

Millenium, 2(Edição Especial Nº17)

pt

RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO EM IDOSOS - AVALIAÇÃO NUMA COMUNIDADE  
RISK OF FALLING AT HOME IN THE ELDERLY - ASSESSMENT IN A COMMUNITY  
RIESGO DE CAÍDAS EN CASA EN ANCIANOS - EVALUACIÓN EN UNA COMUNIDAD

Raquel Gil <sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0001-6791-5462>  
Odete Amaral <sup>2,3</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3382-6074>  
Paula Carvalho <sup>4</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0659-8459>  
Ana Ribeiro <sup>4</sup>  <https://orcid.org/0009-0006-6276-178X>  
Raquel Pinto <sup>4</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0529-8112>  
Tânia Coimbra <sup>4</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-8667-4983>

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, CDP-CRC Viseu, Viseu, Portugal

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

<sup>3</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

<sup>4</sup> Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, UCC Tondela, Tondela, Portugal

Raquel Gil – raquelgilmurca@gmail.com | Odete Amaral – mamamaral@essv.ipv.pt | Paula Carvalho – zinho1973@gmail.com |

Ana Ribeiro – amribeiro@arscentro.min-saude.pt | Raquel Pinto – anaraquelbhpinto@gmail.com | Tânia Coimbra – tccoimbra@arscentro.min-saude.pt



**Autor Correspondente:**

*Raquel Gil*

Travessa das Pedras Alçadas  
3500 – Viseu – Portugal  
raquelgilmurca@gmail.com

RECEBIDO: 21 de novembro de 2024

REVISTO: 20 de dezembro de 2024

ACEITE: 2 de janeiro de 2024

PUBLICADO: 30 de janeiro de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

## RESUMO

**Introdução:** Em Portugal as quedas estão identificadas como um dos problemas mais relevantes no envelhecimento da população, com consequências, ao nível da morbilidade e mortalidade, em parte evitáveis. Dados recentes indicam a queda como o principal mecanismo de lesão nesta faixa etária e o domicílio como o local de maior predomínio.

**Objetivo:** Determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia de um concelho de Viseu; avaliar o risco de queda e identificar fatores associados às quedas.

**Métodos:** Estudo transversal analítico com uma amostra de 86 idosos, a maioria do género feminino e uma média de idade de 81,96±6,62 anos. Os dados foram colhidos através da aplicação de inquéritos.

**Resultados:** Cerca de 86,0% dos idosos referiram já ter tido uma queda no domicílio, dos quais a maioria (52,3%) mencionou que ocorreu nos últimos 12 meses. O maior número de quedas ocorreu na rua, cozinha e escadas e associaram-se com a idade e com a utilização de dispositivos de marcha. Os principais motivos de queda foram o tropeçar (68,9%) e as escadas (15,6%).

**Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de refletir e planear intervenções em enfermagem, designadamente em Enfermagem Comunitária, e assim consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** quedas; idosos; enfermagem comunitária

## ABSTRACT

**Introduction:** In Portugal, falls are identified as one of the most relevant problems in the aging population, with consequences in terms of morbidity and mortality that are partly avoidable. Recent data indicate falls as the main mechanism of injury in this age group and the house as the most prevalent location.

**Objective:** To determine the prevalence of falls at home in elderly people enrolled in Day Care Centers in a county in Viseu; assess the risk of falling and identify factors associated with falls.

**Methods:** Analytical cross-sectional study with a sample of 86 elderly people, the majority female, and an average age of 81.96±6.62 years. Data were collected through the application of inquiries.

**Results:** Around 86.0% of the elderly reported having already had a fall at home, of which the majority (52.3%) mentioned that it occurred in the last 12 months. The greatest number of falls occurred in the street/outside, kitchen, and stairs and were associated with age and the use of walking devices. The main reasons for falls were tripping (68.9%) and stairs (15.6%).

**Conclusion:** The results reinforce the need to reflect and plan interventions in nursing, particularly in Community Nursing, and thus consolidate and promote safety in the provision of healthcare.

**Keywords:** falls; elderly; community nursing

## RESUMEN

**Introducción:** En Portugal, las caídas se identifican como uno de los problemas más relevantes del envejecimiento de la población, con consecuencias, en términos de morbilidad y mortalidad, que son en parte evitables. Datos recientes indican que las caídas son el principal mecanismo de lesión en este grupo de edad y el hogar como el lugar más prevalente.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de caídas en el hogar en personas mayores matriculadas en Centros de Día de un municipio de Viseu; evaluar el riesgo de caídas e identificar los factores asociados con las caídas.

**Métodos:** Estudio analítico transversal con una muestra de 86 adultos mayores, la mayoría del sexo femenino y una edad promedio de 81,96±6,62 años. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de encuestas.

**Resultados:** Alrededor del 86,0% de los ancianos refirieron haber sufrido ya una caída en el domicilio, de los cuales la mayoría (52,3%) mencionó que ocurrió en los últimos 12 meses. El mayor número de caídas se produjo en la calle, cocina y escaleras y se asociaron con la edad y el uso de dispositivos para caminar. Los principales motivos de caída fueron los tropezones (68,9%) y las escaleras (15,6%).

**Conclusión:** Los resultados refuerzan la necesidad de reflexionar y planificar intervenciones en enfermería, particularmente en Enfermería Comunitaria, y así consolidar y promover la seguridad en la prestación de atención de salud.

**Palabras Clave:** caídas; anciano; enfermería comunitaria

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

## INTRODUÇÃO

As quedas representam uma problemática de saúde pública a nível mundial, sendo a segunda causa de morte por acidente (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). Apesar de ser um fenómeno transversal a todas as idades, as quedas estão identificadas como um dos problemas de saúde mais relevantes no envelhecimento da população, com consequências ao nível da morbilidade e mortalidade, em parte, evitáveis (Caldeira et al., 2022). Uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do programa de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA) indica a queda como o principal mecanismo de lesão, 68,7% no grupo etário  $\geq 75$  anos, (68,4% sexo feminino e 31,6 sexo masculino) e o local de maior frequência destes acidentes é a casa (52,3%) (Alves et al., 2024). Perante a realidade do envelhecimento populacional, evidencia-se a necessidade de intervenções na prevenção das quedas na população idosa em contexto comunitário (Cruz et al., 2022; INE, 2020). O primeiro passo para a prevenção das quedas é a identificação dos fatores que estão na sua origem e as condições que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, os fatores de risco. Estes podem estar relacionados com fatores biológicos, comportamentais ou ambientais e geralmente pelo menos dois destes fatores estão na origem da queda (Pinto et al., 2020). As quedas na população idosa constituem um fenómeno complexo para o qual concorrem vários fatores, que interagem de forma dinâmica, pelo que o estudo de fatores biológicos, comportamentais e ambientais, e a aplicação de intervenções multidirecionadas têm impacto na redução dos fatores de risco para a ocorrência de quedas no domicílio preservando a autonomia e independência (Dourado et al., 2022; Oliveira et al., 2018). Face ao exposto, este estudo teve por objetivo identificar os fatores de risco de queda, no domicílio, presentes numa amostra de idosos inscritos em Centro de Dia de um Concelho da região centro de Portugal.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A queda é um fenómeno definido como episódio acidental e não intencional, devido a desequilíbrio, ou incapacidade para permanecer na vertical, evidencia a probabilidade de perda de autonomia no processo de envelhecimento, (OMS, 2021; International Council of Nurses, [ICN], 2019). Em todas as suas dimensões, quer nacional quer internacionalmente, o envelhecimento é um dos acontecimentos mais desafiadores em termos de políticas sociais, e o significativo aumento da população de adultos idosos estabelece a problemática das quedas e risco de queda como um problema de saúde pública, pela sua elevada incidência, morbilidade e mortalidade, traduzindo-se num grande impacto económico, não apenas para a rede familiar mas também para a comunidade (Antunes et al., 2022). A esperança média de vida tem aumentado por força do desenvolvimento socioeconómico, diminuição da mortalidade infantil e melhoria dos cuidados de saúde (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Esta evolução na demografia das populações traduz-se no envelhecimento populacional e na proporção de idosos, nas populações em geral. Em Portugal o envelhecimento demográfico continua a acentuar-se de forma expressiva e o índice de envelhecimento da população é de 182, ou seja, existem 182 idosos para cada 100 jovens. Em 2011 este índice era de 128, (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). Dado o imperativo demográfico, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, reforça o investimento no desenvolvimento de investigação na área da segurança das populações, designadamente o Pilar 5, “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, patente no Objetivo Estratégico 5.1. “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e Objetivo Estratégico 5.2. “Monitorizar a implementação de práticas seguras” nomeadamente através da produção de instrumentos e materiais de apoio no âmbito da segurança dos utentes (Lebre et al., 2022, pp. 39-40). Naturalmente que para prevenir as quedas é fundamental identificar os fatores que estão na sua origem, compreender quais as condições que aumentam a probabilidade da sua ocorrência e os respetivos fatores de risco. Estes podem estar relacionados com fatores biológicos, comportamentais ou ambientais e geralmente pelo menos dois destes fatores estão presentes na origem de uma queda. Assim, a prevenção deve considerar uma avaliação multifatorial do risco designadamente, história de quedas, avaliação da marcha e equilíbrio, mobilidade e performance muscular, capacidade funcional percebida, avaliação de défice visual, défice cognitivo, incontinência urinária, riscos no ambiente e regime terapêutico. (Pinto et al., 2020). Paralelamente, a utilização de instrumentos de avaliação do risco de queda podem contribuir para uma avaliação mais detalhada do indivíduo e predição do risco de queda, designadamente o teste Timed Up & Go, e a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992; (Podsiadlo & Richardson, 1991). Assim, com este estudo pretendemos determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia; avaliar o risco de queda no domicílio em idosos e identificar fatores associados às quedas no domicílio.

## 2. MÉTODOS

Estudo transversal analítico (Gordis, 2009) com a questão de investigação: Qual a prevalência de quedas e os fatores associados em idosos inscritos em centro de dia de um concelho do distrito de Viseu. Portanto definimos como objetivos determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia; avaliar o risco de queda no domicílio em idosos e identificar fatores associados às quedas no domicílio.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

## 2.1 Amostra

A população em estudo é constituída pelos idosos inscritos em Centros de Dia, num total de 140 idosos nesse concelho, entre os meses de junho e agosto de 2023. Da população em estudo foi selecionada uma amostra de conveniência (n=86) constituída por todos os idosos que aceitaram participar no estudo e que cumpriam os critérios de inclusão para participação. Considerou-se como critérios de inclusão, indivíduos com 65 ou mais anos, inscritos nos respetivos Centros de Dia, com capacidade para decidir de forma livre e esclarecida, sem incapacidade física que impeça a realização do inquérito, teste e escala, demonstradas no local, e possuir competência linguística portuguesa.

## 2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de um inquérito. O inquérito é constituído por questões de caracterização sociodemográfica e clínica, um teste e duas escalas de avaliação do risco de queda, designadamente o teste *Timed Up&Go*, (Podsiadlo & Richardson, 1991) a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992) e a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio (Gonçalves et al., 2012). O inquérito *online* foi criado na plataforma *EU Survey* e preenchido pela equipa de investigação. Foram elaborados os procedimentos formais respeitando a confidencialidade da informação e garantindo o anonimato. O instrumento de recolha de dados é constituído por 6 partes, a Parte I, referente à caracterização sociodemográfica, contém 9 questões que permitem recolher informação respeitante ao género, idade, estado civil, nível de escolaridade, área de residência, centro de dia frequentado e com quem vive. A Parte II é uma avaliação do estado de saúde, medidas antropométricas, informação sobre défices sensoriais, visuais ou auditivos, utilização de meios auxiliares de marcha, presença e tipo de doença e terapêutica. As doenças foram agrupadas em: Diabetes, Patologia cardiovascular (ex: HTA, doenças do coração, AVC, varizes), Hipertensão Arterial, Doenças hematológicas (ex: dislipidémia, hipocoagulação), Doença oncológica, Patologia respiratória (ex: bronquite e sinusite), Demência (ex: Alzheimer), Patologia osteoarticular (ex: osteoporose, artroses, artrite), Patologia psiquiátrica (ex: depressão), Incontinência urinária, Lesões cutâneas, Patologia gastrointestinal, outras patologias. Da mesma forma os fármacos foram agrupados em grupos terapêuticos designadamente, Sedativos, Antidepressivos, Antipsicóticos, Anti-hipertensores, Diuréticos (ou com efeitos diuréticos), Laxantes (ou com efeitos laxantes), outros fármacos. A Parte III diz respeito à avaliação do risco de queda com recolha de informação sobre histórico de quedas prévias e nos últimos 12 meses, local onde ocorreu a queda, período do dia em que ocorreu e circunstâncias. A Parte IV contempla o teste *TimedUp&GO* (Podsiadlo & Richardson, 1991). O teste está validado para indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e avalia a mobilidade, equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação e avalia o risco de quedas em idosos. O tempo de conclusão do teste igual ou inferior a 10 segundos indica bom desempenho e baixo risco de queda; 10,1 a 20 segundos, indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das Atividades de Vida Diárias (AVD); um tempo entre 21 e 29 segundos indica a necessidade de uma abordagem específica sobre o risco de queda e um risco de queda moderado. Um tempo superior a 30 segundos refere-se a um alto risco de queda (Podsiadlo & Richardson, 1991). A Parte V compreende a Escala de Equilíbrio de Berg, criada por Katherine Berg em 1992 e validada para Portugal (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Berg e colaboradores realizaram um estudo intitulado "*Measuring balance in the elderly: Preliminary development of a instrument*" onde verificaram que o teste tem uma boa consistência interna, conseguindo diferenciar os idosos com maior probabilidade de queda, além de que está correlacionado com outros testes como o TUG, também utilizado neste estudo (Berg et al., 1992). O objetivo da escala é avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos com base no desempenho de 14 atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito e avaliação das transferências: levantar, ficar em pé sem apoio, ficar sentado sem suporte, sentar-se, transferir-se, em pé de olhos fechados, em pé com os pés juntos, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, rodar em torno de si mesmo, alternar os pés sobre um degrau, ficar em pé com um pé à frente do outro, permanecer sobre uma perna. O desempenho de cada atividade é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho em que: 0 – Incapaz de executar e 4 – Capaz de executar de forma independente, com uma pontuação máxima de 56 pontos. Quanto maior a pontuação menor é o risco de queda. Pontuações finais que variam entre 0-20 representam diminuição do equilíbrio; entre 21 e 40, representam equilíbrio aceitável e entre 41 a 56 representam bom equilíbrio. A Parte VI do inquérito, é constituída pela Escala de Caracterização da Habitação, criada e validada para a população portuguesa por Gonçalves et al. (2012). Esta escala identifica os principais obstáculos e barreiras que constituem fatores de risco para a queda no domicílio. A identificação dos fatores de risco contribui para a prevenção através do planeamento de correções ou adaptações ao ambiente. A escala foi elaborada de acordo com a realidade portuguesa e avalia os espaços da habitação, designadamente: sala de estar/jantar, quarto de dormir, instalações sanitárias, corredor, cozinha, escadas ou degraus, pátio ou jardim e quintal. Para cada item existe a possibilidade de resposta "existe" ou "não existe" e em relação às características de cada espaço a possibilidade de resposta "sim" ou "não". Ao "sim" foi atribuído o valor 1 e ao "não" o valor 0, alcançando-se assim um somatório final mediante o qual se atribui o risco de queda. Assim quanto maior o número de respostas "sim" que o compartimento obtiver, maior é o risco. A análise realiza-se através do valor médio final. O risco de queda é calculado para cada divisão da habitação. Quando o valor obtido é superior à mediana diz-se que a divisão apresenta alto risco de queda, e quando o valor obtido é igual ou inferior à mediana, diz-se que a divisão apresenta baixo risco de queda (Gonçalves et al., 2012).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

### 2.3 Procedimentos éticos

Após parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (PARECER N.º 24/SUB/2023 foram solicitadas autorizações aos órgãos dirigentes de todas as instituições onde se concretizou esta fase do estudo. A participação dos idosos no estudo só ocorreu mediante o seu consentimento livre e esclarecido. As informações e as análises efetuadas, sob anonimização, permaneceram arquivadas em dispositivo próprio, com proteção de palavra-passe e com acesso exclusivo do investigador responsável pelo estudo.

### 2.4 Análise estatística

Para a elaboração da base de dados e tratamento estatístico descritivo e inferencial recorreremos ao programa *Statistical Package Science* (IBM-SPSS) versão 28. De acordo com Fortin (2009), a análise estatística das variáveis contínuas foi representada por média e desvio padrão e descritas em frequência absoluta e percentual (%). Em relação à análise inferencial recorreremos ao teste não paramétrico (Qui-quadrado). A magnitude de associação foi estimada através do cálculo do Odds Ratios (OR) e a correlação de Spearman, com os respetivos intervalos de confiança a 95% e/ou nível de significância  $p \leq 0,05$ .

## 3. RESULTADOS

No total da amostra, a maioria é do género feminino (n=61; 70,9%) com uma idade média de  $81,96 \pm 6,62$  anos, tendo a maioria dos idosos idade superior a 80 anos (n= 52; 60,5%), são viúvos (61,6%) e quanto ao nível de escolaridade verifica-se uma percentagem maior de idosos com escolaridade  $\leq 1^\circ$  ciclo (89,5%) e apenas 10,5% têm escolaridade  $\geq$  ao 2º ciclo. A maioria dos idosos habitam em meio rural (n=71; 82,6%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

	Género				Total n (86) % (100%)
	Feminino n (61) % (70,9%)	Masculino n (25) % (29,1%)			
<b>Idade</b>					
65-80 anos	27	44,3	7	28,0	34 (39,5)
$\geq 81$ anos	34	55,7	18	72,0	52 (60,5)
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	4	6,6	4	16,0	8 (9,3)
Casado/União facta	10	16,4	9	36,0	19 (22,1)
Separado/divorciado	4	6,6	2	8,0	6 (7,0)
Viúvo	43	70,5	10	40,0	53 (61,6)
<b>Nível de escolaridade</b>					
$\leq 1^\circ$ ciclo	56	91,8	21	84,0	77 (89,5)
$\geq 2^\circ$ ciclo	5	8,2	4	16,0	9 (10,5)
<b>Área de residência</b>					
Rural	49	80,3	22	88,0	71 (82,6)
Urbano	12	19,7	3	12,0	15 (17,4)

### Avaliação do estado de saúde

Pode-se verificar que a percentagem de mulheres que utiliza dispositivo de marcha é maior e com diferenças significativas (62,3% vs. 36,0%;  $p=0,03$ ) e as mulheres sofrem mais de tonturas ou vertigens (55,7% vs. 44,3%;  $p=0,04$ ). Os dispositivos de marcha mais referenciados foram o andarilho (12,8%) e bengalas/muletas/canadianas (87,2%). Para os dispositivos de visão a percentagem de mulheres que utiliza é maior, mas sem diferenças significativas (70,5% vs. 64,0%;  $p=0,56$ ). Dispositivos de audição apenas são utilizados por 3 idosos (3,5%), sendo duas mulheres e um homem. Para o Índice de Massa Corporal (IMC) a percentagem de homens com peso normal e excesso de peso é maior e de obesidade é maior nas mulheres. Quase todos os idosos referiram sofrer de alguma doença (98,8%) e todos os idosos responderam que atualmente tomam medicação.

### Variáveis contextuais à queda

De acordo com a Tabela 2, verificou-se que, no total da amostra, 86,0% dos idosos, alguma vez, sofreu alguma queda (feminino 90,2% vs. masculino 76,0%). A prevalência de quedas nos últimos 12 meses foi de 52,3% do total dos idosos sendo em mulheres de 50,8% e em homens de 56,0%. Em ambas as situações não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p>0,05$ ).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

**Tabela 2** - Prevalência das quedas no domicílio, segundo o género

	Feminino		Masculino		Total n (%)
	n	%	N	%	
<b>Alguma vez, sofreu alguma queda</b>					
Sim	55	90,2	19	76,0	74 (86,0)
Não	6	9,8	6	24,0	12 (14,0)
	<i>p</i>		0,08		
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu alguma queda</b>					
Sim	31	50,8	14	56,0	45 (52,3)
Não	30	49,2	11	44,0	47 (47,7)
	<i>p</i>		0,06		

De acordo com a idade, apurou-se que, 86,0% dos idosos “alguma vez já sofreram uma queda”, sendo o risco menor nos idosos com idade ≤ 80 anos (65-80 anos OR=0,27; p=0,04). Quanto ao IMC não se encontraram diferenças significativas.

Os locais onde ocorreram mais quedas nos últimos 12 meses foram a rua / fora de casa (27,3%); a cozinha (15,9%); nas escadas (15,9%); no quarto (11,4%); no quintal (11,4%); na casa de banho (9,1%); na sala (4,5%) e no centro de dia (4,5%).

A maioria das quedas ocorreu de dia (84,1%), apenas 15,9% das mesmas aconteceram durante a noite.

Neste estudo, os motivos que levaram à ocorrência de quedas foram o tropeçar (31; 68,9%); queda em escadas (7; 15,6%); queda da cama (2; 4,4%); queda em altura (2; 4,4%); queda de outro tipo de mobiliário (1; 2,2%).

#### Variáveis sociodemográficas e clínicas e o risco de queda

Constatou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias e na cozinha é maior no género feminino, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas externas à casa, no pátio / jardim a probabilidade de alto risco de queda é maior nas mulheres, sem associação significativa. Quanto à idade, o risco de queda na cozinha apenas se associou com a faixa etária dos 65-80 anos, sendo que os idosos “mais novos” apresentam um risco superior de queda na cozinha (OR= 4,73; IC95% 1,80 – 12,39) (cf. Tabela 3).

**Tabela 3** - Risco de queda em função do género e da idade

	Género Feminino	Idade (65-80 anos)
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>		
Alto risco	0,85 (0,33 – 2,20)	0,57 (0,23 – 1,43)
Baixo risco	1*	1*
<b>Quarto</b>		
Alto risco	1,23 (0,48 – 3,14)	0,43 (0,18 – 1,06)
Baixo risco	1*	1*
<b>Corredor</b>		
Alto risco	0,66 (0,26 – 1,68)	0,71 (0,29 – 1,75)
Baixo risco	1*	1*
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco	1,79 (0,65 – 4,91)	0,45 (0,18 – 1,13)
Baixo risco	1*	1*
<b>Cozinha</b>		
Alto risco	1,79 (0,62 – 5,14)	<b>4,73 (1,80 – 12,39)</b>
Baixo risco	1*	1*
<b>Escadas ou degraus</b>		
Alto risco	0,88 (0,35 – 2,26)	1,17 (0,49 – 2,80)
Baixo risco	1*	1*
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco	2,10 (0,80 – 5,47)	1,08 (0,46 – 2,56)
Baixo risco	1*	1*
<b>Quintal</b>		
Alto risco	0,55 (0,21 – 1,40)	0,92 (0,39 – 2,20)
Baixo risco	1*	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Quanto às variáveis clínicas, o risco de queda apenas se associou com a utilização dos dispositivos de apoio à marcha, ou seja, os idosos que utilizam dispositivos de apoio à marcha apresentam um alto risco de queda na sala de jantar (OR=2,55; IC95% 1,02 – 6,40) e instalações sanitárias (OR= 3,19; IC95% 1,25 – 8,17), para as restantes divisões da casa as diferenças não são significativas. Os idosos que referiram “nos últimos 12 meses sofrer alguma queda” apresentaram um ‘alto risco’ de queda nas divisões corredor (OR=3,88; IC95% 1,54-9,76) e sala de estar (OR=3,72; IC95% 1,45-9,54). Quando se avaliou o tempo médio para a mobilidade,

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

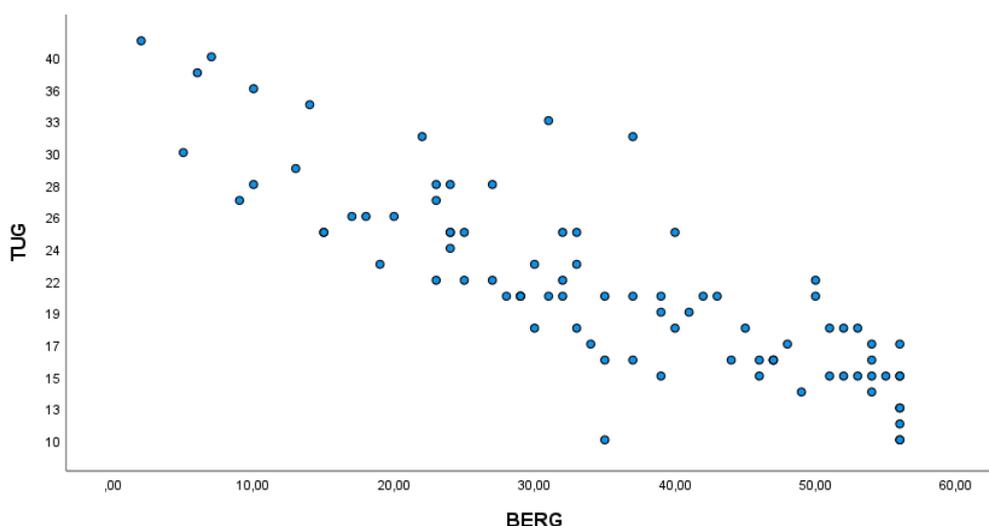
equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação que permite avaliar o risco de queda em idosos, através do teste TUG, observou-se uma pontuação média de 21,27 segundos (Tempo médio  $21,27 \pm 6,91$  segundos). Quanto à estratificação do risco obtivemos uma maior percentagem para ‘Algum risco de queda’ (54,7%); ‘Risco moderado de queda’ (31,4%); ‘Alto risco de queda’ (10,5%) e ‘Baixo risco de queda’ (3,5%).

Quando se analisou a Escala de Equilíbrio de Berg a média de pontuações finais foi de  $35,19 \pm 14,98$ ; ‘Equilíbrio diminuído / elevado risco de queda’ (15; 17,4%); ‘Equilíbrio aceitável ou médio / risco de queda médio’ (38; 44,2%) e ‘Equilíbrio bom / baixo risco de queda’ (33; 38,4%). Pode-se ainda referir e dicotomizando o Teste de Equilíbrio de BERG, que 67,4% dos idosos apresentam risco de queda (Tabela 4).

**Tabela 4** - Score da Escala de Equilíbrio de Berg

Variável	N	%
<b>Escala de Equilíbrio de BERG</b>		
Sem risco de quedas (Score $\geq 45$ )	28	32,6
Com risco de quedas (Score $< 46$ )	56	67,4

Ao calcular o coeficiente de correlação de Spearman (r), os instrumentos BERG e TUG apresentaram uma correlação negativa entre eles ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,859$ ), ou seja, quanto maior a pontuação em BERG, menor o tempo em TUG (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Correlação entre os testes BERG e TUG

#### 4. DISCUSSÃO

Quanto à avaliação do risco de queda no domicílio em idosos, no total da amostra ( $n=86$ ), a grande maioria dos idosos, já alguma vez sofreu queda, o que é comum à maioria em ambos os géneros. Em relação a ter sofrido uma queda nos últimos 12 meses, constatou-se que, em 52,3% do total dos idosos, ocorreu queda (feminino 50,8% vs. masculino 56,0%). Estes dados estão em conformidade com os encontrados por (Vaz, 2020), em que a maioria dos idosos, alguma vez já tinha sofrido alguma queda, com registo deste evento nos últimos 12 meses. registou que cerca de 22,2% dos idosos já tinham sofrido queda no domicílio, dos quais a grande maioria (83,3%) referiu que esta ocorreu nos últimos 12 meses. No presente estudo, uma análise por idade no grupo de idosos que já sofreram uma queda, 76,5% têm idade  $\leq 80$  anos e 92,3%  $\geq 80$  anos, sendo o risco inferior nos idosos mais novos (65-80 anos  $OR= 0,27$ ;  $p=0,04$ ). Entre os idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses, a mesma ocorreu mais frequentemente na rua/fora de casa (27,3%) na cozinha (15,9%) nas escadas (15,9%), no quarto (11,4%) e no quintal (11,4%) prevalecendo os casos em que as quedas ocorreram de dia, cujas principais circunstâncias foram ter tropeçado (68,9%). (Niza et al., 2021) constatou que prevaleceram os idosos cuja queda ocorreu no quarto e na rua (25,0%, respetivamente), seguindo-se a casa de banho e quintal (16,7%, respetivamente). (Ang et al., 2019) documentam que quer idosos com idade  $\leq 80$  e  $\geq 80$  anos sofrem quedas, quer no domicílio, quer na rua/fora de casa. No presente estudo e quanto à avaliação do tempo médio para mobilidade, equilíbrio e capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, que permite avaliar o risco de queda; através do teste TUG, observou-se uma pontuação média de 21,27 segundos (tempo médio  $21,27 \pm 6,91$  segundos), com uma maior percentagem, na estratificação do risco, para ‘Algum risco de queda’ (54,7%), seguindo-se o ‘Risco moderado de queda’ (31,4%). Através da Escala de Equilíbrio de Berg, obteve-se uma média de pontuações finais de  $35,19 \pm 14,98$ , com um resultado de ‘Equilíbrio diminuído/elevado risco de queda’, em 15 idosos; ‘Equilíbrio aceitável ou médio/risco de queda médio’, em 38 idosos e ‘Equilíbrio bom/baixo risco de queda’ em 33 idosos. Verifica-se que 67,4% dos idosos apresentam risco de queda. (Anwar et al., 2023) numa amostra de 350 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, registaram resultados ligeiramente

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

distintos no Teste TUG, com 13,08 segundos, variando de 8,1 a 23 segundos, estratificando o risco para 'Algum risco de queda' enquanto a pontuação da Escala de Equilíbrio de Berg foi de 48,35, variando de 38 a 55 pontos, portanto 'Equilíbrio aceitável' a 'Equilíbrio bom'. No presente estudo e quanto aos resultados referentes ao risco de queda no domicílio, nas diferentes divisões, verificou-se que, na globalidade, prevaleceu o baixo risco de queda, o que demonstra que os idosos, no geral, apresentam boas condições habitacionais, sobretudo no interior da habitação. Foi no pátio/jardim (48,8%), no quintal (45,3%) e nas escadas ou degraus (41,9%) que se obtiveram valores percentuais mais elevados de alto risco de queda. Constatou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias e na cozinha é maior no género feminino, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Nas áreas externas à casa, no pátio/jardim, a probabilidade de alto risco de queda é maior nas mulheres, mas sem associação significativa. Quanto à idade, apenas a idade dos 65 aos 80 anos se associou com o risco de queda na cozinha, sendo que os idosos mais novos apresentam um risco superior de queda na cozinha (OR= 4,73; IC95% 1,80-12,39). Resultados semelhantes foram identificados por (Anwar et al., 2023) com maior probabilidade de queda no exterior da habitação, nos idosos do género feminino e nos idosos  $\geq 80$  anos. No presente estudo verificou-se que os idosos com episódio de queda nos últimos 12 meses apresentaram um 'alto risco' de ocorrência da mesma superior nas divisões corredor (OR=3,88; IC95% 1,54-9,76) e sala de estar (OR=3,72; IC95% 1,45-9,54). Todavia entre os idosos que referiram alguma queda ao longo da vida não existiram diferenças significativas para as diferentes divisões da casa. Os que referiram que habitualmente sofrem de tonturas/vertigens também apresentam um alto risco de queda com diferenças significativas no quintal (OR=0,38; IC95% 0,15-0,91). Estes resultados confirmam outras evidências, onde também ficou demonstrado que os idosos com episódio de queda nos últimos 12 meses e os que frequentemente sofrem de tonturas/vertigens têm mais probabilidade de risco de queda quer no interior, quer no exterior do domicílio. Aproximadamente metade das quedas entre os idosos que vivem na comunidade ocorre ao ar livre, no quintal ou na rua de acesso à habitação (Watkins et al., 2021).

## CONCLUSÃO

Verifica-se uma prevalência de quedas de 86,0%, mais frequente em idosos na faixa etária dos 80 anos. A prevalência de quedas nos últimos 12 meses é de 52,3%, com maior ocorrência na rua/fora de casa e sobretudo de dia por terem tropeçado. Os locais onde ocorreram mais quedas nos últimos 12 meses foram a rua/fora de casa; a cozinha; as escadas; o quarto; o quintal; a casa de banho e por fim, com igual prevalência a sala e o centro de dia. A estratificação do risco indicou maior percentagem para 'Algum risco de queda' (54,7%), seguindo-se o 'Risco moderado de queda' (31,4%). Percentagens de 'alto risco de queda' situam-se no pátio/jardim, no quarto de dormir, no quintal, nas escadas ou degraus e corredor. Existe maior probabilidade de alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias, na cozinha e no pátio/jardim para o género feminino. Os idosos na faixa etária dos 65 aos 80 anos revelaram maior probabilidade de risco de queda na cozinha; os idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses apresentaram um alto risco de queda nas divisões corredor e na sala de estar; os idosos que relatam que habitualmente sofrem de tonturas/vertigens apresentam um alto risco de queda no quintal. Apesar das limitações metodológicas do estudo, transversal, suportado numa amostra de conveniência de tamanho limitado, que dificulta a extrapolação dos dados para outros contextos, os resultados evidenciam a natureza complexa e multifatorial dos fatores de risco de queda na população em estudo e a determinação desses fatores de risco fornece aos enfermeiros, que cuidam desta população, possibilidades de utilizar esta informação para educar e intervir para otimizar a segurança numa população em envelhecimento. Consequência destas limitações e perante o presente estudo sugere-se a realização de novos estudos com amostras aleatórias, representativas da população, que incluam a implementação e avaliação de intervenções de remoção ou modificação dos fatores de risco.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos o contributo de todos os participantes e equipas dos centros de dia envolvidas, essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, R.G., O.A. e P.C.; tratamento de dados, R.G. e O.A.; análise formal, R.G., O.A., P.C., A.R., R.P. e T.C.; investigação, R.G., O.A., P.C. e R.P.; metodologia, R.G., O.A.; administração do projeto, R.G., O.A., P.C. e R.P.; recursos, R.G., O.A., P.C., A.R., R.P. e T.C.; programas, R.G., O.A., P.C. e R.P.; supervisão, O.A.; validação, R.G. e O.A.; visualização, R.G., O.A., P.C., A.R., R.P. e T.C.; redação – preparação do rascunho original, R.G. e O.A.; redação – revisão e edição, R.G., O.A., P.C., A.R., R.P. e T.C.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2024). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. *Boletim Epidemiológico Observações*, 13(35), 91–97. <http://hdl.handle.net/10400.18/9178>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

- Ang, S. G. M., O'Brien, A. P., & Wilson, A. (2019). Understanding carers' fall concern and their management of fall risk among older people at home. *BMC Geriatrics*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1162-7>
- Antunes, F., Assis, F., Assis, V., Farias, T., Oliveira, P., Silva, A. C., Silva, I., Soares, J. C., Toss, A. F., & Vale, E. (2022). Estratégias para a prevenção de quedas em idosos em ambiente domiciliar: Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), 1–8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38572>
- Anwar, A., Waheed, F., Javaid, A., Zahoor, I. A., Malik, A. N., & Abbas, R. (2023). Valores normativos da escala de equilíbrio de Berg e do teste Timed Up and Go em mulheres idosas: Um estudo descritivo. *The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 3, 617–626. <https://thehealerjournal.com/index.php/templates/article/view/152>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(SUPPL. 2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1468055/>
- Caldeira, E., Coelho, A., Gemito, M., Moita, E., & Rocha, F. (2022). Risco de queda nos idosos: Mais vale prevenir que remediar. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(3). [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)
- Cruz, A. G., Lopes, M. C., Reis, L. F., & Parola, V. S. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário : Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21119>
- Dourado, F. W., Moreira, A. C. A., Salles, D. L., & Silva, M. A. M. da. (2022). Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, 1–10. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022ar022566>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, F., Chaves, C., & Duarte, J. (2012). *Risco de Queda dos Idosos no Domicílio*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu] Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiologia* (4th ed.). Lusodidacta.
- Instituto Nacional De Estatística. (2020). *Projeções de População Residente*. <https://abrir.link/TkNRh>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação : Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estatística. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *As pessoas 2022*. Instituto Nacional de Estatística. <https://abrir.link/hyfwk>
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Artmed, Grupo A Educação S.A. [https://play.google.com/books/reader?id=x5T-DwAAQBAJ&pg=GBS.PT2&hl=pt\\_PT](https://play.google.com/books/reader?id=x5T-DwAAQBAJ&pg=GBS.PT2&hl=pt_PT)
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, O., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://abrir.link/nTaCA>
- Niza, C., Amaral, O., Coimbra, J., Brito, O., Esteves, M. J., & Ferreira, R. F. (2021). Risco de queda no domicílio em idosos inscritos em centros de dia. *Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(9e), 207–216. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25495>
- Oliveira, T., Lavareda Baixinho, C., & Henriques, M. A. (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>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2020). Manual do Cuidador: Envelhecimento Ativo e Saudável. *Manual do Cuidador*. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The Timed Up and Go: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Vaz, P. C. L. M. (2020). *Prevenção de quedas nos idosos: Capacitar para não acontecer* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/36872>
- Watkins, A., Curl, A., Mavoa, S., Tomintz, M., Todd, V., & Dicker, B. (2021). A socio-spatial analysis of pedestrian falls in Aotearoa New Zealand. *Social Science & Medicine* (1982), 288, 113212. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113212>