que, poderiam recusar a sua participação se, assim o entendessem, bem como, o anonimato e confiabilidade dos dados seriam preservados

2.4.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Primeiramente, foram-se avaliados os processos sociais/saúde de cada utente, a fim de, perceber se se enquadrava no estudo e se nele poderia participar. Posteriormente, foram utilizados os instrumentos de avaliação: Timed Get up and go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg, aplicados apenas como pré-teste, por motivos previamente já referidos.

Para além dos processos e dos instrumentos de avaliação aplicados, foi ainda efetuada uma observação direta do dia-a-dia dos utentes institucionalizados ao longo de 9 meses que, foi fundamental no presente estudo, uma vez que, não se pode levar avante o que inicialmente estava planeado até ao final, por motivos já mencionados anteriormente.

2.4.5. Procedimento de Recolha de Dados

Após o parecer da Comissão de Ética e da Residência Sénior Premium Care, procedeu-se ao início do estudo com a recolha de informação dos utentes. Ao longo do mês de janeiro e de fevereiro, foram avaliados os processos sociais/saúde dos utentes, de modo, a apurar aqueles que cumpriam com os critérios de inclusão e de exclusão.

Posteriormente, foram selecionados os utentes que cumpriam com os critérios definidos e, foram aplicados, como pré-teste, os instrumentos de avaliação Timed Get up and go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg. De seguida, foram analisados os resultados, obtendo por fim, uma amostra pequena e, por isso, não foi possível ir avante com o estudo.

Durante a aplicação dos instrumentos de avaliação, alguns utentes demonstraram-se preocupados e receosos com a queda nesta faixa etária, tendo a maioria dos mesmos, sofrido quedas antes de darem entrada na instituição. Importa realçar que, como referido no tópico anterior, a observação ao longo dos 9 meses presentes nesta ERPI, foram essenciais, tendo havido num espaço de 5 meses três quedas com resultado de fratura do fémur, onde destas três utentes, duas participaram

na aplicação dos instrumentos de avaliação, tendo apresentado um alto risco de queda em todos os instrumentos e a segunda utente alto-médio risco.

3. Resultados

3.1. Caracterização Sociodemográfica

A Residência Sénior Premium Care tem a capacidade para 68 utentes, sendo que, em janeiro de 2022 era preenchida por 63 utentes. Como se pode observar no gráfico 1, 48 utentes têm 65 ou mais anos (76%) e os restantes 15 têm idade inferior a 65 anos (24%), sendo automaticamente excluídos deste estudo, dado que, ter idade igual ou superior a 65 anos, é um dos critérios de inclusão. A maioria destes utentes é natural de localidades fora da área metropolitana de Lisboa.

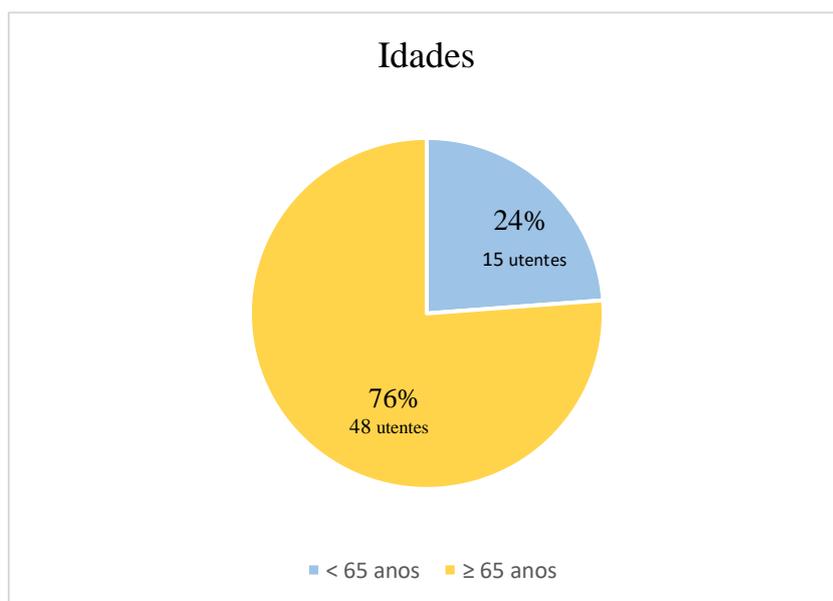


Gráfico 1 - Idades dos utentes da Premium Care

Destes 76%, somente 30% (19) quiseram participar no estudo e cumpriam com os critérios de inclusão delineados, pelo que, foram aplicados todos os instrumentos de avaliação acima referidos, como pré-teste. Destes, 11% (7) cumpriam com os critérios de inclusão, todavia não quiseram participar e, 59% (37) não cumpriam com os critérios propostos. A idade mínima do utente que participou é de 66 anos e a máxima de 95 anos.

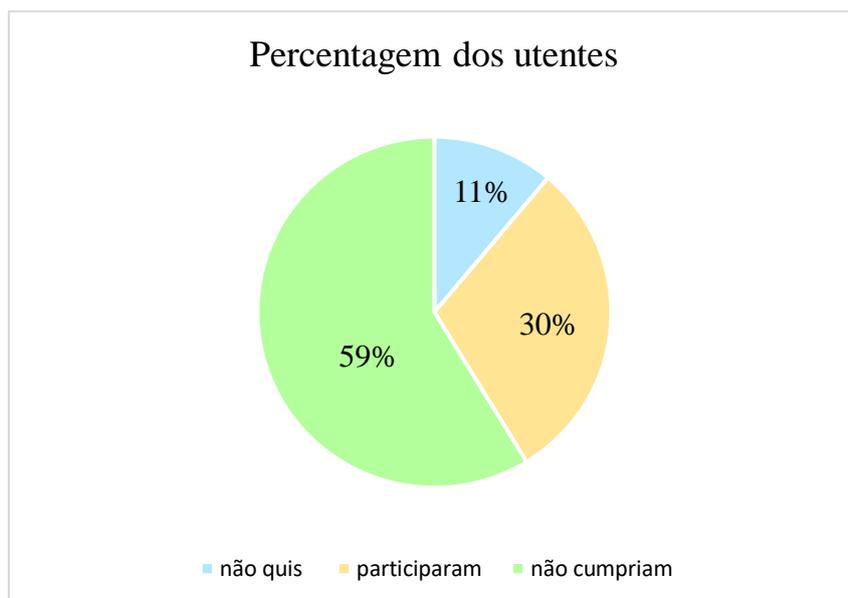


Gráfico 2 – Percentagem dos utentes

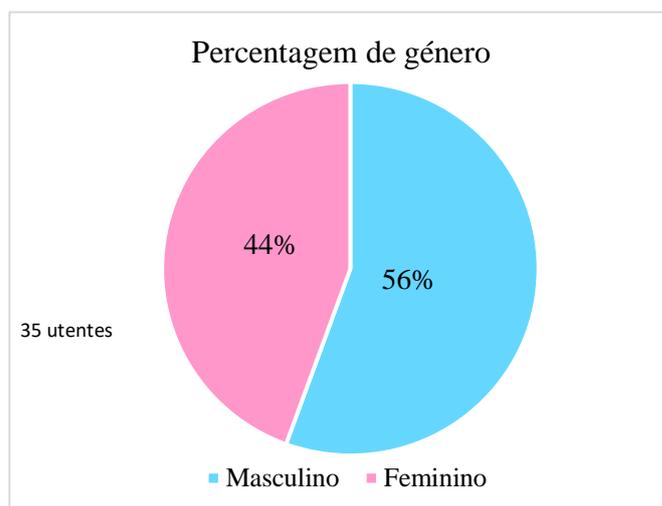


Gráfico 3 – Percentagem de Género dos Utentes

Relativamente ao tempo de institucionalização, como se pode observar no gráfico 4, a maioria dos utentes residentes na Premium Care, estão institucionalizados há mais de 5 anos (41%; 26), de seguida, prevalece de 0-1 anos de institucionalização, com 29% (18), 2-3 anos com 13% (8), 4-5 anos com 8% (5), 1-2 anos com 6% (4) e, por fim, 3-4 anos de institucionalização com 3% (2).

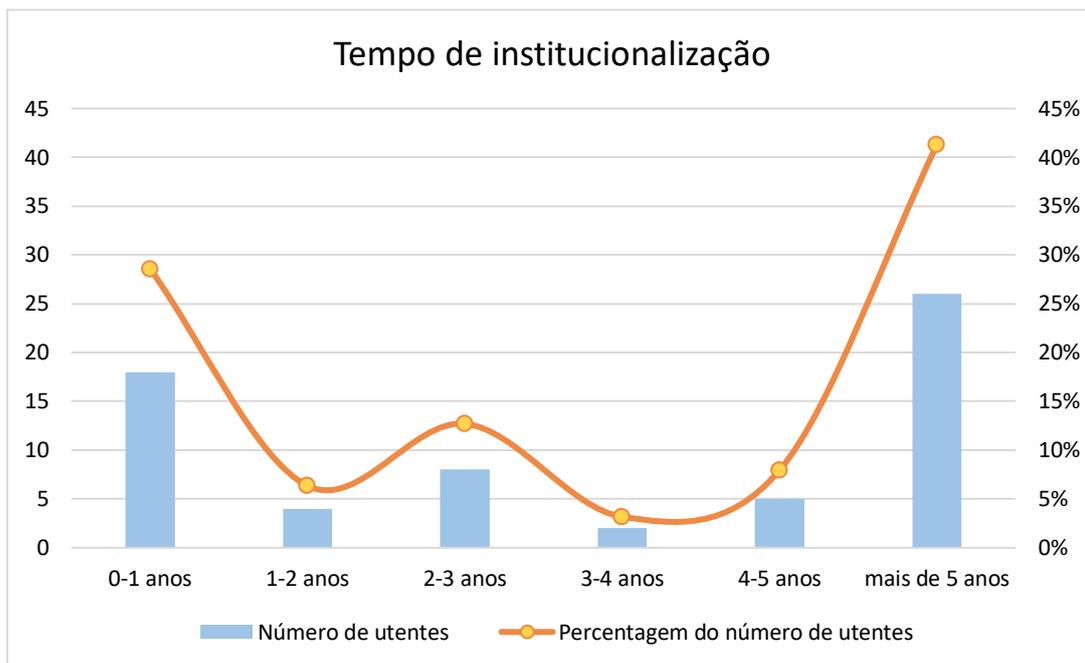


Gráfico 4 - Tempo de Institucionalização dos 63 utentes

No que concerne ao tempo de institucionalização dos 19 utentes que participaram neste estudo (gráfico 5), infelizmente inacabado, verificou-se que, a maioria dos utentes estavam à menos de um ano institucionalizados na residência (53%; 10), em segundo estavam os utentes institucionalizados há mais de cinco anos (32%; 6), seguidos de 1-2 anos (5%;1), 2-3 anos (5%; 1) e 4-5 anos (5%; 1).

Dos 63 utentes institucionalizados na Premium Care, 7 utentes cumpriam com os critérios de inclusão delineados, contudo não quiseram participar neste estudo. Pode se observar no gráfico 6 que, o seu tempo de institucionalização não difere muito dos utentes que participaram, estando 16% institucionalizados à menos de um ano, 11% institucionalizados há mais de cinco anos e, por fim, 11%, entre 2-3 anos de institucionalização.

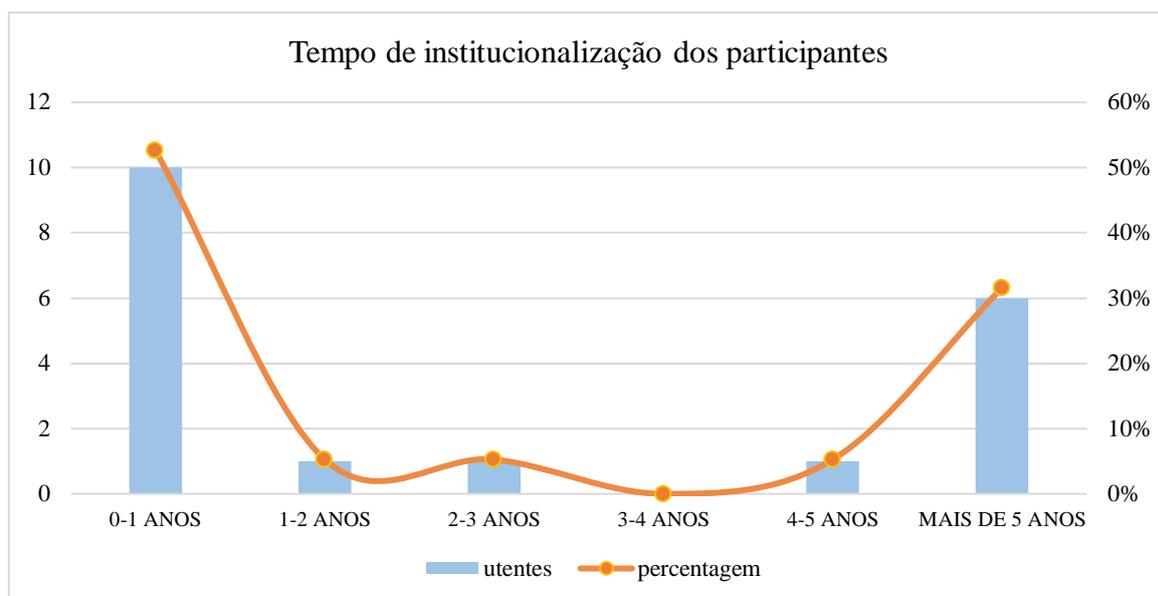


Gráfico 5 - Tempo de institucionalização dos participantes

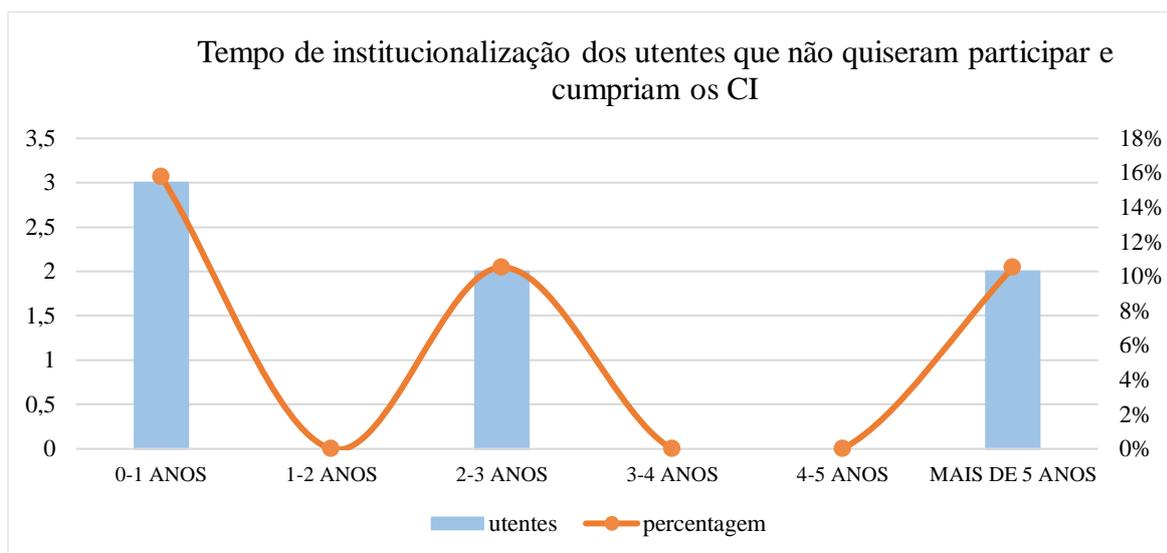


Gráfico 6 - Tempo de Institucionalização dos utentes que cumpriam os CI não quiseram participar

De referir que, destes 63 utentes institucionalizados, houve sete falecimentos (gráfico 7), entre os quais, uma utente participou no estudo, um utente cumpria com os critérios de inclusão, mas não quis participar e, os restantes utentes falecidos não cumpriam com os requisitos delineados.

De realçar que, uma utente que participou no estudo regressou à sua habitação por vontade própria e da sua família e, no mês de julho sofreu uma queda na instituição

tendo como resultado fratura do fémur. Outra utente que não cumpria os critérios de inclusão, tal como a utente anterior, regressou à sua habitação por vontade própria e da sua família.

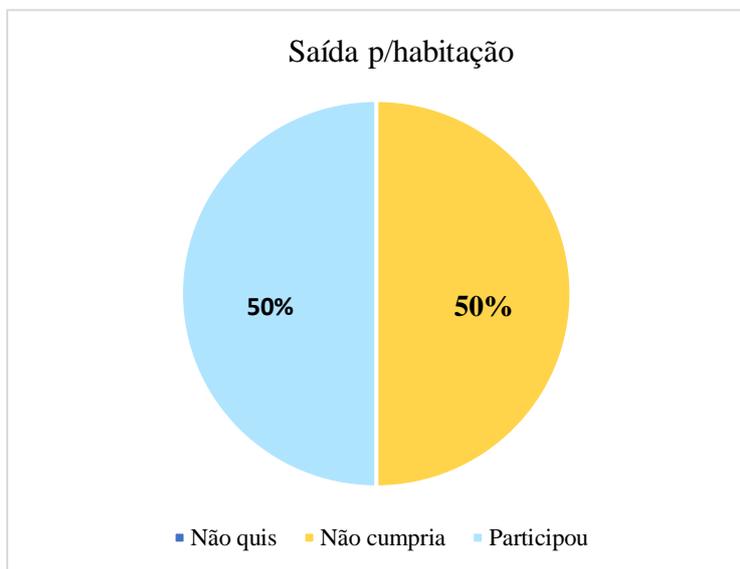


Gráfico 8 - Saídas para a própria habitação

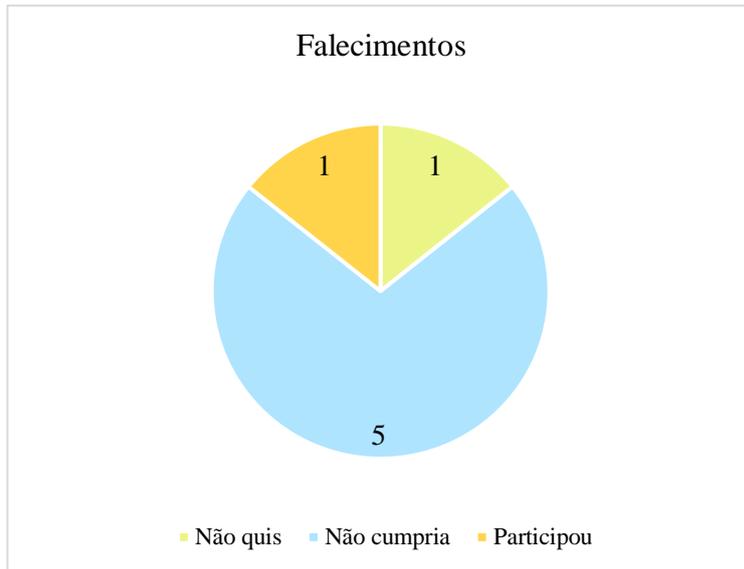


Gráfico 7 - Falecimentos

Após a descrição supracitada, de modo geral, de todos os utentes institucionalizados na Premium Care, na tabela abaixo, está representada a caracterização sociodemográfica dos dezanove utentes participantes na primeira parte do estudo, com idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos.

Utente	Género	Idade	Nível Educacional	Profissão	Estado Civil	História Clínica
A.C.C	M	91	Licenciado	Funcionário da TAP	Viúvo	Cirurgia às cataratas; Dermatite de estase venosa; Gota; Hemorragia digestiva alta; Hérnia inguinal; HTA; Insuficiência renal; Insuficiência Venosa Crónica;

						Obstipação/Incontinência; Prostatismo; Reumatismo
A.R	F	80	Licenciada	Professora	Viúva	Anemia normocítica; Cardiopatia valvular; Cistite Aguda; Demência Fronto-Temporal; Dislipidemia; DRC estadio III; Fibrilação auricular; HTA; AVC isquémico em 2018; Síndrome Depressiva
J.T	M	77	Licenciado	Professor	Viúvo	Diabético; DRC agudizada dependente de hemodiálise; Algaliado; Hiperuricemia; Hipotireoidismo; HTA; Leucemia linfocítica crónica atípica; Quadro Neurológico não esclarecido c/ desequilíbrio
M.D.C	F	90	4º Classe	Empregada de Balcão	Viúva	Alterações de memória; Bursite, Tendinite, Sinovite NE; Dermototifose; Deslocamento da retina; Obesidade; Portadora de pacemaker desde 2002; Síndrome de ombro doloroso; Surdez
M.J	F	94	4º Classe	Doméstica	Viúva	Cistite aguda; Demência; Diabetes Mellitus II; HTA; Síndrome Vertiginoso
V.S	F	94	4º Classe	Doméstica	Viúva	Cancro da mama; Carcinoma invasivo c/ áreas de padrão mucinoso tipo B grau II, extensível às axilas; Síndrome demencial não específico
O.B	F	85	Ensino Secundário	Arquivista	Viúva	Adenocarcinoma do pulmão c/invasão vascular; Compressão medular; Delirium; DPOC; Hipotireoidismo; Incapacidade funcional mi; Incontinência Urinária; Metástase da

						Neoplasia do pulmão VS Plasmocitoma isolado; Múltiplas cirurgias à coluna vertebral por patologia oste degenerativa; Obstipação; Parestesia/disestesias dos MI; Patologia Oste degenerativa; Status Hemicolectomia direita +OT em 2000 por neoplasia de colon
E.G	F	71	Ensino Básico	-----	Solteira	Fratura no MSE; Hipercolesterolemia; Hipertrofia ventricular esquerda; HTA; Obesidade; Síndrome de Diógenes
F.F.	F	84	Ensino Secundário	TAP	Viúva	Demência não específica; Diabetes; Doença Afetiva Bipolar; Fibrilação Auricular Crónica; HTA; Insuficiência cardíaca
F.L	M	68	-----	-----	Solteiro	Debilidade mental de grau não específico; DPOC; Psicose não específica; Tabagismo Ativo
H.F	M	84	Licenciado	Engenheiro Alimentar	Casado	Carcinoma baso-celular; Colectomia aguda litiásica; Diabetes; HTA; Litiasevesicular; Síndrome Demencial não específico; Síndrome Depressivo
J.C.P	M	95	-----	Empregado de Balcão	Solteiro	Fratura do úmero esq 2010; Alterações da função renal; Basiloma ulcerado do nariz 2017; Demência Vascular; Dislipidemia; Doença Cérebro Vascular- status pós AVC isquémico 2014; HTA; HBP; Insuficiência vascular mitral ligeira a moderada; Portador de pacemaker; Síndrome depressiva

J.M	M	83	Ensino Básico	Empregado de Balcão	Casado	Doença de Alzheimer; Fratura mão esq. 2021;
O.S	F	72	----	Embaixada	Solteira	Cirurgia às cataratas em 2019; Ideação Delirante; Obesidade; Psicose SOE;
R.C	M	74	-----	-----	Casado	Alterações cutâneas; Historial de acumulador; perturbação da personalidade
J.V	M	73	-----	Ex-militar	Solteiro	Anemia e défice de ácido fólico e Vit B12; Cirurgia às cataratas OCD 2017; Diabetes Mellitus II; Doença de Parkinson; Hérnia inguinal dta; HTA; Obstipação crónica - síndrome de cólon irritável; Otite Crónica - Ouvido esq
J.P	M	72	-----	-----	Divorciado	Doença bipolar tipo I, 296 - segundo CDI 9
J.A.G	M	66	-----	-----	Solteiro	Esquizofrenia residual; Hábitos etanólicos e tabágicos; RMC - CE (2015) c/ alteração de provável natureza vascular isquémica
L.C	M	71	Ensino Secundário	Bibliotecário	Solteiro	Esquizofrenia residual; Tabagismo ativo; Tremor

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes

Pode se observar que a maioria dos utentes participantes são do sexo masculino (58%; 11) e 42% do sexo feminino (8). Relativamente ao estado civil 42% são viúvos/as e 37% são solteiros/as, apenas três utentes são casados/as (16%), no qual os seus conjugues não se encontram institucionalizados e, 1 é divorciado/a (5%), tendo todos profissões distintas.

3.2. Instrumentos de Avaliação (Pré-Teste)

Como já mencionado ao longo desta dissertação, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação como pré-teste: Timed Get up and go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg, obtendo-se os seguintes resultados.

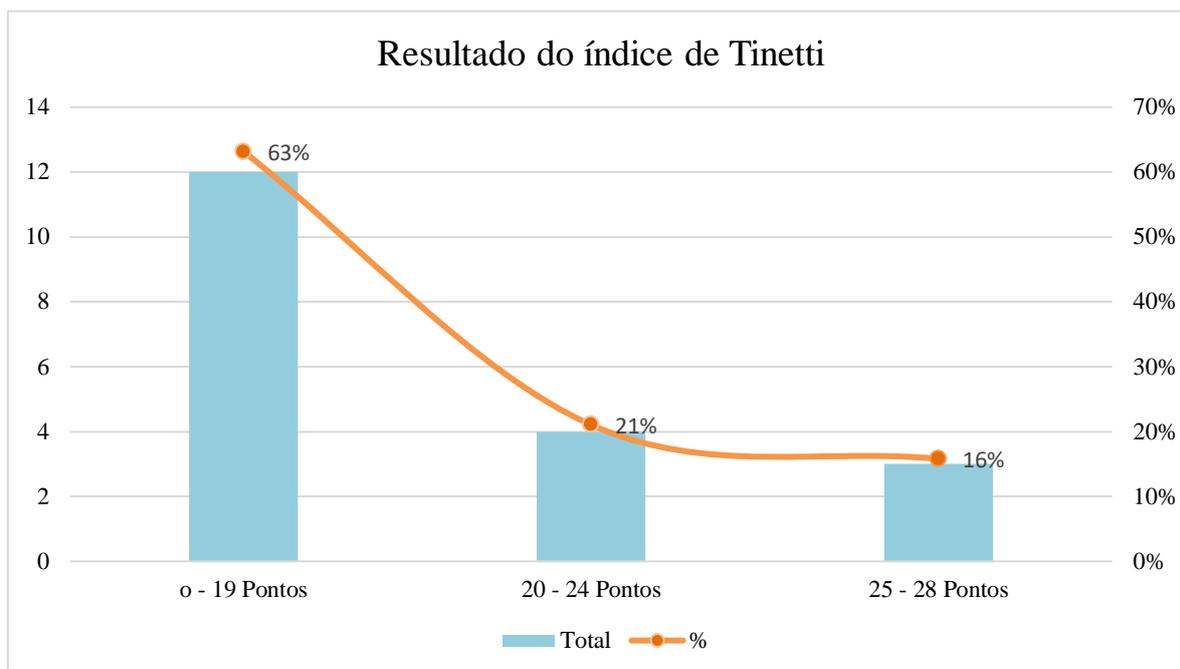


Gráfico 9 - Resultado do Índice de Tinetti

O Índice de Tinetti, avalia a mobilidade e o equilíbrio estático e dinâmico. Tem um total de 28 pontos, sendo interpretado da seguinte forma: se o utente obter um score entre 0 - 19 pontos apresenta elevado risco de queda; se apresentar entre 20 – 24 apresenta moderado risco de queda e, caso obtenha um valor entre 25 – 28 pontos apresenta baixo risco de queda.

No gráfico 9, pode-se observar os resultados obtidos neste instrumento de avaliação, onde se pode constatar que, a maioria dos 19 utentes apresentaram um elevado risco de queda (63%; 12), 21% (4) apresentou um moderado risco de queda e, 16% (3) um baixo risco de queda.

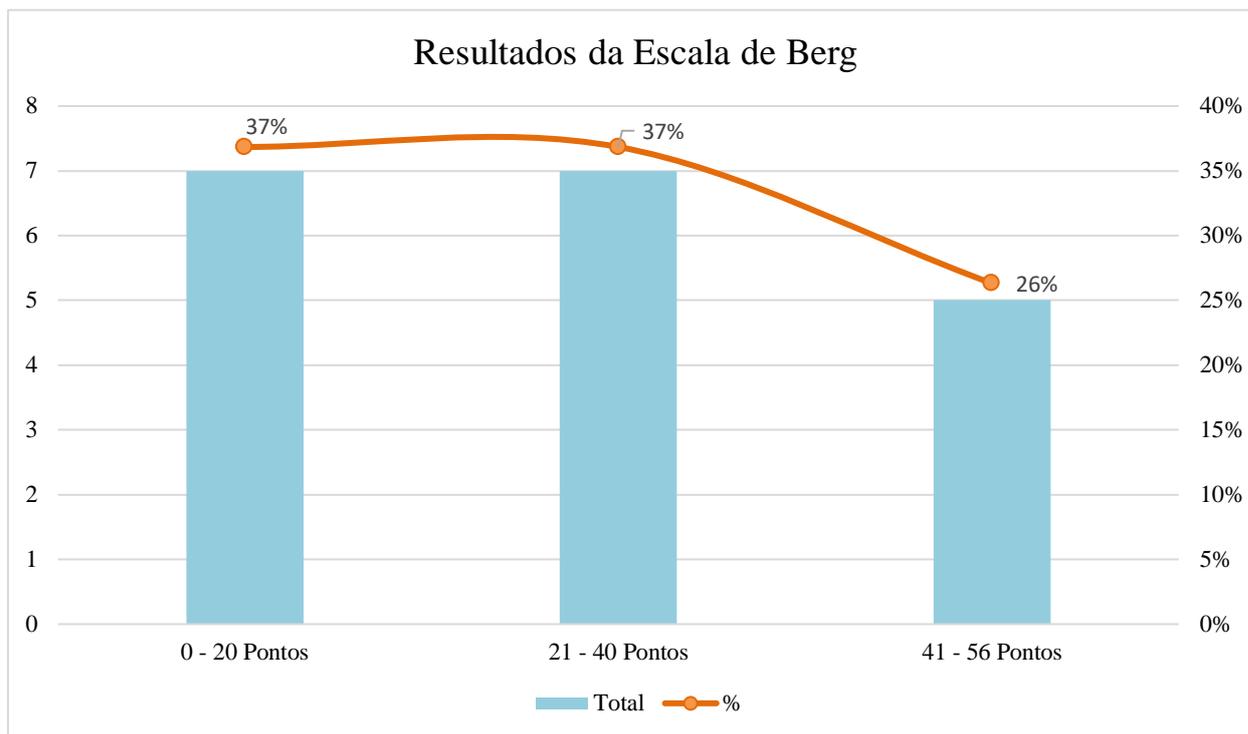


Gráfico 10 - Resultados da Escala de Berg

Relativamente à Escala de Berg, a mesma permite avaliar o equilíbrio funcional. Tem uma pontuação total de 56 valores, interpretando-se os valores da seguinte maneira: se o utente obter um score entre 0 e 20 valores significa que tem um mau equilíbrio; se obter entre 21 e 40 corresponde a equilíbrio moderado e, entre 41 e 56 significa que tem um bom equilíbrio.

No gráfico acima estão expostos os resultados obtidos na escala referenciada, onde se verifica que, tal como no índice de Tinetti prevalece um elevado risco de queda nos utentes e um moderado risco de queda com a mesma percentagem (37%), tendo 26% apresentado um baixo risco de queda.

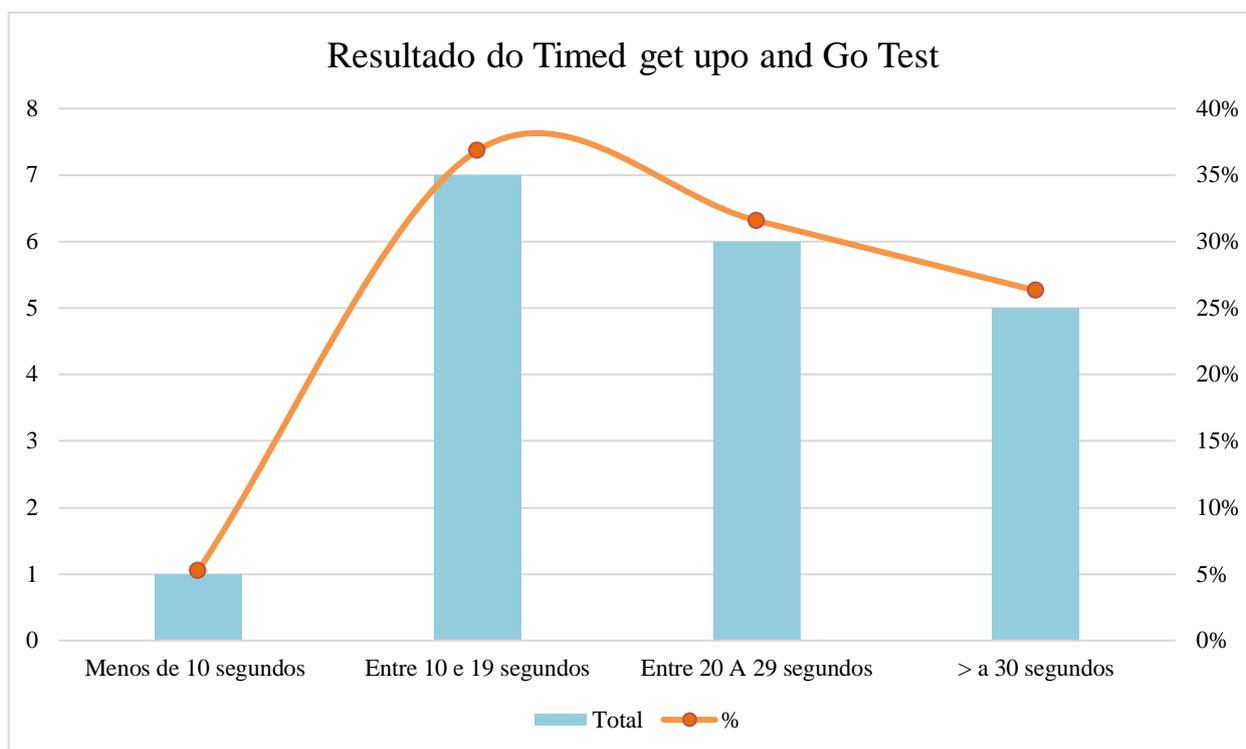


Gráfico 11 - Resultados do Timed Get up and Go Test

No que concerne ao instrumento de avaliação Timed get up and go Test, permite avaliar o equilíbrio sentado, nas transferências da posição de sentado para a posição de pé, e na estabilidade e mudanças na marcha. É interpretado da seguinte forma: se o utente realizar o exercício proposto em 10 segundos ou menos significa que não apresenta alterações no equilíbrio - independente, se realizar em menos de 20 segundos, apresenta independência nas transferências básicas, caso realize entre 20 a 29 segundos apresenta mobilidade reduzida e, por fim, se realizar em 30 segundos ou mais significa que é dependente em muitas das AVD's e na mobilidade.

Constata-se que, como se pode observar no gráfico 11, a maioria dos utentes obteve um score entre 10 a 19 segundos, o que indica que é independente nas transferências básicas (37%), 6 utentes apresentaram mobilidade reduzida (32%), 5 conseguiram realizar o exercício proposto em 30 segundos ou menos, o que representa que são dependentes nas AVD's e na mobilidade (26%) e, por fim, apenas 1 utente realizou o exercício em 10 segundos ou menos, o que indica que é independente, não apresenta alterações no equilíbrio (5%).

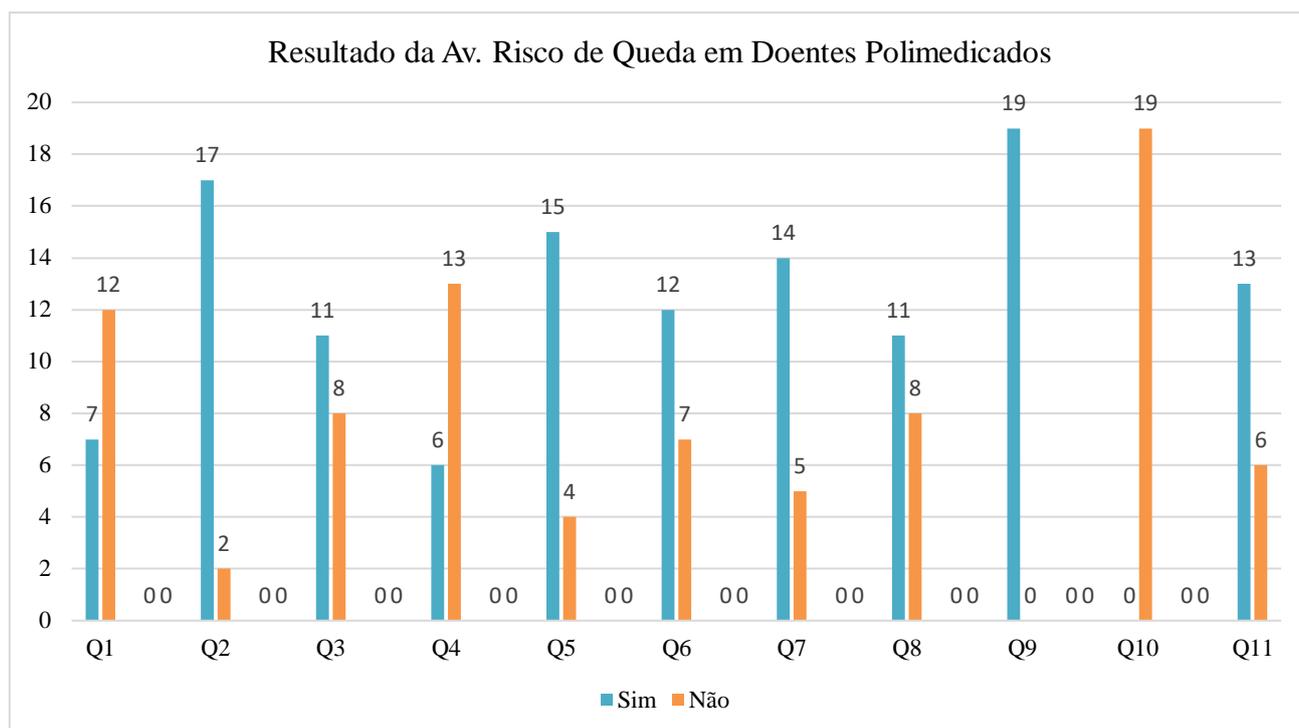


Gráfico 12 - Resultado da Av. Risco de Queda em Doentes Polimedicados

Legenda:

Q1 – Caiu nos últimos 6 meses?; Q2 – Toma 4 ou mais medicamentos diariamente?; Q3 – Tem dificuldade em andar ou estar em pé?; Q4 – Utiliza auxiliares de marcha?; Q5 – Apoia os braços para se levantar da cadeira?; Q6 - Sente-se inseguro nos próprios pés?; Q7 – Passaram mais de 2 anos desde que fez exames à vista?; Q8 - Audição piorou com a idade?; Q9 – Faz exercício menos que 2 dias por semana?; Q10 – Ingere bebidas alcoólicas diariamente?; Q11 – Tem mais que 3 doenças crónicas?

Por último, foi aplicado a escala de Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados. Este instrumento de avaliação é composto por onze perguntas, pelo que, quanto maior for o número de respostas afirmativas, maior é a probabilidade de o utente cair.

Pode-se apurar que, os utentes responderam à maior parte das perguntas afirmativamente, o que indica que existe uma maior probabilidade de queda. Aqui, importa realçar que, na questão 9 “faz exercício menos que 2 dias por semana?”, os 19 participantes responderam que sim e, na questão 2, verifica-se que, 89% toma diariamente quatro ou mais medicamentos. Destaca-se, igualmente, a questão 7, em que, 74% respondeu que passaram mais de dois anos desde a última vez que fizeram exame à vista, assim como, 68% sofre de mais que três doenças crónicas.

4. Discussão

Observando as características sociodemográficas dos 63 utentes institucionalizados na Residência Sénior Premium Care, constata-se que, se trata de um grupo envelhecido, sendo que, a maioria dos utentes tem 65 ou mais anos (76%). Os utentes com idade inferior a 65 anos (24%) foram, automaticamente, excluídos deste estudo, por não cumprirem com o critério idade. Foram ainda excluídos 37 utentes que, por motivos de saúde ou por outras razões, não cumpriam com os critérios de inclusão delineados. Neste sentido, restaram 26 utentes que cumpriam com os requisitos, todavia destes, 7 não quiseram participar e, assim, foram apenas incluídos um total de 19 utentes.

Realça-se nesta estrutura residencial a representatividade de homens, constituindo 56% dos utentes, algo incomum de acordo com a literatura, dado que, por norma à uma maior prevalência do sexo feminino a residir nestas instituições o que, também, vai de encontro, à esperança média de vida, ser maior neste género. Talvez este facto, se deva por uma parte dos utentes terem idade inferior a 65 anos e, grande parte estar institucionalizado por sofrer algum tipo de doença mental, não tendo nenhuma retaguarda familiar e, maioritariamente, terem historial de sem-abrigo e toxicodependência. Por este motivo, torna este grupo bastante peculiar e cativante de se estudar.

No que concerne ao tempo de institucionalização, não difere muito dos utentes que não participaram para os que participaram, pelo que, se centra, maioritariamente, entre estarem institucionalizados há mais de cinco anos e estarem institucionalizados no curto espaço tempo de um ano. Todavia, salienta-se que, dos utentes que cumpriam com os critérios, encontravam-se institucionalizados recentemente (1 ano ou menos) e, os restantes há mais de cinco anos, o que remete para o que foi citado no parágrafo anterior, em que, há um grupo maioritariamente do sexo masculino e, parte desses, foram sem-abrigos e toxicodependentes. Importa destacar que, houve falecimentos e duas saídas para habitação própria, por vontade das utentes e suas famílias, sendo que, um dos falecimentos, foi um utente que participou no estudo e que apresentou alto-médio risco de queda nos instrumentos de avaliação aplicados e, uma das saídas para a

habitação própria, igualmente, ao utente anterior, também apresentou alto-médio risco de queda e, no verão sofreu uma queda no corredor da instituição que teve como resultado fratura do fémur, pelo que, teve que ser operada.

Relativamente aos participantes, estes têm idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos e, observa-se que, mais uma vez, que prevalece o sexo masculino com 58% dos utentes e 42% são do sexo feminino. No que toca ao estado civil, a maioria destes participantes são viúvos/as, circunstância associada a uma maior probabilidade de institucionalização, pelo facto de não ficarem sozinhos/as em casa, sendo que para além da ausência do conjugue, os filhos e/ou netos ainda estão em idade ativa, não permanecendo muito tempo em casa e disponibilizar dos cuidados que estes necessitam diariamente. Juntamente à percentagem dos viúvos/as sobressai os solteiros/as (37%). Aqui, é de sublinhar que, segundo a literatura, esta faixa etária aquando viúvos/as e/ou solteiros/as ostentam uma maior probabilidade de falecimento precoce o que remete, mais uma vez, para a peculiaridade desta população em estudo, uma vez que, contrariamente ao que a literatura nos diz, esta amostra apresenta o oposto.

Tendo em consideração os quatro instrumentos de avaliação aplicados, constatou-se que, um total de seis utentes apresentaram um elevado risco de queda em todos os instrumentos, seis apresentaram um alto a moderado risco de queda e, os restantes sete apresentaram um moderado a baixo risco de queda.

Como já mencionado ao longo desta dissertação, não se obteve uma amostra suficiente e, por isso, não foi possível ir avante com aquilo que estava inicialmente pensado, tendo sido apenas exequível a aplicação dos instrumentos de avaliação, como pré-teste. É um público-alvo bastante difícil de intervir, não aderem bem à reabilitação/estimulação, não se mostraram empenhados, interessados nem motivados ao longo da aplicação dos instrumentos, referindo algumas vezes “já não tenho idade para isto”, “vim para um lar para estar sossegado/a”, “já trabalhei muito na vida, agora quero estar quieto/a” (SIC). Aqui, importa salientar que, ao longo dos nove meses presentes nesta instituição, houve algumas ocorrências de queda mensais nos mesmos e/ou diferentes utentes, sendo que, três das quedas ocorridas tiveram como resultado fratura do fémur, tendo sido necessário recorrer a cirurgia. Estas ocorreram, na casa de banho, na sala e no corredor. Uma destas utentes, como supramencionado, regressou

à sua habitação, algo que é preocupante, dado que, para além de ter apresentado nos instrumentos um alto a moderado risco de queda, a mesma após fratura, viu a sua mobilidade afetada, não querendo realizar fisioterapia, movimentando-se sozinha sem apoio de terceiros e, não tem uma retaguarda diária a seu lado na sua habitação e, cognitivamente apresentava algum declínio cognitivo.

Neste sentido, com os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados, seria fulcral haver uma intervenção junto destes participantes, a fim de, melhorar a sua mobilidade, o equilíbrio, promover a sua autonomia e independência e, conseqüentemente, promovendo uma melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar, bem como prevenir e diminuir o seu risco de queda. Havendo, igualmente, uma manutenção dos utentes que apresentaram moderado a baixo risco de queda. A presente autora acredita que, se este estudo tivesse ido avante até ao final, teria tido resultados positivos e visíveis no futuro destes utentes, respondendo positivamente à questão e hipóteses delineadas, assim como seriam alcançados os objetivos propostos.

Posto isto, no capítulo seguinte, será apresentado uma proposta de melhoria para a Residência Sénior Premium Care.

5. Projeto de Melhoria

5.1. Descrição da Instituição

A Residência Sénior Premium Care, nasceu em dezembro de 2004, situando-se numa zona privilegiada no Centro de Lisboa, perto de jardins e espaços verdes, hospitais e serviços de saúde e, de comércio. Surgiu com a intuito de dar resposta às reais necessidades não só da população idosa como também da população com patologias psiquiátricas.

Dispõe de um conjunto de serviços completo e de uma equipa técnica experiente, credenciada e qualificada. Privilegia de um ambiente familiar, promovendo uma melhoria da qualidade de vida e condições que visem uma melhor autonomia dos

utentes, através de um trabalho multidisciplinar e de qualidade prestado por diversos profissionais de saúde.

Tem como missão proporcionar um serviço de excelência adequado a cada utente, que responda às suas necessidades superando as suas expectativas. Visa ter instituições de referência destacando-se por criar um ambiente mais próximo de um ambiente familiar entre os utentes, prestando um serviço de excelência. Tem como valores: o humanismo, confiança; justiça; responsabilidade e, profissionalismo.

A equipa técnica da Residência Sénior Premium Care é constituída por 6 elementos, uma Assistente Social (Diretora Técnica), uma Gerontóloga Social, uma Fisioterapeuta, uma Terapeuta Ocupacional, um Animador Sociocultural e, uma Psicóloga, desempenhando todas funções a tempo inteiro. Dispõe de 4 técnicos de saúde, sendo que 2 desempenham funções a tempo. Por fim, dispõe de 26 funcionários (Auxiliares de Ação Direta, Cozinha, Limpeza e Lavandaria) (Apêndice III) Tem capacidade para 65 utentes estando, de momento, cheia.

A ERPI está sediada num prédio urbano, constituído por 6 andares. No 1º e 2º andar encontram-se os utentes dependentes, 3º e 4º andar os utentes independentes e com patologias psiquiátricas. O 5º andar é constituído por quartos, onde dormem os utentes autónomos e, por um ginásio e terraço extenso. Por fim, o último andar é a zona do refeitório para os funcionários.

5.2. Análise SWOT

Após o levantamento da avaliação de necessidades da instituição, desde janeiro, obtiveram-se as seguintes Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças:

Forças (S)	Fraquezas (W)
✓ Equipamentos adequados e adaptados às necessidades dos utentes;	✓ Falta de transporte para a realização de transferências da instituição para atividades ao exterior/consultas;
✓ Equipa técnica multidisciplinar;	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Boa localização geográfica; ✓ Boa relação entre a equipa e os utentes; ✓ Equipa jovem, com capacidades para servir os utentes; ✓ Disponibilidade por parte da direção técnica para atender aos pedidos e questões dos utentes e equipa; ✓ Utilização de tecnologia nos métodos de trabalho (MySénior). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de um diagnóstico atempado e intervenção numa fase inicial; ✓ Falta de comunicação entre técnicos-auxiliares; auxiliares-auxiliares e técnicos-técnicos; ✓ Processos Individuais: carência de Planos Individuais e de um Programa e Avaliação do Acolhimento, Fichas de Avaliação Diagnósticas por completar; ✓ Falta de formação; ✓ Conflito entre utentes; ✓ Pouca exploração das potencialidades individuais dos utentes; ✓ Falta de recursos humanos; ✓ Na maioria dos casos, as auxiliares não prestam cuidados às pessoas idosas em Humanidade. |
|--|--|

Oportunidades (O)

- ✓ Instituição bem localizada;
- ✓ Desenvolvimento e implementação de intervenções com e para os utentes;
- ✓ Potenciar o envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável e produtivo;
- ✓ Desenvolvimento de formações e ações de sensibilização;
- ✓ Melhorar as competências;
- ✓ Possibilidade de estágios curriculares/profissionais.

Ameaças (T)

- ✓ Organização física (por pisos) dificulta a gestão de atividades;
- ✓ Gestão do tempo;
- ✓ Pouca adesão;
- ✓ Falta de interesse;
- ✓ Número elevado de utentes;
- ✓ Crise financeira;
- ✓ Reduzida sensibilidade para atuação com e para o utente.

Tabela 4 - Análise SWOT

5.3. Modelo de Estruturação

Segundo Becker (1994), o construtivismo não é uma prática nem um método, é uma teoria que possibilita conceber o conhecimento como algo que não é dado, mas sim como algo que é construído e formado pelo indivíduo, através da sua ação e

interação com o meio (Niemann & Brandoli, 2012). O construtivismo procura explicar como é que a inteligência humana se desenvolve, partindo do princípio de que o seu desenvolvimento é estabelecido pelas ações recíprocas entre o indivíduo e o meio, quer isto dizer que, o ser humano não é passivo sob a influência do meio, apenas responde aos estímulos externos atuando sobre eles para construir e organizar o seu próprio conhecimento, de forma cada vez mais aperfeiçoada (Niemann & Brandoli, 2012).

Posto isto, a Residência Sénior Premium Care, funciona segundo o modelo construtivista. A aprendizagem é um processo permanente ao longo da vida do ser humano e, nesta residência a equipa técnica procura aprimorar os seus conhecimentos, empenham-se em aprender mais e, a estarem informados sobre as mudanças que vão ocorrendo, de modo a puderem aplicar o conhecimento adquirido da melhor forma possível, tanto na residência em si como nos seus utentes. A equipa técnica desta residência participa em diversas formações e palestras ao longo do ano, bem como recebe diversos estudantes, de áreas diferentes nas suas instalações, quer do ensino secundário como do ensino superior, pelo que os acompanha, ensina, ajuda, incentiva a terem um papel ativo e, conseqüentemente, aperfeiçoa os conhecimentos que os mesmo aprenderam ao longo do seu ensino educacional. Nesta perspetiva, pode se concluir que, a Residência Sénior Premium Care, está em constante aprendizagem.

5.4. Estilo de Liderança

A liderança transformacional tem como alicerce a capacidade que o líder tem em modificar os valores, as crenças e, as atitudes dos colaboradores, com o propósito de estimular o seu empenho além do mínimo da função. Desta forma, os líderes transformacionais não se limitam a reagir aos problemas tal como lhes são expostos, interrogam-se de que maneira podem cooperar na construção de um objetivo comum (Rosinha & Duarte, 2010, cit. in Guerra, 2012). Assim, os líderes transformacionais são encarados como sendo pró-ativos, visto que, se empenham em otimizar o progresso e a inovação, tanto por parte dos colaboradores, como do grupo e da organização, não procurando somente atingir o desempenho mínimo esperado (Guerra, 2012).

Perante isto, o estilo de liderança que melhor se enquadra na Residência Sénior Premium Care é a Liderança Transformacional. Pelo motivo de a líder ser uma pessoa bastante carismática, proativa, motivadora, admirada e respeitada pelos seus colaboradores, incentivando-os e apoiando-os perante os esforços realizados. Existe igualmente uma comunicação eficaz, confiança mútua, tendo tanto o líder como a equipa técnica o mesmo interesse e objetivo comum a alcançar, sendo assim uma equipa coesa e, um exemplo a seguir.

5.5. Modelo de Comunicação

Segundo Rego e Cunha (2005), o fluxo de comunicação nas organizações “é influenciado pela estrutura da organização, esta estrutura revela os caminhos através dos quais a informação flui na organização, diz-nos quem deve comunicar com quem. Estes fluxos são quatro: descendente, ascendente, horizontal e diagonal” (Rego, Cunha, 2005, p.354-399, cit. in (Devesa, 2016).

A comunicação descendente, flui segundo os níveis hierárquicos superiores para os inferiores, em outros termos, é usada pelos líderes para distribuir tarefas e, informar os subordinados sobre políticas e procedimentos. As informações, comunicações e as instruções, normalmente, estão associadas aos objetivos organizacionais, com as políticas, regras, regulamentos e, com a situação atual da organização (E. Santos, 2013). De acordo com Maximiano (2000), “muitas vezes, a comunicação para baixo procura manter as pessoas informadas para que possam trabalhar corretamente” (E. Santos, 2013).

Desta forma, na Residência Sénior Premium Care, o processo de comunicação que melhor se adequa é a comunicação descendente. Semanalmente a equipa reúne durante uma tarde, onde a líder transmite toda a informação à sua equipa, comunica as metas, objetivos, políticas, procedimentos, eventos a serem realizados, entre outras situações que vão ocorrendo na Residência. A mesma dá o seu feedback sobre o desempenho, quer individual quer da equipa, fornecendo as tarefas a serem executadas de forma clara. Este processo torna-se benéfico, uma vez que, a líder mantém sempre a

sua equipa informada, existindo, deste modo, um acompanhamento da situação atual que sucede no ERPI e, por conseguinte, a equipa vai trabalhar de forma mais eficiente.

5.6. Área de melhoria e Mudança Organizacional

De maneira a responder às necessidades do utente e indo de encontro às necessidades verificadas, através da análise SWOT, foi elaborado o seguinte enquadramento, objetivos e, impacto/benefícios que se esperam após a implementação da proposta de melhoria.

Enquadramento (Porquê?)

- ✓ Apesar da existência de uma fisioterapeuta a tempo inteiro na ERPI, não é sempre feita uma avaliação através dos instrumentos de avaliação do risco de queda, com pré e pós-teste a todos os utentes, de modo, a ser verificado se houve melhorias e se os objetivos inicialmente delineados foram cumpridos.
- ✓ Os planos individuais de intervenção só foram feitos em fevereiro e não são discutidos em equipa.

Objetivos (Quê, Quando, Quem?)

- ✓ Aplicar pré e pós-teste dos instrumentos de avaliação de risco de queda (Timed Get up and Go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; Índice de Tinetti e, a Escala de Berg).
- ✓ Garantir que 100% da avaliação através das escalas é realizada no prazo de 6 meses.
- ✓ Garantir planos individuais de intervenção a todos os utentes até serem verificadas melhorias e, aumentar o seu grau de dificuldade de 3 em 3 semanas.

Impacto/Benefícios esperados

- ✓ Diminuir o risco de queda;

- ✓ Promover a autonomia e independência;
- ✓ Promover uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa;
- ✓ Melhorar o equilíbrio e a marcha;
- ✓ Sensibilizar o idoso para os riscos e prevenção de queda nesta faixa etária;
- ✓ Promover o envelhecimento ativo.

A razão da mudança proposta nesta instituição, visa atender às reais necessidades da pessoa idosa, dando-lhes uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar, diminuir o risco de queda, melhorar a sua mobilidade e, promover o envelhecimento ativo. Bem como, visa melhorar os objetivos e resultados desta instituição, trazendo um impacto positivo para a mesma. Pretende-se mudar o processo de funcionamento aquando da entrada de um novo utente com mais de 65 anos, ou seja, criar um programa de risco de queda, onde irá ser implementado a aplicação de um pré e pós-teste, dos instrumentos de avaliação de risco de queda, sempre que um utente entre na instituição e no final de 15 a 20 sessões.

Aqui, importa salientar que o papel da líder será fundamental, pois, como se pode observar através da análise SWOT, na tabela 4, uma das ameaças é a resistência à mudança/pouca adesão, o que pode dificultar a implementação da proposta, visto que a mesma depende também de terceiros, contudo, serão esses obstáculos que vão tornar esta proposta de melhoria mais aliciante e caso não se concretize da forma pensada inicialmente, com resiliência, se encontrarão outras formas para o concretizar.

5.7. Proposta de melhoria na Organização

Face ao exposto no capítulo anterior, a presente proposta de melhoria, terá como público-alvo o grupo de utentes da ERPI com mais de 65 anos de idade. Esta proposta de melhoria, tem como finalidade diminuir o risco de queda da pessoa idosa,

fomentando a autonomia e independência da mesma e, conseqüentemente, promover o envelhecimento ativo e, uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

Pretende-se que sempre que um utente dê entrada na ERPI, seja realizado um pré-teste, aplicando os instrumentos de avaliação de risco de queda, Timed Get up and Go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; Índice de Tinetti e, a Escala de Berg. Posteriormente, irá ser desenvolvido um plano individual de intervenção para cada idoso, com exercícios de marcha e de equilíbrio (apêndice Iv), que será aplicado duas vezes por semana, efetuando um total de 20 sessões, com duração de 30 minutos cada. Para melhor compreensão da evolução da pessoa idosa, os exercícios propostos no plano individual de intervenção vão aumentando o grau de dificuldade (3 em 3 semanas). Primeiramente inicia-se o exercício com o apoio de duas mãos (auxiliar de marcha se usar), seguidamente com o apoio de uma mão e, por fim, sem apoio. Bem como, será executada uma grelha de observação (apêndice v), com intuito de verificar as melhorias e/ou dificuldades do idoso em cada exercício proposto. No final, será aplicado um pós-teste, de modo, a perceber se houve melhorias e, se os objetivos delineados foram concretizados com sucesso. Consoante os resultados do pós-teste será elaborado novos objetivos. Se o utente apresentar melhorias significativas após as 20 sessões, ser-lhe-á dada alta, contudo, o mesmo será encaminhado para o respetivo médico da residência, para continuar a ser acompanhado por um profissional. Irá ser facultada uma lista com treino de marcha e de equilíbrio, para que o utente prossiga com a realização dos exercícios.

Ao fim de 6 meses, será realizada uma reunião com toda a equipa técnica, a fim, de debater e verificar se foram colmatadas todas as necessidades e, se se foi de encontro aos objetivos inicialmente delineados e se os mesmos foram concretizados com sucesso.

Quanto aos recursos necessários, a nível humano conta-se com a presente da Gerontóloga Social, da Fisioterapeuta e respetivos utentes. A nível material será necessário um espaço confortável, os instrumentos de avaliação de risco de queda, o plano de intervenção/grelha de observação, uma cadeira e barras paralelas. Não serão necessários quaisquer recursos financeiros.

Capítulo III - Enquadramento Metodológico

1. Introdução

Após a descrição do capítulo anterior sobre o estudo descritivo qualitativo e observacional, realizado na Estrutura Residencial Premium Care, em Lisboa, o presente capítulo aborda o que a evidência da literatura relata acerca deste tema que é, cada vez mais, explorado por diversos autores.

Para estudar este tema, desenvolveu-se um estudo descritivo que utilizou a Revisão Sistemática da Literatura. Será apresentado o procedimento de como foram obtidos os artigos, quais as palavras-chaves utilizadas e os critérios usados para chegar ao número de artigos extraídos e, sua posterior análise.

2. Métodos

A metodologia utilizada na presente revisão da literatura consistiu numa revisão bibliográfica sobre o risco de queda na população idosa institucionalizada, realizada nas bases de dados científicas SciELO, PubMed e Science Direct, bem como também houve a necessidade de recorrer aos sites dos censos, bibliotecas online de universidades, alguns artigos que a investigadora já tinha acesso e, também, livros. Foram selecionadas as palavras-chaves que, depois de conjugadas com operadores booleanos, permitiram compor a seguinte citação de pesquisa: (“Instrumentos de avaliação” AND “Risco de queda” AND “Idosos”) e (“Avaliação AND Risco de Queda”) e (“Risco de Queda AND Idosos”), pesquisada nos campos título e/ou abstract.

Como critérios de inclusão foi definido um limite temporal dos últimos 12 anos (2010 a 2022) e artigos publicados no idioma português e, como critérios de exclusão, não ter acesso ao artigo completo. De entre os artigos disponíveis, foram selecionados aqueles que, pelo título, seriam os que mais se adequavam ao tema em estudo, para proceder à leitura e análise do mesmo, tendo sido excluídos artigos com pouca pertinência para os objetivos do trabalho.

De salientar que, foram incluídos dois artigos que, apesar de não cumprirem com o critério temporal definido, a autora considerou pertinente a sua inclusão para a temática em estudo.

3. Resultados

Conforme mencionado anteriormente, foram selecionados um conjunto de artigos, consoante os critérios delineados. Na figura 6 observa-se o processo de seleção dos artigos. Após a leitura e a análise do título e do resumo, foi possível eliminar, de imediato, 50 estudos, sendo que, destes 6 eram repetidos. Posteriormente, foram analisados e incluídos na presente dissertação 33 estudos. Na tabela 5 consta a descrição de todos os artigos analisados e incluídos, bem como o autor e tipo de estudo.

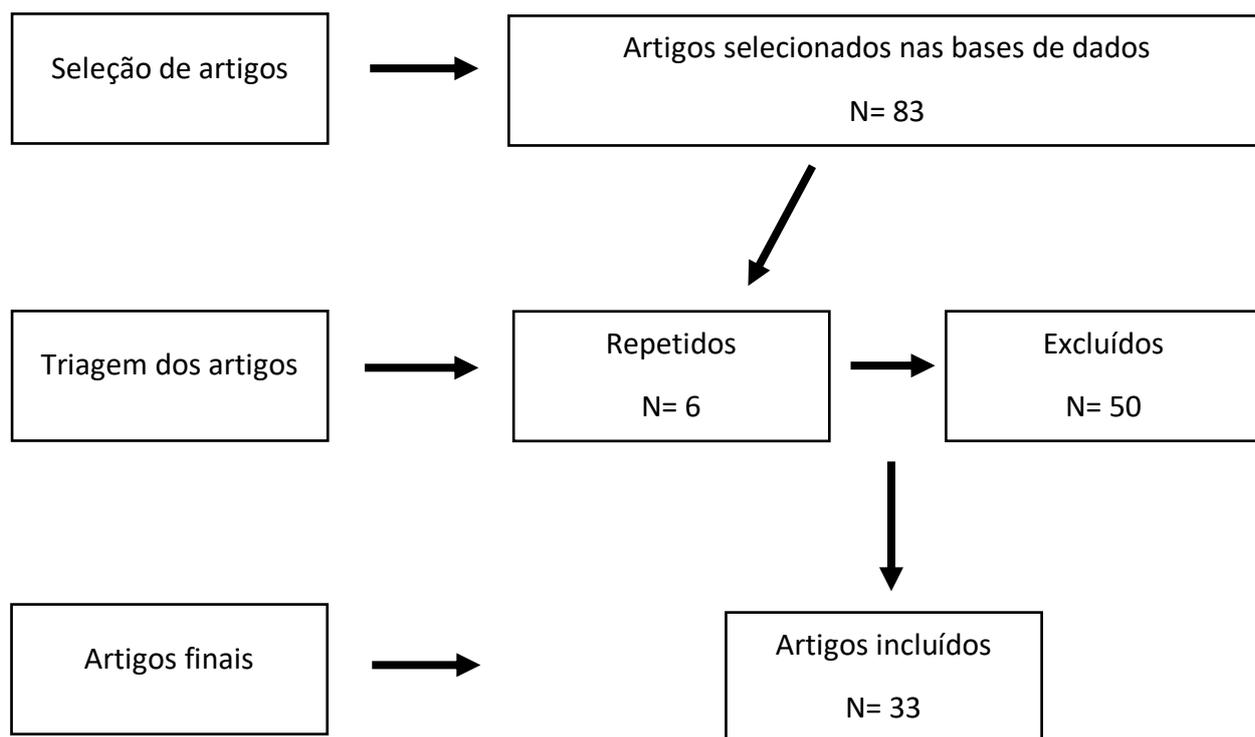


Figura 6 - Fluxograma da Seleção dos Artigos

Nº	Autor (es)/Ano	Título	Resumo do estudo	Tipo de Estudo
1	(Vieira et al., 2014)	Exercício Físico, e Envelhecimento em Idosos: Quedas em Idosos: Revisão Narrativa	O processo de envelhecimento acarreta um conjunto de modificações nos sistemas do corpo humano causando, progressivamente, alterações funcionais e estruturais. As alterações do equilíbrio são um fator a ter em conta com o avançar da idade, dado que, aumenta o risco de queda. Os autores concluem que, um programa regular de exercícios tem benefícios na saúde do idoso, havendo um maior controlo da comorbilidade e das quedas.	Revisão Narrativa
2	(Reis, 2014)	Avaliação de Risco de Queda em População Idosa Institucionalizada	Neste estudo, o idoso institucionalizado tem um perfil multidimensional de fragilidade, com dependência forte nas AVD's, mobilidade física comprometida e cognitivamente, comorbilidades e polifarmácia. As principais consequências da queda foram as escoriações e o medo pós-queda. Concluíram que, a Taxonomia II da NANDA-I tem ampla validade quanto à deteção do idoso sem risco de queda. Identificar atempadamente o idoso com risco de queda permite intervir, desenvolvendo programas de prevenção de quedas.	Estudo Analítico
3	(Esquenazi et al., 2014)	Aspetos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos	As alterações anatómicas e fisiológicas estão relacionadas ao risco de quedas nesta faixa etária. Os sistemas orgânicos que, mais se encontram envolvidos, no risco de queda no envelhecimento fisiológico são: o sistema	Artigo

visual e vestibular; sistema nervoso central e cardiovascular; sistema musculoesquelético e ósseo. Destacaram este último sistema, uma vez que, é responsável pela locomoção e flexibilidade. Concluem que, o metabolismo, os seus danos nas células e sistemas e as patologias, intimamente interligadas, despoletam as incapacidades do idoso nos seus sistemas orgânicos, como a perda da integração ósteo-muscular-cerebral que, é a maior responsável pelas quedas.

4	(L. Ferreira et al., 2013)	Risco de queda em idosos institucionalizados com doença de Alzheimer	Avaliou o risco de queda em 20 idosos com doença de Alzheimer institucionalizados. Estes idosos demonstraram alto risco de queda, todavia os autores não podem afirmar que estejam relacionados diretamente com a patologia em si e, por isso, acreditam que há a necessidade de investigar este campo científico.	Estudo Transversal Quantitativo
5	(Gonçalves et al., 2014)	Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de queda em idosos institucionalizados	Avaliaram 10 idosos com os seguintes instrumentos de avaliação: Mini Mental State Examination, Escala de Depressão Geriátrica, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, o Teste de Tempo de Reação, a Escala de Eficácia de Quedas e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Concluíram que, o risco de queda e o tempo de reação obtidos foram altos, podendo estar relacionados com a avaliação cognitiva (risco de demência, depressão e/ou	Artigo

ansiedade). Defendem que à a necessidade de um olhar mais atento das famílias, sociedade e das políticas públicas para as instituições, a fim de, ser garantido a manutenção de uma boa qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

6	(Rato, 2013)	A Queda no Idoso: avaliar riscos para prevenir	Conclui que, a consequência das quedas na população idosa acarreta um compromisso biopsicossocial, sendo uma das principais causas de deterioração da qualidade do envelhecimento. Os fatores de risco modificáveis devem ser tidos em conta e, é essencial implementar estratégias de avaliação e de prevenção de risco de queda, devendo os profissionais de saúde/social ter uma atitude mais ativa e alertar o idoso e quem o rodeia para os potenciais riscos, procurando otimizar a condição e saúde e bem-estar do mesmo, adequando o seu meio envolvente.	Artigo de revisão
---	--------------	--	---	-------------------

7	(L. Gomes, 2015)	Avaliação do risco de queda no idoso e estratégias preventivas	A queda acarreta consigo consequências psicológicas, como o medo de cair e a perda de confiança, levando a uma limitação funcional, com diminuição da interação social e o risco de institucionalização. Uma intervenção multifatorial demonstra maior eficácia na redução do risco de queda e, por isso, deve ser feita uma avaliação atempada, com o intuito de identificar os fatores de risco de queda para posterior intervenção. A avaliação do risco de queda e seus componentes não foi consensual nos estudos avaliados pela autora e, por isso, nem todas as recomendações voltadas para a prevenção de quedas no idoso são suportadas pela evidência científica. É essencial continuar a investigar este tema.	Trabalho de revisão
8	(Menezes & Bachion, 2012)	Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados	Foram entrevistados 59 idosos institucionalizados, tendo 48 déficit visual e 32 dos mesmo sofrido quedas. Concluíram que, os acidentes por queda são mais frequentes em idosos com déficit visual e, por isso, os autores referem que é importante a necessidade de investigação clínica oftalmológica nos idosos. Havendo um diagnóstico atempado de comprometimento visual e/ou correção dos mesmo pode ter benefício no idoso, evitando prejuízos funcionais e de ocorrência de quedas.	Estudo prospectivo

9	(D. Ferreira & Yoshitome, 2010)	Prevalência de idosos institucionalizados	e	Num ano analisaram 121 prontuários e 87 relatórios de quedas, sendo que encontraram 114 ocorrências de quedas sofridas por 45 idosos. Concluem que, a queda em idosos institucionalizados é elevada e com uma maior prevalência no sexo feminino em idade avançada. As quais sofrem quedas frequentes tem polipatologias e polifarmácia, apresentando déficit cognitivo e funcional, usando bengala. Realçam que é essencial uma avaliação constante por parte dos profissionais de saúde, a fim de, identificar os fatores de risco e implementar estratégias de prevenção.	Estudo quantitativo e descritivo e retrospectivo
10	(A. Santos, 2012)	Quedas em Idosos Institucionalizados		Avaliou 109 idosos institucionalizados, dos quais 63% apresentaram ocorrência de queda no último ano. Os locais mais frequentes destas ocorrências são o quarto e a WC. Os fatores de risco mais mencionados são a sensação de náuseas/tonturas, desequilíbrios, auxiliares de marcha e o calçado, tendo como lesão leve os hematomas e lesão graves a fratura do fêmur. 93% dos idosos referiram medo de voltar a cair.	Estudo descritivo, observacional e transversal

11	(Carvalho et al., 2011)	O envelhecimento e seus fatores de risco associados	Com o crescente envelhecimento populacional, um dos problemas que atinge esta faixa etária é a perda de função sem intervenção adequado. As fraturas e as quedas são frequentes, tendo um elevado custo social e económico e, levando a um aumento da dependência e da institucionalização. Os autores concluem que a manutenção e o cuidado da saúde desta faixa etária são fundamentais, sendo crucial as medidas de intervenção atempadas.	Artigo de revisão da literatura
12	(I. Azevedo, 2015)	A queda no idoso: fatores de risco e prevenção	A ocorrência de quedas tem um impacto na qualidade de vida desta faixa etária, tendo um comprometimento e deterioração da mesma. O autor refere que deve ser feita uma avaliação e análise dos fatores de risco, a fim de, se adotar estratégias de prevenção para o risco de queda. A prevenção deve englobar o idoso e os seus cuidadores, ativamente, para melhorar sinergicamente a condição do idoso.	Artigo de revisão
13	(Nogueira, 2017)	Impacte de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados	Houve uma elevada prevalência de doença cerebrovascular, osteoarticular e osteoporose e uma baixa ocorrência de quedas no último ano. Quanto ao risco de queda o programa de exercício físico verificara que o número de idosos sem risco de queda e alto risco de queda aumentou e, contrariamente, diminuiu o número de idosos com baixo risco de queda.	Estudo quantitativo quase-experimental

Concluíram que, o programa de exercício físico que implementaram nos idosos institucionalizados sem défice cognitivo teve um impacto positivo para a melhoria da capacidade funcional e psicossocial.

14	(Paraíso, 2014)	Fatores de risco de queda em idosos institucionalizados	Foram avaliados 45 idosos, dos quais 20 sofreram de queda e, destes, 13 sofreram quedas múltiplas. De entre os fatores de risco, o autor fez associação entre a ocorrência de queda e o historial de queda, o medo de cair, o défice cognitivo e funcional e o desempenho na marcha. Concluiu que são diversos os fatores de risco de queda nos idosos e, como tal, os recursos das instituições devem ser orientados para tal, a fim de, prevenir estas ocorrências que afetam significativamente esta faixa etária.	Estudo observacional, longitudinal, prospetivo e analítico
15	(Moreira, 2016)	Fatores de risco de queda de idosos não institucionalizados e não institucionalizados	Foram avaliados 50 idosos institucionalizados e 50 idosos não institucionalizados. Estes primeiros apresentaram resultados significativamente piores que os segundos, exceto na HADS Ansiedade. Concluiu que, a falta de audição, a depressão, a medicação, a perda de equilíbrio são os fatores de risco de queda nos últimos 12 meses nos idosos institucionalizados. Em contrapartida, nos idosos não institucionalizados aferiu-se que	Projeto

a ansiedade é que se evidencia como fator de risco.

-
- | | | | | |
|-----------|----------------|---|--|--|
| 16 | (Palma, 2012) | Quedas nos idosos: do risco à prevenção | Avaliou 62 idosos. Os fatores de risco que aumentam o risco de queda são os psicofármacos, diminuição da acuidade visual e auditiva. 41,9% dos idosos tiveram pelo menos uma queda e 21,8% resultaram em fratura. O autor concluiu que, é crucial a implementação de um projeto de promoção de saúde com foco nos fatores de risco. | Estudo descritivo e transversal quantitativo |
| <hr/> | | | | |
| 17 | (Torrão, 2016) | Quedas em idosos numa unidade de longa duração e manutenção - prevalência, riscos e prevenção | Estudo realizado entre 2/8/2008 e 21/8/2014, com 158 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos internados numa Unidade de Longa Duração e Manutenção. Houve uma prevalência de quedas de 14%, tendo como fatores de risco, a idade avançada, a presença de doenças crónicas, a mobilidade reduzida, défice cognitivo e a polimedicação. Os locais mais frequentes de queda foi o quarto e a WC. O autor concluiu que, a prevalência de quedas é superior comparando com outros estudos nesta área, realçando a necessidade de implementar políticas institucionais de prevenção para estas ocorrências. | Estudo descritivo e analítico retrospectivo |
-

18 (Prior, 2015)	O risco de quedas nos idosos do concelho de Proença-a-Nova	Avaliou 59 idosos, em que 75% sofreu pelo menos uma queda. Os locais de queda foram mais frequentes fora da habitação e ao longo do dia. A queda e o medo de cair aumentaram o sedentarismo desta população, ocorrendo alterações e patologias associadas ao envelhecimento.	Estudo exploratório, descritivo e transversal
19 (Peres, 2014)	Os idosos institucionalizados	Focou-se no risco de queda, na dor e na qualidade de vida nos idosos institucionalizados. 44,6% dos idosos apresentou baixo risco de queda e uma dor moderada, estando maioritariamente satisfeitos com a sua qualidade de vida. Concluiu que, ainda é um tema que deve ser investigado em Portugal, sendo fundamental valorizar e promover a qualidade de vida, caracterizar o risco de queda e traçar medidas de prevenção, monitorando e diminuindo a dor no idoso.	Estudo empírico
20 (Belona, 2021)	Intervenção Psicomotora na diminuição dos riscos de quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal	O grupo de estudo apresentou ocorrência de quedas com fratura antes da intervenção. A autora concluiu que houve um aumento da independência funcional nas AVD's, da diminuição do número e da gravidade da sintomatologia depressiva e, um aumento da autoestima e uma melhor integração do esquema corporal e da motivação e, como tal, há uma maior segurança e evitamento da queda. A gerontopsicomotricidade é uma resposta promotora da redução do risco de	Relatório de estágio

queda em idosos institucionalizados que deve ser valorizada e implementada.

-
- | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| 21 (T. Oliveira et al., 2018) | Risco multidimensional de queda em idosos | Avaliou 31 idosos de uma UCC, entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017. Maioritariamente os idosos deste estudo tem idade igual ou superior a 75 anos, apresentado mais do que um fator de risco de queda. Evidencia a diminuição da velocidade da marcha, a pouca confiança ao realizar as atividades, a polimedicação e a não adoção de comportamentos de segurança com os principais fatores de risco. | Estudo descritivo, transversal e exploratório |
| 22 (E. Gomes et al., 2014) | Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa | Foram avaliados 19 artigos, identificando como fatores de risco de queda em idosos institucionalizados o sexo feminino, ser portador de doença crónica, uso de benzodiazepinas, ter sofrido queda anteriormente e apresentar restrições de mobilidade. Concluem que, é necessário e essencial aliar a prática clínica às pesquisas científicas, havendo a necessidade de mais estudos longitudinais que contribuam para esta temática (riscos relacionados à ocorrência de quedas). | Revisão Integrativa da Literatura |
-

23	(Araújo Neto et al., 2017)	Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes	Avaliou 45 idosos em instituições de Longa Permanência para Idosos. 66,7% apresentou ocorrência de quedas. O autor menciona que este tipo de instituições deve adaptar as condições de segurança, como pisos antiderrapantes, barras de apoio, placas de sinalização de perigo. Defendem que devem ser implementadas políticas públicas de financiamento ou parcerias que, possibilitem estas adaptações com vista a diminuir o risco de queda.	Estudo transversal
24	(Souza et al., 2013)	Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizado	Participaram 72 idosos institucionalizados e 341 não institucionalizados. Concluem que com o avançar da idade a mobilidade funcional diminui, sendo maior nos idosos que não se encontram institucionalizados, apresentando assim um baixo risco de queda. É fulcral as intervenções nesta faixa etária em ambos os grupos, a fim de, melhorar a sua mobilidade e diminuir estas ocorrências.	Estudo observacional, analítico e transversal
25	(Silva et al., 2013)	Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados	Participaram 47 idosos de três instituições diferentes. As mulheres apresentaram um pior desempenho funcional. A maioria dos participantes é propenso a um elevado risco de queda. Os autores defendem que, estas instituições tenham conhecimento do risco de queda e do grau de dependência dos idosos, planeando e intervindo de forma individual.	Estudo observacional, descritivo e transversal

26 (Valcarenghi et al., 2011)	Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas	na Participaram 30 idosos. Os que sofrem alterações funcionais, cognitivas e depressão, tendem a cair mais vezes que os restantes utentes, sendo a maioria dependente nas AVD's, sendo que os que se encontram institucionalizados há menos tempo têm tendência a um maior risco de queda. Identificaram a influência de medicação com as quedas. Concluem que é fundamental estipular a influência das alterações funcionais e cognitivas e a depressão aquando ocorrência de queda nos idosos institucionalizados.	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo
27 (Lojudice et al., 2010)	Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados	Participaram 105 idosos de quatro instituições diferentes. 40% referem queda no último meio ano. Os fatores de risco mais referenciados foram o género feminino, polimedicação, osteoartrose, depressão, acuidade visual, ausência de atividade física, défice de força de preensão palmar e distúrbios do equilíbrio e da marcha. Os autores referem que é crucial a implementação de programas de prevenção de risco de queda nestas instituições, com uma intervenção multidisciplinar.	Artigo de revisão
28 (Ribeiro et al., 2009)	Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados	Participaram 144 idosos institucionalizados, sendo divididos em dois grupos (os que praticam exercício físico e os que não praticam exercício físico). Concluem que, os idosos institucionalizados que praticam regularmente exercício físico como	Estudo de investigação

estratégia na prevenção de quedas, têm um melhor equilíbrio e mobilidade funcional e, conseqüentemente, um menor risco de queda aquando comparados aos que não praticam.

-
- 29** (J. Carvalho et al., 2007) Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados Participaram 56 idosos institucionalizados, divididos em grupos, de acordo com a função do padrão de prática de exercício físico e do género. Concluem que: não há influência do sexo no equilíbrio, o sexo masculino não tem tanto medo de cair comparado ao feminino, os idosos que praticam exercício físico têm um maior equilíbrio e menos receio de cair. Há uma influência positiva entre o medo de cair e o equilíbrio, entre o medo de cair e a prática de exercício físico e entre o equilíbrio e a prática de exercício. Estudo de investigação
-
- 30** (V. Rosa et al., 2019) Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados Participaram 193 idosos. Concluem que os resultados obtidos dos fatores relacionados à queda são similares a outros estudos (défice auditivo, força de preensão palmar, dependência). A queda tem causas multifatoriais e, por isso, é essencial conhecer os fatores que contribuem para esta ocorrência. A institucionalização aumenta, significativamente, a ocorrência deste evento, sendo fulcral ações multidisciplinares Estudo de coorte prospetivo
-

-
- 31** (L. Ferreira et al., 2019) Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados Participaram 364 idosos de 10 instituições diferentes. Destes 130 sofreram duas ou mais quedas no ano anterior. O local de queda mais frequente foi o quarto, corredor e WC. Concluem que a fadiga é um fator significativo na ocorrência de queda e o usos de betabloqueadores. Os autores sugerem uma maior vigilância nestas instituições, recomendando programas de educação continua aos profissionais e cuidadores, a fim de, identificar precocemente os idosos com elevado risco de queda, bem como programas de apoio aos idosos que já sofreram queda. Estudo longitudinal tipo coorte
-
- 32** (A. dos Santos & Miranda, 2021) Prevenção de quedas em idosos institucionalizados Os autores observaram que, de acordo, com os trabalhos que encontraram o índice de risco de queda é elevado nos idosos institucionalizados, uma vez que, os idosos não são supervisionados na integra. Concluem que a prática regular de exercício físico contribui para a diminuição do risco de queda, sendo que os exercícios voltados para o equilíbrio e força muscular são as estratégias mais presentes. Referem ainda que, não há recursos direcionados para esta população e, por isso, são necessárias medidas de prevenção mais integradas. Trabalho de revisão bibliográfica
-

33	(Baixinho et al., 2020)	et	Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados?	Avaliaram 18 estudos que, tiveram instrumentos de avaliação de risco de queda diferentes, sendo utilizados, pelo menos, dois instrumentos. Os mais usados para avaliar o risco de queda nos idosos institucionalizados foram o Timed Up and Go Test e o Performance-Oriented Mobility Assessment. Concluem que, é fundamental continuar a investigar este tema, para a construção e validação de escalas específicas para a população institucionalizada.	Revisão integrativa da Literatura
----	-------------------------	----	--	---	-----------------------------------

Tabela 5 – Estudos incluídos

O tema em estudo na presente dissertação tem vindo, cada vez mais, a ser do interesse da sociedade atual e tem vindo a ser investigado em Portugal e no mundo, todavia, ainda são poucos os estudos recentes encontrados na literatura. No gráfico seguinte que, apenas abrange os artigos incluídos, pode-se verificar que, no ano 2013 e 2014 registou-se um maior número de publicações (12%; 21%) acerca do risco de queda na população idosa institucionalizada e, apenas dois artigos do ano 2021 foram inclusos (6%).

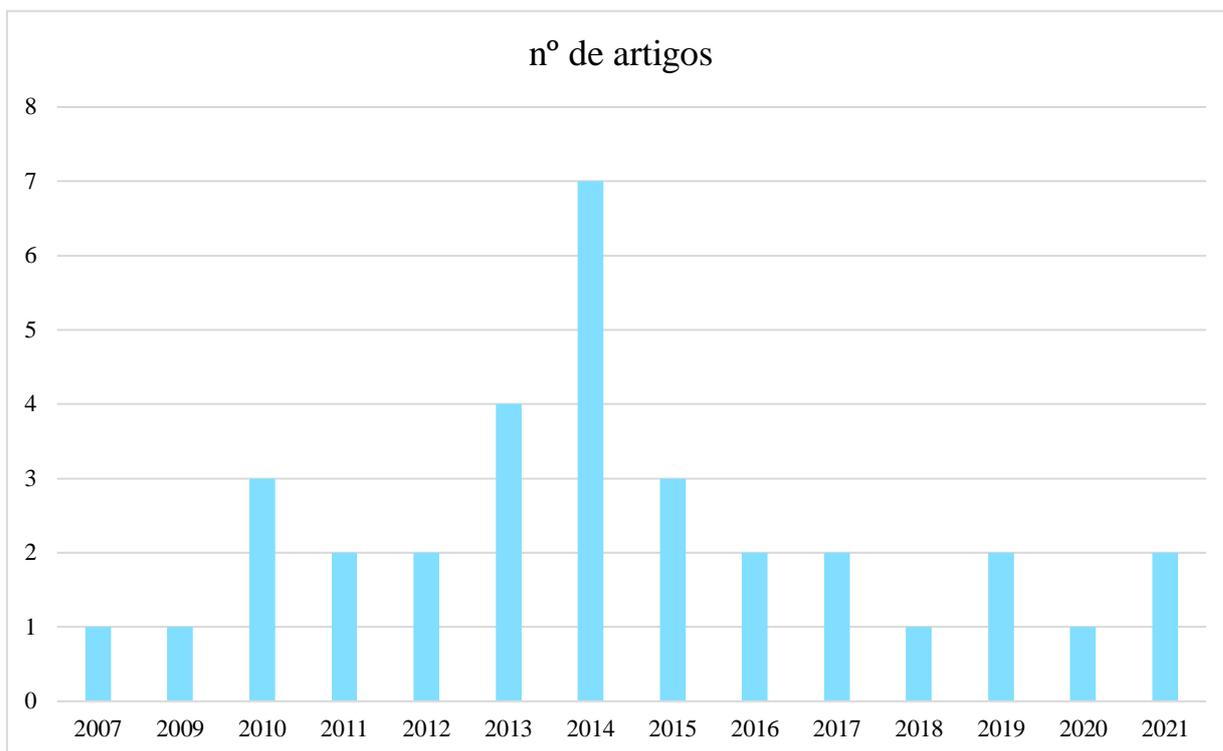


Gráfico 13- Número de artigos incluídos por ano

4. Discussão

A longevidade humana, felizmente, tem vindo a aumentar a um ritmo acelerado, sendo uma conquista da sociedade moderna. Com este crescimento, será de esperar um aumento, significativo, do número de casos de indivíduos em risco de queda e com demência sendo a institucionalização a primeira opção a que os familiares acabam por recorrer e, por isso, surge a necessidade de direcionar a atenção para a população idosa, bem como, para as suas famílias e/ou cuidadores (in)formais.

Conforme supramencionado, foram selecionados e analisados um conjunto de 33 artigos para integrar esta revisão sistemática da literatura que, abordam este tema crucial.

Pode se observar que, a maioria dos estudos analisados são consensuais, quer isto dizer que, concluem que, o envelhecimento humano acarreta um conjunto de modificações funcionais e estruturais que afetam a pessoa idosa, a nível biopsicossocial, pelo que, é fundamental haver um avaliação precoce do risco de queda na população

idosa institucionalizada, a fim de, elaborar um plano individual de intervenção e atuar junto desta população, melhorando a sua mobilidade, autonomia e independência, promovendo uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar e, conseqüentemente, prevenir e/ou diminuir o risco de queda nesta faixa etária.

Os idosos que participaram em programas que incluem exercício físico regular como estratégia na prevenção de quedas, demonstraram um melhor equilíbrio e mobilidade funcional e, concludentemente, um menor risco de queda aquando comparados aos que têm uma vida sedentária, constatando-se benefícios na saúde da população idosa e um maior controlo das suas comorbilidades e das quedas. Alguns autores salientam, igualmente, que se deve ter especial atenção aos fatores de risco de queda, especialmente, aqueles que são modificáveis, devendo os profissionais de saúde/social ter uma atitude mais ativa e alertar a população idosa e, não só, para os possíveis riscos, procurando otimizar as condições, adequando o seu meio envolvente. Verificou-se que, as quedas ocorrem com maior frequência no corredor, quarto e na casa de banho, sendo mencionado pelos idosos a sensação de náuseas/tonturas, desequilíbrios, auxiliares de marcha e o calçado, resultando em lesão leve (hematomas) e/ou lesão grave (fraturas).

A queda acarreta conseqüências multifatoriais, e não apenas a nível físico, mas também a nível psicológico. Destaca-se nesta última, o medo de cair novamente e a perda de confiança, resultando o isolamento social do idoso, por esta razão, é fundamental a existência de uma avaliação multifatorial e intervenção com uma equipa multidisciplinar.

Neste sentido, conclui-se que, é crucial haver uma avaliação precoce de risco de queda nesta faixa etária, conhecendo os fatores de risco que contribuem para esta ocorrência, adaptando o seu meio envolvente e, desenvolver programas de prevenção de risco de queda. É fulcral atuar junto do idoso institucionalizado, em prol da dignificação da sua qualidade de vida e bem-estar e pela preservação da sua independência e autonomia à medida que envelhecem, diminuindo e/ou prevenindo o risco de queda que, infelizmente, afeta em grande número esta população. A gerontopsicomotricidade é uma resposta promotora da redução do risco de queda em idosos institucionalizados que deve ser valorizada e implementada.

É, igualmente, essencial haver um olhar mais atento das famílias, sociedade e das políticas públicas para as instituições, a fim de, ser garantido a manutenção de uma boa qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Há a necessidade de continuar a investigar este campo científico em Portugal, sendo fundamental valorizar e promover a qualidade de vida, caracterizar o risco de queda e traçar medidas de prevenção, monitorando e diminuindo o risco de queda no idoso institucionalizado.

Capítulo IV – Conclusão

A presente dissertação, consistiu num estudo descritivo qualitativo e observacional, desenvolvido na Residência Sénior Premium Care, e numa Revisão Sistemática da Literatura, acerca do risco de queda na pessoa idosa institucionalizada. O tema desta dissertação surgiu do crescente interesse que a autora tem acerca do processo de envelhecimento humano e do elevado risco de queda na população idosa. Também, pelo facto de, enquanto profissional de gerontologia social e cidadã, puder contribuir de algum modo para a avaliação e melhoria da prevenção da ocorrência de quedas nesta faixa etária. Sensibilizar e alertar, simultaneamente, as instituições para a importância e a necessidade de programas de intervenção voltadas para o risco e para a prevenção atempada de quedas na pessoa idosa, bem como as consequências que as mesmas acarretam, não só para o idoso como para as pessoas que o rodeiam.

Portugal, apresenta uma população cada vez mais envelhecida, havendo um aumento de patologias associadas ao mesmo e, como tal, tem se vindo a verificar um elevado risco de queda nesta faixa etária. A queda é considerada um problema de saúde pública para a pessoa idosa e, por isso, deve ser precavida por meio de programas voltados para tal. Torna-se, cada vez mais, necessário e fundamental avaliar precocemente e intervir junto desta população, a fim de, promover a autonomia e independência, melhorar a mobilidade e, conseqüentemente, prevenir e diminuir o risco de queda, promovendo assim, uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa e, também, de quem a rodeia.

Pelo estudo descritivo qualitativo e observacional que, infelizmente, por razões já expostas ao longo desta dissertação, não foi exequível e, por isso, não foi possível

responder à questão de investigação e suas hipóteses, alcançando os resultados delineados inicialmente. Todavia, com os resultados que foram possíveis de obter com a aplicação dos instrumentos de avaliação de risco de queda (Timed Get up and go Test; Avaliação do Risco de Queda em Doentes Polimedicados; índice de Tinetti e a Escala de Berg), como pré-teste, percebeu-se que há uma necessidade nítida de avaliar precocemente os utentes aquando a sua entrada numa estrutura social dirigida ao idoso, desenvolvendo um plano de intervenção individual e atuar junto da pessoa idosa, principalmente, se a mesma apresentar um elevado risco de queda. O grupo de utentes avaliados, tem algumas peculiaridades, aquando comparados com o que a literatura nos diz, dado que é um grupo maioritariamente constituído pelo sexo masculino e são idosos/as viúvos(as) e/ou solteiros(as), o que, por norma, não é comum de se verificar nas ERPI's. Tornou-se num grande desafio profissional, foi notório a falta de vontade e de motivação destes utentes, não foram incentivados aquando da sua entrada, estimulados, exploradas as suas necessidades e potencialidades. Acreditasse que, em parte, alguns declínios, também sejam resultado da pandemia e das restrições que dela advieram, todavia não é desculpa. É necessário o contacto com a pessoa, desenvolver um serviço centrado na e para a pessoa idosa, existir um acompanhamento e avaliação periódica. Uma avaliação precoce e a aplicação de estratégias direcionados para a prevenção de risco de queda na pessoa idosa institucionalizada podem fazer toda e, grande, diferença na sua qualidade de vida e bem-estar. É fulcral que, este tipo de instituições, sejam capazes de ir ao encontro das reais necessidades e potencialidades das pessoas que nelas residem. Que conheçam o processo de envelhecimento humano, consigam fazer o diagnóstico diferencial entre o que é patológico e o que é fisiológico. É necessário que invistam na avaliação precoce e numa intervenção multi e interdisciplinar, que encontrem estratégias que permitam manter a pessoa idosa ativa, promover a sua autonomia e independência, diminuindo o seu risco de queda e, conseqüentemente, promovendo uma melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar.

Pela Revisão Sistemática da Literatura, percebeu-se que, há a necessidade de continuar a investigar este campo científico em Portugal. É, igualmente necessário, investir na formação dos profissionais da área da saúde e social, é preciso um olhar mais atento das famílias, da sociedade e das políticas públicas para as respostas sociais

dirigidas à pessoa idosa. É preciso falar sobre este fenómeno que, é o envelhecimento demográfico, e tudo o que com ele está ligado, é uma conquista para a nossa sociedade e, deveria ser vista com orgulho, e deve ser tido em consideração no desenvolvimento de um país, como Portugal. É fundamental haver esta sensibilização, desmitificar o envelhecimento, os fatores e consequências do risco de queda nesta faixa etária, saber avaliar e intervir atempadamente e, saber lidar de forma positiva quando se dá esta ocorrência. É preciso consciencializar a sociedade em geral para esta temática e criar condições para que o idoso possa envelhecer de forma ativa e saudável, preservar e/ou retardar o declínio funcional causado pelo próprio processo de envelhecimento. E, se por um lado, envelhecemos como/onde vivemos, é possível criar condições que permitam que a pessoa idosa possa envelhecer onde viveu, adiando ao máximo o processo de institucionalização que, afeta significativamente, a nível biopsicossocial o idoso. Emerge a noção de que os gerontólogos e a gerontologia é, cada vez mais necessária, não apenas nas respostas sociais dirigidas à população idosa como também no campo de investigação científica.

Em suma, reforçou-se a ideia de que é necessário investir nas respostas sociais dirigidas a esta faixa etária, na medida em que se procure conhecer, avaliar e intervir precocemente com a pessoa idosa, em prol da dignificação da sua qualidade de vida e bem-estar, da sua saúde e, pela preservação/manutenção da sua independência e autonomia, procurando estratégias de prevenção voltadas para o risco de queda. É essencial, também, sensibilizar a sociedade em geral para esta temática, pois é responsabilidade de todos garantir um envelhecimento digno aos nossos idosos e, adotar medidas de prevenção que reduzam o risco de queda nos mesmos.

Referências Bibliográficas

- Abreu, S., & Caldas, C. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(4), 324–330.
<https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000400012>
- Altman, M. (2011). *O envelhecimento à luz da psicanálise*. 193–206.
- American Geriatrics Society, & British Geriatrics Society. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons: AGS/BGS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF FALLS. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo Neto, A., Patrício, A., Ferreira, M., Rodrigues, B., Santos, T., Rodrigues, T., & Silva, R. (2017). Quedas em idosos institucionalizados: Riscos, consequências e antecedentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 719–725. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>
- Azevedo, I. (2015). *A queda no idoso: Fatores de risco e prevenção*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Baixinho, C., Bernardes, R., & Henriques, M. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? *Revista Baiana de Enfermagem* 34, .
<https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Baixinho, C., & Dixe, M. (2014). *Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos*. 2, 27–32.

- Belona, J. (2021). *Intervenção Psicomotora na diminuição dos riscos de quedas em Idosos Institucionalizados: Uma abordagem psicocorporal*. Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D., & Madeira, M. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lusodidacta.
- Branco, P. (2013). *Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada*. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa.
- Carmo, I. (2014). *Risco de queda em idosos na comunidade: Contributo para a construção de um instrumento de avaliação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, J., & Garcia, R. (2003). O envelhecimento da população brasileira: Um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 725–733.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2007(2), 225–231. <https://doi.org/10.5628/rpcd.07.02.225>
- Casqueira, T. (2016). *Contributo da família para o processo de institucionalização do idoso*. Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Beja.
- Close, J., Lord, S., Menz, H., & Sherrington, C. (2005). What is the role of falls? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(6), 913–935.
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.06.002>
- Costa, A. (2019). *Risco de queda no idoso em contexto comunitário*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio, A., Miguel, J., Lopes, M., Oliveira, M., Festas, N., & Ferreira, P. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.

- Costa, M., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700–701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
- de Carvalho, M., Luckow, E., Peres, W., Garcias, G., & Siqueira, F. (2011). *O envelhecimento e seus fatores de risco associados*. 8(2), 7.
- Devesa, L. (2016). *A comunicação organizacional como ferramenta de desenvolvimento e eficácia de uma organização*. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal.
- dos Santos, A., & Miranda, M. (2021). Prevenção de quedas em idosos institucionalizados. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 4(1), 586–594.
- Esquenazi, D., Da Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2). <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Esteireiro, A. (2013). *Bases Celulares e Moleculares do Envelhecimento*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Fabrício, S., Rodrigues, R., & Costa Junior, M. (2004). Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 93–99. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013>
- Fernandes, A. (2007). *Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia*. XLII(183), 419–443.
- Fernandes, A. (2018). *Políticas locais promotoras de envelhecimento ativo em Portugal*. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território - Universidade de Aveiro.
- Ferrão, S., Henriques, A., & Fontes, R. (2011). Prevenção e controlo de quedas na Pessoa idosa institucionalizada em Lar—Avaliação de risco sistematizada através da aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Queda de Morse, Teste Get Up and Go e Timed Get Up and Go. *Journal of Aging & Innovation*, 1(1), 14–22.

- Ferreira, C. (2013). *O efeito das percepções da velhice e da institucionalização no envelhecimento ativo: Um estudo de caso*. Faculdade de Letras - Universidade do Porto.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991–997.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>
- Ferreira, L., Ribeiro, K., Jerez-Roig, J., Araújo, J., & Lima, K. (2019). Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 67–75.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016>
- Ferreira, L., Sanches, G., Marcondes, L., & Saad, P. (2013). Risco de queda em idosos institucionalizados com doença de Alzheimer. . . *São Paulo*, 11.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Frias, A. (2018). *Quedas – Instabilidade Postural Síndrome Geriátrica*.
- Gates, S., Smith, L., Fisher, J., & Lamb, S. (2008). Systematic review of accuracy of screening instruments for predicting fall risk among independently living older adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(8), 1105–1116.
- Gibson, & et al.,. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish Medical Bulletin*, 34 Suppl 4, 1–24.
- Gomes, E., Marques, A., Leal, M., & Barros, B. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543–3551. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.16302013>
- Gomes, L. (2015). *Avaliação do risco de queda no idoso e estratégias preventivas*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, D., Altermann, C., Vieira, A., Machado, A., Fernandes, R., Oliveira, A., & Mello-Carpes, P. (2014). Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de

- reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.26009>
- GPvA. (2012a). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: A4: Avaliação do risco de queda em doentes polimedicados*.
- GPvA. (2012b). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes—A2: Timed get up and go Test*.
- Guerra, C. (2012). *Liderança Transformacional, Clima e Compromisso Organizacional*. ISPA - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- INE. (2021). *Censos 2021—Divulgação dos resultados provisórios*.
- Jones, D., & Whitaker, T. (2011). Preventing falls in older people: Assessment and interventions. *Nursing Standard*, 25(52), 50–55.
<https://doi.org/10.7748/ns2011.08.25.52.50.c8674>
- Kalache, A. (1987). Envelhecimento populacional no Brasil: Uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(3), 217–220. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
<https://doi.org/10.14195/978-989-26-0355-1>
- Lojudice, D., Laprega, M., Rodrigues, R., & Rodrigues Júnior, A. (2010). Quedas de idosos institucionalizados: Ocorrência e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 403–412. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300007>
- Mathias, S., Nayak, U. S., & Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: The «get-up and go» test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(6), 387–389.
- Menezes, R., & Bachion, M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1209–1218.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>
- Menezes, R., & Bachion, M. (2012). Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 71(1), 23–27.
<https://doi.org/10.1590/S0034-72802012000100005>

- Miranda, R., Mota, V., & Borges, M. (2010). Quedas em Idosos: Identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1), 453.
- Moreira, C. (2016). *Fatores de risco de queda de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Universidade Fernando Pessoa.
- Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program* (2nd ed). Springer Pub. Co.
- Neto, M., & Corte-Real, J. (2013). *A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*.
- Nogueira, I. (2017). *Impacte de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Oliveira, R. (2013). *Viver com o Envelhecimento: Das Políticas às Práticas*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, R., Cacho, E., & Borges, G. (2006). Post-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64(3b), 731–735. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000500006>
- Oliveira, T., Lavareda Baixinho, C., & Henriques, M. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- OMS. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*.
- Palma, C. (2012). *Quedas nos idosos: Do risco à prevenção*. Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde.
- Paraíso, R. (2014). *Fatores de risco de queda em idosos institucionalizados*. Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa.

- Paula, F. (2010). *Envelhecimento e quedas de idosos*. Apicuri.
- Pedro, W. (2013). Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. . . *São Paulo*.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Psico & Soma.
- Peres, M. (2014). *Os idosos institucionalizados*. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Persad, C. C., Cook, S., & Giordani, B. (2010). Assessing falls in the elderly: Should we use simple screening tests or a comprehensive fall risk evaluation? *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(2), 249–259.
- Pinho, T., Silva, A., Tura, L., Moreira, M., Gurgel, S., Smith, A., & Bezerra, V. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320–327. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008>
- Pires, V. (2017). *Dinâmicas e estratégias potenciadoras do Envelhecimento Ativo no idoso institucionalizado: O caso do CBESA*. Escola Superior de Educação de Portalegre/Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Portella, M. (2020). Pesquisa PROCAD - padrões de envelhecimento e longevidade: Aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(27), 97–104.
- Preto, I. (2017). *Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Prior, A. (2015). *O Risco de Quedas nos Idosos do Concelho de Proença a Nova*. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Rato, D. (2013). *A Queda no Idoso: Avaliar riscos para prevenir*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Reis, K. (2014). *Avaliação de risco de queda em população idosa institucionalizada*.
Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Ribeiro, F., Gomes, S., Teixeira, F., Brochado, G., & Oliveira, J. (2009). Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9(1), 36–42.
<https://doi.org/10.5628/rpcd.09.01.36>
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, xxviii(122), 679–689.
- Rosa, V., Cappellari, F., & Urbanetto, J. (2019). Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), e180138. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>
- Salzman, B. (2010). Gait and balance disorders in older adults. *American Family Physician*, 82(1), 61–68.
- Santos, A. (2012). *Quedas em Idosos Institucionalizados*. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Santos, E. (2013). *A comunicação como ferramenta para à prática organizacional*. Instituto Superior de Ciências Económicas e Empresariais.
- Silva, J., Barbosa, M., Castro, P., & Noronha, M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 337–346. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200013>
- Soares, A., Matos, F., Laus, L., & Suzuki, S. (2003). *Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional*. 4.
- Souza, C., Valmorbidia, L., Oliveira, J., Borsatto, A., Lorenzini, M., Knorst, M. R., Melo, D., Creutzberg, M., & Resende, T. de L. (2013). Mobilidade funcional em idosos

- institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 285–293. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200008>
- Stel, V. S., Smit, J. H., Pluijm, S. M. F., & Lips, P. (2004). Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing*, 33(1), 58–65. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh028>
- Stenvall, M., Olofsson, B., Lundström, M., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2007). A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporosis International*, 18(2), 167–175. <https://doi.org/10.1007/s00198-006-0226-7>
- Torrão, C. (2016). *Quedas em idosos numa unidade de longa duração e manutenção—Prevalência, Riscos e Prevenção*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Valcarenghi, R., Santos, S., Barlem, E., Pelzer, M., Gomes, G., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 828–833. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000600017>
- Vieira, A., Aprile, M., & Paulino, C. (2014). *Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa*. 6(1), 9.
- Voermans, N. C., Snijders, A. H., Schoon, Y., & Bloem, B. R. (2007). Why old people fall (and how to stop them). *Practical Neurology*, 7(3), 158–171. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.120980>

Anexos

Anexo I – Time Get up and go Test (GPvA, 2012b)

Avaliado			
Nome: <input type="text"/>			
Resultado:			
Menos de 10 segundos	Entre 10 e 19 segundos	Entre 20 e 29 segundos	≥ a 30 segundos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avaliador			
Nome: <input type="text"/>			
Data da avaliação		<input type="text"/>	

¹ Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. Arch Phys Med Rehabil. 1986; 67: 387-9. [PMID: 3487300]

² Podsiadlo, D., Richardson, S. The timed 'Up and Go' Test: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of American Geriatric Society*. 1991; 39:142-148 (Traduzido e adaptado por Maria José Cabrita, enfermeira do IASFA)

³ Virginia A. Moyer, ; *Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. Annals of Internal Medicine. Vol 157, n.º 3, agosto 2012. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-157-3-201208070-00462#ClinicalConsiderations>

Anexo II – Índice de Tinetti (Apóstolo, 2012)

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

25

ESENFCE _ João Apóstolo _ Instrumentos para avaliação em geriatria

Documento de apoio Maio, 2012

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: ___ / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

26

ESENFEC _ João Apóstolo _ Instrumentos para avaliação em geriatria

Documento de apoio Maio, 2012

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha

2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: ___ / 12

Pontuação total: ___ / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão.

Elisa Petiz
FCDEF-UP 2001

Anexo III – Escala de Equilíbrio de Berg (Apóstolo, 2012)

Escala de Equilíbrio de Berg

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

- Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- 4 senta com segurança com o mínimo uso das mão
- 3 controla descida utilizando as mãos

- 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- 1 necessita de supervisão ao virar

- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
() 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
() 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
() 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
() 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO

PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
() 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
() 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
() 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
() 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- () 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
() 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos

- 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos
- 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

Anexo IV - Avaliação do risco de queda em doentes polimedicados (GPvA, 2012a)

Avaliado			
Nome: <input style="width: 700px; height: 20px;" type="text"/>			
Assinale "Sim" se já teve essa experiência (mesmo que seja só às vezes)	Não	Sim	Se a resposta é «SIM» ...
1. Caiu nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fale com o seu médico sobre as suas quedas e/ou preocupações. ✓ Mostre esta listagem ao seu médico, que o ajudará a perceber os riscos e a protegê-lo de futuras quedas.
2. Toma, diariamente, quatro ou mais medicamentos que lhe tenham sido receitados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reveja a sua medicação com o médico em cada consulta e em cada nova alteração. ✓ Pergunte quais os medicamentos que toma que podem provocar efeitos secundários, como sonolência, tontura ou falta de força. ✓ Fale com o seu médico sobre sintomas que possam ser efeitos secundário ou interação entre medicamentos.
3. Tem dificuldade em andar ou em estar de pé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe o seu médico se tiver dores, rigidez, falta de força, inchaço, dormência nas pernas ou nos pés – não ignore este tipo de problemas. ✓ Informe o seu médico se tiver dificuldade em andar para poder corrigir o seu tratamento. ✓ Pergunte ao seu médico se o tratamento por um fisioterapeuta ou por um médico especialista é útil para o seu problema.
4. Para andar utiliza canadiana, bengala, andariço, muletas ou necessita de se agarrar a alguma coisa/pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pergunte ao seu médico se pode ser acompanhado por um fisioterapeuta para conhecer qual o dispositivo mais adequado para si e aprender a utilizá-lo em segurança.

¹ Fonte: National Center for Injury Prevention and Control. Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
Traduzido e adaptado por Jorge Rosário, enfermeiro, da Unidade de Saúde Pública, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Assinale "Sim" se já teve essa experiência (mesmo que seja só às vezes)	Não	Sim	Se a resposta é «SIM» ...
5. Precisa de apoiar os braços para se levantar de uma cadeira?			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pergunte ao seu médico se o pode encaminhar para um fisioterapeuta para aprender exercícios que fortaleçam os músculos das pernas. ✓ Pratique exercício durante 30 minutos, duas a três vezes por semana.
6. Já se sentiu inseguro nos seus próprios pés, fraco ou tonto?			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe o seu médico e pergunte se o tratamento por um especialista ou fisioterapeuta o ajudará a melhorar a sua condição. ✓ Reveja toda a sua medicação com o seu médico se tiver algum destes sintomas.
7. Passaram mais de dois anos desde a última vez que fez exames à vista?			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faça um exame aos olhos de dois em dois anos para proteger a visão e o equilíbrio.
8. A sua audição piorou com a idade ou a sua família e amigos dizem que tem problemas de ouvidos?			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faça um teste de audição de dois em dois anos. ✓ Se lhe recomendaram próteses auditivas, aprenda a usá-las para se proteger corrigir a sua audição, o que ajudará, também, a melhorar o seu equilíbrio.
9. Faz exercício menos que dois dias por semana, habitualmente? (durante 30 minutos em cada um dos dias)			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pergunte ao seu médico que tipo de exercício melhora a sua força e o equilíbrio. ✓ Procure fazer atividades que goste e pessoas com quem as possa praticar, duas a três vezes por semana, durante 30 minutos.
10. Ingere bebidas alcoólicas diariamente?			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limite a ingestão de alcoólicas a uma bebida por dia, de modo a prevenir as quedas.
11. Tem mais que três doenças crónicas? (tais como problemas de coração ou pulmão, diabetes, tensão alta, artrite, entre outras. Pergunte ao seu médico se tiver dúvidas.)			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulte o seu médico regularmente para manter a sua saúde nas melhores condições. ✓ Pergunte ao seu médico o que é que deve fazer para se sentir saudável e ativo, com as suas condições de saúde. ✓ Informe rapidamente sobre qualquer alteração que lhe cause fraqueza ou doença.

Avaliação: Quanto maior for o número de respostas afirmativas, maior é a probabilidade de queda. Identifique as causas das quedas e cuide de si de forma a manter-se independente e livre de quedas.

Avaliador/o Próprio

Nome:

Data da avaliação

Apêndices

Apêndice I – Parecer da Comissão de Ética da FMUC



Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

03/03/2022, 12:56



para mim, mtverissimo, Gabinete, Pos ▾

Exma. Senhora

Dra. Carolina Santos Cabral,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“Avaliação do risco de queda em idosos institucionalizados: impacto da implementação de um programa de intervenção para o risco e prevenção de quedas em idosos institucionalizados”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 24 de fevereiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Correções e documento em falta recebidos e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.

Na presente data segue para o Gabinete de Estudos Avançados da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica (conforme deliberação do Conselho Científico de 08.10.2012).

Para futuras informações, é favor contactar o referido gabinete através do e-mail gea@fmed.uc.pt.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Apêndice II – Autorização da Residência Sénior Premium Care


DECLARAÇÃO

Declara-se pela presente, para efeitos de apresentação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que Anabela Maria Lopes Filipe, portadora do Cartão do Cidadão nº12295694, e contribuinte número 205991599, enquanto diretora técnica da ERPI (Estrutura Residencial para pessoas Idosas) PREMIUM CARE Unipessoal, autoriza a estagiária Carolina Santos Cabral, nascida a 02-08-1997, portadora do Cartão de Cidadão com o número 15276356, válido até 09-08-2022 a realizar o seu Projeto de Estudo “Avaliação de Risco de Queda em idosos Institucionalizados: Impacto da Implementação de um Programa de Intervenção para o Risco e Prevenção de Quedas” na Erpi.

Por ser verdade, se data e assina

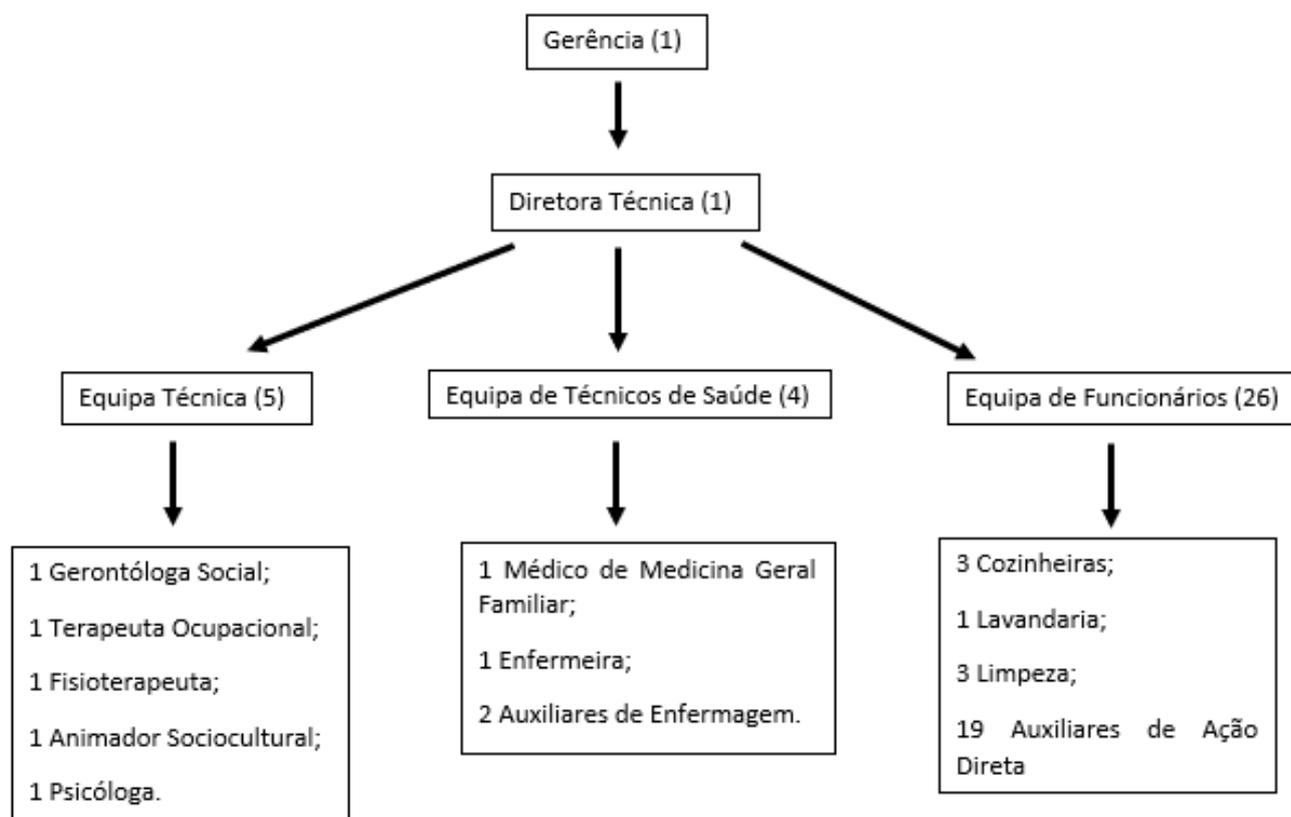
Lisboa, 20 de janeiro de 2022

PREMIUM CARE, UNIP., LDA
NIF 510 660 908
Rua Ferreira Lapa, n.º 29,
1150-156 Lisboa
Tel: 21 404 71 66

Dra^a Anabela Filipe
Diretora Técnica

Rua Ferreira Lapa 29, 1150-156 Lisboa | Tel: +351 214 047 166 | Tlm: +351 937 860 266 | email: info@premium-care.pt
www.premium-care.pt

Apêndice III – Organograma da Residência Sênior Premium Care



Apêndice IV - Plano de intervenção do Programa de Intervenção para o risco e prevenção de quedas em idosos institucionalizados

Exercícios de Marcha		
Local	Recursos	Duração
Ginásio da Premium Care Público-alvo Utentes institucionalizados que apresentaram elevado risco de queda	Barras paralelas e bicicleta;	30 Minutos
Exercício	Descrição	Objetivos
1. Andar de bicicleta;	O utente deve pedalar na bicicleta conforme o ritmo que achar apropriado. Deve realizar o exercício durante <u>5 a 10 minutos</u> .	
2. Caminhar em linha reta para a frente;	O utente deve imaginar uma linha reta e caminhar sobre a mesma, com a cabeça direita, olhando para a frente. Segurando as barras paralelas deve colocar o pé à frente do outro, com o calcanhar a tocar a ponta do pé oposto. Deve concluir <u>10 passos</u> , girar e voltar a realizar <u>10 passos</u> da mesma forma até à posição inicial. Deve realizar o exercício <u>3 vezes</u> .	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover o equilíbrio; ❖ Treinar a marcha; ❖ Prevenir o risco de queda; ❖ Promover a autonomia; ❖ Aumentar a resistência física; ❖ Desenvolver a motricidade; ❖ Promover a concentração; ❖ Estimular a coordenação das pernas; ❖ Aumentar a circulação sanguínea; ❖ Estimular a ativação e integridade dos músculos.
3. Caminhar em linha reta para trás;	O utente deve imaginar uma linha reta e caminhar sobre a mesma, com a cabeça direita, olhando para a frente. Segurando as barras paralelas deve caminhar <u>10 passos</u> para <u>trás</u> , com o calcanhar a tocar a ponta do pé oposto,	

4. Caminhar para o lado (cruzado);
- de seguida deve girar e voltar a realizar 10 passos da mesma forma até à posição inicial. Deve realizar o exercício 3 vezes.

5. Caminhar para o lado
- O utente virado de frente para a barra lateral e apoiado na mesma, com a cabeça direita e a olhar para a frente, deve dar 10 passos para a direita e de seguida 10 passos para a esquerda, cruzando os pés. Deve realizar o exercício 3 vezes.

6. Andar de bicos de pés/calcanhares
- O utente virado de frente para a barra lateral e apoiado na mesma, com a cabeça direita e a olhar para a frente, deve dar 10 passos para a direita, e de seguida 10 passos para a esquerda, abrindo e fechando as pernas. Deve realizar o exercício 3 vezes

O utente apoiado nas barras paralelas, com a cabeça direita e a olhar para a frente, deve dar 10 passos em bicos de pés, girar e voltar a realizar 10 passos até à posição inicial. De seguida deve realizar o mesmo, mas desta vez com os calcanhares. Deve realizar cada exercício 2 vezes.

*Para melhor compreensão da evolução da pessoa idosa, estes exercícios vão aumentando a dificuldade de 3 em 3 semanas. Primeiramente inicia-se com o apoio de duas mãos (auxiliares de marcha se usar), seguidamente com o apoio de uma mão e, por fim sem apoio.

Exercícios de Equilíbrio

Local	Recursos	Duração
Ginásio da Premium Care Público – alvo Utentes institucionalizados que apresentaram elevado risco de queda	Barras paralelas; Cadeira	30 Minutos
Exercício	Descrição	Objetivos
1. Elevação dos calcanhares;	O utente deve posicionar-se de frente para uma parede, de modo a apoiar os dedos das mãos à altura dos ombros, com os cotovelos ligeiramente fletidos, costas direitas e os pés ligeiramente afastados. De seguida, o utente terá de elevar os calcanhares o máximo que conseguir (durante <u>5 a 10 segundos</u>). De seguida, deve elevar os dedos dos pés, apoiando-se nos calcanhares (durante <u>5 a 10 segundos</u>). Cada exercício deve ser realizado <u>3 vezes</u> .	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover o equilíbrio do utente; ❖ Prevenir o risco de queda; ❖ Promover a autonomia; ❖ Aumentar a resistência física; ❖ Desenvolver a motricidade; ❖ Promover a concentração; ❖ Fomentar a coordenação; ❖ Aumentar a circulação sanguínea; ❖ Estimular a ativação e integridade dos músculos.
2. Andar em linha reta com os pés alinhados;	O utente deve imaginar uma linha reta e caminhar sobre a mesma, com a cabeça direita, olhando para a frente. Deve colocar o pé à frente do outro, com o calcanhar a tocar a ponta do pé oposto.	

- Deve concluir 10 passos, girar e voltar a realizar 10 passos da mesma forma até à posição inicial. Deve realizar o exercício 3 vezes.
3. Elevação das pernas;
Com as mãos apoiadas nas barras paralelas, o utente deve elevar a perna para trás (posição avião), mantendo a posição durante 5 a 10 segundos. De seguida, deve realizar o mesmo, mas trocando de perna. Posteriormente, ainda com as mãos apoiadas nas barras paralelas, o utente deve elevar a perna dobrando o joelho até onde conseguir, durante 5 a 10 segundos cada perna. Deve realizar o exercício 3 vezes.
4. Andar de olhos fechados;
O utente deve fechar os olhos, e apoiado nas barras paralelas deve imaginar uma linha reta e caminhar sobre a mesma, com a cabeça direita. Deve colocar o pé à frente do outro, com o calcanhar a tocar a ponta do pé oposto. Deve concluir 10 passos, girar e voltar a realizar 10 passos da mesma forma até à posição inicial. Deve realizar o exercício 2 vezes.
5. Levantar/Sentar da cadeira
O utente com os pés apoiados no chão, cabeça direita e sempre a olhar para a frente, deve esticar os braços para a

frente ao nível dos ombros. Deve levantar-se da cadeira e voltar a sentar-se, tentando não se apoiar. Deve realizar o exercício 3 vezes.

6. Flexão dos joelhos

Com as mãos apoiadas nas barras paralelas, o utente deve olhar para a frente e afastar ligeiramente os pés (alinhados com o quadril). De seguida, deve agachar-se lentamente flexionando os joelhos até onde conseguir, mantendo a posição durante 5 a 10 segundos. Deve realizar o exercício 3 vezes

*Para melhor compreensão da evolução da pessoa idosa, estes exercícios vão aumentando a dificuldade de 3 em 3 semanas. Primeiramente inicia-se com o apoio de duas mãos (auxiliares de marcha se usar), seguidamente com o apoio de uma mão e, por fim sem apoio.

Apêndice V – Tabela de Observação

Grelha de Observação – Exercícios de Marcha			
Local	Sessão	Data	Duração
Ginásio da Premium Care			
Utente	X/20	__/__/__	30 Minutos
X			
Exercícios	Análise	Legenda	
1. Caminhar em linha reta para a frente;		1 – Incapaz de realizar o exercício;	
2. Caminhar em linha reta para trás;		2 – Realiza o exercício, com muita dificuldade;	
3. Caminhar para o lado;		3 – Realiza o exercício, com pouca dificuldade;	
4. Caminhar para o lado (cruzado)		4 – Realiza o exercício, sem dificuldade;	

5. Andar de bicos de pés/calcanhares N – Não realizou.

6. Andar de bicicleta

Observações:

Grelha de Observação – Exercícios de Equilíbrio

Local	Sessão	Data	Duração
Ginásio da Premium Care			
Utente	X/20	__/__/__	30 Minutos
X			

Exercícios	Análise	Legenda
1. Elevação dos calcanhares		1 – Incapaz de realizar o exercício;
2. Andar em linha reta com os pés alinhados		2 – Realiza o exercício, com muita dificuldade;
3. Elevação das pernas		3 – Realiza o exercício, com pouca dificuldade;
4. Andar de olhos fechados		4 – Realiza o exercício, sem dificuldade;
5. Levantar/Sentar da cadeira		N – Não realizou.
6. Flexão dos joelhos		

Observações: