

QUAIS AS PRÁTICAS DOS CUIDADORES PARA PREVENIR AS QUEDAS NOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS?

WHAT ARE THE PRACTICES OF CAREGIVERS TO PREVENT FALLS AMONG INSTITUTIONALIZED ELDERERS?

¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES PARA PREVENIR CAÍDAS ENTRE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS?

Cristina Lavareda Baixinho¹
Maria dos Anjos Dixe²

Como citar este artigo: Baixinho CL, Dixe MA. Quais as práticas dos cuidadores para prevenir as quedas nos idosos institucionalizados? Rev baiana enferm. 2020;34:e37491.

Objetivo: descrever as práticas dos cuidadores na gestão do risco de queda de idosos institucionalizados e relacionar as práticas com a idade, formação e tempo de exercício profissional dos cuidadores. **Método:** estudo correlacional, de abordagem quantitativa. A população foram os profissionais de seis instituições de longa permanência para idosos portugueses. Utilizou-se a Escala de Práticas de Intervenção para Prevenção de Quedas de Idosos Institucionalizados. **Resultados:** Os 53 indicadores demonstram que as práticas são globalmente boas, entretanto é preocupante a utilização de medidas de restrição física da mobilidade, como medida preventiva. Verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre o número de anos de atividade profissional, a idade das cuidadoras, a formação e as suas práticas no âmbito das quedas dos idosos. **Conclusão:** as práticas adotadas são positivas, mas nem sempre são mantidas, não estão associadas às variáveis em estudo.

Descritores: Acidentes por quedas. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Institucionalização. Cuidadores.

Objective: to describe the practices of caregivers in managing the risk of falls of institutionalized elders, relating these practices with age, education, and the time the caregivers have been exercising this profession. Method: correlational and quantitative study. The population included the professionals from six long-permanence health institutions for Portuguese elders. The Scale of Intervention Practices to Prevent Falls in Institutionalized Elders was used. Results: the 53 indicators have shown that the practices are generally good. The use of physical measures to restrict mobility as prevention, however, is worrying. There was no statistically significant difference between the number of years of professional activity, the age of the caregivers, their education, and their actions with regard of falls among elders. Conclusion: the practices adopted are positive, but they are not always maintained and are not associated to the variables being studied.

Descriptors: Accidental Falls. Aged. Homes for the Aged. Institutionalization. Caregivers.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria, Portugal. crbaixinho@esel.pt. <http://orcid.org/0000-0001-7417-1732>.

² Doutora em Psicologia. Professora do Instituto Politécnico de Leiria. Investigadora no Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria, Portugal. <http://orcid.org/0000-0001-9035-8548>.

Objetivo: describir las prácticas de cuidadores en la gestión del riesgo de caída de ancianos institucionalizados y relacionar sus prácticas con la edad, la formación y el tiempo desde que los cuidadores ejercen esa profesión. Método: estudio correlacional de abordaje cuantitativo. La población incluyó los profesionales de seis instituciones de larga permanencia para ancianos portugueses. Se utilizó la Escala de Prácticas de Intervención para la Prevención de Caídas de Ancianos Institucionalizados. Resultados: los 53 indicadores muestran que las prácticas son globalmente buenas, aunque sea preocupante el uso de medidas de restricción física de la movilidad como medidas preventivas. Se verificó que no hubo diferencia estadística significativa entre el número de años en la actividad profesional y las prácticas con respecto a las caídas de los ancianos. Conclusión: las prácticas adoptadas son positivas, pero no siempre mantenidas, y no están asociadas a las variables estudiadas.

Descriptor: Accidentes por Caídas. Anciano. Hogares para Ancianos. Institucionalización. Cuidadores

Introdução

As investigações na área das quedas na população idosa têm sido produtivas nos últimos anos, o que tem possibilitado a descrição dos fatores de risco em diferentes contextos, bem como as medidas preventivas com evidência para o controle do risco, da queda, das lesões secundárias e da sua gravidade.

A revisão da literatura permite afirmar que a investigação sobre este fenômeno nos idosos residentes na comunidade ou hospitalizados tem maior expressividade, quando comparado com as quedas nos idosos institucionalizados⁽¹⁻³⁾. Todavia, os idosos que estão institucionalizados apresentam três vezes mais probabilidades de sofrer uma queda dos que os que residem na sua casa⁽¹⁾, e para estes, as consequências deste acidente são mais nefastas, resultando frequentemente em declínio funcional, incapacidade⁽²⁾, dependência⁽³⁾ e diminuição da qualidade de vida⁽²⁻³⁾.

Os residentes das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) são heterogêneos em seus diagnósticos, status funcional e objetivos de tratamento subjacentes⁽⁴⁾, o que dificulta a intervenção dos profissionais na introdução de medidas preventivas. Uma pesquisa registrou como barreiras à prevenção de quedas nas ILPIs as rápidas mudanças no status funcional e cognitivo, a falta de familiaridade das equipes com as necessidades dos idosos e as políticas organizativas que afetam os cuidados⁽²⁾.

Os autores identificam problemas na organização dos cuidados associadas à falta de unidades especializadas, sobrecarga de trabalho, consistência das equipes⁽²⁾, formação e comunicação

entre os diferentes profissionais, o idoso e a direção das ILPIs⁽³⁾, e que aparentemente impedem a introdução das recomendações de boa prática clínica nas instituições, exortando os profissionais, os residentes e as famílias a tomarem decisões que não são individualizadas com base no nível de risco e potenciais benefícios⁽⁴⁾.

Uma pesquisa efetuada em dezesseis ILPIs americanas, com o intuito de clarificar como as equipes usam as características dos idosos para individualizar as medidas preventivas de queda, revela que há uma probabilidade da introdução de medidas de prevenção quando o idoso já sofreu uma queda anterior, e nas situações em que o idoso tinha demência, aumentou a probabilidade de modificação ambiental (0,3; $p < 0,001$, IC 95% 0,2-0,5)⁽⁵⁾. Os resultados levaram os investigadores a concluir que os profissionais cuidadores de idosos institucionalizados relatam uma abordagem padronizada na prevenção de quedas, sem individualização⁽⁵⁾.

Esses dados são preocupantes porque a prevenção de quedas deve ser uma preocupação constante nos cuidados de longo prazo⁽⁶⁾, e a efetividade dos programas de prevenção depende do desempenho das equipes^(3,6). Mesmo quando a avaliação do risco de queda é efetuada com recurso a instrumentos padronizados, os profissionais podem não integrar o resultado destes na tomada de decisão clínica para a prevenção⁽⁷⁾, e há quem considere que, do ponto de vista do cuidado preventivo, a sua utilização não se adequa à realidade dos residentes⁽⁸⁾, e esta subvalorização da sua capacidade para a

prevenção pode contribuir para a sua não utilização ou utilização inadequada⁽⁷⁾.

Uma revisão da literatura sobre os instrumentos de avaliação do risco de queda em idosos institucionalizados observa que há diferenças na compreensão, no preenchimento e no momento da aplicação dos instrumentos⁽⁷⁾, o que condiciona a interpretação da avaliação e dificulta a comparação dos resultados de diferentes estudos, bem como a extração de conclusões que permitam extrapolações externas às diferentes pesquisas⁽⁷⁻⁸⁾.

Por outro lado, a informação sobre os fatores de risco e a discussão em equipe sobre as medidas preventivas nem sempre são mantidas, possibilitando que elementos diferentes da equipe possam valorizar medidas diferentes, o que não garante a continuidade de cuidados e a individualização das medidas face ao risco avaliado^(3,5,7,9).

Os poucos estudos que têm abordado a questão dos cuidadores e do impacto da sua intervenção na diminuição do risco e da prevalência desse tipo de acidente apontam a liderança, o trabalho em equipe e a formação como elementos-chave para a conciliação entre a avaliação do risco e a individualização das medidas preventivas múltiplas e singulares a introduzir nos contextos^(3,6,9).

Face ao exposto, o objetivo deste estudo é descrever as práticas dos cuidadores na gestão do risco de queda de idosos institucionalizados e relacionar as práticas com a idade, formação e tempo de exercício profissional dos cuidadores.

Método

Estudo correlacional, de abordagem quantitativa⁽¹⁰⁻¹¹⁾, que teve por população-alvo os cuidadores de idosos institucionalizados de seis ILPIs portuguesas da região de Lisboa e do Vale do Tejo.

Pelas características organizacionais das instituições que possuem diferentes unidades orgânicas – centro de dia, apoio domiciliário e lar (institucionalização de longa duração) – definiu-se como critério de elegibilidade os profissionais que exercem a sua atividade com os idosos institucionalizados (cuidadores formais),

excluindo-se as chefias, os profissionais de saúde e as direções técnicas das instituições.

A amostra, constituída por 152 pessoas, respondeu a um questionário constituído de duas partes: a primeira com dados para caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda com a Escala de Práticas para Prevenção de Quedas de Idosos Institucionalizados (EPIPQ)⁽¹²⁾. Esta escala procura determinar a frequência com que os cuidadores pensam ter desenvolvido determinada prática de prevenção de queda do idoso institucionalizado (medida de auto-percepção), mediante a utilização de uma escala tipo Likert cujas cinco opções de resposta são: nunca; poucas vezes; às vezes; muitas vezes e sempre⁽¹²⁾.

O instrumento de mensuração apresenta boas propriedades psicométricas no estudo de validação para a população portuguesa⁽¹²⁾. Os 53 indicadores distribuem-se por quatro dimensões: Práticas de Aplicação das Medidas/Orientações de Segurança ($\alpha = 0,936$, 11 itens); Práticas de Prevenção da Queda Durante a Execução de Cuidados ao Idoso ($\alpha = 0,942$, 15 itens); Práticas de Prevenção da Queda Relacionadas com o Ambiente Físico ($\alpha = 0,933$, 18 itens) e Práticas de Prevenção de Queda Relacionadas com a Informação e Formação do Idoso ($\alpha = 0,924$, 9 itens)⁽¹²⁾.

Os questionários foram distribuídos nas instituições e deixaram-se duas caixas, uma para a recolha das respostas e outra para a colocação dos Termos de Consentimento Livre e Informado (TCLI), durante 15 dias. Os questionários foram preenchidos sem a presença do investigador, para evitar as respostas socialmente desejáveis.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Antes da aplicação do teste estatístico, aquando da relação entre variáveis, aplicou-se o Teste Kolmogorov-Sminorv para avaliação da distribuição das variáveis⁽¹¹⁾. Tendo-se constatado que a amostra não apresentava uma distribuição normal, recorreu-se a técnicas não paramétricas para testar a relação entre as várias variáveis em estudo⁽¹¹⁾. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$ ⁽¹⁰⁾.

Este estudo faz parte do projeto Gestão do Risco de Queda em Equipamentos para

Idosos, aprovado pela Comissão de Ética (Ref. ICS/268/2012). Foi obtido o consentimento junto dos respondentes, a quem foi dada informação oral e escrita sobre as finalidades do estudo e a garantia sobre a participação livre e esclarecida, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Resultados

A amostra de 152 cuidadores tem uma média de $47 \pm 10,3$ anos, é constituída exclusivamente por mulheres que trabalham na instituição em média há $11,9 \pm 8,19$ anos, a maioria ($n=113$; 74,3%) teve experiência de trabalho em outra ILPI antes de ingressar na atual, 68% não teve qualquer tipo de formação sobre fatores de risco de queda, medidas preventivas e atuação frente a um idoso que sofreu queda antes do início da sua atividade profissional.

As seis instituições têm planos de formação interna para completar um mínimo obrigatório de 20 horas de formação anuais, o que possibilitou que a maioria tivesse formação sobre: fatores de risco que contribuem para o aumento do nº de quedas ($n=98$; 81,7%); avaliação do risco de

quedas ($n=97$; 80,2%); medidas preventivas de quedas ($n=101$; 83,5%); cuidados ao idoso que sofreu queda ($n=100$; 82,6%); documentação dos episódios de queda ($n=74$; 62,2%) e outros temas relacionados com as quedas ($n=62$; 57,4%).

Os resultados da aplicação da EPIPQ são apresentados por cada uma das dimensões da escala. Na dimensão práticas de aplicação das medidas/orientações de segurança e tendo presente a mediana de cada indicador (3,5), podemos salientar que existe preocupação (na maioria das vezes) das cuidadoras em decidir as medidas de prevenção de quedas após a identificação dos fatores de risco ($4,06 \pm 1,06$), assim como no conhecimento e utilização dos recursos da instituição para a prevenção de quedas. Por isso, a maioria das vezes utilizam os recursos que permitem que o idoso se mantenha em segurança ($4,46 \pm 0,856$), procurando resolver os problemas que colocam em risco a segurança dos idosos ($4,38 \pm 0,9$), e sendo perseverantes na seleção de medidas preventivas ($4,33 \pm 0,846$), assim como aplicam as orientações dos enfermeiros ($4,27 \pm 1,03$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra das cuidadoras quanto às práticas de aplicação das medidas/orientações de segurança. Lisboa, Portugal, 2019 (N=152)

Indicador	Média	Desvio-Padrão
Só decido as medidas preventivas a aplicar depois de identificar os fatores de risco	4,06	1,06
Conheço os recursos que existem na Instituição e que permitem prevenir quedas	4,02	1,13
Utilizo os recursos que permitem que o idoso se mantenha em segurança	4,46	,856
Utilizo medidas de segurança nas diferentes situações de risco de queda	4,36	,903
Seleciono as medidas preventivas de queda em função dos fatores de risco identificados	4,19	,880
No dia a dia implemento medidas para prevenir quedas	4,15	,981
Pondero sobre as técnicas que utilizo nas minhas intervenções (por exemplo, como levantar um idoso)	4,39	,895
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	4,33	,849
Estou atenta às estratégias do idoso para prevenir quedas	4,03	1,03
Aplico as orientações dos enfermeiros sobre as medidas que previnem quedas	4,27	1,03
Procuro resolver os problemas que colocam em risco a segurança do idoso	4,38	,900
Total (11-55)	46,64	10,53

Fonte: Elaboração própria.

Na dimensão 2 das práticas de prevenção de quedas durante a execução de cuidados ao idoso, os indicadores que obtiveram média mais baixa foram a seleção do calçado adequado ($3,97 \pm 1,10$), programar idas regulares à casa de banho nas pessoas incontinentes ($4,00 \pm 1,03$), e colocar sapatos fechados e com sola antiderrapante ($4,02 \pm 1,04$).

Pela avaliação global dos resultados há uma clara preocupação com o auxílio do idoso com dificuldades de marcha a deslocar-se à casa de banho ($4,57 \pm 0,82$), no auxílio ao idoso com alterações de equilíbrio a vestir/despir ($4,55 \pm 0,82$), e na colocação de grades na cama dos idosos confusos ($4,56 \pm 0,933$) (Tabela 2).

Salienta-se que em um máximo do total de 60 práticas, em média, a amostra refere que tem muito frequentemente práticas e comportamentos de prevenção de quedas durante a execução de cuidados ao idoso.

Esta dimensão é constituída por dois fatores, um relacionado com os processos do sistema músculo-esquelético, tanto de promoção da mobilidade como de sua restrição, e o outro, com o vestir e calçar. Deve-se realçar que apesar de “muitas vezes” darem atenção à seleção de roupa segura e de selecionarem o calçado adequado, optando por sapatos fechados e com sola antiderrapante, globalmente valorizam mais as práticas e os comportamentos relacionados com os processos do sistema músculo-esquelético.

Tabela 2 – Caracterização da amostra das cuidadoras quanto às práticas de prevenção de quedas durante a execução de cuidados ao idoso. Lisboa, Portugal, 2019 (N=152)

Indicador	Média	Desvio-Padrão
Ao levantar o idoso, antes de colocá-lo na posição de pé, sento-o na cama durante alguns segundos, com os pés apoiados no chão	4,49	,88
Certifico-me que o idoso tem os pés apoiados no chão antes de colocá-lo de pé	4,50	,86
Sento os idosos com alterações de equilíbrio em sofás/cadeiras com apoio de braços laterais	4,43	,83
Programo idas regulares às instalações sanitárias nos idosos incontinentes	4,00	1,03
Programo idas regulares às instalações sanitárias nos idosos com dificuldades de marcha	4,09	,96
Auxílio o idoso com dificuldades de marcha a deslocar-se à casa de banho	4,57	,82
Mantenho o urinol /arrastadeira acessíveis ao idoso durante a noite	4,14	1,07
Coloco grades na cama dos idosos que estão confusos/agitados	4,56	,93
Utilizo cintos de contenção (na cintura) nos idosos agitados/confusos quando estão sentados	4,54	,81
Auxilio o idoso que tem alterações de equilíbrio para andar e para se vestir/despir	4,55	,82
Mantenho as ajudas técnicas (andarilho, canadiana, bengala) ao alcance do idoso	4,40	,96
Quando o idoso solicita ajuda para a realização de uma atividade, faço-o prontamente	4,37	,89
Seleciono os sapatos adequados para o idoso	3,97	1,10
Seleciono roupa segura	4,17	,99
Opto por colocar sapatos fechados e com sola antiderrapante	4,02	1,043
Total	64,8	14,06
Fator 1-PC relacionados com processos do sistema musculo-esquelético (12-60)	52,64	10,91
Fator 2- PC relacionados com o vestir e calçar (3-15)	12,16	3,15

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: PC = Práticas e Comportamentos.

A terceira dimensão da EPIPQ é sobre a prevenção de quedas relacionadas com o ambiente físico e são três os fatores que a constituem (manutenção de espaço e equipamentos em condições de segurança; acessibilidade de espaços e materiais; manutenção dos dispositivos de iluminação e sinalização operacionais). O resultado global é que essas práticas são mantidas na maioria das vezes (Tabela 3).

Salientam-se como práticas mais relevantes: assegurar que as zonas de circulação estejam

bem iluminadas ($4,54 \pm 0,83$), manter as zonas de circulação desobstruídas ($4,52 \pm 0,83$), manter as rodas da cama ($4,46 \pm 0,95$) e da cadeira ($4,46 \pm 0,84$) travadas.

Os itens com média inferior são: verificar que a luz da casa de banho fica acesa durante a noite ($4,08 \pm 1,17$) e assegurar, durante a noite, que o interruptor da luz de presença do quarto está ao alcance do idoso ($4,17 \pm 1,13$).

Tabela 3 – Caracterização da amostra das cuidadoras quanto às práticas de prevenção de quedas relacionadas com o ambiente físico. Lisboa, Portugal, 2019 (N=152)

Número e conteúdo dos itens	Média	Desvio-Padrão
Adapto o espaço do quarto do idoso de modo a facilitar a sua mobilidade	4,19	1,00
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	4,40	,85
Reajusto a altura da cama durante a noite, para que esta fique mais baixa	3,83	1,22
Mantenho as rodas da cama travadas	4,46	,95
Mantenho a cadeira travada sempre que parada	4,46	,84
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado várias vezes no turno	4,30	,93
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	4,37	,93
Antes de o idoso ir ao WC certifico-me que o piso está seco	4,37	,95
Mantenho as barras laterais de apoio na casa de banho na posição de utilização	4,34	1,02
Mantenho os objetos pessoais ao alcance do idoso	4,20	,95
Mantenho a mesa de cabeceira ao alcance do idoso	4,21	1,06
Verifico se o material está em condições de segurança	4,41	,84
Coloco a roupa que vai vestir num local de fácil acesso ao idoso	4,28	,94
Mantenho as zonas de circulação desobstruídas	4,52	,83
Asseguro que as zonas de circulação estão bem iluminadas	4,54	,83
Verifico que a luz da casa de banho fica acesa durante a noite	4,08	1,17
Asseguro-me, durante a noite, que a campainha está ao alcance do idoso	4,42	,93
Asseguro-me, durante a noite, que o interruptor da luz de presença do quarto está ao alcance do idoso	4,17	1,13
Total (18-90)	77,55	17,45
Fator 1 - manutenção de espaço e equipamentos em condições de segurança (8-40)	34,38	7,71
Fator 2 - acessibilidade de espaços e materiais (7-35)	30,5	6,50
Fator 3 - iluminação e sinalização (3-15)	12,67	3,24

Fonte: Elaboração própria.

Na última dimensão da escala referente às práticas de prevenção de queda relacionadas com a informação e formação do idoso (Tabela 4), os indicadores com média inferior estão relacionados com a informação dada ao idoso sobre

os seus fatores de risco ($4,31, \pm 0,956$) e a orientação de como se levantar da cama ($4,29 \pm 0,987$). O indicador com média mais alta é a informação sobre o uso de campainha ($4,48 \pm 0,884$).

Tabela 4 – Caracterização da amostra das cuidadoras quanto às práticas de informação e formação do idoso na prevenção de quedas. Lisboa, Portugal, 2019 (N=152)

Número e conteúdo dos itens	Média	Desvio-Padrão
Procuro alertar o idoso para o risco de queda	4,31	,956
Explico ao idoso os fatores de risco de queda	4,30	,90
Informo aos idosos com risco de queda sobre as medidas preventivas adequadas à sua situação	4,16	1,00
Encorajo o idoso a adotar comportamentos seguros	4,41	,88
Explico ao idoso como deve levantar-se da cama	4,29	,98
Incentivo o idoso a andar	4,36	,87
Incentivo o idoso a utilizar as barras de apoio lateral dos corredores/escadas	4,39	,88
Informo o idoso sobre o uso de campainha	4,48	,88
Informo o idoso sobre o uso de luz de presença	4,30	1,07
Total (9-45)	39	8,45

Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre o número de anos de atividade profissional, a idade das cuidadoras e as suas práticas no âmbito das quedas dos idosos (total da escala e cada uma das dimensões) ($p>0,05$).

Explorou-se a hipótese de que se fez formação antes e/ou durante a atividade profissional apresenta frequência de práticas mais adequadas dos que as que não fizeram nenhuma formação. Para tal, aplicou-se o teste estatístico de U de Mann-Whitney. Pela análise dos resultados, salienta-se que as cuidadoras que fizeram formação apresentam práticas e comportamentos de prevenção corretos mais frequentes que as que não fizeram, no entanto, essas diferenças não apresentam significado estatístico.

Discussão

Na análise global dos 53 indicadores avaliados junto à amostra, exceptuando os indicadores “seleciono os sapatos adequados para o idoso” e “reajusto a altura da cama durante a noite para que esta fique mais baixa”, todos os outros pontuam, em média, acima de quatro, o que demonstra que, na maioria das vezes, as práticas de gestão de risco de queda são mantidas. Este resultado tem implícito que nem sempre são seleccionadas as medidas preventivas em função dos fatores de risco de queda^(2,4-7).

Essa é uma realidade nas ILPI; mesmo as que utilizam instrumentos de avaliação do risco de

queda não traduzem os resultados obtidos em termos de score global e de determinação dos riscos específicos do idoso na tomada de decisão clínica, desvalorizando assim as reais potencialidades dos diferentes instrumentos de avaliação de risco de queda (escalas, testes de avaliação funcional, escalas de avaliação do estado mental)⁽⁷⁾. Assim, a determinação dos idosos que estão em risco de cair não é acompanhada de medidas individualizadas para mantê-los em segurança⁽¹³⁾, sendo considerado que há uma subvalorização do risco^(7,14-15).

Não faz sentido avaliar o risco sem analisar os determinantes da queda, sobre os quais deve incidir a ação dos profissionais para controlá-los ou eliminá-los, contribuindo para a diminuição da prevalência^(7,15). Urge uma mudança de paradigma com a apropriação dos resultados da avaliação para a individualização da prevenção, inclusive integrando as estratégias do idoso para se manter em segurança, e que, nem sempre, são as mais adequadas. O medo de queda, que funciona como causa e consequência^(4,13-14), ilustra bem esta complexidade. Entretanto, para que se possa intervir, o medo tem de ser avaliado, bem como a sua influência no dia a dia do idoso e da própria ILPI.

Na dimensão de práticas de aplicação das medidas/orientações de segurança, identifica-se que nem sempre os profissionais que cuidam de idosos seguem as orientações dos profissionais de saúde sobre as medidas preventivas a implementar. Esse dado reforça os resultados de

outros estudos, que observam a necessidade de ampliar a comunicação entre os diferentes profissionais e destes com o idoso e a família^(3,9).

A natureza dos indicadores dessa dimensão corrobora as recomendações internacionais sobre a importância da existência de um líder para a prevenção de quedas, com responsabilidades na formação da equipe e na sua motivação, para manter em permanência e ao longo do tempo medidas preventivas individualizadas⁽⁹⁾, bem como treinar a equipe multidisciplinar para melhorar a avaliação e a comunicação dos episódios de queda⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A gravidade da queda na população idosa institucionalizada implica uma clara mudança nos modelos organizativos e de prestação de cuidados de saúde⁽⁹⁾, com ações antecipatórias e não reativas⁽¹⁸⁾. Quando a queda acontece nas instituições, os idosos ficam preocupados; mesmo os que não caíram, se testemunharam a queda, podem desenvolver o medo e conseqüentemente limitam o movimento e a sua atividade, conduzindo a uma redução do equilíbrio e da mobilidade, o que os predispõe a cair^(14,19). No caso concreto das quedas, a literatura sugere que as medidas preventivas são implementadas de um modo *ad hoc* e reativo⁽¹⁵⁾, sobretudo quando o idoso sofreu uma queda^(5,7,13), sem capacidade de antever e controlar o problema na sua gênese.

A segunda dimensão da EPIPQ possibilita a avaliação das práticas de prevenção de queda durante a execução de cuidados ao idoso. O primeiro fator relacionado com os processos do sistema músculo-esquelético possui indicadores sobre a promoção da mobilidade, mas também sobre a sua restrição, centrando a discussão no “coloco grades na cama dos idosos que estão confusos/agitados” (4,56±,93) e no “utilizo cintos de contenção (na cintura) nos idosos agitados/confusos quando estão sentados” (4,54±,81) pela tradução que estas medidas podem ter na autonomia e na independência dos residentes.

Nas ILPIs é comum a utilização da restrição física da mobilidade como medida preventiva, sobretudo nas pessoas com alto potencial para cair⁽²⁰⁾. Essa prática pode levar à limitação no autocuidado, tem impacto negativo na capacidade física, na saúde mental, na socialização

e na qualidade de vida, com subsequente redução da funcionalidade, aumentando o risco de queda, além de impactar nos custos e na organização dos sistemas e dos serviços de saúde⁽²¹⁾. Estudos futuros devem explorar esta tríade: queda, medo e restrição física da mobilidade e o seu impacto no aumento da dependência dos idosos institucionalizados.

Ainda em relação a essa segunda dimensão sobressai uma preocupação com selecionar roupa segura (4,17±,999) e colocar sapatos fechados com sola antiderrapante (4,02±1,043) e adequados ao idoso (3,97±1,108). Poucos estudos têm associado os riscos comportamentais e muito concretamente a escolha do calçado e do vestuário à queda, o que dificulta a compreensão do seu papel no aumento de risco, na prevalência e até no mecanismo de queda. Alguns autores reportam o uso inadequado de sapatos como um risco para o acidente⁽¹⁴⁾, mas os resultados de uma revisão sistemática de literatura sobre a utilização dos diferentes tipos de calçado e a sua relação com a queda em idosos saudáveis é inconclusiva e adverte que a evidência é limitada para apontar o uso do calçado como uma estratégia para a prevenção de quedas⁽²²⁾.

É necessário que a investigação nas ILPIs aprofunde os fatores de risco comportamentais, nomeadamente os associados ao autocuidado que podem afetar as práticas de prevenção de queda durante a execução de cuidados ao idoso.

A terceira dimensão da EPIPQ mensura as práticas de prevenção relacionadas com o ambiente físico e para os três fatores que a constituem (manutenção de espaço e equipamentos em condições de segurança; acessibilidade de espaços e materiais; manutenção dos dispositivos de iluminação e sinalização operacionais). Existem boas práticas, mas que nem sempre são mantidas. Neste estudo não se explorou se há diferenças entre as instituições a este nível, provocadas pela sua estrutura arquitectónica, qualidade das acessibilidades e disponibilidade de materiais e equipamentos para apoio na realização das atividades de vida diária dos mais dependentes.

As instituições de cuidados de longa duração para idosos são reconhecidas como altamente diferentes em termos de conceção da sua estrutura

física e organização do espaço e há que considerar que este é um grande desafio para a investigação⁽¹⁵⁾. O fator de riscos ambientais, tal como os comportamentais, não tem sido devidamente explorado nas ILPIs, contrariamente ao que tem acontecido na comunidade, onde os resultados da pesquisa desvelam que as intervenções de modificação ambiental são eficazes na redução do risco, da prevalência e das lesões secundárias relativas a este acidente em cerca de 30%⁽²³⁾ e são custo-efetivas⁽²⁴⁾.

Apesar de em Portugal a legislação ser muito clara e abrangente sobre acessibilidades, elevadores, colocação de produtos de apoio que promovam a mobilidade e o autocuidado, tais como rampas, barras laterais nas casas de banho, entre outros, pouco se sabe sobre a utilização do espaço pelos idosos e os seus cuidadores. Não basta haver a legislação, é necessário garantir que todo o processo para manter o ambiente físico acessível e seguro e os equipamentos e diversos produtos de apoio nas devidas condições de utilização, seja uma prioridade nas ILPIs, o que implica definição de circuitos e intervenções desde a aquisição à utilização, passando pela manutenção e sua verificação regular⁽⁹⁾.

Acrescenta-se que essa responsabilidade na gestão do ambiente físico não é exclusiva dos profissionais e da direção das instituições, os próprios idosos devem ser educados para adotarem um conjunto de comportamentos na organização do seu quarto e na utilização dos seus “bens” que garantam a segurança de todos. Por exemplo, a queda após tropeçar nos auxiliares de marcha dos outros residentes é descrito frequentemente como causa de queda durante a marcha⁽⁹⁾, o que alerta para a necessidade de intervenção a esse nível.

Na última dimensão da escala referente às práticas de prevenção de queda relacionadas com a informação e formação do idoso percebe-se que é uma preocupação das equipas a comunicação sobre os fatores de risco, bem como o reforço para mantê-lo em segurança. É consensual que o investimento na formação dos profissionais deve prever o desenvolvimento de habilidades de comunicação intraequipe, sobretudo para ajudarem o idoso a expressar as suas preocupações relacionadas com a queda⁽³⁾.

A informação, educação e instrução do idoso tem de ser mantida durante todo o período de institucionalização⁽³⁾, para assegurar que as intervenções apropriadas e específicas sejam desenvolvidas para diminuir a incidência de quedas⁽⁵⁾. Esta não pode ser considerada uma intervenção menor, porque a melhoria da comunicação dentro da equipe pode contribuir para uma diminuição de 12% dos episódios de queda⁽⁵⁾ e exige o envolvimento das equipas multiprofissionais em todos os níveis de atenção^(3,9,17,24), com o intuito de detetar os idosos em risco de cair ou com histórico prévio⁽²⁴⁾.

A não manutenção dessas práticas permanentemente pode ser justificada pela falta de formação e treino, dificuldades na gestão do tempo pela escassez de cuidadores em relação ao número de idosos a requererem cuidados e pela confusão de papéis sobre quem tem a responsabilidade⁽¹⁶⁾ na avaliação do risco e na determinação das medidas preventivas a implementar⁽¹⁷⁾. Acrescenta-se que a forma como os cuidados são prestados, as práticas dos cuidadores e dos idosos introduzem novas variáveis de risco não controladas e não estudadas até o momento.

Termina-se esta discussão com a convicção que a aposta na formação das equipas nas instituições para idosos pode ser uma medida custo-efetiva com traduções na diminuição do risco, da prevalência, do medo e da gravidade das lesões, e que afeta positivamente as práticas dos cuidadores. Por isso é recomendado que a formação seja feita de modo estruturado^(3,9,17,25), orientada para as necessidades específicas de cada contexto, evitando padronizações, e com suporte mútuo, assegurado por um membro da equipe que fique com essa responsabilidade⁽¹⁷⁾ para motivar manter a avaliação do risco e a intervenção ao longo do tempo de institucionalização.

As limitações do estudo relacionam-se com a escolha intencional das instituições e da seleção da amostra, o que não possibilita a generalização dos resultados. A recolha dos instrumentos passada uma quinzena da sua distribuição permitiu que os potenciais respondentes pudessem ter trocado impressões entre si, levando a respostas socialmente desejáveis. Todavia, este estudo é

inovador por explorar as práticas na gestão do risco de queda pelos cuidados em ILPI.

Conclusão

Conclui-se que as práticas dos cuidadores formais das ILPIs na gestão do risco de queda de idosos institucionalizados, nos domínios da aplicação das medidas/orientações de segurança, da prevenção da queda durante a execução de cuidados, das práticas relacionadas com o ambiente físico e das práticas de informação e formação do idoso adotadas são positivas e mantidas na maioria das vezes. Salienta-se como preocupante a utilização de medidas de restrição física da mobilidade consideradas, pela amostra, como medidas preventivas, mas que têm traduções negativas na evolução da funcionalidade dos idosos institucionalizados.

Sobressai para a prática a necessidade de os enfermeiros, como líderes na gestão do risco de queda, formar, treinar e monitorizar os cuidadores no cuidado para a prevenção de riscos de quedas em idosos institucionalizados.

Sugere-se que estudos futuros devem associar as práticas de gestão de risco de queda nas ILPIs com a prevalência desses acidentes para melhor compreensão da repercussão do risco comportamental e ambiental no grau de risco, na prevalência, no medo, na gravidade das lesões e na satisfação da equipe, incluindo, o idoso.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cristina Lavareda Baixinho e Maria dos Anjos Dixe;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cristina Lavareda Baixinho e Maria dos Anjos Dixe;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cristina Lavareda Baixinho e Maria dos Anjos Dixe.

Referências

1. Cooper R. Reducing falls in a care home. *BMJ Qual Improv Rep.* 2017;6(1):u214186.w5626. DOI: 10.1136/bmjquality.u214186.w5626

2. Cary Jr MP, Hall RK, Anderson AL, Burd A, McConnell ES, Anderson RA, et al. Management Team Perceptions of Risks and Strategies for Preventing Falls Among Short-Stay Patients in Nursing Homes. *Health Care Manag.* 2018;37(1):76-85. DOI: 10.1097/HCM.000000000000192
3. Baixinho CL, Dixe M. Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto contexto - enferm.* 2017;26(3):e2310016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>
4. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9(9):CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4
5. Colón-Emeric CS, Corazzini K, McConnell E, Pan W, Toles M, Hall R, et al. Study of Individualization and Bias in Nursing Home Fall Prevention Practices. *J Am Geriatric Soc.* 2017;65(4):815-21. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14675>
6. Leverenz MD, Lape J. Education on Fall Prevention to Improve Self-Efficacy of Nursing Staff in Long Term Care: a Pilot Study. *Internet J Allied Health Sci Pract [Internet].* 2018 [cited 2020 May 13];16(3):Article 6. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1744&context=ijahsp>
7. Baixinho CL, Bernardes RA, Henriques MA. How to evaluate the risk of falls in institutionalized elderly people? *Rev baiana enferm.* 2020;34:e34861. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
8. Lannering C, Ernsth Bravell M, Midlöv P, Östgren CJ, Mölsted S. Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers-more insight in risk assessment among nursing home residents. *J Clin Nurs.* 2016 Apr;25(7-8):940-50. DOI: 10.1111/jocn.13154
9. Baixinho CL, Dixe MACR, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):740-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>
10. Waltz C, Strickland O, Lenz E. *Measurement in Nursing and Health Research.* 5th ed. New York (USA): Springer Publishing Company; 2016.
11. Pestana MH, Gajeiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS.* Lisboa (PRT): Edições Silabo; 2014.

12. Dixe MA, Baixinho CL. Constructing and Validating the Intervention Practices and Behaviors Scale for Preventing Falls among the Institutionalized Elderly. *Curr Updates Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 13];4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/309195409_Construction_and_Validation_of_the_Scale_of_Practices_and_Behaviors_of_Institutionalized_Elderly_to_Prevent_Falls
13. Barker AL, Nitz JC, Choy NLL, Haines T. Measuring Fall Risk and Predicting Who Will Fall: Clinimetric Properties of Four Fall Risk Assessment Tools for Residential Aged Care. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2009;64(8):916-24. DOI: 10.1093/gerona/ glp041
14. Bilik O, Damar HT, Karayurt O. Fall behaviors and risk factors among elderly patients with hip fractures. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):420-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700062>
15. Walker GM, Armstrong S, Gordon AL, Gladman J, Robertson K, Ward M, et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. *Clínica Reab*. 2016;30(10):972-83. DOI: 10.1177/0269215515604672
16. Jackson KM. Improving nursing home falls management program by enhancing standard of care with collaborative care multi-interventional protocol focused on fall prevention. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6(6):84-96. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n6p84>
17. Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA. Preventing falls in hospitalized elderly: design and validation of a team intervention. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e3479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>
18. Robbins I, Gordon A, Dyas J, Logan PA, Gladman J. Explaining the barriers to and tensions in delivering effective healthcare in UK care homes: A qualitative study. *BMJ Open*. 2013;3:10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003178>
19. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. Falls in elderly: basics concepts and updates of research in health. *Rev bras geriatr gerontol*. 2014;17(1):201-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100019>
20. Fucahori FS, Lopes AR, Correia JJA, Silva CK, Trelha CS. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter mov*. 2014;27(3):379-87. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO08>
21. Vitorino LM, Teixeira CAB, Boas ELV, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev esc enferm USP*. 2017;51:e03215. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>
22. Davis A, Haines T, Williams C. Do footwear styles cause falls or increase falls risk in healthy older adults? A systematic review. *Footwear Sci*. 2018;11(1):13-23. DOI: 10.1080/19424280.2018.1555861
23. Palvanen M, Kannus P, Piirtola M, Niemi S, ParKKari J, Jarvinen M. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *Injury*. 2014;45(1):265-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.03.010>
24. Oxtoby K. Preventing falls in older people. *Br J Community Nurs*. 2017;22(1):683. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.683>
25. Ferreira LMBM, Ribeiro KMOBF, Jerez-Roig J, Araújo JRT, Lima KC. Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(1):67-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016>

Recebido: 24 de junho de 2020

Aprovado: 27 de agosto de 2020

Publicado: 8 de outubro de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.