



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Saúde
Dr. Lopes Dias

Condições Habitacionais e Risco de Queda em Pessoas Idosas: estudo de caso

Ana Rafaela Mendes Rosa

Mestranda em Gerontologia Social

Orientadora

Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Castelo Branco do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2022

Composição do júri

Presidente do júri

Professora Doutora, Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professora Doutora, Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

Professora Doutora, Eugénia Nunes Grilo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus avós...

Aos avós paternos, que já partiram, mas que permanecem sempre no meu pensamento e que têm um espaço só deles no meu coração.

Aos avós maternos que com toda a sua jovialidade continuam a ser um exemplo a seguir.

Agradecimentos

Há etapas na vida que exigem muita força de vontade, coragem, dedicação e apoio. Apoio dos que nos são mais queridos e, em alguns momentos, apoio das pessoas que não conhecemos e que passamos a admirar profundamente, e que mesmo não sabendo nos transmitem tranquilidade, confiança e esperança.

Começo por agradecer a todos os docentes do curso de Mestrado em Gerontologia Social (MGS), pela dedicação, amabilidade e conhecimento transmitido, que tiveram a capacidade de me incentivar a querer saber sempre mais e mais. Todas as aulas, atividades e trabalhos, apesar de exigentes, contribuíram para o meu crescimento profissional, mas sobretudo como filha, irmã, neta, amiga.... Cresci como ser humano. Não posso, por isso, deixar de agradecer à coordenadora do mestrado, a Professora Doutora Maria João Guardado Moreira pela forma como me recebeu, acompanhou e aconselhou.

À minha orientadora, a Professora Doutora Eugénia Grilo, deixo uma palavra de profundo agradecimento, respeito e admiração, por todo o conhecimento e saber que me transmitiu, pela dedicação, amabilidade, atenção, profissionalismo, elogios e até algumas chamadas de atenção. Foi um enorme desafio e orgulho poder realizar este trabalho sob orientação da Professora Eugénia e conseguir estar à altura das expectativas projetadas em mim.

Um obrigado a todos os colegas que comigo iniciaram esta aventura, obrigada pelas “conversas de corredor” que tão bem nos fizeram. Obrigada à Diana pelas palavras de incentivo, amizade e acima de tudo pelas gargalhas. Obrigada a todos os amigos que de uma forma ou de outra me apoiaram e estiveram presentes quando mais precisei.

Obrigada ao Professor Rogério Dionísio e toda a equipa do projeto *Zelar@CB* que me permitiram aprender mais e abrir novos horizontes para construir pontes entre a saúde, a área social e a tecnologia.

Agradeço ainda toda a amizade, incentivo, motivação e todas as conversas à Professora Lucinda por quem tenho uma admiração incontestável.

A realização deste trabalho só foi possível graças à Associação *AVISO*, na pessoa da Dr^a Eliane Campos, que me abriu a porta da associação e me recebeu com os braços abertos, bem como a Vice-Presidente Dr^a Lúcia Alves e ao Presidente da Direção Dr^o José Carlos Borga. Agradeço de coração a todas as jovens que na sua flor da idade me ajudaram a completar esta etapa da minha vida e que amavelmente se disponibilizaram para conversar comigo. As suas experiências de vida, os seus sorrisos, algumas gargalhadas, tristezas partilhadas encheram-me o coração. Muito obrigada às 10 senhoras que participaram no meu estudo.

Por último, agradeço às pessoas mais importantes que tenho nesta vida, os meus pais, que são um exemplo a seguir, e a minha irmã que é um ser extraordinário. Agradeço ainda ao meu namorado, que é das pessoas mais pacientes que conheço. Foi

um caminho que nem sempre foi fácil de trilhar, exigiu esforço, coragem e tempo, tempo que era deles. Muito obrigada a estas 4 pessoas maravilhosas, José Manuel, Ana Cristina, Beatriz e Víctor pela paciência, apoio, pelas palavras de conforto e incentivo e sobretudo por todo o amor.

Muito obrigada a todos!

Resumo

O envelhecimento é um processo que compreende um conjunto de mudanças complexas, tanto a nível biológico, psicológico, como nos papéis e posição social que cada pessoa desempenha e estas alterações podem condicionar a realização das atividades da vida diária e expor as pessoas a problemas com repercussões na sua capacidade funcional como é o exemplo das quedas. Consideradas um dos maiores problemas de saúde pública na população idosa e responsáveis por lesões mais ou menos graves, as quedas estão na origem de inúmeras hospitalizações, tratamentos e recuperações morosas e dispendiosas.

A maioria das pessoas deseja envelhecer em casa, contudo é em casa que a maioria das quedas ocorre pelo que se justifica a intervenção nesta área, por isso, definiram-se como objetivos deste trabalho identificar o risco de queda numa determinada comunidade de pessoas idosas e desenvolver um projeto de intervenção na área da prevenção de quedas com as pessoas que integram essa comunidade, adotando a metodologia de estudo de caso.

Participaram 10 pessoas apoiadas pela Associação *AVISO*, com 80 ou mais anos que apresentaram um elevado risco de queda e apenas uma inquirida apresentou risco moderado de queda. Os riscos domiciliários mais identificados foram a ausência de barras de apoio na banheira, presença de tapetes, WC longe do quarto e caminhos ao redor da habitação em mau estado. E como os riscos domiciliares identificados são passíveis de ser modificados, desenvolveu-se um plano de intervenção que será desenvolvido em parceria com a Associação *AVISO*, no sentido de promover um envelhecimento ativo e saudável e o envelhecer em casa.

Palavras-chave

Idosos; Quedas; Condições habitacionais; Prevenção

Abstract

Aging is a process that comprises a set of complex changes, both at a biological and psychological level, as well as in the roles and social position that each person plays, and these changes can condition the performance of activities of daily living and expose people to problems with repercussions in their functional capacity, as in the case of falls. Considered one of the biggest public health problems in the elderly population and responsible for more or less serious injuries, falls are at the origin of countless lengthy and expensive hospitalizations, treatments and recoveries.

Most people want to age at home, however it is at home that most falls occur, which is why intervention in this area is justified, so the objectives of this work were defined as identifying the risk of falling in a certain community of elderly people and to develop an intervention project in the area of fall prevention with the people who make up this community, adopting the case study methodology.

Participated 10 people supported by the *AVISO* Association, aged 80 years or older who had a high risk of falling and only one respondent had a moderate risk of falling. The most identified household risks were the absence of grab bars in the bathtub, the presence of rugs, the toilet far from the bedroom and paths around the house in poor condition. And as the identified household risks can be modified, an intervention plan was developed that will be developed in partnership with the *AVISO* Association, in order to promote active and healthy aging and aging at home.

Keywords

Elderly; Falls; Home environment; Prevention

Índice geral

Resumo.....	IX
Abstract.....	XI
Índice de figuras	XV
Índice de quadros.....	XVII
Índice de símbolos	XIX
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XXI
1. Introdução.....	1
2. Percurso Teórico	5
2.1. Envelhecimento Demográfico e Envelhecimento Individual.....	5
2.2. Respostas Sociais face ao envelhecimento e à independência das pessoas idosas.....	15
2.2.1. Respostas sociais globais.....	15
2.2.2. O caso da Associação <i>AVISO</i> como promotora do envelhecer em casa..	25
3. Percurso Metodológico	29
3.1. Questões e objetivos	29
3.2. Tipo de Estudo	30
3.3. Local e duração do estudo	30
3.4. Participantes.....	31
3.5. Recolha da informação.....	31
3.6. Questões ético-legais	32
4. Resultados.....	35
5. Discussão dos Resultados	41
6. Plano de intervenção.....	47
7. Conclusão.....	51
Referências Bibliográficas	53
Anexos	65
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	67
Anexo II - Pedido de autorização dirigido à Associação <i>AVISO</i>	75
Anexo III - Autorização da Associação <i>AVISO</i>	79
Anexo IV - Pedido de autorização dirigido às autoras do instrumento HFAST...	83

Anexo V - Pedido de autorização dirigido à Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira (CAIR-PQI RAM).....	87
Anexo VI - Consentimento informado.....	91
Anexo VII – Poster “Quedas em Casa: Como tornar a minha casa mais segura?”	95

Índice de figuras

Figura 1 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	35
Figura 2 – Distribuição da amostra por valores de acordo com o rendimento mensal.....	36
Figura 3 – Gráficos que demonstram a utilização de apoio domiciliário e que tipo de apoio é solicitado.....	36

Índice de quadros

Quadro 1: Resumo das alterações que ocorrem nos diversos sistemas do organismo durante o processo de envelhecimento.....	8
Quadro 2 – Exemplos de boas práticas no âmbito do envelhecer em casa, identificados por Fonseca (2018).....	24
Quadro 3 – Valores mínimos, médios e máximos obtidos no <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE), <i>Timed Up and Go Test</i> (TUGT) e <i>Home Falls and Accident Screening Tool</i> (HFAST).....	37
Quadro 4 – Riscos habitacionais avaliados através da escala <i>Home Falls and Accident Screening Tool</i> (HFAST) e identificados pelas inquiridas.	38
Quadro 5 – Síntese da convivência das participantes, história de queda, tempo obtido através do <i>Timed Up and Go Test</i> (TUGT) e o número total de fatores de risco identificados no <i>Home Falls and Accident Screening Tool</i> (HFAST).	39
Quadro 6 – Cronograma de atividades do plano de intervenção a ser desenvolvido na Associação AVISO.....	47

Índice de símbolos

® - Marca Registrada

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABC - *Activities-specific Balance Confidence*

AGE.COMM – Unidade de Investigação Interdisciplinar – Comunidades Envelhecidas Funcionais

AMPARHA - Programa de Apoio Municipal para Adaptação e Requalificação de Habitações

ANMP – Associação Nacional de Municípios Portugueses

APA - *American Psychological Association*

AVD – Atividades da vida diária

AVDi – Atividades da vida diária instrumentais

AVISO – Associação de Apoio Voluntário ao Idoso Só

BBS - Escala de Equilíbrio de *Berg*

BPI - *Brief Pain Inventory interference subscale*

CAIR–PQI RAM - Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira

CMCB – Câmara Municipal de Castelo Branco

DGI - *Dynamic Gait Index*

DGS – Direção Geral da Saúde

DGSSFC – Direção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança

EFST - *Elderly Fall Screening Test*

EMRRCCI - Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EU-27 – União Europeia com os 27 estados membros

FES-I - *Falls Efficacy Scale – International*

FREST - *Fall Risk Screening Tool*

FRI-21- *Fall Risk Index*

FSRA - Falls Screening and Referral Algorithm

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

HFAST - *Home Falls and Accidents Screening Tool*

HSSAT - *Home Safety Self-Assessment Tool*

I.E. – Índice de Envelhecimento

Icon-FES - *Iconographical Falls Efficacy Scale*
INE – Instituto Nacional de Estatística
IoT – Internet das Coisas
IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco
ISS – Instituto da Segurança Social
MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
MMSE - *Mini-Mental Statement Examination*
mSAFFE - *Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly*
NCC-NSC – *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care*
ONGs – Organizações não Governamentais
PCHI – Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
POMA - *Tinetti Performance-oriented Mobility Assessment*
PSP – Polícia de Segurança Pública
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SSS – Sector Social e Solidário
TUGT - *Timed Up and Go Test*
UNECE – *United Nations Economic Commission For Europe*
UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
WHO – *World Health Organization*

1. Introdução

O presente trabalho de projeto desenvolvido no último ano do mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), conducente ao grau de mestre em Gerontologia Social e orientado pela Professora Doutora Eugénia Grilo, pretendeu estudar a temática das quedas no domicílio das pessoas idosas, nomeadamente no que diz respeito aos principais fatores de risco habitacionais que podem potenciar a ocorrência destes eventos e como evitá-los.

O envelhecimento é uma das temáticas mais estudadas e amplamente discutidas a nível mundial decorrente do impacto que o mesmo tem sobre a sociedade. Esse impacto reflete dois tipos de perspetivas, uma otimista que o associa a uma das grandes conquistas da humanidade, resultante do enorme progresso científico e tecnológico e da melhoria das condições de vida, e outra mais desafiante e que acarreta questões humanitárias e socioeconómicas bastante pertinentes, às quais a sociedade deve responder de forma célere (Rosa, 2012).

Segundo dados da PORDATA (2022), Portugal é um dos países da Europa onde o grupo de indivíduos com 65 e mais anos tem crescido exponencialmente de tal modo que em 2020, ocupava a segunda posição dos países mais velhos da União Europeia, com um índice de envelhecimento 165,1.

Para Quaresma e Ribeirinho (2016), o envelhecimento diz respeito ao processo contínuo, natural e irreversível que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida com maior expressão numa fase mais tardia da vida, conceptualmente referida pelos 65 e mais anos. Este processo é pautado por variadíssimas alterações, que podem representar perdas e/ou ganhos, sendo o equilíbrio entre estes dois fatores que irá ditar a forma como cada indivíduo envelhece e que resulta em alterações a nível biológico, psicológico e social manifestando-se na capacidade funcional das pessoas à semelhança do que acontece nas restantes fases do desenvolvimento humano (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As constantes alterações decorrentes deste processo, como a diminuição do teor de água, as alterações na estrutura óssea e perda da massa muscular, com conseqüente diminuição da função músculo-esquelética e neuro motora, as alterações visuais e auditivas, entre muitas outras, podem conduzir a um declínio funcional, o que Tavares et al. (2020) definem como a incapacidade, mais ou menos acentuada, para realizar as atividades da vida diária (AVD) e que pode tornar as pessoas idosas mais vulneráveis, e aumentar a probabilidade de desenvolverem patologias, e conseqüentemente aumentar o risco de queda (Silva et al., 2019).

As quedas são umas das principais causas de mortalidade e morbidade na faixa etária acima dos 65 anos, a nível mundial. A World Health Organization (WHO, 2007) estabeleceu quatro fatores de risco de queda que refletem os determinantes da saúde e que são os determinantes biológicos, comportamentais, ambientais e

socioeconómicos. Os biológicos, como o declínio funcional, quando associados a riscos ambientais, como a acessibilidade, condições habitacionais, organização e iluminação dos espaços, leva a um incremento substancial do risco de queda (WHO, 2007).

Segundo Marinho et al. (2020) a queda pode agravar o declínio funcional já pré-estabelecido por outras condições de saúde, contribuindo para a ocorrência de um novo evento, o que por sua vez resulta numa diminuição significativa da qualidade de vida das pessoas idosas. As quedas podem causar lesões ligeiras, ou em casos mais graves incapacidades, distúrbios psicológicos e até a morte prematura, e podem estar na origem de inúmeras hospitalizações, tratamentos e recuperações morosas, o que acarreta custos significativos para os sistemas de saúde, mas sobretudo perda de qualidade de vida para as pessoas (Agudelo-Botero et al., 2018; Sherrington et al., 2019).

Em Portugal, a prevalência de lesões por queda ascende aos 76% na faixa etária dos 65 – 74 anos, chegando aos 90% no grupo das pessoas com 75 e mais anos (Coimbra et al., 2019).

O medo de voltar a cair, assim como a perda de confiança e segurança, condicionam a realização das AVD, levam à redução da atividade física e interação social, contribuindo para a deterioração física e cognitiva e conseqüente aumento do risco de queda (Sherrington et al., 2019). Perante o medo de cair, as pessoas idosas permanecem mais tempo em casa, local onde se sentem mais seguras, contudo é em casa que se registam cerca de 50% das quedas em pessoas idosas (WHO, 2007; Tanaka et al., 2018). A casa de banho é a divisão da casa onde se regista o maior número de quedas e a maior parte destas ocorrem durante a realização das AVD (Marinho et al., 2020). Neste sentido, a modificação e adaptação da casa à situação de cada pessoa ao longo da vida é crucial para tornar o domicílio um local seguro e assim reduzir o risco de queda. Importa, por isso, identificar e compreender quais os fatores de risco presentes na habitação que podem estar na origem de quedas, com a convicção de que reduzindo os riscos, as quedas poderão ser evitadas e assim contribuir para a manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas idosas (Fonseca, 2020).

A perda de autonomia e a diminuição da capacidade funcional podem condicionar a permanência da pessoa na sua própria residência, situação agravada pela diminuição ou ausência de rede de apoio e/ou pela situação socioeconómica desfavorecida contribuindo para a institucionalização das pessoas. Contudo, Nogueira e Azeredo (2017) defendem que as respostas sociais existentes em Portugal podem não ser suficientes para suprimir todas as necessidades e responder às exigências e preferências da sociedade. Por outro lado, importa salientar que um número significativo de pessoas deseja permanecer e envelhecer no seu domicílio, desejo muito manifestado pelas pessoas com idades mais avançadas (Bárrios et al., 2020).

O conceito de *ageing in place*, envelhecer no lugar ou envelhecer na comunidade, doravante designado por envelhecer em casa, é um termo muito utilizado na

bibliografia atual e que reflete a ideia de a pessoa permanecer e envelhecer na sua própria casa, integrada na comunidade que já conhece e com a qual já está familiarizada (Fonseca, 2018). Deste modo, e para que a pessoa possa envelhecer em casa com qualidade de vida é necessário um conjunto de intervenções multi e interdisciplinares, que permitam responder a todas as exigências, preferências e questões inerentes e que refletem a visão holística que o processo de envelhecimento exige (Martin et al., 2012).

Segundo dados divulgados pela PORDATA (2020) em 2005, cerca de 10% da população portuguesa que vivia sozinha era idosa, valor que aumentou até ao ano de 2019, onde se registou uma percentagem de 12,4%.

Tendo em conta que a população idosa passa grande parte do tempo em casa, é necessário que a habitação esteja isenta de riscos e o mais adaptada possível à sua condição, de modo a garantir o conforto, bem-estar e qualidade de vida não só das pessoas idosas, como de todos aqueles que as rodeiam (Fonseca, 2018). A segurança e as adaptações habitacionais visam não só o bem-estar de toda a população como pretendem que a pessoa idosa mantenha a sua capacidade funcional e independência pelo maior tempo possível, contribuindo ainda para a prevenção de quedas (Silva et al., 2019).

Para a WHO (2002), o envelhecimento ativo compreende 3 conceitos fundamentais, que se interrelacionam, a saúde, a participação social e a segurança e que visam a manutenção da autonomia, independência e a qualidade de vida ao longo de toda a existência da pessoa, durante o maior período de tempo possível garantindo a manutenção da sua capacidade funcional. Neste sentido e após 2012 ter sido declarado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (Lopes & Lemos, 2012), foi delineada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2017), onde foram reunidas um conjunto de linhas orientadoras, das quais se destacam a criação de espaços físicos seguros, através da criação de cidades e habitações acessíveis, da promoção de ações de sensibilização para a segurança e acessibilidade habitacional, da divulgação e criação de programas de apoio que facilitem modificações habitacionais por forma a aumentar o conforto e qualidade de vida das pessoas idosas.

Com o presente trabalho pretendemos assim refletir sobre o processo de envelhecer e de envelhecer em casa, de forma segura o que fizemos a partir da formulação da seguinte questão “Que medidas poderão ser benéficas na prevenção de quedas da população assistida pela Associação AVISO?” e definimos como objetivos gerais:

- Identificar o risco de queda da comunidade assistida pela Associação AVISO,
- Desenvolver um projeto de intervenção na área da prevenção de quedas para a comunidade que integra a Associação AVISO.

Assumindo a importância que as quedas em casa representam na população idosa e o grande impacto destes eventos na vida de cada pessoa, família e comunidade, o presente trabalho foi dividido em 5 grandes capítulos. No capítulo intitulado “percurso teórico” foi abordada a temática do envelhecimento, tanto numa perspectiva europeia como nacional, as alterações decorrentes deste processo e a problemática das quedas; as diversas respostas sociais existentes no nosso país e o conceito de envelhecer em casa, terminando com o exemplo da Associação *AVISO* como promotora do envelhecer em casa. Posteriormente, no “percurso metodológico”, descrevemos o processo desenvolvido para responder aos objetivos seguido dos resultados, discussão dos mesmos e finalizamos com um plano de intervenção a ser desenvolvido na Associação *AVISO* numa perspectiva de voluntariado.

Todas as referências bibliográficas utilizadas ao longo do presente trabalho estão referenciadas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª Edição (APA, 2020).

2. Percurso Teórico

2.1. Envelhecimento Demográfico e Envelhecimento Individual

Nas últimas décadas o conceito de envelhecimento tem vindo a ganhar destaque em todo o mundo, devido ao aumento crescente do número de pessoas idosas, nomeadamente nos países mais desenvolvidos, como são os países europeus (Rosa, 2020). Conforme referem Paúl e Ribeiro (2012) o envelhecimento demográfico resulta do envelhecimento individual de todos os indivíduos de uma sociedade.

De acordo com Rosa (2012, 2020), o envelhecimento demográfico reflete o impacto que a melhoria das condições de vida e a evolução da ciência tiveram na diminuição da mortalidade e no consequente aumento da esperança média de vida. Para o aumento da esperança média de vida contribuíram também, o diagnóstico, tratamento e prevenção de inúmeras patologias que poderiam ser fatais, permitindo assim às populações viverem mais anos. Por outro lado, a escolarização obrigatória, a entrada das mulheres no mundo do trabalho e a alteração da estrutura familiar são descritos como os fatores que contribuem para a diminuição da natalidade, alterando assim a relação entre a população jovem e a população idosa para a qual também contribuiu o facto de as mulheres terem filhos cada vez mais tarde e cada vez menos filhos (Rosa, 2012).

De acordo com o Eurostat (2021), o aumento da longevidade e da esperança de vida resultam no alargamento do topo da pirâmide etária. Enquanto, os baixos níveis de fertilidade e a diminuição da natalidade precipitaram o declínio da população jovem, refletindo-se no estreitamento da base. Esta relação conforme descrito pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022) pode ainda ser apresentada através do índice de envelhecimento (I.E.), calculado a partir do coeficiente entre o número de pessoas idosas (65 anos e mais) e o número de pessoas jovens (0 a 14 anos) que na população portuguesa, de acordo com os censos de 2021, é de 182,1, o que significa que em Portugal existem 182 pessoas idosas por cada 100 jovens (PORDATA, 2021).

O fenómeno do envelhecimento demográfico é transversal a todos os países da Europa. De acordo com dados da Eurostat (2021), a 1 de janeiro de 2019 a União Europeia com os 27 estados-membros (EU-27), contabilizava 446,8 milhões de pessoas e 20,3% destas tinham 65 e mais anos. Comparativamente ao ano de 2009, este valor aumentou 2,9 pontos percentuais. Nesse ano as pessoas idosas representavam 17,4% da população total.

As projeções realizadas pela Eurostat (2021), sugerem que a população da UE-27 tenderá a aumentar até 2026 podendo atingir nesse ano 449,3 milhões de indivíduos, contudo nos anos seguintes a população deverá diminuir prevendo-se que em 2100, o índice de dependência de idosos se situe em 57,1%. Este índice indica o nível de apoio dado às pessoas idosas pela população ativa.

Portugal segue a tendência da EU-27 no que diz respeito ao número de pessoas na faixa etária dos 65 e mais anos e ocupa o 4º lugar, na lista de países mais envelhecidos da Europa, somente ultrapassado pela Itália, Grécia e Finlândia (Eurostat, 2021). Este cenário coloca um conjunto de desafios aos quais a sociedade portuguesa terá que responder o mais rápido possível e de forma efetiva.

Segundo Moreira (2020), há assim cada vez mais pessoas idosas a viver mais anos, o que explica que em 2019 cerca de 6,6% da população tivesse 80 anos ou mais e se em 1960 a esperança média de vida era de cerca de 64 anos, na atualidade este valor ronda os 81 anos, diferindo entre sexos (78 anos nos homens e 83,5 nas mulheres). Ainda de acordo com Moreira (2020) a diferença na esperança média de vida entre homens e mulheres reflete-se na situação de viuvez mais precoce para as mulheres – por volta dos 80 anos de idade - do que para os homens (a partir dos 90 anos). Neste sentido, a mesma autora fala num envelhecimento maioritariamente feminino, o que poderá justificar o facto da maior parte das pessoas idosas que vivem sozinhas serem do sexo feminino. A feminização do envelhecimento já tinha sido confirmada por Rodrigues (2018). Segundo este autor 89% da população que atinge a faixa etária dos 65 anos é do sexo feminino, característica que é ainda mais pronunciada nas idades mais avançadas (Moreira, 2020).

De acordo com o INE (2021) em 2021, a proporção de homens e mulheres modificou-se substancialmente, verificando-se que existem em Portugal 4 921 170 homens e 5 423 632 mulheres, com um decréscimo no sexo masculino comparativamente ao ano de 2011. A relação de masculinidade registada foi de 90,7 homens por 100 mulheres em 2021.

As projeções realizadas pela PORDATA, a partir dos dados recolhidos nos Censos de 2021 (PORDATA, 2022), revelam também que a proporção de pessoas idosas aumentou consideravelmente nos últimos dez anos (19% em 2011 e 23,4% em 2021) tendo aumentado também a percentagem de pessoas que vivem sós. A percentagem de pessoas viúvas aumentou de 7,3 em 2011 para 7,5 em 2021, verificando-se também o aumento da percentagem de famílias unipessoais, atualmente situada nos 24,8% contra os 21,4% em 2011. Um outro dado curioso retirado das projeções da PORDATA (2022) foi a diminuição no número de pessoas a residir em alojamentos próprios, que em 2011 era de 73,2% e atualmente se situa nos 70%, aumentando assim a percentagem de alojamentos arrendados (26,8% em 2011 e 30% em 2021).

No que se refere à distribuição da população por faixa etária no território português, verifica-se um maior envelhecimento no interior do país, eventualmente causado pela saída dos mais jovens para as zonas litorais e conseqüente diminuição da natalidade no interior e aumento percentual do número de pessoas idosas, nestas regiões. Na última década intensificou-se o desequilíbrio na distribuição da população pelo território português, onde o interior perdeu população e o litoral aumentou consideravelmente o número de habitantes (Moreira, 2020), o que coloca em causa a renovação de gerações ao mesmo tempo que impossibilita o desenvolvimento e

crescimento económico dessas regiões, acentuando mais as assimetrias regionais (Rodrigues, 2018).

De acordo com Rosa (2012), estes movimentos migratórios aumentam a solidão e isolamento da população mais idosa e diminuem o investimento em equipamentos coletivos e serviços especializados, que podem prejudicar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa (Rodrigues, 2018). Por isso, Moreira (2020) defende que o envelhecimento demográfico impõe a reorganização da sociedade, nomeadamente das cidades onde o perfil demográfico é demarcado por um elevado número de pessoas idosas, no que diz respeito à habitação, espaços urbanos, acesso aos diversos serviços e à acessibilidade.

Compreende-se então que o envelhecimento demográfico represente um grande desafio social e económico, cujas respostas devem responder às necessidades individuais e coletivas de todos os membros de uma sociedade (Quaresma & Ribeirinho, 2016). Assim, urge a necessidade de compreender o processo de envelhecimento e todas as suas alterações.

No que se refere ao envelhecimento individual, Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que este pode ser definido como um processo natural e inevitável, que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida de um indivíduo e que acarreta um conjunto de alterações a nível físico e biológico, psicológico e social. As alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento poderão ser mais ou menos evidentes tendo em conta as características individuais de cada pessoa, o que torna o envelhecimento um processo bastante heterogéneo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Para Squire (2005) as modificações que ocorrem devem-se a uma interação entre patologias, idade, tipo de alimentação, estilo de vida, exposição solar e afetam a generalidade das pessoas idosas. De acordo com Paúl e Ribeiro (2012) o envelhecimento pode ser entendido como um conjunto de alterações e situações que ocorrem após o indivíduo atingir a idade adulta e para a World Health Organization (WHO, 2015) esta fase do ciclo de vida é constituída por um conjunto de mudanças complexas, tanto a nível biológico, psicológico, como nos papéis e posição social que cada indivíduo desempenha.

As mudanças complexas que ocorrem, conforme descrevem Berger e Mailloux-Poirier (1995) aquando do processo de envelhecimento atingem os diversos sistemas do corpo humano, realçando que as características físicas são as mais perceptíveis e visíveis, como o aparecimento do cabelo grisalho, as rugas e redução da altura. Todavia, ocorrem em simultâneo, alterações sensoriais tais como a diminuição da acuidade visual e auditiva e a diminuição das funções do sistema nervoso central. O processo de envelhecimento ocorre simultaneamente ao nível estrutural com impacto metabólico e celular, com consequentes modificações funcionais.

O quadro seguinte reúne o conjunto de alterações nos diversos sistemas do organismo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995):

Quadro 1: Resumo das alterações que ocorrem nos diversos sistemas do organismo durante o processo de envelhecimento.

Sistemas do organismo	Alterações decorrentes do envelhecimento
Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Degenerescência e calcificação valvular • Perda de elasticidade dos vasos sanguíneos e calcificação das suas paredes (arteriosclerose) • Aumento da pressão arterial • Diminuição do débito cardíaco em 40% e de 18% no volume de água • Diminuição do aporte sanguíneo e aumento da resistência vascular periférica (1% ao ano) • Diminuição do retorno venoso com possível edema • Artérias coronárias, cérebro e músculos recebem maior fluxo sanguíneo que rins e fígado
Sistema Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos • Redução da absorção de oxigênio • Atrofia e rigidez pulmonar • Diminuição da capacidade inspiratória e capacidade vital • Aumento da capacidade residual • Diminuição da capacidade respiratória total em 50% • Problemas de expetoração, possibilidade de enfisema e bronquite senil
Sistema Renal e Urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do número de nefrônios • Diminuição da filtração glomerular e tubular, fluxo sanguíneo renal • Alteração do equilíbrio ácido base • Alteração da estrutura da uretra e próstata • Diminuição da capacidade de retenção • Incontinência urinária
Sistema Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações decorrentes da higiene e saúde oral • Alteração do paladar (diminuição das papilas gustativas) • Diminuição da capacidade olfativa • Diminuição do reflexo de deglutição • Atrofia da língua e diminuição da secreção salivar • Enfraquecimento do esfíncter esofágico com dor e desconforto após refeições • Diminuição das enzimas digestivas e pancreáticas • Atrofia gástrica • Alteração do funcionamento do fígado • Alteração da capacidade de absorção intestinal e eliminação de produtos fecais
Sistema Nervoso e Sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do peso e volume cerebral • Diminuição do aporte sanguíneo e consumo de oxigênio • Redução do número de neurônios, sinapses e impulsos nervosos • Aumento do tempo de reação • Diminuição dos proprioceptores responsáveis pela posição no

	<p>espaço – alterações do equilíbrio e orientação espacial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações da marcha e quedas mais frequentes • Alteração da motricidade fina e global (movimentos mais lentos e menos precisos) • Elevação do limiar de percepção do sabor e odor • Diminuição da acuidade visual
Sistema Músculo-esquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia muscular do tronco e extremidades • Deterioração do tónus muscular, perda de força e agilidade • Redução do peso muscular • Aumento da massa gorda • Calcificação dos ligamentos e atrofia das articulações • Diminuição da reabsorção de cálcio • Desmineralização da massa e densidade óssea • Osteoporose e arqueamento da coluna vertebral • Diminuição do volume torácico e ação dos músculos respiratórios • Redução da amplitude dos movimentos
Sistema Endócrino	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do metabolismo da glicose • Diminuição da utilização da tiroxina periférica • Alteração do funcionamento corticossupra-renal • Diminuição do metabolismo • Diminuição do estrogénio e testosterona
Sistema Reprodutor	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da função sexual • Aparecimento da menopausa e andropausa • Atrofia dos órgãos genitais • Alteração do ritmo de ereção e ejaculação • Alteração da libido
Sistema Imunitário	<ul style="list-style-type: none"> • Lentificação da resposta imunitária • Imunodeficiência relativa
Ritmos Biológicos e Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do ritmo circadiano • Alteração das fases do sono • Diminuição do sono profundo e aumento do sono ligeiro • Alteração da repartição das horas de sono

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), todas estas alterações, ainda que variáveis de pessoa para pessoa, acabam por limitar a realização das atividades da vida diária (AVD) não apenas pelas alterações em si mesmas, mas também porque estas expõem as pessoas a doenças osteoarticulares, cardiovasculares, problemas da visão, audição e outros com repercussão na capacidade funcional. A mobilidade e a postura, são afetadas por alterações no sistema musculoesquelético e nervoso, desencadeando um conjunto de alterações que levam à diminuição da massa e força muscular, tornando as pessoas mais frágeis e suscetíveis à ocorrência de quedas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O Problema das quedas nas pessoas idosas

Junior et al. (2020) consideram que as quedas são um dos maiores problemas de saúde pública na população idosa e as consequências das quedas nesta população, conforme sublinham, podem ser a diminuição da capacidade funcional e consequentemente redução da independência e da qualidade de vida das pessoas idosas.

Segundo a WHO (2018) uma queda pode ser definida como um evento inesperado, no qual o indivíduo se desloca, sem intenção, do nível onde se encontra ou de um nível superior para um inferior. A queda é um fenómeno involuntário no qual a pessoa se desloca de um nível superior para um inferior, sem capacidade para corrigir essa trajetória em tempo útil (Antunes et al., 2018). De acordo com Kenny et al. (2012), as quedas são sempre situações não expectáveis nas quais a pessoa acaba no solo ou numa superfície inferior, de modo alheio à sua vontade.

Segundo Zeytinoglu et al. (2021) nos Estados Unidos da América, cerca de 3 milhões de pessoas são assistidas em serviços de urgência devido a situações de quedas. Estima-se que os custos de hospitalizações e tratamentos médicos a estas pessoas atinjam os 50 mil milhões de dólares. Na União Europeia, a necessidade de serviços de saúde que respondam às quedas e consequente fratura da anca pode custar aproximadamente 37 mil milhões de euros (Venâncio et al., 2019). E a realidade portuguesa parece ser ainda ser mais negativa, pois os custos associados ao tratamento da fratura do colo do fémur, consequência mais comum das quedas nas pessoas idosas, podem chegar aos 216 milhões de euros (Venâncio et al., 2019).

As quedas podem ter consequências variáveis: 50% das quedas resultam em ferimentos ligeiros, 24% em lesões mais graves, sendo as fraturas a lesão mais frequente (Elliott et al., 2009). Na população acima dos 65 anos podem estar na origem de numerosas hospitalizações, da institucionalização e de morte prematura (Almeida et al., 2019). De acordo com Marinho et al. (2020) aproximadamente 40 a 60% das quedas em indivíduos com 65 e mais anos resultam em lesões, das quais 5% correspondem a fraturas vertebrais, do fémur, úmero, rádio e costelas. Além das sequelas físicas acresce o medo de cair novamente, a perda de confiança e da autonomia, o aparecimento de sintomas depressivos associados à dor, o que prejudica ainda mais a mobilidade dos mais velhos. Todas estas consequências contribuem para a perda da capacidade funcional e aumento do consumo de recursos de saúde (Santos et al., 2017).

Faleiros et al. (2018), Oliveira et al. (2018) e Almeida et al. (2019) apontam vários fatores que podem contribuir para o aumento do risco de quedas. Dada a sua natureza multifatorial, a história prévia de quedas; o facto de a pessoa viver sozinha e em locais isolados; o uso de medicação psicotrópica ou polimedicação; a falta de vitamina D; a presença de doenças crónicas; as alterações na marcha e no equilíbrio; a falta de atividade física; as alterações psicológicas, cognitivas e demenciais; os distúrbios nutricionais; os défices auditivos e visuais, bem como doenças

osteomusculares e infeções graves são os fatores que mais poderão contribuir para as quedas nas pessoas idosas.

Segundo a WHO (2007), todos os anos cerca de 28 a 35% da população com 65 e mais anos sofre uma queda, sendo que este valor aumenta quando se refere à população com idade superior a 70 anos (32-42%). A idade confere às pessoas características que aumentam o risco de sofrerem um evento destes, pelo que as consequências das quedas em pessoas com 85 e mais anos são 4 a 5 vezes superiores às registadas na população dos 65-74 anos. A dimensão deste problema torna-se ainda maior se tivermos em consideração que 25% dos indivíduos com fraturas da anca decorrentes de uma queda acabam por falecer 6 meses após o evento (Elliott et al., 2009).

Na origem das quedas encontra-se uma associação de múltiplos fatores extrínsecos e intrínsecos, não existindo uma única causa para a queda (WHO, 2007). Estes fatores podem refletir os 4 determinantes da saúde, os determinantes biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Atendendo ao facto de as pessoas idosas permanecerem longos períodos na habitação é também no domicílio que ocorrem 50% das quedas, conforme referem Mortazavi et al. (2018), Coimbra et al. (2019) e WHO (2007). Por isso, a WHO (2007) salienta a importância que deve ser dada às condições habitacionais na prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Conforme referem Bárrrios et al. (2020), grande parte das pessoas deseja envelhecer no seu domicílio e aí permanecer o maior tempo possível, o que só será possível se forem desenvolvidas medidas e adotadas estratégias capazes de possibilitarem que este período da vida humana seja vivido de forma saudável e ativa.

Neste sentido, e após ser declarado o ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre gerações (José & Teixeira, 2014), a Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) publicou a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS). Este documento de trabalho reúne um conjunto de medidas relacionadas com a saúde, a participação social e a segurança, incentivando ainda o *ageing in place* ou envelhecer em casa e promovendo a criação de espaços seguros para as pessoas idosas (DGS, 2017), pelo que a avaliação das condições habitacionais se torna um importante elemento fundamental na promoção do bem-estar e qualidade de vida destas pessoas (Bárrrios et al., 2020).

A avaliação habitacional deverá ter em conta diversos fatores apontados como responsáveis pelas quedas em pessoas idosas devendo as condições habitacionais ser avaliadas a partir de um conjunto de indicadores conforme sugerem vários documentos (Decreto Lei n.º 163/2006, 2006; Chamusca, 2019; MAPFRE, 2008; Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados [EMRCCI], 2016; Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira [CAIR – PQIRAM], 2019):

1. **Escadas:** largura das escadas e corredores; implementação de plataformas elevatórias; altura dos degraus; existência de corrimão, marcação do limite do degrau.

2. **Cozinha:** piso; bancadas acessíveis e organizadas; móveis acessíveis e seguros; organização e arrumação de todos os utensílios cortantes, fogão.

3. **Casa de Banho:** dimensões adequadas; barras de apoio na banheira, lavatório e sanita; altura da sanita; banheira acessível ou base de duche, com assento e dispositivos antiderrapantes; lavatório acessível; piso não escorregadio.

4. **Quarto:** altura da cama; mesas instáveis; roupa de cama extramente pesada.

5. **Despensa:** organização e arrumação dos produtos de limpeza, separados dos bens alimentares e guardados a uma altura acessível.

6. **Sala:** disposição das mobílias; existência de obstáculos; evitar tampos de mesa de vidro.

7. **Espaço exterior/jardim:** piso, acessibilidade e iluminação.

8. **Iluminação:** potência das lâmpadas; iluminação correta das zonas de perigo de queda; luz de presença no quarto e casa de banho; interruptores acessíveis e num tom distinto permitindo a sua rápida identificação.

9. **Portas:** de pequenas dimensões; tipo de puxadores (evitar os de difícil manuseamento); optar por puxadores de madeira ou alavanca.

10. **Tapetes:** soltos ou aderentes ao chão; colocação de adesivo nas extremidades dos tapetes.

11. **Piso:** antiderrapante; livre de objetos e em boas condições.

12. **Mobiliário:** a disposição dos móveis deve garantir a acessibilidade de todas as divisões; não deve representar perigo na mobilidade.

13. **Janelas:** devem ser janelas de correr de modo a evitar algum acidente ao abrir para dentro, levando à queda; puxador de alavanca e acessível.

14. **Instalações elétricas:** ausência de cabos visíveis e espalhados no chão.

15. **Passagens:** desimpedidas, livres de obstáculos e fios.

16. **Calçado:** o tipo de calçado que o idoso utiliza poderá não ser o mais adequado, o que pode levar ao aumento do risco de queda.

17. **Animais de estimação:** facilidade em cuidar e ter o animal de estimação dentro de casa sem risco de queda.

Um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde ou cuidados assistenciais assumidos a nível mundial diz respeito à prevenção de quedas, pelo que a avaliação dos riscos deve ser um dos primeiros passos na promoção do envelhecimento ativo e saudável (Chamusca, 2019). A identificação das pessoas que se encontram em risco de queda pressupõe uma avaliação biopsicossocial (isto é, da saúde física, mental, bem como da capacidade funcional, recursos socioeconómicos, rede social e familiar) e do ambiente físico que estas frequentam (Smith et al., 2017).

Nas últimas décadas foram desenvolvidos muitos instrumentos com o objetivo de avaliar o risco de queda, tanto para indivíduos institucionalizados, hospitalizados e também para os residentes no domicílio (Gates et al., 2008). As escalas mais difundidas na literatura para a avaliação do risco de queda de acordo com os vários autores (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK) [NCC-NSC], 2004; Sousa et al., 2016) são: Escala de Equilíbrio de Berg (BBS); *Elderly Fall Screening Test* (EFST); *Timed Up and Go Test* (TUGT); *Tinetti Performance-oriented*

Mobility Assessment (POMA); Home Falls and Accidents Screening Tool (HFAST); Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT); Dynamic Gait Index (DGI); Fall Risk Screening Tool (FREST); Falls Efficacy Scale – International (FES-I); Fall Risk Index (FRI-21); Falls Screening and Referral Algorithm (FSRA); Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (mSAFFE); Iconographical Falls Efficacy Scale (Icon-FES) e a Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda.

A avaliação cognitiva poderá ser também um dado importante a recolher na determinação do risco de queda, pelo que se poderá recorrer ao *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, conforme recomenda a Norma nº 008/2019 da Direção Geral da Saúde. A capacidade de realizar as AVD também pode ajudar a prever o risco de queda e pode ser avaliada com instrumentos como a Escala modificada de *Barthel (CAIR – PQIRAM, 2018; Sousa et al., 2016)* ou a *Activities-specific Balance Confidence (ABC)* e a avaliação da função executiva, do estado depressivo e acuidade visual poderão ser avaliados com outros instrumentos como o Teste do relógio e teste de memória com 5 palavras, o *Geriatric Depression Scale*, o teste da acuidade visual dinâmica computadorizado, a avaliação da densidade óssea e ainda a avaliação da dor através do *Brief Pain Inventory (BPI) interference subscale* poderão contribuir para um maior conhecimento sobre o risco de queda que as pessoas idosas apresentam (Sousa et al., 2016).

No que se refere concretamente aos fatores ambientais e aos riscos de queda associados a estes fatores, os instrumentos e escalas existentes são o *Home Falls and Accidents Screening Tool (HFAST)* e *Home Safety Self Assessment Tool (HSSAT)* sendo por isso os instrumentos mais indicados para a avaliação do risco de queda em pessoas idosas a residir no domicílio (Sousa et al., 2016).

A escolha do instrumento deve ser adequada à situação em que a pessoa se encontra, isto é, existem instrumentos que permitem a avaliação do risco de queda para indivíduos hospitalizados, para pessoas institucionalizados ou a residir no domicílio (Costa-Dias & Ferreira, 2014; Sousa et al., 2016; Bernardes et al., 2019). O importante é que a avaliação do risco de queda permita identificar os fatores de risco, conhecer as necessidades das pessoas e procurar respostas. Dito de outro modo, após conhecer as verdadeiras necessidades da comunidade, pretende-se divulgar e alertar para os riscos quer inerentes à pessoa quer ao ambiente em que a mesma reside de modo a identificar as alterações e adaptações habitacionais necessárias, com o objetivo de evitar sequelas decorrentes de quedas (Tanaka et al., 2018).

Segundo WHO (2002) o envelhecimento ativo corresponde “ao processo de optimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (p. 12), pelo que cabe à comunidade, aos familiares e profissionais de saúde e sociais assumir um papel de divulgação e intervenção, transmitindo o conhecimento necessário para a manutenção da capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos, promovendo o envelhecimento ativo e saudável. Este conceito compreende a capacidade de desenvolver as habilidades físicas, sociais e mentais, visando o bem-estar ao longo da vida, ao mesmo tempo que incute a participação das pessoas na sociedade e

comunidade onde estão inseridas, tendo em conta as suas necessidades, preferências e desejos, devendo ser garantida a sua proteção, segurança e cuidados (WHO, 2002). Para Cabral e Ferreira (2014) o conceito de envelhecimento ativo abrange a manutenção da capacidade motora e cognitiva, principalmente após as pessoas se retirarem da atividade profissional, mas envolve também estilos de vida saudáveis e bons hábitos de saúde ao longo da vida, tal como a participação e a capacidade de integração.

No documento de trabalho ENEAS (DGS, 2017), a necessidade de alertar e responder às várias questões que tendem a emergir com o envelhecimento, como a promoção da saúde, a participação social e a segurança da população idosa, levou a que fossem descritas um conjunto de medidas suscetíveis de promover o envelhecimento ativo e saudável a partir de 4 eixos estratégicos: a saúde; a participação; a segurança e a medição, monitorização e investigação.

A adoção de estilos de vida saudável, a prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e a otimização das capacidades individuais são aspetos que promovem a funcionalidade, independência e autonomia das pessoas idosas (DGS, 2017). Neste sentido, são definidas medidas como: a promoção da literacia em saúde, práticas de estilos de vida saudável e o autocuidado; a alteração de comportamentos, promoção da atividade física e interação social; educação sobre o envelhecimento em todos os graus de ensino, assim como o incentivo nesta temática; a promoção de uma imagem positiva do envelhecimento; a promoção da interação social; e o incentivo para o *ageing in place* ou envelhecimento em casa a partir da criação de espaços seguros e promoção da acessibilidade (DGS, 2017).

De acordo com Hébert (1997), a prevenção e intervenção precoce, nomeadamente nos casos em que a pessoa se encontra em risco, pode retardar o aparecimento e/ou o avanço do declínio funcional e respetivas consequências. De igual forma, uma estratégia preventiva contribuirá não só para a manutenção da independência e autonomia das pessoas idosas, como também para a redução da despesa em saúde e em recursos sociais (Hébert, 1997).

Uma revisão sistemática recente sobre as intervenções eficazes para melhorar a independência das pessoas idosas nas AVD (Motamed-Jahromi & Kaveh, 2020) concluiu que um ambiente favorável ao envelhecimento também é considerado como fundamental para manter as capacidades funcionais das pessoas idosas, porque a saúde é afetada pela forma como as pessoas vivem, e o ambiente físico e social podem afetar o comportamento das pessoas orientado para a saúde. Por isso, os autores defendem que é necessário conceber cidades e casas amigas das pessoas idosas e apoio social para manter a sua independência, que pode ser alcançado através da família, amigos, organizações não governamentais (ONGs) e governo, e que a realização de programas no público-alvo também pode melhorar a independência das pessoas idosas nas AVD.

No que se refere concretamente às quedas, a revisão sistemática de Guirguis-Blake et al. (2018) sugere que a prática regular de exercício está associada a um menor número de pessoas que sofrem quedas e a um número mais reduzido de quedas prejudiciais na população de médio e alto risco. A abordagem multifatorial com intervenções cognitivas e comportamentais, que incluíram conhecimento acerca do ambiente e exercícios de prevenção também mostraram uma eficácia moderada na redução de quedas e/ou na probabilidade de as pessoas virem a sofrer uma queda.

2.2. Respostas Sociais face ao envelhecimento e à independência das pessoas idosas

2.2.1. Respostas sociais globais

Segundo Moreira (2020), com o aumento da longevidade, aumenta a probabilidade de se desenvolverem nas pessoas patologias e/ou alterações a nível físico e cognitivo que interferem na autonomia e na capacidade funcional, pelo que estes dois fatores assumem um papel ativo na avaliação do bem-estar e da saúde, assim como na identificação das necessidades dos mais velhos. Ainda de acordo com o mesmo autor a família, vizinhos e amigos são a principal rede informal de suporte e prestação de cuidados às pessoas idosas.

De acordo com Araújo et al. (2018) a família é um elo crítico para o bem-estar biopsicossocial das pessoas idosas, independentemente de estas dependerem da rede familiar para suprimir as necessidades básicas ou conseguirem realizar as AVD. E quando estas apresentam algum grau de dependência na satisfação destas necessidades, a prestação de cuidados parte maioritariamente do sexo feminino, quer no papel de cônjuge ou de filha/nora (Pocinho et al., 2016). Contudo a assistência dada aos mais velhos conforme referem Afonso et al. (2019) sofreu uma revolução com a entrada das mulheres – principais cuidadoras da família - no mercado de trabalho. A par desta alteração social, outras foram ocorrendo na estrutura familiar, que potenciaram a prestação de cuidados por indivíduos do género masculino e em última análise a necessidade de cuidados formais (Crispim, 2021). A diminuição da rede familiar e enfraquecimento da rede social decorrentes da morte do cônjuge, da entrada na reforma e da mobilidade da população conduziram também a uma redução do número de familiares com disponibilidade e capacidade para cuidar da população idosa (Moreira, 2020), o que exigiu que fossem criadas outras respostas sociais.

As respostas sociais são designadas como o conjunto de atividades e serviços desenvolvidos no contexto da segurança social, relativamente a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas portadoras de deficiência, com o objetivo de prevenir e

resolver situações de carência, disfunção e marginalização social (Decreto-Lei n.º 64/2007, 2007). De acordo com a informação disponibilizada pelo Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, 2021), a nível nacional existem sete tipos de respostas sociais para pessoas idosas, designadamente o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); Centro de Convívio; Centro de Dia; Centro de Noite; Acolhimento Familiar; Estruturas Residenciais e Centro de Férias e Lazer.

Segundo o Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de novembro de 1999, o SAD constitui uma resposta social de “prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e ou as atividades da vida diária” (p. 7960). Para Barbosa et al. (2018), este é um serviço assistencial que procura acompanhar as pessoas idosas e respetivas famílias, no que diz respeito às atividades da vida diária instrumentais (AVDi) e necessidades básicas, de modo a melhorar a qualidade de vida dos utentes; prevenir a dependência e promover a autonomia; prestar cuidados biopsicossociais; apoiar a realização das AVDi, satisfazer necessidades básicas, melhorar e assegurar o acesso aos cuidados de saúde (Despacho Normativo n.º 62/99, 1999). Esta resposta reúne serviços que se adaptam às necessidades e preferências das pessoas, tais como a prestação de cuidados de higiene e conforto pessoal; colaboração na prestação de cuidados de saúde; apoio na limpeza da habitação; confeção e acompanhamento das refeições, assim como o tratamento da roupa e por último, divulgação de informações que facilitam o acesso aos serviços da comunidade (Despacho Normativo n.º 62/99, 1999).

O centro de convívio pretende dar apoio a atividades socio-recreativas e culturais, através do envolvimento da comunidade na sua organização e dinamização (Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança [DGSSFC], 2006), com recurso a atividades que visam a prevenção da solidão e isolamento, a promoção da participação social, a promoção da manutenção das redes sociais e familiares, de modo a evitar ou adiar a institucionalização das pessoas idosas (ISS, 2021).

Outro serviço disponível para todas as faixas etárias e famílias diz respeito ao centro de férias e lazer que visa o bem-estar físico, psicológico e social, através da quebra de rotinas, experiências e dinâmicas de grupo desenvolvidas na comunidade e que promovem o espírito de interajuda, criativo e de iniciativa (ISS, 2021).

Para Candeias (2014) o centro de dia é uma resposta social que objetiva colmatar as necessidades do utente, sem que para isso seja necessária a institucionalização permanente. Trata-se por isso de um serviço complementar entre o apoio formal e informal, garantindo a manutenção da autonomia, independência e dignidade das pessoas idosas e respetivas famílias. Do ponto de vista da DGSSFC (2006) trata-se de uma resposta que pretende satisfazer as necessidades dos utentes, prestar apoio psicossocial, fomentar as redes interpessoais e intergeracionais, retardar a institucionalização e conseqüentemente manter a pessoa o maior tempo possível na

comunidade. O funcionamento apenas diurno deste serviço permite que as pessoas idosas mantenham uma rotina no seu seio familiar e social, ao mesmo tempo que podem usufruir de serviços de socioculturais, recreativos, educativos, entre outros tipos de apoio (Candeias, 2014).

O centro de noite é para Pereira (2019) uma resposta social que consiste no acolhimento noturno de pessoas idosas, autónomas e independentes que permanecem no seu domicílio no período diurno, garantido o acompanhamento durante a noite e a segurança necessária para o bem-estar das pessoas em situações de solidão e isolamento.

Segundo o Decreto-Lei nº 391/91, de 10 de outubro de 1991, o acolhimento familiar é um outro tipo de resposta, que permite a integração temporária ou permanente de pessoas idosas ou com deficiências no seio de famílias idóneas. Este serviço dinamiza um ambiente afetivo, familiar e seguro e conseqüentemente permite suprimir as necessidades básicas das pessoas idosas, salvaguardando e respeitando a sua individualidade, personalidade e privacidade, de modo a retardar a institucionalização, quando não existe uma resposta familiar adequada (DGSSFC, 2006).

Crispim (2021) relaciona a idade avançada com a necessidade de mais e melhores cuidados, não só devido à deterioração física, cognitiva e perda de autonomia, como à inadequação dos cuidados informais e/ou ausência de capacidade de resposta familiar. Assim, surge a estrutura residencial, comumente designada por lar para idosos, como o estabelecimento onde são acolhidas e alojadas pessoas idosas, de forma temporária ou permanente, e onde são garantidos os cuidados de saúde, higiene e conforto, alimentação, cuidados afetivos e emocionais, permitindo a socialização entre pares, sendo ainda garantido um plano de animação social, entre outras atividades (Despacho Normativo n.º 12/98, 1998).

Atendendo às características de cada tipo de resposta social, a estrutura residencial, o centro de dia e o SAD são os apoios mais solicitados para satisfazer as atividades básicas e instrumentais da vida diária (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2020). Segundo dados divulgado na Carta Social de 2020, os serviços de SAD e estrutura residencial para pessoas idosas cresceram substancialmente nos últimos 20 anos, tentando responder ao crescente aumento do número de pessoas idosas (GEP, 2020). Ainda assim, o GEP (2020) realça que o SAD é o apoio com maior oferta e procura. Cerca de 69% das entidades com SAD funcionam 7 dias por semana e já disponibilizam outro tipo de apoios além dos pré-estabelecidos como serviços de animação, acompanhamento das pessoas idosas na resolução de questões pessoais e legais, reparações no domicílio e ainda oferecem teleassistência.

No entanto, a investigação de Nogueira e Azeredo (2017) revelou que as respostas sociais existentes parecem não ser suficientes para colmatar as necessidades das pessoas mais velhas e corresponder às suas exigências e preferências. Isto porque nem todas as pessoas idosas são dependentes, sendo possível manterem um papel

ativo na comunidade mesmo na velhice, inviabilizando as respostas sociais anteriormente descritas, como sublinha Fonseca (2021).

Embora o SAD seja o serviço mais procurado no conjunto das valências disponíveis, conforme refere Matias (2016), devido ao facto de permitir às pessoas idosas permanecerem no seu domicílio e comunidade ao mesmo tempo que as suas necessidades são suprimidas através deste apoio, a United Nations Economic Commission for Europe (UNECE, 2018) defende que é necessário criar respostas inovadoras e otimizar as já existentes, por forma a responder às demandas da sociedade atual.

De acordo com Bárrios et al. (2020) grande parte dos indivíduos deseja envelhecer e permanecer no seu próprio domicílio o maior número de anos possíveis, sendo em casa que se sentem mais seguros e onde têm todos os seus pertences, muitos deles com grande significado emocional. Esta vontade expressa por inúmeros inquiridos revela o conceito de *ageing in place* ou envelhecer no lugar ou envelhecer em casa e na comunidade, termo atualmente muito utilizado (Fonseca, 2021).

Segundo Bárrios et al. (2020) envelhecer em casa pode ser definido como permanecer na comunidade onde já se está inserido, de forma independente e com segurança. Para Vanleerberghe (2017), o conceito de envelhecer em casa começou por se remeter apenas ao processo de envelhecer em casa, contudo com o passar dos anos este passou a ser mais amplo e integrativo, envolvendo também o desejo de permanecer na comunidade onde reside e continuar a participar na mesma. De acordo com a WHO (2015) o termo envelhecer em casa revela um conceito mais abrangente que compreende a capacidade de viver e envelhecer no seu próprio domicílio e na comunidade envolvente, com autonomia, conforto e segurança, independentemente da faixa etária, nível económico e capacidade física e cognitiva, compreendendo ainda a capacidade de escolher o local/comunidade em função das necessidades e preferências.

Sendo o envelhecimento um processo heterogéneo, o envelhecer em casa deverá procurar responder às necessidades específicas de cada pessoa, de acordo com as suas crenças, preferências e recursos, pelo que a promoção do envelhecimento no lugar assenta em 5 pontos fundamentais: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados, políticas de apoio social (Fonseca, 2018). Estes pontos podem ser agrupados em três dimensões que se interligam: a dimensão física, que corresponde ao espaço físico envolvente – casa, aldeia, bairro, etc.; a dimensão social definida pelas relações interpessoais estabelecidas e a dimensão psicológica relacionada com o sentimento de pertença, onde a comunidade assume um papel primordial (Fonseca, 2020).

Fonseca (2018) sugere que optar por envelhecer em casa pode ser justificado com o facto de as pessoas desejarem envelhecer e permanecer num ambiente que lhes é familiar e que já conhecem, eliminando aspetos como a adaptação e aprendizagem associados à institucionalização. Contudo, envelhecer na comunidade implica

alterações e/ou readaptações das condições habitacionais e psicossociais, que promovam a independência e autonomia, que permitam manter as relações sociais (com familiares, amigos e vizinhos) e sobretudo que permitam o acesso a todos os serviços da comunidade (Fonseca, 2018).

Bárrios et al. (2020) defendem por isso que o envelhecer em casa funciona como uma alternativa à institucionalização, onde se fomentam as condições necessárias para viver na comunidade e se promove o acesso a apoios e serviços essenciais para as pessoas idosas e respetivas famílias, sem que para isso tenham que estar institucionalizadas, exercendo deste modo o seu direito de escolha.

O ano de 2012 foi declarado, a nível europeu, como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações, ano em que a agenda política passou a conter um plano sobre o envelhecimento, com medidas específicas a implementar (José & Teixeira, 2014). Este plano assenta em teorias sociais do envelhecimento como a teoria da atividade, onde a prática do exercício físico, a manutenção da saúde mental e a participação contínua na sociedade permitem alcançar níveis de bem-estar mais elevados, levando a uma maior qualidade de vida (José & Teixeira, 2014).

Outro documento significativo nesta área, é o da Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) que tem como missão “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (p.18). Reúne, assim, um conjunto de valores e princípios agregadores da saúde e do bem-estar da população mais idosa e dos seus objetivos específicos fazem parte entre outros:

Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, (...) incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas; promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida. (DGS, 2017, p.19)

Para além destes princípios focados na promoção da literacia em saúde, fazem parte outros como: “incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores (...) e apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas” e ainda “promover iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa” (DGS, 2017, p.19). O mesmo documento foca ainda as linhas orientadoras para a ação e medidas consideradas necessárias estruturadas a partir de quatro eixos estratégicos - saúde, segurança participação, e medição, monitorização e investigação - e aponta um conjunto de medidas das quais se destaca a medida número 20. Esta visa incentivar o

envelhecimento no contexto de proximidade das pessoas idosas e contempla as seguintes ações: criação e organização de redes de prestação de cuidados no domicílio e em ambulatório, e apoio nas necessidades pontuais de manutenção do conforto no domicílio das pessoas mais velhas; incentivo à domiciliação dos cuidados através de uma abordagem integrada que envolva a saúde, a segurança social, as autarquias, e as entidades/organizações do setor social e solidário; identificação e avaliação de forma sistemática dos fatores externos que contribuam para as vulnerabilidades em saúde das pessoas idosas; desenvolvimento de sistemas de informação que garantam a integração e continuidade de cuidados; criação de ambientes de suporte físico e social nos bairros, permitindo a permanência das pessoas idosas nas suas casas e comunidades o maior tempo possível; desenvolvimento de sistemas de telemonitorização que permitam o envelhecer em casa com qualidade. Estas ações requerem o envolvimento e a participação de várias entidades como o Instituto da Segurança Social, IP (ISS); a Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP); o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES); os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), o Sector Social e Solidário (SSS) e a Direção Geral das Autarquias Locais (DGS, 2017).

Outras respostas: Envelhecer em casa

Para Martin et al. (2012) o processo de envelhecer na comunidade é um conceito obrigatoriamente multidisciplinar, não só pela necessidade de cooperação entre distintas entidades e serviços, assim como pela heterogeneidade do próprio processo de envelhecimento, preferências das pessoas idosas e condições de habitabilidade, entre outras dimensões. O conceito de envelhecer em casa compreende, por isso, a capacidade de envelhecer e permanecer no próprio domicílio, com um certo grau de independência apesar das dificuldades que o indivíduo possa apresentar, tendo em conta a comunidade que o envolve (Martin et al., 2012).

Na perspetiva de Fonseca (2021), um dos pressupostos de envelhecer na comunidade relaciona-se com estratégias que fomentem a prática da atividade física por parte das pessoas idosas e que eliminem as barreiras que possam dificultar a prática de exercício e conseqüente manutenção das AVD. Esta perspetiva aliada à prevenção e intervenção precoce promove uma maior qualidade de vida com saúde. Por outro lado, a WHO (2015) realça que todas as pessoas durante o processo de envelhecimento necessitam de cuidados seja por parte de familiares, amigos ou vizinhos como cuidadores informais ou seja por cuidadores formais para prestação de cuidados médicos, defendendo a reestruturação e reorganização dos modelos de cuidados às pessoas idosas, para que estas possam ser cuidadas no próprio domicílio, se essa for a sua preferência. Fonseca (2018) reforça ainda que as pessoas idosas que escolhem envelhecer em casa pretendem acima de tudo, permanecer num lugar que lhes é familiar e que consideram seguro, onde podem manter os seus pertences e objetos de grande valor emocional, o que permite recordar o passado e estimular a memória a longo e curto prazo.

De acordo com Pimentel et al. (2019), o grau de independência das pessoas idosas que residem na comunidade poderá estar relacionado e ser potenciado pela presença de uma forte rede social, que ajuda as pessoas a manterem a sua autonomia, e que compreende a família, amigos, vizinhos e/ou conhecidos (Fonseca, 2020), com os quais as pessoas idosas socializam e interagem diariamente, contrariamente ao que acontece com às pessoas idosas institucionalizadas. Choi e Matz-Costa (2016) afirmam que aqueles que permanecem na comunidade mantêm uma ligação com a sua casa e ambiente físico envolvente, o que lhes concede vários benefícios, tais como a manutenção de um ambiente familiar, confortável e já conhecido do seu domicílio, que aumenta o sentimento de segurança e o grau de independência, além do benefício económico que daí advém. Por outro lado, a cooperação e entreaajuda, das demais pessoas da comunidade para com a população idosa que vive sozinha no seu lar, encontra-se associada a uma maior saúde mental e sensação de bem-estar (Choi & Matz-Costa, 2016). Estes aspetos também são salientados por Albuquerque et al. (2020), segundo referem, a participação das pessoas mais velhas e a integração na comunidade proporciona uma maior socialização, levando a uma sensação de realização, a sentirem-se úteis e integrados, ao mesmo tempo que fortalece o vínculo com o local de residência.

Contudo e quando a rede social enfraquece ou deixa de existir e/ou se os serviços básicos deixam de ser acessíveis, a permanência das pessoas no seu domicílio poderá ficar em risco (WHO, 2015). Por isso Fonseca (2018) realça a importância que alguns meios, estratégias e soluções têm ao permitir às pessoas idosas permanecer em suas casas, durante a velhice nomeadamente no que diz respeito: à habitação, que deve estar adaptada às pessoas e às suas incapacidades, o que por vezes implica a reestruturação e remodelação de espaços e divisões, assegurando o acesso ao exterior, para que as pessoas idosas possam aceder facilmente aos diferentes serviços da comunidade e possam ser assistidas em caso de necessidade; o acesso a serviços essenciais, como transportes, lojas de bens essenciais, serviços de saúde, centros socioculturais e locais de lazer. É ainda importante que a comunidade, ou seja, o contexto social esteja preparado para integrar, apoiar e promover a participação das pessoas na própria comunidade, sendo por isso significativa a influência do meio envolvente no envelhecer em casa.

Os ambientes adaptados às pessoas idosas permitem a sua mobilidade em segurança e previnem acidentes domésticos, sobretudo quedas. Deste modo, torna-se fundamental que a casa e espaço físico estejam adaptados a cada etapa da vida (Bárrios et al., 2020) e conforme sublinha a WHO (2015), se a manutenção e adaptação da habitação não for efetuada ao longo dos tempos, esta poderá ficar de tal forma degradada que poderá colocar em risco a segurança e bem-estar das pessoas, situação que é comum em comunidades com escassos recursos. Por outro lado, e conforme referem Choi e Matz-Costa (2016) os indivíduos que tenham crescido em bairros desfavorecidos e de baixo estatuto socioeconómico têm maior probabilidade de desenvolver incapacidades físicas e, conseqüentemente, maior probabilidade de virem a recorrer a instituições de apoio social, e aqueles que apresentam situações

económicas mais favorecidas, geralmente têm também residências com melhores condições e bairros com maior conectividade com os serviços essenciais que lhes permitem melhores condições de vida e que também se articulam com menores percentagens de doenças crónicas (Choi & Matz-Costa, 2016). A manutenção da própria habitação deve ser uma das preocupações de toda a população ao longo de toda a vida, uma vez que a qualidade de vida está dependente do conforto, segurança e do sentimento de bem-estar associado à habitação (Fonseca, 2020). Por outro lado, a adaptação contínua do ambiente habitacional ao longo da vida, exige um investimento que nem sempre pode ser suportado pelo indivíduo, sendo necessário recorrer a apoios sociais, de modo que o ambiente envolvente permita a participação, permanência na comunidade e uma qualidade de vida satisfatória (WHO, 2007).

Quaresma e Ribeirinho (2016) realçam também a importância de intervir e adaptar as cidades às necessidades reais das pessoas idosas, uma vez que grande parte da população mundial reside em zonas urbanas. Segundo os mesmos autores, as cidades foram edificadas para a população em idade ativa, sem ter em consideração a faixa etária que apresenta maiores dificuldades de mobilidade, em resultado do processo de envelhecimento. Por este motivo as cidades apresentam um conjunto de riscos e desafios que as pessoas idosas enfrentam todos os dias, para conseguirem realizar as suas atividades do dia-a-dia. De acordo com a WHO (2007), “uma cidade amiga do idoso não é simplesmente amiga das pessoas mais velhas” (p. 10), isto é, sendo o envelhecimento ativo um continuum, que ocorre ao longo de toda a vida é fundamental que a cidade esteja apta a responder às necessidades de toda a população e não apenas construída para um grupo específico da sociedade.

De acordo com a WHO (2007) existe um conjunto de requisitos que são tidos em conta na avaliação das cidades consideradas amigas das pessoas idosas e que incluem a habitação, a participação social, o respeito e inclusão social a participação cívica e o emprego, a comunicação e informação, os serviços de saúde e apoio comunitário, os espaços verdes e prédios e os transportes. Um outro fator que pesa na balança da qualidade de vida das pessoas idosas relaciona-se com a acessibilidade aos recursos e serviços essenciais disponíveis na sua comunidade.

Tal como referiam Fonseca et al. (2004), os desafios com que se deparam as comunidades envelhecidas são enormes sobretudo nas zonas rurais de Portugal, devido à centralização dos serviços nas cidades, à desertificação rural do interior do país, à falta de oportunidades de emprego que permitem fixar a população jovem em meios rurais. É, por isso, que viver em zonas urbanas e em zonas rurais tem os seus pontos positivos e negativos, e a perceção da qualidade de vida das pessoas que vivem no meio urbano e no rural é bastante dispar. Se, por um lado, as pessoas idosas no meio rural têm maior possibilidade de convivência com os seus pares, mantendo a rede e participação social e por isso, descrevem um nível de vida mais satisfatório e uma maior sensação de bem-estar psicológico, por outro, deparam-se com grandes limitações no acesso a serviços básicos, como transportes, tecnologias e serviços de saúde (UNECE, 2017).

A vida nas cidades pode oferecer um maior apoio quanto aos serviços essenciais, contudo, se não for assegurada uma rede social forte as pessoas idosas podem sentir-se sós, o que as leva a isolarem-se cada vez mais (UNECE, 2017).

O processo de envelhecimento conforme sublinha Fonseca (2020), torna as pessoas idosas mais vulneráveis e frágeis ao contexto social e meio físico, pelo que as tecnologias emergentes podem ser um aliado na prevenção de muitos acidentes em casa e na promoção do bem-estar, socialização e qualidade de vida.

Para Peek et al. (2019), as tecnologias são recursos que permitem melhorar e facilitar o envelhecimento na comunidade, no sentido em que podem apoiar a realização das AVD, a monitorização dos parâmetros vitais ao mesmo tempo que permitem melhorar a segurança, a mobilidade e comunicação das pessoas idosas. Estes dispositivos tecnológicos associados à Internet das Coisas (IoT), designados gerontecnologia, incluem dispositivos de monitorização e deteção de quedas; telemóveis para comunicação de situações anormais com os cuidadores; caixas de medicação com alertas para as pessoas idosas; eletrodomésticos que monitorizam as AVD e a rotina, entre outros.

Ollevier et al. (2020) afirmam que, apesar do desenvolvimento tecnológico conceber diversos benefícios ao envelhecer em casa, a gerontecnologia não substitui, de forma alguma, a presença familiar e da restante rede social, visto ser necessário capacitar a pessoa, através da educação para a saúde utilizando estes dispositivos, treinar, orientar e acompanhar as pessoas idosas durante a utilização dos mesmos. Ollevier et al. (2020) realçam ainda a importância da participação e envolvimento da população idosa na construção, desenvolvimento e avaliação da tecnologia, recorrendo a modelos de cuidados centrados nas pessoas.

Não obstante a todos os benefícios associados ao envelhecer em casa, há sempre um conjunto de riscos inerentes ao próprio processo de envelhecimento e às alterações que se vão verificando tanto na pessoa como na sociedade e comunidade que a rodeia. O envelhecimento não é sinónimo de doença, todavia há uma predisposição para o aparecimento de comorbilidades que devem ser acompanhadas de perto. Isto é, qualquer alteração na rede e apoio social, ou no acesso aos bens essenciais poderá influenciar o bem-estar psicológico que se relaciona o com a saúde física e social da população mais velha (Choi & Matz-Costa, 2016).

Para Pinheira e Moreira (2018), envelhecer em casa e na comunidade implica uma visão integrativa entre as problemáticas das populações envelhecidas e a participação da esfera política e na construção de políticas públicas, nomeadamente políticas locais, promoção da participação comunitária e promoção de um envelhecimento com independência e com dignidade.

A falta de condições de habitabilidade é um dos fatores que contribui para a perda de autonomia e independência e que mais pesa na institucionalização das pessoas idosas. Deste modo, o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI), inserido no conjunto de medidas de combate à pobreza e exclusão e com vista à prevenção de acidentes domésticos e situações de dependência (Despacho n.º 6716-A/2007, 2007) poderá ajudar a manter a independência e a autonomia deste grupo. O

PCHI pressupõe uma intervenção e cooperação de toda a rede social, nos territórios do interior de Portugal, cujo principal objetivo é o melhoramento das condições habitacionais e de mobilidade das pessoas idosas. Este programa dirige-se a todas as pessoas com 65 ou mais anos cujo rendimento mensal seja inferior ao estabelecido e que reúnam os seguintes requisitos: vivam em habitação própria e que careça de qualificação; usufruam de SAD ou que dependam da intervenção para poder usufruir desta resposta social; vivam sozinhas ou em coabitação com outras pessoas idosas, menores ou portadores de deficiência (Despacho n.º 6716-A/2007, 2007).

No município de Castelo Branco, surgiu o Programa Habitar Castelo Branco – Programa Municipal de Apoio à Realização de Obras em Habitações Degradadas, cujas inscrições decorreram entre 7 de dezembro de 2020 a 1 de março de 2021. As intervenções de reabilitação em edifícios construídos há pelo menos 30 anos e destinados à habitação, visam a melhoria das condições de desempenho e de segurança dos imóveis (Câmara Municipal de Castelo Branco [CMCB], 2022).

Perante as inúmeras respostas, estratégias, medidas e recursos que foram surgindo com o objetivo de promover o envelhecer em casa tendo em consideração cinco dimensões fundamentais - pessoas, lugares, produtos, serviços e políticas de apoio social, Fonseca (2018) destaca projetos que são exemplo de boas práticas nas mais diversas áreas do envelhecer em casa, como o apoio aos cuidadores; o combate ao isolamento; as gerontecnologias e investigação; inovação em apoio domiciliário; inovação em centro de dia; inovação na vida da comunidade; lazer, atividade física e aprendizagem ao longo da vida; melhoria das condições de habitação; recursos de saúde, animação, nutrição e acompanhamento psicológico e segurança, mobilidade e bem-estar e que são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 2 - Exemplos de boas práticas no âmbito do envelhecer em casa, identificados por Fonseca (2018).

Projeto / Associação	Localização	Objetivos / Atividades
AMPARHA – Programa de Apoio Municipal para Adaptação e Requalificação de Habitações	Pombal	Requalificação das habitações pertencentes a pessoas idosas que vivem isoladas, através da adaptação dos espaços e acessos.
Bricosolidário	Sabugal	Reparações domésticas gratuitas, em casa de pessoas idosas economicamente desfavorecidas.
Casa Aberta	Lisboa	Melhoramento das condições de acessibilidade e segurança de habitações de pessoas idosas.
Oficina Domiciliária	Belmonte	Reparações domésticas gratuitas em habitações de pessoas idosas e/ou mobilidade reduzida.

Também em 2018, foi fundada a associação Hac.Ora Portugal Sénior Cohousing Portugal (HAC.ORA Portugal, 2019), com o objetivo de implementar políticas de habitação, muito direcionadas para a população idosa, apesar da iniciativa poder integrar jovens. Foi desta forma introduzido o conceito de *cohousing* – comunidades de habitação colaborativa - como outro exemplo de envelhecer em casa, através de um projeto dinamizado pela Santa Casa da Misericórdia do Porto e que designa uma comunidade, com regras adaptadas aos idosos, onde exista uma rede partilhada de serviços de apoio (HAC.ORA Portugal, 2019). Tendo em conta o elevado número de pessoas idosas que vivem sozinhos, esta ideia pretende manter a autonomia de cada pessoa, mas num ambiente de comunidade – uma espécie de aldeamento - onde prevaleça o convívio, a interajuda e a divisão de tarefas domésticas. O projeto visa instalar entre 8 a 16 pessoas num imóvel, por forma a que o seu envelhecimento seja pautado por um espírito colaborativo, autónomo, evitando a solidão e o isolamento (Paulo, 2019).

2.2.2. O caso da Associação AVISO como promotora do envelhecer em casa

A Associação de Apoio Voluntário ao Idoso Só – *AVISO* – sediada em Castelo Branco, com o propósito de combater a solidão e isolamento das pessoas idosas, dependentes, com algum grau de fragilidade e cujo suporte familiar ou social seja insuficiente ou inexistente, e com a finalidade última de prevenir todas as consequências associadas a estas situações (AVISO, 2021) é uma das respostas sociais inovadoras face ao envelhecimento, nomeadamente ao envelhecer em casa.

Fundada em 2014, como uma associação sem fins lucrativos, esta entidade assume um conjunto de projetos dinamizadores como o “PRECID – Estimulação cognitiva”; “Sistema de Comunicação e Alerta”; “Gabinete de Apoio em Saúde”; “Formação de Voluntários”, “Voluntariado específico” e dinamização de eventos e passeios (AVISO, 2021).

“Cuidar e Não Só” é um outro projeto desenvolvido pela *AVISO* e inserido no programa “Envelhecimento na Comunidade” financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, que objetiva promover o envelhecimento saudável e o envelhecer em casa. Este programa, com duração de 3 anos, desenvolve-se no distrito de Castelo Branco no sentido de promover a saúde de qualidade das pessoas idosas isoladas, cuja finalidade última é “reduzir num terço a mortalidade por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”, até 2030 (Fundação Calouste Gulbenkian, 2020). Em funcionamento desde 2018, este projeto permite à *AVISO* fazer o acompanhamento dos utentes no próprio domicílio, nas atividades a realizar no exterior das suas habitações e no acesso a diversas instituições e entidades públicas e privadas (AVISO, 2021).

A *AVISO* contempla ainda o “Atelier Sénior”, onde são desenvolvidas inúmeras atividades que promovem a estimulação cognitiva, a mobilidade dos utentes, bem como a socialização destes como forma de combater a solidão e o isolamento. Este

atelier é dinamizado 2 a 3 vezes por semana, sob um regime de cotas de associado, o que permitiu a contratação de uma diretora técnica em permanência na instituição e a aquisição de equipamento de estimulação cognitiva e motora – *SIOS Life* – incentivando e promovendo o envelhecimento ativo (AVISO, 2021).

A *AVISO* tem como foco não só as pessoas idosas a residir na comunidade, mas também as suas famílias e a toda a comunidade envolvente, de forma a assegurar a participação social, o bem-estar e a qualidade de vida da população, nomeadamente a população idosa. Neste sentido, presta todo o tipo de cuidados que visam evitar e retardar a institucionalização dos utentes e o isolamento social a que as pessoas idosas podem estar sujeitas; promove a socialização e as relações intergeracionais; presta acompanhamento e apoio nas AVD, alimentação, medicação e tarefas domésticas; desenvolve atividades de animação e estimulação cognitiva, apoiando ainda todos os utentes nos contactos com entidades públicas e privadas das mais diversas áreas de atuação. Esta associação não se limita apenas ao apoio direto às pessoas idosas, pelo que utiliza o seu sítio na Internet para partilhar com a comunidade em geral um conjunto de informações uteis de carácter, preventivo e de promoção da saúde, e divulgação de atividades e projetos desenvolvidos na *AVISO* (AVISO, 2021).

A pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2, que deu origem aos sucessivos confinamentos desde março de 2020, obrigou a uma reorganização e adaptação de todas as atividades e apoios prestados, de modo que todas as pessoas idosas continuassem a receber o apoio necessário, garantindo a manutenção do bem-estar e qualidade de vida, apesar de todas as limitações e constrangimentos impostos.

A prestação de cuidados e o apoio é otimizado através do Grupo de Voluntariado da *AVISO*, de acordo com o previsto no artigo 3º da Lei 71/98 de 3 novembro de 1998 de enquadramento jurídico do voluntariado, que objetiva o desenvolvimento de ações de cariz social e comunitário, previstas no artigo 1 e 2 do diploma supramencionado. Devido ao índice de envelhecimento elevado no distrito de Castelo Branco e à situação de fragilidade das pessoas desta faixa etária, o grupo de voluntariado privilegia o apoio às pessoas idosas dependentes e isoladas, contudo poderá estender-se aos utentes de estruturas residenciais que solicitem apoio, e cuja situação assim o justifique (AVISO, 2021).

De acordo com a atividade, tipologia do apoio e aprovação da diretora técnica, os voluntários deverão exercer as suas atividades no horário definido e segundo as necessidades dos utentes. No momento atual apresenta-se como uma Instituição de Solidariedade Social, com cerca de 160 sócios, 30 voluntários e perto de 40 utentes, inscrita na Comissão Nacional de Promoção do Voluntariado e na Segurança Social.

Conta como principais parceiros a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco e a Cáritas Diocesana de Castelo Branco, estabelecendo contactos com a Câmara Municipal de Castelo Branco (CMCB), o Núcleo de Apoio a Idosos da Polícia de Segurança Pública (PSP), o Serviço de Apoio Social da Câmara Municipal e com a Junta de Freguesia de Castelo Branco (AVISO, 2021).

Não obstante todo o trabalho que é desenvolvido diariamente juntos dos utentes, e no sentido de promover o envelhecimento ativo e saudável e o envelhecimento na

comunidade a *AVISO* realiza, pontualmente e diante determinados critérios, pequenas intervenções de melhoramento das condições habitacionais das pessoas idosas apoiadas pela associação.

3. Percurso Metodológico

No presente capítulo estão descritos todos os procedimentos metodológicos inerentes à realização do trabalho. De acordo com Pocinho (2012), é no capítulo da metodologia que se descrevem o tipo de estudo, a população e a amostra, bem como os instrumentos usados na recolha da informação e questões éticas envolvidas, com o objetivo máximo de responder à questão ou questões de investigação colocadas e objetivos definidos.

3.1. Questões e objetivos

O elevado número de pessoas idosas no distrito de Castelo Branco, a viver isoladas ou em situação vulnerável realça a importância da manutenção, adaptação e segurança das condições habitacionais. A partir de uma *scoping review* com o objetivo de reunir e analisar a bibliografia atual sobre a temática, tornou-se pertinente determinar as condições habitacionais das pessoas idosas (65 e mais anos) e que residiam na sua habitação e como é que essas condições podiam contribuir para o aumento do risco de queda.

Neste sentido, surgiram algumas questões, às quais procuramos responder com esta pesquisa, nomeadamente:

- Qual o risco de queda das pessoas idosas assistidas na Associação AVISO?
- Quais os determinantes pessoais e habitacionais que podiam contribuir para aumentar o risco de queda?
- As pessoas idosas assistidas pela Associação AVISO têm conhecimento da existência de programas de apoio habitacional?
- As pessoas idosas assistidas pela Associação AVISO usufruem de algum programa de apoio habitacional?
- A condição socioeconómica das pessoas idosas assistidas pela Associação AVISO influencia o aumento do risco de queda na habitação?

As questões anteriores podem ser sintetizadas numa única questão de investigação: “Que medidas poderão ser benéficas na prevenção de quedas da população assistida pela Associação AVISO?” e definimos como objetivos gerais:

- Identificar o risco de queda da comunidade assistida pela Associação AVISO,
- Desenvolver um projeto de intervenção na área da prevenção de quedas para a comunidade que integra a Associação AVISO.

Sobre os objetivos, Carvalho (2009) refere que enquanto os gerais indicam o que se pretende alcançar e proporcionam “valor acrescentado à situação de partida” (p. 153), os objetivos específicos, pelo seu caráter mais concreto, permitem atingir os objetivos gerais e por outro aplicá-los a situações particulares e por isso foram definidos os seguintes:

- Avaliar o risco de queda nas pessoas idosas assistidas pela Associação *AVISO*;
- Avaliar as condições habitacionais e outras variáveis suscetíveis de aumentarem o risco queda nas pessoas idosas assistidas pela Associação *AVISO*;
- Identificar as alterações habitacionais necessárias, de acordo com os riscos ambientais referidos,
- Propor às pessoas idosas assistidos na Associação *AVISO* um conjunto de medidas suscetíveis de reduzir o risco de queda.

3.2. Tipo de Estudo

Trata-se de um trabalho de natureza exploratória, descritiva e transversal, no sentido em que o investigador não manipulou nenhuma variável e a recolha da amostra ocorreu num único momento, com o objetivo de caracterizar o conjunto de elementos que a constituem (Hochman et al., 2005). O estudo realizado enquadra-se também na metodologia de investigação-ação porque incluiu em simultâneo a ação e a investigação ou compreensão (Coutinho, 2011).

Como estratégia de investigação foi usado o estudo de caso que para além de explorar e descrever permitiu também explicar a situação particular das pessoas idosas assistidas na Associação *AVISO*. Carmo e Ferreira (2008), reconhecem o estudo de caso como uma pesquisa em que o fenómeno é estudado em profundidade e no seu contexto. A finalidade destes estudos, “é sempre holística (sistémica, ampla, integrada) ou seja, visa preservar e compreender o “caso” no seu todo e na sua unicidade” (Coutinho & Chaves, 2002, p. 233). Os dados recolhidos, de natureza qualitativa, quantitativa ou mista, visam interpretar e descrever o fenómeno a fim de responder às questões inicialmente definidas (Carmo & Ferreira, 2008).

O fenómeno estudado foi o risco de queda e a possibilidade de intervir no sentido de diminuir esse risco na população assistida na Associação *AVISO*, que foi o caso estudado.

3.3. Local e duração do estudo

O estudo foi realizado nas instalações da Associação *AVISO* e, em casos selecionados, no domicílio dos utentes apoiados pela instituição em causa, através da entrega do questionário auto preenchido pelos inquiridos.

A recolha dos dados teve uma duração aproximada de um mês, tendo sido iniciada a 15 de novembro com término a 10 de dezembro de 2021.

3.4. Participantes

Os participantes deste estudo foram pessoas idosas não institucionalizadas, residentes na freguesia de Castelo Branco, apoiados pela Associação *AVISO* e que aceitaram participar no estudo, perfazendo um total de 10 participantes. Tratou-se de uma amostra por conveniência, em que os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Ser assistido pela Associação *AVISO*;
- Ter idade igual ou superior a 65 anos e mostrar disponibilidade em participar;
- Não estar não institucionalizado,
- Residir na freguesia de Castelo Branco.

E como critério de exclusão:

- Apresentar alterações cognitivas.

3.5. Recolha da informação

Para avaliar a função cognitiva dos utentes e a sua capacidade para mudarem comportamentos relativamente ao risco de queda (Santana et al., 2016), foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE) de modo a excluir do estudo as pessoas com alterações cognitivas.

Este instrumento compreende 30 questões divididas por 6 domínios cognitivos: I – **Orientação** (5 itens que permitem avaliar a orientação temporal e 5 a orientação espacial); II – **Retenção**, onde são mencionadas 3 palavras que o indivíduo deve repetir mais adiante; III – **Atenção e Cálculo**, através da realização de 5 subtrações sucessivas de 3 valores, iniciando com o número 30; IV – **Evocação**, com a repetição das três palavras anteriormente mencionadas; V – **Linguagem**, avaliada em 2 itens de nomeação e 1 de repetição, 3 de compreensão oral, um de compreensão escrita e um item de escrita, e por fim VI – **Habilidade Construtiva**, onde o indivíduo deve copiar uma imagem que lhe é apresentada. Cada item deve ser pontuado com 0 pontos (em caso de erro) ou 1 ponto, pelo que a pontuação final pode variar de 0 (pior desempenho) a 30 pontos (melhor desempenho) (Morgado et al., 2009). No presente trabalho foram utilizados os valores de normalidade constantes na Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da DGS tendo em conta que os resultados obtidos são influenciados pelas variáveis idade e literacia: para os indivíduos analfabetos considera-se normal uma pontuação total igual ou superior a 15 pontos, para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade uma pontuação igual ou superior a 22 pontos e uma pontuação igual ou superior a 27 pontos para quem tem mais de 11 anos de escolaridade.

Posteriormente, aplicou-se o instrumento **Timed Up and Go Test** (TUGT) com o objetivo de avaliar a mobilidade e o equilíbrio, de modo a averiguar o risco de queda

(Herman et al., 2011) que é definido em função do tempo despendido na concretização de uma tarefa. Inicialmente, a pessoa deve estar sentada numa cadeira devidamente encostada e deverá levantar-se após um sinal, caminhar uma distância de 3 metros no seu ritmo normal, virar-se e voltar a sentar-se na mesma cadeira. O cronómetro será parado quando a pessoa idosa se encontra na posição inicial. Caso a pessoa use habitualmente auxiliares de marcha, o teste deverá ser executado com os mesmos (Karuka et al., 2011; Herman et al., 2011). Segundo a Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da DGS, valores iguais ou superiores a 13,5 segundos indicam risco de queda elevado, pelo que quanto mais elevado é o valor registado, maior o risco de queda (CAIR – PQI RAM, 2019), sendo este o valor utilizado como referência neste trabalho.

Por fim aplicou-se um inquérito por questionário, *Home Falls and Accident Screening Tool* (HFAST), constituído por 25 questões que permitiu a avaliação de fatores do ambiente doméstico e que podem estar na origem de uma queda, permitindo assim avaliar o risco de queda nas pessoas idosas que residem no domicílio (Mackenzie et al., 2000).

Este instrumento aborda diferentes riscos domiciliare, subdivididos por zonas ou situações: **Pisos** – itens 1, 2, 3 e 4; **Mobília** – itens 5 e 6; **Iluminação** – 7, 8 e 9; **Casa de banho** – itens 10 a 15; **Armazenamento** – itens 16 e 17; **Escadas/Degraus** – itens 18 a 22 e **Mobilidade** que incluiu os itens 23, 24 e 25 (Mackenzie et al., 2000). Cada item deve ser pontuado afirmativamente, isto é, a uma resposta “Sim” corresponde 0 riscos/risco não presente (Sim=0), enquanto a uma resposta “Não” será atribuída um ponto (Não=1), que equivale a um risco domiciliar presente. A pontuação final poderá ir do valor 0 – em que nenhum risco foi identificado – até à pontuação máxima de 25 – onde se verifica a existência de 25 riscos domiciliare e consequentemente maior risco de queda (Mackenzie et al., 2000; Filho et al., 2020). Uma pontuação inferior a 8 pode indicar baixo risco de queda, já uma pontuação entre 9-16 indica a presença de risco moderado para queda e valores entre 17-25 correspondem a risco elevado de queda (CAIR – PQI RAM, 2019).

Todos os instrumentos utilizados foram agrupados num só documento que constituiu o instrumento de recolha de dados (Anexo I).

3.6. Questões ético-legais

Inicialmente foram realizados contactos com os responsáveis da Associação AVISO, no sentido de perceber a importância e abrangência desta associação assim como explorar a possibilidade de desenvolver o trabalho de projeto nesta comunidade. A Associação AVISO demonstrou grande interesse pela temática, pelo que se procedeu à elaboração do plano de investigação.

Após a aprovação do plano de investigação pela Comissão Científica da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, foi formalizado o pedido à AVISO, solicitando autorização para usar o nome da instituição na presente investigação, bem como

pedir que a associação mediasse todo o processo entre a Investigadora e os utentes da AVISO, por forma a obter informações sobre estes (Anexo II). Foi rececionada a autorização devidamente assinada pelos responsáveis da instituição em causa, tal como se verifica no Anexo III.

Foi ainda solicitada autorização à equipa de investigadoras australianas que desenvolveram o instrumento *Home Falls and Accident Screening Tool* (HFAST) utilizado na recolha da amostra (Anexo IV), não tendo sido rececionada qualquer resposta até ao momento. De igual modo, foi também solicitada autorização à Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira (CAIR – PQI RAM) para utilizar a versão traduzida do instrumento HFAST (Anexo V).

Ao longo de todo o processo de investigação, foram respeitadas todas as questões éticas vigentes (Declaração de Helsinque, 1964; Código de Nuremberga, 1949; Relatório de Belmont, 1974) (Ribeiro, 2002). Salientam-se os 4 Princípios da Ética: 1. Beneficência: a pesquisa e aplicação do conhecimento científico deve maximizar os efeitos benéficos e minimizar os riscos e possíveis danos; 2. Não-Maleficência: qualquer dano que seja previsto deve ser evitado; 3. Autonomia: garantida com através do consentimento livre e esclarecido, 4. Justiça: deve ser respeitada a igualdade de todos os indivíduos e garantida a dignidade e direitos (Bocatto, 2007; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2006).

No primeiro contacto com cada pessoa foi explicado de forma clara e concisa o objetivo da presente investigação, tendo sido esclarecidas todas as questões das participantes, com posterior entrega do consentimento livre, esclarecido e informado (Anexo VI), que foi assinado por cada uma. De modo a garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas cada uma das participantes foi apenas identificada com letras.

4. Resultados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos no programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows® versão 20, para posterior tratamento e análise.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica a amostra foi composta por 10 indivíduos como já foi referido, todos do sexo feminino, com idades compreendida entre os 80 e os 94 anos (média de idade de 87,3 anos). Na faixa etária dos 80 e mais anos, 1 tinha 80 anos, 1 apresentava 81 anos, 1 tinha 83 anos, 1 tinha 89 anos, 2 tinham 85 anos de idade, 3 tinham 92 anos e 1 tinha 94 anos de idade.

Relativamente à escolaridade, o nível de literacia é baixo uma vez que 2 das participantes (20% da amostra) não apresentaram qualquer nível de escolaridade, e as restantes 8 (80%) frequentaram apenas o 1º ciclo de escolaridade (Figura 1).

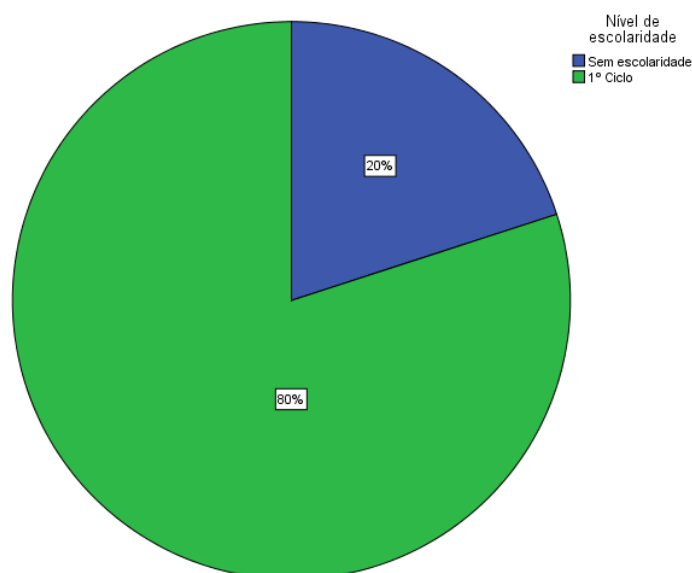


Figura 1 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

No que ao rendimento mensal diz respeito, 10% das participantes referiu receber um rendimento mensal inferior a 250€; 30% auferia um rendimento entre 250€ e 500€; 20% um rendimento entre os 500€ e os 750€ e 40% referiu não ter conhecimento do valor auferido mensalmente (Figura 2).

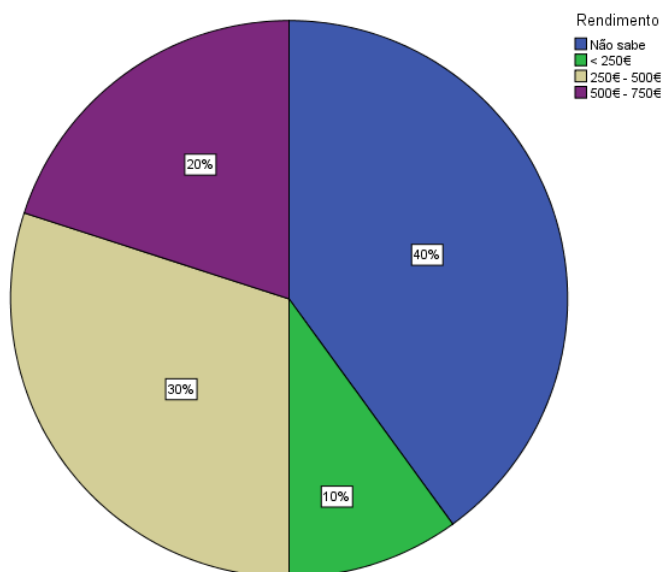


Figura 2 - Distribuição da amostra por valores de acordo com o rendimento mensal.

Das 10 inquiridas, apenas 2 estavam casadas, sendo as restantes viúvas; 7 viviam em habitações próprias e somente 3 habitavam numa casa alugada.

Quando questionadas se recebem ou não apoio domiciliário, 7 responderam que não recebiam apoio domiciliário e 3 responderam que recebiam. Das inquiridas que afirmaram receber apoio domiciliário (SAD), 66,7% estava relacionado com serviços de apoio na limpeza da habitação e 33,3% serviços relacionados com a confeção das refeições (Figura 3).

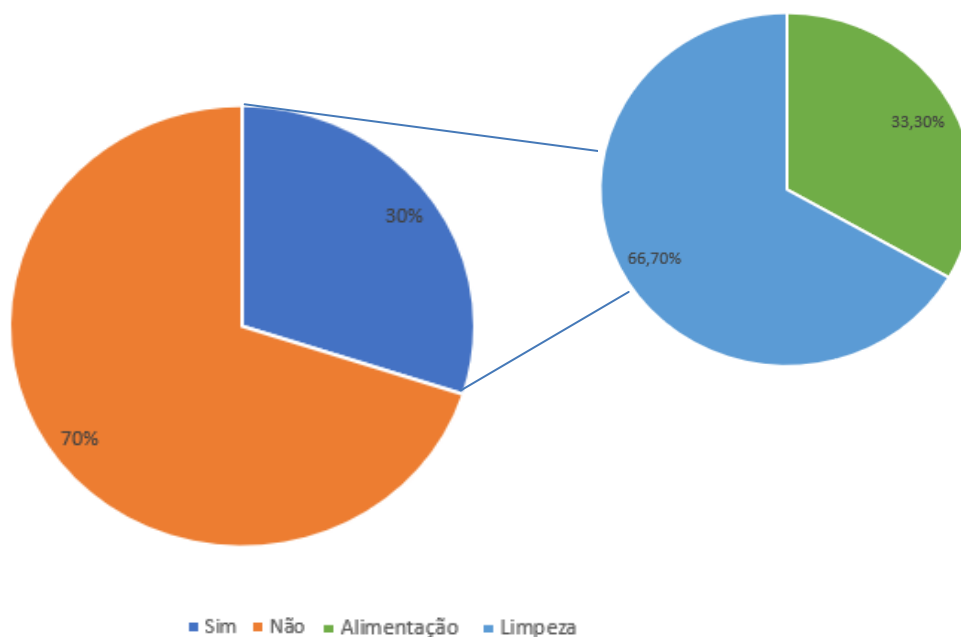


Figura 3 - Gráficos que demonstram a utilização de apoio domiciliário e que tipo de apoio é solicitado.

A maioria das participantes no estudo residia só (60%) e apenas 40% vive com familiares independentes.

No que se refere a história anterior de quedas, 20% referiu nunca ter caído, 60% registou uma queda no último ano e outros 20% referiram alguma instabilidade na marcha.

Quando questionadas sobre se tinham ou não conhecimento sobre programas de apoio relativamente a pequenas obras na habitação 8 das participantes afirmaram não ter conhecimento de nenhum, e duas afirmaram conhecer e usufruir.

No que concerne à avaliação da função cognitiva através do MMSE, foi obtida uma pontuação média de 22,9 (desvio padrão de 4,932). A pontuação mínima registada foi de 15 e a máxima de 30 pontos (Quadro 3).

Quatro das inquiridas que afirmaram ter frequentado o 1º ciclo apresentaram uma pontuação no MMSE inferior ao considerado normal para 1 a 11 anos de escolaridade (pontuação ≥ 22).

Por sua vez, a avaliação do risco de queda avaliado pelo TUGT, cuja média registada foi de 24 segundos, com um mínimo de 11 e um máximo de 42 segundos (Quadro 3). Sugere um risco de queda elevado no grupo em análise. Segundo o valor estabelecido pela Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da DGS, 70% da amostra apresenta um elevado risco de queda, com valores do TUGT superiores a 13,5 segundos.

A avaliação do risco de queda foi finalizada com a aplicação do HFAST, teste que permitiu registar uma média de 4,1 fatores de riscos habitacionais (desvio padrão 2,234). Foi registado um mínimo de 2 fatores de risco por habitação e máximo de 9 (Quadro 3).

Quadro 3 - Valores mínimos, médios e máximos obtidos no *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Timed Up and Go Test* (TUGT) e *Home Falls and Accident Screening Tool* (HFAST).

	Mini Mental State Examination (MMSE)	Timed Up and Go Test (TUGT) (em segundos)	Total de riscos segundo Home Falls and Accident Screening Tool (HFAST)
Mínimo	15	11	2
Média	22,9	24	4,10
Máximo	30	42	9

9 participantes identificaram 8 ou menos riscos habitacionais e uma inquirida apresentou risco moderado de queda, com a identificação de 9 riscos habitacionais.

Dos 25 itens, que se constituem como fatores e que compõem a escala do HFAST e que permitem identificar os riscos habitacionais, existem 5 que se destacaram, entre

eles: presença de tapetes soltos; ausência de barra de apoio no WC e/ou na banheira; ausência de tapetes antiderrapantes no WC; WC longe do quarto e caminhos ao redor da casa em mau estado ou com obstáculos. A ausência de pavimentos antiderrapantes; a dificuldade no acesso aos utensílios de cozinha com segurança; escadas sem corrimão; a dificuldade em subir e descer escadas; o acesso pela porta de entrada sem segurança e ausência de calçado adequado são outros riscos também identificados (Quadro 4).

Quadro 4 - Riscos habitacionais avaliados através da escala *Home Falls and Accident Screening Tool* (HFAST) e identificados pelas inquiridas.

Itens	Número de vezes que o risco foi identificado
1. As passagens estão livres de obstáculos	1
2. Os pavimentos estão em boas condições	1
3. Os pavimentos são antiderrapantes.	2
4. Tapetes soltos estão fixos ao chão.	3
5. A pessoa consegue entrar e sair da cama em segurança.	1
6. A pessoa consegue levantar-se da cadeira em segurança.	1
9. O exterior é bem iluminado.	1
10. A pessoa consegue usar a sanita com segurança.	1
11. A pessoa consegue entrar e sair da banheira em segurança.	1
13. Existe uma barra de apoio na/junto à banheira.	5
14. Existem tapetes antiderrapantes no WC.	3
15. O WC é próximo do quarto.	3
16. A pessoa tem acesso aos utensílios da cozinha, facilmente e em segurança.	2
18. As escadas interiores têm um corrimão acessível e resistente.	1
19. As escadas exteriores têm um corrimão acessível e resistente.	2
20. A pessoa consegue subir e descer escadas com facilidade e segurança.	2
21. Os limites dos degraus são facilmente identificados.	2
22. A pessoa pode usar a porta de entrada com facilidade e segurança.	2
23. Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado e livres de obstáculos.	4
24. A pessoa usa calçado adequado.	2
25. Se existem animais de estimação, a pessoa consegue cuidar deles em segurança.	1

Apenas 4 dos 25 itens avaliados não foram identificados como riscos habitacionais presentes nos domicílios das inquiridas, fatores estes relacionados com a iluminação

e acesso à luz junto à cama, facilidade em entrar e sair do polibano em segurança e o transporte das refeições.

Importa referir que as duas inquiridas que obtiveram valores do TUGT dentro da normalidade são aquelas que referiram não ter sofrido qualquer queda no último ano e não apresentarem instabilidade na marcha. Por sua vez, os valores elevados de TUGT relacionam-se com o registo de quedas no último ano (Quadro 5).

Quadro 5 - Síntese da convivência das participantes, história de queda, tempo obtido através do *Timed Up and Go Test* (TUGT) e o número total de fatores de risco identificados no *Home Falls and Accident Screening Tool* (HFAST).

Inquirida	História de queda	Residentes no domicílio	Timed Up and Go Test (TUGT) (em segundos)	Total de riscos segundo Home Falls and Accident Screening Tool (HFAST)
1	Alguma queda no último ano	Vive com familiar independente	33	5
2	Noção de instabilidade com a marcha	Vive só	39	3
3	Alguma queda no último ano	Vive com familiar independente	25	9
4	Alguma queda no último ano	Vive só	15	4
5	Alguma queda no último ano	Vive só	42	6
6	Noção de instabilidade com a marcha	Vive só	13	2
7	Nenhuma	Vive com familiar independente	11	2
8	Nenhuma	Vive com familiar independente	12	3
9	Alguma queda no último ano	Vive só	18	5
10	Alguma queda no último ano	Vive só	32	2

5. Discussão dos Resultados

As quedas nas pessoas idosas ocorrem como resultado da interação de fatores de risco complexos (biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos) e afetam de modo direto ou indireto a saúde e o bem-estar destas pessoas (WHO, 2007).

Do ponto de vista sociodemográfico, as participantes do estudo refletem a feminização do envelhecimento, uma vez que a maioria da população apoiada pela Associação *AVISO* é do sexo feminino, tal como em vários estudos, nos quais a grande maioria da amostra é composta por mulheres (Thienfenbachová & Zeleníková, 2018; Santos et al., 2021; Cruz & Leite, 2018; Smith et al., 2017; Neto et al., 2018), e considerando também que, tal como referido por Antunes et al. (2018), as mulheres eventualmente por viverem mais anos também recorrem com mais frequência aos serviços de saúde e a associações de apoio social.

Na perspetiva biológica o facto de ser do sexo feminino por si só já é um importante fator de risco para a ocorrência de quedas (Smith et al., 2017), uma vez que as mulheres apresentam alterações hormonais e características fisiológicas, nomeadamente na estrutura óssea e muscular, que potenciam a ocorrência de alterações e o aparecimento de patologias que interferem com a mobilidade e na capacidade funcional e que potenciam a ocorrência de quedas. De acordo com Junior et al. (2020), a menopausa, a realização de atividades domésticas exigentes e estilos de vida menos saudáveis podem ser identificados como fatores de risco de queda associados ao sexo feminino.

Também a esperança de vida das mulheres é claramente superior à dos homens, facto que se traduz na feminização do envelhecimento e na viuvez mais acentuada no sexo feminino (Moreira, 2020). De facto, a grande maioria das pessoas idosas que residem sozinhas são mulheres, não só porque estas têm uma maior longevidade, mas também pelo facto de experimentarem situações de viuvez mais precoces sobretudo na faixa etária acima dos 80 anos (Fernandes & Burnay, 2019). As participantes neste estudo, também refletem não só o aumento da esperança de vida, com uma média de idades de 87,3 anos, mas também a situação de viuvez presente em 80% das inquiridas com 60% a viverem sós.

O aumento da esperança de vida, sobretudo nas mulheres, nem sempre é acompanhado por condições favoráveis de saúde, o que leva Fernandes e Burnay (2019) a realçarem o maior número de comorbilidades apresentadas pelo sexo feminino na velhice, vivendo mais anos com pior saúde e com menos qualidade de vida. De facto, a análise da amostra e respetivas informações recolhidas permitem evidenciar que as pessoas idosas que vivem sós apresentam geralmente um risco de queda aumentado, avaliado através do TUGT.

Nas pessoas que constituíram a amostra deste trabalho desenvolvido na população idosa apoiada pela Associação *AVISO*, o risco de queda avaliado através do

TUGT revelou, tal como a literatura (Oliveira et al., 2018) que o risco de queda está presente nas pessoas com idades mais avançadas e está relacionado com o tempo médio despendido no teste e que nesta amostra foi de 24 segundos, valor muito superior ao considerado normal (≤ 12 segundos). Oliveira et al. (2018) também referem que grande parte das pessoas idosas que apresentam dificuldade na marcha também registam valores elevados de TUGT o que as expõe a um risco muito mais elevado de cair e condiciona a realização das suas AVD podendo também condicionar a sua independência, autonomia e consequentemente a qualidade de vida.

Para outros autores (Faleiros et al., 2018) o risco de queda pode ser reduzido se as pessoas idosas viverem acompanhadas, devido ao cuidado e apoio mútuo. Antunes et al. (2018) defendem que o elevado risco de queda nas pessoas viúvas ou que vivem sós se deve ao facto de a responsabilidade das atividades domésticas recair apenas numa única pessoa, pelo que esta é exposta a um maior número de riscos físicos e também sociais decorrentes da solidão.

Maduro e Figueiredo (2021) realçam a importância que a aprendizagem iniciada na infância e perpetuada ao longo da vida tem no estado de saúde das pessoas e esclarecem que a literacia em saúde permite capacitar as pessoas com informação e mecanismos que lhes permite aumentar o conhecimento acerca da sua saúde, a adoção de comportamentos saudáveis e como evitar fatores de risco, bem como a procura de mais informação e deste modo, tomar decisões mais consistentes e fundamentadas.

A baixa escolarização das participantes identificada neste estudo, em que a maioria frequentou apenas o 1º ciclo e por vezes incompleto, pode estar associada, segundo referem Lima et al. (2018) com a idade avançada das inquiridas e com a grande dificuldade que as pessoas do sexo feminino enfrentavam no acesso à educação devido à conjectura da época e a questões de género, que enquanto construção social se refere a normas, papéis, comportamentos e atributos socialmente construídos (WHO, 2019) e que remetia as mulheres desta geração para o espaço doméstico e trabalhos mal pagos e precários privando-as de escolarização, o que consequentemente se relaciona com os baixos rendimentos. Tal facto pode ser comprovado pelo rendimento das inquiridas. 40% das participantes referiram usufruir de rendimentos inferiores a 500€, valor muito inferior ao ordenado mínimo (665€) estabelecido no momento (Decreto-Lei n.º 109-A/2020, 2020). Estes dados reforçam o que Lima et al. (2018) também evidenciaram, e que relacionam os baixos níveis de escolaridade e de rendimentos a um acesso mais restrito aos cuidados de saúde e por isso com uma qualidade de vida inferior.

O nível socioeconómico também assume um papel preponderante no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, pois níveis socioeconómicos elevados estão frequentemente associados a maiores níveis de bem-estar e a uma maior qualidade de vida, enquanto baixos níveis socioeconómicos se relacionam com um maior risco de queda (Silva et al., 2021). O baixo estatuto socioeconómico representa um

importante preditor de quedas quer pelos comportamentos de risco adotados pelas pessoas em situação de pobreza, quer pela inadequação do ambiente que os rodeia, nomeadamente o habitacional como explicam os mesmos autores.

Neste trabalho apenas 2 das 10 participantes referiram conhecer e usufruir de programas de apoio habitacional. A falta de conhecimento sobre os programas de apoio habitacional presente na maioria das participantes pode ser justificada tanto pela baixa literacia das mesmas como pelo facto de atualmente a divulgação destes programas ser feita informaticamente e com recurso às novas tecnologias e de acordo com Gil e Patrício (2020), apenas 33% da população nacional entre os 65-74 anos utilizam a Internet, o que justifica o reduzido conhecimento deste tipo de apoios e consequentemente o reduzido número de pessoas a usufruir dos mesmos. Por isso, e tal como referem Gil e Patrício (2020) a aprendizagem ao longo da vida permite o desenvolvimento pessoal, profissional e social das pessoas ao mesmo tempo que promove a inclusão digital e social, sobretudo das pessoas idosas, permitindo em última análise o acesso a informações, serviços e bens fundamentais.

No que se refere ao risco de queda habitacional, identificado a partir do instrumento HFAST a totalidade das participantes referiu a presença de fatores de risco na sua habitação. A ausência de barras de apoio na casa de banho foi o fator de risco habitacional mais indicado pelas participantes, situação que se assemelha aos resultados obtidos por Faleiros et al. (2018), seguido de fatores como a presença de tapetes soltos e ausência de tapetes antiderrapantes. E falta de barras de apoio na casa de banho tem sido considerada como responsável pela maioria das quedas que ocorre em pessoas idosas no domicílio (Antunes et al., 2018). O espaço físico que rodeia a casa, como os caminhos em más condições que dificultam a marcha das pessoas e o acesso aos diversos serviços da sociedade foram outros dos riscos apontados pelas inquiridas deste estudo. As condições em que se encontram os passeios têm grande impacto na possibilidade de as pessoas se deslocarem na sua zona de residência (WHO, 2007) e a ausência de deslocação e o confinamento ao espaço doméstico pode comprometer o bem-estar, autonomia, independência e qualidade de vida da sociedade em geral, com mais e maiores consequências sobre a população idosa.

Outro risco identificado pelas inquiridas refere-se à localização da casa de banho e à distância da mesma do quarto. A distância entre estas 2 divisões é tão ou mais importante quanto as comorbilidades que a pessoa apresenta (Fernandes et al., 2020). Na *scoping review* realizada por estes autores, a incontinência urinária associada a outras condições físicas, como alterações de mobilidade e alterações sensoriais tendem a aumentar o risco de queda pelo que a distância entre estas duas divisões se constitui como um fator de risco. Neto et al. (2018) confirmam ainda que a incontinência e a nictúria patológica são fatores que, quando associados à ausência de pavimentos antiderrapantes, podem estar na origem das quedas. Santos et al. (2021) também defendem que certas rotinas domésticas adotadas pelas pessoas idosas, como a limpeza do chão, nomeadamente quando este não é antiderrapante, também

podem comprometer a sua segurança. É por isso que estes autores consideram o calçado inadequado como um risco comportamental importante a ter em conta na avaliação do risco de queda em ambiente domiciliar, e uma das inquiridas deste trabalho admitiu nem sempre utilizar calçado adequado, que lhe permita evitar quedas.

Queiroz et al. (2020) fazem referência a fatores, que foram igualmente identificados como riscos habitacionais pelas inquiridas, como a ausência de corrimão nas escadas e/ou rampas e conseqüente dificuldade em subir e descer escadas. E Thienfenbachová e Zeleníková (2018) reconhecem que a presença de escadas sem corrimão e o acesso pela porta de entrada sem segurança como fatores de risco ambientais domiciliares para quedas.

Para além destes fatores ou determinantes habitacionais de risco identificados pelas participantes, outros de natureza pessoal como a história prévia de queda são considerados importantes. De acordo com Cruz e Leite (2018), a ocorrência de uma queda é um preditor de novas quedas, e quanto maior o número de quedas sofridas por uma pessoa mais probabilidade esta apresenta de sofrer outra com conseqüências mais graves como fratura. Neste trabalho 6 das participantes afirmaram ter experimentado alguma queda no último ano e 2 referiram sentir instabilidade na marcha, percepções relacionadas com valores de TUGT elevados, bem como um número elevado de riscos habitacionais identificados. Estes dados permitem-nos, concluir que 6 das participantes (60%) se encontram em risco de sofrer um novo evento de queda.

Apesar de se tratar de um estudo de caso, este trabalho reflete o impacto dos diferentes fatores de risco de queda no bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas, bem como o elevado risco de um novo evento e das importantes conseqüências que podem daí advir. Importa por isso alertar, sensibilizar e capacitar esta população com mais conhecimento acerca da temática, de modo que seja possível implementar alterações na habitação como no comportamento individual.

O planeamento e as ações de intervenção, pressupõem numa primeira análise, a avaliação da função cognitiva e da capacidade que a pessoa tem para poder assimilar informação e modificar comportamentos de risco que possam conduzir a uma queda, pois só assim é possível que o conjunto de intervenções seja implementado com sucesso e possam, de facto, ser eliminados os fatores de risco e reduzida a incidência de quedas (Federman et al., 2009). Assim, foram avaliadas as funções cognitivas através do instrumento MMSE.

Uma das inquiridas deste trabalho apresentou uma pontuação total de 15 pontos no MMSE, o que indica a presença de défice cognitivo (Daniel et al., 2018), pelo que não será incluída nas sessões de intervenção, uma vez que não estão reunidas as condições cognitivas necessárias para que esta pessoa assimile a informação.

Embora se reconheça que pessoas com declínio cognitivo têm maior risco de queda, provavelmente porque apresentam alterações visuais e espaciais que levam à

sua desorientação, à diminuição da percepção dos riscos e a uma avaliação das próprias capacidades funcionais que não correspondem à realidade o que as leva a ter comportamentos de risco que podem conduzir a uma queda (Smith et al., 2017), esta informação será partilhada com os profissionais de saúde que apoiam a Associação *AVISO* no sentido de lhe ser proporcionado outro tipo de acompanhamento.

Quando analisada a pontuação obtida no MMSE e relacionada com o risco de queda avaliado através do HFAST, verificamos que as 4 inquiridas que apresentam pontuações inferiores ao valor de corte para o seu nível de escolaridade, são aquelas que apresentam maior número de riscos habitacionais identificados, 3 das quais apresentam valores de TUGT elevados (>25 segundos). O que vai de encontro à natureza multifatorial do risco de queda e à constatação da relação estreita que existe entre as quedas e as alterações da capacidade cognitiva (Smith et al., 2017).

Em idades avançadas os fatores de proteção para as quedas estão relacionados com a mudança de comportamento e modificação do ambiente em que a pessoa vive (WHO, 2007). A educação é uma componente importante das estratégias para gerir o risco de queda e as pessoas em risco e os membros da sua família devem ser educados sobre a natureza multifatorial das quedas, sobre os fatores específicos de risco de queda que estão presentes e as intervenções recomendadas (Tinetti, 2003).

A literatura tem salientado a importância da avaliação dos riscos domiciliários na prevenção de quedas em todas as faixas etárias (Thienfenbachová & Zelenikova, 2018; Neto et al., 2018), contudo, esta avaliação deverá sempre que possível ser acompanhada por sessões de educação para a saúde, realçando a importância da capacitação das pessoas sobre o autocuidado acerca das quedas e das consequências, através de intervenções educacionais, no sentido de poder aumentar a sua percepção do risco, e deste modo permitir a alteração de comportamentos e modificações no ambiente doméstico.

A promoção da saúde e a educação para a saúde têm, um impacto significativo na sensibilização das pessoas para a modificação de comportamentos de risco, e para a decisão de adaptar as condições habitacionais às necessidades de cada fase da vida. Alguns autores realçam a importância do envelhecimento ativo enquanto processo de otimização de oportunidades e como forma de minimizar as consequências do processo de envelhecimento.

Estas ações englobam intervenções a nível pessoal, como a alteração de fatores de risco (modificáveis) e ações no ambiente, através da modificação de circunstâncias e correção de inadequações ambientais que podem aumentar o risco de queda, para assim minimizar esses eventos (Cruz & Leite, 2018; Smith et al., 2017). Estas alterações compreendem a instalação de iluminação com sensores de movimento; remoção de tapetes ou fixação dos mesmos ao solo; colocação de barras de apoio, nomeadamente na casa de banho, reorganização de móveis e espaços e colocação de corrimão em todas as escadas (Campani et al., 2021). Além disso as pessoas que vivem sozinhas e que apresentam risco de queda também devem ser ensinadas sobre

o que fazer se caírem e não se conseguirem levantar e devem ter uma resposta de emergência pessoal ou um telefone acessível (Tinetti, 2003).

A falta de literacia nesta temática, contribuiu para uma perceção deficitária das quedas e das suas consequências, pelo que a falta de informação poderá ser um preditor de perda de autonomia e independência dificultando a mudança de comportamentos (Neto et al., 2018). Os mesmos autores realçam, por isso, a importância da prevenção na redução das despesas em saúde decorrentes de hospitalizações, tratamentos e reabilitação associados a quedas.

Estas intervenções realizadas no domicílio de pessoas idosas pretendem promover a independência e a saúde, prevenir incapacidades e a necessidade de cuidados hospitalares, de modo a reduzir os custos associados, com obtenção de resultados positivos tanto na mortalidade, como na institucionalização como ainda no declínio funcional (Behm et al., 2013). Desenvolvidas numa perspetiva multidisciplinar contribuem para o sucesso e eficácia das mesmas, assim como permitem aumentar a satisfação e bem-estar das pessoas idosas, que embora frágeis se sentem confiantes, com acesso a mais informação e possibilidade de esclarecer dúvidas (Behm et al., 2013).

A promoção da saúde e todas as intervenções associadas contribuem para aumentar a autoestima das pessoas idosas e empoderá-las e o empoderamento permite que as pessoas assumam a responsabilidade e tenham capacidade para decidir perante as informações, apoio e incentivo que recebem (Behm et al., 2013). Santos e Baixinho (2019) reforçam igualmente a importância das intervenções que objetivam a modificação do domicílio salientando não só a identificação dos riscos domiciliários que requerem atenção, mas também a informação acerca de todos os fatores de risco que colocam em causa a segurança das pessoas idosas e o reforço na mudança de comportamento. A prevenção de quedas com base na capacitação e empoderamento deve ser um processo abrangente, onde a família e/ ou cuidadores representam um apoio essencial, tanto a nível emocional, como material e/ou financeiro por forma a melhorar a qualidade de vida da população idosa (Faleiros et al., 2018; Santos & Baixinho, 2019).

6. Plano de intervenção

Com base nos resultados exploratórios e com a informação recolhida na Associação *AVISO* através da participação de 10 utentes, que nos permitiram avaliar o risco de queda e assim conhecer a realidade desta comunidade fez-se uma proposta a desenvolver durante 6 meses e que contempla 5 intervenções, com vista a melhorar o bem-estar e qualidade de vida desta população, a par do que já é feito na e pela Associação *AVISO*.

Quadro 6 - Cronograma de atividades do plano de intervenção a ser desenvolvido na Associação *AVISO*.

	Intervenção 1	Intervenção 2	Intervenção 3	Intervenção 4	Intervenção 5
Setembro	X	X		X	
Outubro	X	X		X	
Novembro			X	X	
Dezembro			X	X	
Janeiro			X	X	
Fevereiro			X	X	X

Perspetivou-se o desenvolvimento de 5 intervenções, cada qual com atividades distintas e que são descritas em seguida, tendo em consideração a literatura atual.

Intervenção 1 – Divulgação dos resultados do trabalho projeto

A identificação e divulgação dos fatores de risco de quedas é para Cruz e Leite (2018) um ponto essencial na elaboração de ações de prevenção e de promoção da saúde, visto que permite assinalar os principais focos de risco e a sua modificação. Neste sentido, é fundamental sintetizar os resultados exploratórios obtidos e divulgá-los de forma simples e concreta na Associação *AVISO*.

A intervenção 1 compreende duas atividades, a Atividade A que pressupõe a apresentação dos principais resultados obtidos na presente investigação, através de imagens, gráficos e quadros. Esta tipologia de apresentação de dados permite captar a atenção das pessoas idosas, de modo que consigam reter a maior informação possível que pretendemos transmitir. Posteriormente e recorrendo novamente a uma apresentação pretende-se alertar para os principais riscos habitacionais identificados pelas participantes, assim como outros fatores de risco de queda pertinentes – Atividade B.

Existe a possibilidade de marcar uma sessão extra para esclarecimento de dúvidas ou questões, de acordo com a disponibilidade da investigadora, necessidade das inquiridas e de acordo com as atividades planeadas pela própria Associação *AVISO*.

Material necessário:

- Computador
- Projetor de vídeo

Duração da atividade:

- Sessões de 1 hora/semana

Intervenção 2 – Apresentação do cartaz “Quedas em casa: Como tornar a minha casa mais segura?”

Uma vez divulgados os principais resultados, proceder-se-á à apresentação de um cartaz intitulado “Quedas em Casa – Como tornar a minha casa mais segura?” (Anexo VII), que será afixado nas instalações da Associação AVISO, permitindo às utentes recordar aspetos habitacionais e relembrar pequenas alterações e/ou modificações que se podem fazer no ambiente domiciliário, de modo a prevenir a ocorrência de quedas e promover uma maior qualidade de vida e autonomia para as pessoas idosas que residem na comunidade.

Material necessário:

- Cartaz A3

Intervenção 3 – Propor modificações habitacionais

Após uma abordagem inicial acerca das quedas e da real importância da sua prevenção será apresentada uma proposta a cada utente com as alterações que poderá efetuar de acordo com os riscos anteriormente identificados.

Será realizada uma nova avaliação dos riscos habitacionais decorridos 3 meses, com recurso ao instrumento de avaliação HFAST.

Duração: sessão individualizada com duração de 30 minutos para apresentação das alterações habitacionais necessárias.

Sessão de reavaliação: 30 minutos

Material necessário:

- Papel
- Caneta

Intervenção 4 – Parceria com a Unidade de Investigação AGE.COMM

A Age.Comm - Unidade de Investigação Interdisciplinar Comunidades Envelhecidas Funcionais visa compreender o processo de envelhecimento no interior do país e todos os processos inerentes a este para o desenvolvimento de comunidades funcionais, partilhando conhecimento e promovendo o bem-estar das pessoas idosas.

Segundo as informações partilhadas no sítio da AGE.COMM, esta tem como objetivos promover e desenvolver projetos de investigação em associação com as mais diversas entidades na área social e da saúde, que contribuam para o desenvolvimento das comunidades e do conhecimento científico, integrando jovens investigadores.

Será proposta uma parceria entre a AVISO e a AGE.COMM, seguindo os objetivos desta unidade de investigação, tais como: “Promover programas de investigação em associação com organizações das áreas sociais, da saúde e outras que desenvolvem atividade relacionadas com o envelhecimento ou com populações envelhecidas” e “Incentivar a transferência de conhecimentos e competências para as comunidades, respondendo aos problemas e necessidades das organizações locais e regionais”.

Intervenção 5 – Sessão de informação sobre dispositivos de deteção de quedas

Atualmente, exige uma grande variedade de dispositivos que aliados à Internet das Coisas (IoT) conseguem monitorizar, diagnosticar, detetar situações anómalas e alertar os cuidadores de forma célere. Estes dispositivos incluem dispositivos portáteis, sensores, sistemas e aplicações que têm a capacidade de detetar sinais, processar os dados recolhidos, armazenar e partilhar os mesmos recorrendo a redes sem fios. A gerontotecnologia permite por isso, o acompanhamento, supervisão e prestação de apoio à pessoa idosa, por um cuidador formal ou informal à distância, contribuindo para a manutenção da independência e autonomia (Diniz et al., 2022).

Os dispositivos de deteção de quedas podem ser incorporados na roupa – *wearables* -, instalados na habitação – *smart home* – e sempre que possível devem ser adaptados às necessidades e preferências da pessoa que vai usufruir da sua utilização.

Deste modo, compreendemos que é necessário uma maior divulgação e conhecimento deste tipo de equipamentos que podem prevenir quedas e no caso de ocorrer um evento destes, permitirão que a chegada de ajuda seja mais rápida. Sugere-se, por isso, uma sessão de informação sobre dispositivos de deteção de queda, com a apresentação de alguns exemplos existentes no mercado e demonstração de um dispositivo de deteção de quedas desenvolvido em contexto académico (Rosa et al., 2021), permitindo às pessoas apoiadas pela Associação AVISO compreender que estes equipamentos, de transporte, uso e manutenção fáceis podem trazer grandes benefícios no que diz respeito à segurança e manutenção do bem-estar e qualidade de vida dos seus utilizadores, incentivando o envelhecer em casa.

Duração: 1h

Material necessário:

- Computador
- Projetor de vídeo
- Dispositivo de deteção de quedas

7. Conclusão

O envelhecimento, tal como as restantes fases do desenvolvimento humano, é um processo natural, contudo o aumento exponencial da população idosa e da longevidade conduzem a um conjunto de desafios, nomeadamente no que diz respeito à capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas, bem como de toda a sociedade. Assim, a prevenção de patologias, modificação de comportamentos de risco e a adaptação do espaço físico ao longo de todo o ciclo de vida podem contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, com saúde e qualidade de vida.

As quedas representam um dos maiores problemas na faixa etária dos 65 e mais anos, pelo que a sua prevenção deve ser prioritária e um dos pontos fulcrais na avaliação gerontológica da população idosa, uma vez que reconhecido o risco poderá ser possível intervir no sentido de evitar sequelas físicas, psicológicas e sociais, como a diminuição dos gastos em serviços de saúde envolvidos no processo de hospitalização, tratamento e reabilitação das pessoas em caso de queda. Neste sentido, importa avaliar globalmente as pessoas idosas, diagnosticar precocemente e identificar os fatores de risco que podem estar na origem de quedas, assim como avaliar as condições habitacionais.

No que respeita aos objetivos do estudo, foi possível identificar o risco de queda da comunidade assistida pela Associação *AVISO*, com base no TUGT que revelou um risco de queda elevado, com a identificação de vários fatores de risco domiciliários através do HFAST, tais como a ausência de barra de apoio na banheira, ausência de tapetes antiderrapantes no WC ou presença de tapetes soltos, WC longe do quarto e espaço físico em redor da habitação em mau estado ou com obstáculos.

A identificação destes fatores que na sua maioria são passíveis de ser modificados e assim tornar o ambiente domiciliar mais seguro, conduziu-me ao segundo objetivo inicialmente definido, o desenvolvimento de um plano de intervenção com foco na prevenção de quedas na comunidade estudada, através de 5 intervenções específicas a serem desenvolvidas numa perspetiva de voluntariado na Associação *AVISO*, o que vai ao encontro da missão da própria associação.

O plano de intervenção compreende, pois, sessões de sensibilização para os fatores de risco habitacionais e como evitar estes fatores, de modo a tornar as suas casas mais seguras, permitindo às participantes permanecer e continuar a envelhecer em casa, pelo maior tempo possível, o que em última análise pode contribuir também para otimizar as respostas sociais existentes ao mesmo tempo que se desenvolvem novas estratégias de apoio e cuidado para a população idosa, bem como para todas as faixas etárias.

O presente trabalho permitiu não só compreender as fragilidades da população da Associação *AVISO*, nomeadamente no que diz respeito aos riscos habitacionais, como

permitiu realçar a importância que este tipo de instituições tem na promoção do envelhecer em casa, com dignidade e qualidade de vida.

O tempo disponível para desenvolver o trabalho de projeto não permite o estudo de grandes amostras e essa foi uma das limitações desta pesquisa, pelo que se deixa a sugestão de outro estudo mais abrangente tanto no número de participantes como na aplicação de outros instrumentos de avaliação, como a escala de depressão, uma vez que o estado depressivo tem um impacto bastante significativo na saúde física e na adoção de comportamentos de risco que podem aumentar a ocorrência de quedas. Sugere-se ainda intervenções habitacionais mais frequentes e acompanhadas por uma avaliação complementar da perceção do risco de queda, tanto pelas pessoas idosas como pelos familiares de modo que a intervenção seja compreendida e aceite por todos os intervenientes.

Em suma, cabe a cada um de nós - enquanto profissionais, membros da comunidade e familiares - identificar, intervir e desenvolver estratégias de divulgação e mobilização de recursos multidisciplinares já existentes, no sentido de apoiar a população idosa a ultrapassar medos, a resolver situações de risco e a incentivar a sua participação na comunidade ao mesmo tempo que asseguramos o seu bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Afonso, R., Tomáz, T., Brandão, D., & Ribeiro, Ó. (2019). *Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal)*. *Análise Psicológica*, 2(XXXVII), 147-160. <https://doi.org/10.14417/ap.1482>
- Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L., Murillo-González, J., Mino-León, D., & Cruz-Arenas, E. (2018). *Factors associated with occasional and recurrent falls in Mexican community-dwelling older people*. *PLoS ONE* 13(2), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192926>
- Albuquerque, D., Klavdianos, N., Günther, I., & Portella, A. (2020). *Participação Social e Envelhecimento - Concebendo cidades amigas aos idosos*. *PIXO - Revista de Arquitetura, Cidade e Contemporaneidade*, 4(14), 52-65. <https://doi.org/10.15210/pixo.V4I14.18466>
- Almeida, L., Meucci, R., & Dumith, S. (2019). *Prevalence of falls in elderly people: a population-based study*. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 65(11), 1397-1403. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1397>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American psychological association* (7th ed.). APA.
- Antunes, M., Nogueira, M., Alexandrino, A., Macêdo, G., Costa, A., & Nunes, W. (2018). *Risk assessment of falls in the elderly assisted in the Family Health Strategy*. *Revista Rene*, 19 (e32713), 1-8. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932713>
- Araújo, L., Castro, J., & Santos, J. (2018). *A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais*. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 14-23. <https://doi.org/10.24879/2018001200200130>
- Associação de Apoio Voluntário ao Idoso Só. (2021). *AVISO*. <https://www.associacaoaviso.pt/>
- Barbosa, J., Guinaldo, J., & Cunha, M. (2018). *Serviço de Apoio Domiciliário como substituição ou complemento do cuidado familiar*. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 09-34. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p09-34>
- Bárrios, M. J., Marques, R., & Fernandes, A. A. (2020). *Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais*. *Revista Saúde Pública*, 54(129), 1-11. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>
- Behm, L., Ivanoff, S., & Zidén, L. (2013). *Preventive home visits and health – experiences among very old people*. *BMC Public Health*, 13(378), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-378>
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. (Edição revista e corrigida). Lusodidacta.
- Bernardes, R., Baixinho, C., & Henriques, M. (2019). *Instrumentos de avaliação do risco de queda em idosos institucionalizados – Revisão Integrativa da Literatura*. *Atas CIAIQ 2019 – Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1487-1496. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2333>

Bocatto M. (2007). *A importância da bioética*. Genética na Escola, 4, 11-4. http://www.lamam.ufscar.br/files/2010/07/bioetica_21.pdf

Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). *Envelhecimento Activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. FFMS. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2017/10/Envelhecimento-activo-em-portugal.pdf>

Câmara Municipal de Castelo Branco. (2022). *Programa Habitar Castelo Branco*. CMCB. <https://www.cm-castelobranco.pt/municepe/areas-de-acao/habitacao/habitar-castelo-branco/#>

Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscione, S., Ferrara, L., Barisone, M., Bortoluzzi, S., Faggiano, F., Molin, A., & IPEST Working Group. (2021). *Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly*. Public Health Nurs, 38, 493-501. <https://doi.org/10.1111/phn.12852>

Candeias, E. (2014). *Fatores destacáveis na satisfação com a vida em idosos portugueses: (Estudo de caso num centro de dia em Castelo Branco)*. Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.420>

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem (2ª ed)*. Universidade Aberta.

Carvalho, E.J. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico (2ª ed.)*. Escolar Editora.

Chamusca, D. (2019). *As condições habitacionais versus queda dos idosos: A enfermagem de reabilitação*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29470>

Choi, Y., & Matz-Costa, C. (2018). *Perceived Neighborhood Safety, Social Cohesion, and Psychological Health of Older Adults*. The Gerontologist, 58(1), 196-206. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw187>

Coimbra, V., Marques, E., & Chaves, C. (2019). *Prevalência de Quedas em Idosos Residentes numa Comunidade Rural*. Millenium, 2(3), 109-116. <https://doi.org/10.29352/mill0203e.09.00218>

Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira. (2019). *Processo Assistencial Integrado da Prevenção de Quedas do Idoso no Domicílio*. CAIR-PQI RAM. <https://www.sesaram.pt/infosaudeficheiros/html/2019vs2020/PAIPQ.pdf>

Costa-Dias, M. J., & Ferreira, P. (2014). *Escalas de avaliação de risco de quedas*. Revista de Enfermagem Referência, 4(2), 153-161. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais*. Almedina.

Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, 15(1), 221-243. <http://hdl.handle.net/1822/492>

Crispim, R. (2021). *Institucionalização na velhice: uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)*. Methadodos - Revista de Ciências sociais, 9(2), 258-271. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>

Cruz, D., & Leite, I. (2018). *Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade*. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, 21(5), 551-561. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-2256208021.180034>

Daniel, F., Fernandes, V., Silva, A., & Espírito-Santo, H. (2018). *Rastreamento cognitivo em estruturas residenciais para pessoas idosas no Concelho de Miranda do Corvo, Portugal*. Ciência e Saúde Coletiva, (0237), 1-8. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/rastreamento-cognitivo-em-estruturasresidenciais-para-pessoas-idosas-noconcelho-de-miranda-do-corvoportugal/16770?id=16770>

Decreto-Lei n.º 109-A/2020 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020). Diário da República: I série, n.º 253/2020, 3º Suplemento. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/109-a/2020/12/31/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 163/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Diário da República: I Série, n.º 152. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 391/1991 do Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1991). Diário da República: I Série-A, n.º 233. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/391/1991/10/10/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 64/2007 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2007). Diário da República: I série, n.º 52. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/64-2007-518425>

Despacho n.º 6716-A/2007 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2007). Diário da República: II Série, n.º 68. <https://files.dre.pt/2s/2007/04/068000001/0000200002.pdf>

Despacho Normativo n.º 12/1998 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (1998). Diário da República: I Série-B, n.º 47. <https://data.dre.pt/eli/despnorm/12/1998/02/25/p/dre/pt/html>

Despacho Normativo n.º 62/99 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Diário da República: I Série-B, n.º 264. <https://data.dre.pt/eli/despnorm/62/1999/11/12/p/dre/pt/html>

Diniz, J.L., Sousa, V.F., Coutinho, J.F., Araújo, I.L., Andrade, R.M., Costa, J.S., Barbosa, R.G., & Marques, M.B. (2022). *Gerontecnologias e internet das coisas para prevenção de quedas em idosos: revisão integrativa*. Acta Paulista Enfermagem, 35(eAPE003142), 1-10. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03142>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Proposta de Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). DGS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (2006). *Respostas sociais: Nomenclaturas/CONCEITOS*. DGSSFC. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Conceitos_das_Respostas_Sociais.pdf

Elliott, S., Painter, J., & Hudson, S. (2009). *Living Alone and Fall Risk Factors in Community Dwelling Middle Age and Older Adults*. Journal of Community Health, 34(301), 301-310. <https://doi.org/10.1007/s10900-009-9152-x>

Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (2016). *Manual do Cuidador - Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio*. Direção Regional da Solidariedade Social. <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/guia-pratico-para-prevenir-queadas-de-idosos-em-casa/>

EUROSTAT. (2021). *Archive: Estrutura populacional e envelhecimento*. EUROSTAT. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt&oldid=510113

Faleiros, A. H., Pereira, A. E. M., Santos, C. A., Ribeiro, T. S., Queiroz, M. L., & Araújo, C. L. O. (2018). *O ambiente domiciliar e seus riscos para quedas em idosos: uma revisão integrativa da literatura*. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(4), 40-42439. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p409-424>

Federman, A. D., Sano, M., Wolf, M. S., Siu, A. L., & Halm, E. A. (2009). *Health literacy and cognitive performance in older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1475-1480. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02347.x>

Fernandes, A., & Burnay, R. (2019). *Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa*. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(2), 17-28. https://www.researchgate.net/publication/340155336_Homens_saudaveis_mulheres_doentes_Um_estudo_sobre_a_esperanca_de_vida_e_a_saude_da_populacao_portuguesa

Fernandes, J., Sá, M.C., & Nabais, A. (2020). *Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping*. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Filho, J., Valderramas, S., Wojciechowski, A., Mackenzie, I., & Gomes, A. (2020). *Versão brasileira do Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): tradução, adaptação transcultural, validação e confiabilidade*. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 23(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190180>

Fonseca, A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar: Guia de Boas Práticas em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. <http://hdl.handle.net/10400.14/25680>

Fonseca, A. (2020). *Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal*. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-39. <http://dx.doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2020.vvin2/pp.21-39>

Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place. Envelhecer e Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas (1st ed.)*. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>

Fonseca, A., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2004). *Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso*. Comunicação apresentada no II Congresso de Estudos Rurais, 259-267. <http://hdl.handle.net/10400.14/11736>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Cuidar e Não Só*. <https://gulbenkian.pt/project/cuidar-e-nao-so/>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2020). *Carta Social – Rede de Serviços e equipamentos 2020*. GEP/MTSSS. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>

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 & Development*, 45(8), 1105-1116. <https://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/8/Gates.html>

Gil, H., & Patrício, M. (2020). *Aprendizagem ao longo da vida e Infoinclusão*. 15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI2020), Sevilla, Spain, 1-5. <http://hdl.handle.net/10400.11/7197>

Guirguis-Blake, J. M., Michael, Y. L., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Beil, T. L., & Thompson, J. H. (2018). *Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Apri. (Report No.: 17-05232-EF-1. PMID: 30234932). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30234932/>

Hac.Ora Portugal Sénior Cohousing Portugal. (2019). *Mais do que casas, amigos para a vida*. HAC.ORA Portugal. <https://www.hacora.org/sobre>

Hébert, R. (1997). *Functional decline in old age*. *Canadian Medical Association*, 157(8), 1037-1045. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228259/pdf/cmaj_157_8_1037.pdf

Herman, T., Giladi, N., & Hausdorff, J. (2011). *Properties of the 'timed up and go' test: more than meets the eye*. *Gerontology*, 57(3), 203-10. <https://doi.org/10.1159/000314963>

Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). *Desenhos de Pesquisa*. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(Suplemento 2), 2-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>

Instituto da Segurança Social. (2021). *Idosos*. ISS. <https://www.seg-social.pt/idosos>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos Resultados Provisórios*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Metainformação*. INE. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0000603&lingua=PT

José, J. S., & Teixeira, A. R. (2014). *Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica*. *Análise social*, XLIX(210), 28-54. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732014000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Junior, M., Santos, D., Fernandes, I., Carvalho, R., Silva, C., Rodrigues, S., Forjaz, C., & Queiroz, A. (2020). *Ocorrência de quedas em idosos da Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares*. *Motricidade*, 16(S1), 85-93. <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.22284>

Karuka, A., Silva, J., & Navega, M. (2011). *Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos*. Revista Brasileira Fisioterapia, 15(6), 460-466. <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/k3pyPHh5wM4dp4c8hDzg9wg/?format=pdf&lang=pt>

Kenny, R., Romero-Ortuno, R., & Cogan, L. (2012). *Falls*. Common Medical Presentations, 41(3), 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.12.007>

Lima, F., Ferreira, J., Reis, L., Santos, K., Lima, L., & Morais, K. (2018). *Perfil Sociodemográfico e nível de dependência funcional de idosos com risco de quedas*. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 11(39), 164-178. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i39.985>

Lopes, A., & Lemos, R. (2012). *Envelhecimento Demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociedade Portuguesa*. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, (2), 13-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426539987003>

Mackenzie, L., Byles, J., & Higginbotham, N. (2000). *Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): selecting the items*. British Journal of Occupational Therapy, 63(6), 260-269. <https://doi.org/10.1177/030802260006300604>

Maduro, A., & Figueiredo, M. C. (2021). *Intervenções de enfermagem na prevenção de quedas dos idosos: uma scoping review*. Revista da UI IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde, 9(1), 274-290. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

MAPFRE. (2008). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais*. Fundação MAPFRE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_FM_Guia_Profissionais_CMC.pdf

Marinho, C., Nascimento, V., Bonadiman, B., & Torres, S. (2020). *Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio*. Brazilian Journal of Health Review, 3(3), 6880-6896. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-225>

Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). *Habitação para pessoas idosas: Problemas e desafios em contexto português*. Sociologia, (Envelhecimento Demográfico), 177-203. <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10586.pdf>

Matias, P. (2016). *"Ageing in place": Reflexões sobre o conceito e desafios para Portugal*. Espaços vividos e Espaços Construídos, 1(3), 77-85. <http://biblioteca.fa.ulisboa.pt/index.php/44-novidades/revistas/evectv1n2/270-espacos-vividos-e-espacos-construidos-v1n3>

Moreira, M.J. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadeismo*. FFMS.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examinaton*. Sinapse, 9(2), 10-16. https://www.researchgate.net/publication/256295628_Novos_valores_Normativos_do_mini-mental_state_examination

Mortazavi, H., Tabatabaeichehr, M., Taherpour, M., & Masoumi, M. (2018). *Relationship Between Home Safety and Prevalence of Falls and Fear of Falling Among Elderly People: a Crosssectional Study*. Mater Sociomed, 30(2), 103-107. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.103-107>

Motamed-Jahromi, M., & Kaved, M. (2021). *Effective Interventions on Improving Elderly's Independence in Activity of Daily Living: A Systematic Review and Logic Model*. *Frontiers in Public Health*, 8(516151), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.516151>

National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). (2004). *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Prevention of Falls in Older People*. Royal College of Nursing (UK). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834186/>

Neto, J., Braga, N., Brum, I., Gomes, G., Tavares, P., Silva, R., Freire, M., & Ferreira, R. (2018). *Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09252016>

Nogueira, A., & Azeredo, Z. (2017). *What is lacking for the elderly in today's society?*, *Journal of Aging & Innovation*, 6(1), 41-50. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-o-que-falta-aos-idosos-1.pdf>

Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da Direção Geral da Saúde (DGS). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Oliveira, T., Baixinho, C. L., & 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>

Ollevier, A., Aguiar, G., Palomino, M., & Simplelaere, I. (2020). *How can technology support ageing in place in healthy older adults? A systematic review*. *Public Health Rev* 41(26), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00143-4>

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (1st ed.). Lidel.

Paulo, I. (2019, fevereiro 21). *Santa Casa prepara projecto-piloto de "cohousing" sénior no Porto*. *Expresso*. <https://expresso.pt/sociedade/2019-02-21-Santa-Casa-prepara-projecto-piloto-de-cohousing-seniorno-Porto#gs.72ekzhGX>

Peek, S., Luijckx, K., Vrijhoef, H., Nieboer, M., Aarts, M., van der Voort, C., Rijnaard, M., & Wouters, E. (2019). *Understanding changes and stability in the long-term use of technologies by seniors who are aging in place: a dynamical framework*. *BMC Geriatr* 19(236), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1241-9>

Pereira, C. (2019). *Políticas de Cuidados na Velhice*. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 33-40. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p33-40>

Pimentel, M. H., Fernandes, H., Afonso, C., & Bastos, A. (2019). *Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso*. *Journal of Aging & Innovation*, 8(1), 68-84. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5JAIV8E1.pdf>

Pinheira, V., & Moreira, M. J. (2018, julho 10-12). *Processos de decisão na criação de serviços e organizações: avaliação das necessidades e expectativas de comunidades envelhecidas*. In X Congresso Português de Sociologia. Na era da "pós-verdade"? Esfera pública, cidadania e qualidade da democracia no Portugal contemporâneo, Covilhã. <http://hdl.handle.net/10400.11/7321>

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lidel.

Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-Pardo, E., & Muñoz, J. (2016). *Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal*. *Revista Educación y Humanismo*, 19(32), 88-101. <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.19.32.2533>

PORDATA. (2020). *Agregados domésticos unipessoais de indivíduos com 65 e mais anos em % do total de agregados - Que países têm maior e menor percentagem de idosos a vier sozinhos no total de pessoas que vivem sós?*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Europa/Agregados+dom%C3%A9sticos+unipessoais+de+indiv%C3%ADduos+com+65+e+mais+anos+em+percentagem+do+total+de+agregados-1627>

PORDATA. (2021). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

PORDATA. (2021). *Índice de envelhecimento: Onde há mais e menos idosos por 100 jovens?*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%84ndice+de+envelhecimento-458>

PORDATA. (2022). *Censos 2021: conheça Portugal*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-255606>

PORDATA. (2022). *Índice de Envelhecimento: Que países têm mais e menos idosos por 100 jovens?*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%84ndice+de+envelhecimento-1609>

Quaresma, M de L., & Ribeirinho, C. (2016). *Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI*. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29-49. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p29-49>

Queiroz, A., Feitosa, C., Rodrigues, G., & Sousa, J. (2020). *Intervenções na prevenção de Quedas de Idosos em Ambiente Domiciliar*. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(4), 1-5. <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/115>

Ribeiro, J. (2002). *O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário?*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22. https://www.researchgate.net/publication/37650221_O_consentimento_informado_na_investigacao_em_psicologia_da_saude_e_necessario

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. FFMS.

Rosa, A.R., Dionísio, R., Grilo, E., Jesus, C., Gonçalves, F., & Fernandes, F. (2021, novembro 11-12). *Deteção de quedas em pessoas idosas e alerta à distância: Potencialidades de um dispositivo wearable*. [Poster]. Congresso Internacional AGE.COMM – Longevidade e Desenvolvimento, Castelo Branco, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.11/7765>

Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. FFMS.

Rosa, M. J. (2020). *Envelhecimento demográfico em fase de COVID-19*. *Medicina Interna*, (publicação Especial), 27–30. <https://doi.org/10.24950/rspmi/COVID19/M.JoaoV.Rosa/UNL/S/2020>

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (2016). *Mini-Mental State Examination: Screening and Diagnosis of Cognitive Decline, Using New Normative Data*. Acta Médica Portuguesa 2016, 29(4), 240-248. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>

Santos, B., & Baixinho, C. (2019). *Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura*. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, 2 (2019), 91-100. <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007>

Santos, J., Arreguy-Sena, C., Pinto, P., Paiva, E., Parreira, P., & Brandão, M. (2021). *Queda domiciliar de idosos: implicações de estressores e representações no contexto da covid-19*. Revista Gaúcha Enfermagem, 42(esp: e20200221), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200221>

Santos, J., Arreguy-Sena, C., Pinto, P., Pereira, E., Alves, M., & Loures, F. (2017). *Social representation of elderly people on falls: structural analysis and in the light of Neuman*. Rev Bras Enferm, 71(suppl 2), 851-859. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0258>

Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. (2019). *Exercise for preventing fall in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review*. Br J Sports Med 2020, 54, 885-891. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>

Silva, L., Biernaski, V., Santi, P., & Moreira, N. (2021). *Idosos caídores e não caídores: Associação com características sociais, fatores econômicos, aspectos clínicos, nível de atividade física e percepção do risco de quedas: um estudo transversal*. Fisioterapia Pesquisa, 28(3), 343-351. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21005928032021>

Silva, L., Oliveira, F., Martins, I., Martins, F., Garcia, T., & Sousa, A. (2019). *Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 22(5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>

Smith, A., Silva, A., Rodrigues, R., Moreira, M., Nogueira, J. & Tura, L. (2017). *Assessment of risk of fall in elderly living in home*. Revista Latino-Am. Enfermagem, 25(e2754), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Caldevilla, M., Henriques, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). *Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade*. Enfermería Global, (42), 506-521. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_revision4.pdf

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Tanaka, T., Matsumoto, H., Son, B., Imaeda, S., Uchiyama, E., Taniguchi, S., Nishino, A., Miura, T., Tanaka, T., Otsuki, T., Nishide, K., Iijima, K., & Okata, J. (2018). *Environmental and physical factors predisposing middle-aged and older Japanese adults to falls and fall-related fractures in the home*. Geriatrics & Gerontology International, 18(9), 1372-1377. <https://doi.org/10.1111/ggi.13494>

Tavares, J., Grácio, J., & Nunes, L. (2020). *Eficácia da implantação do cuidado centrado na funcionalidade no declínio funcional: um estudo quase-experimental*. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), 1-15. <https://doi.org/10.12707/rv20012>

Thienfenbachová, P., & Zeleníková, R. (2018). *The effect of educational intervention by nurses on home environmental risk factors for falls*. *Cent Eur J Nurs Midw*, 10(2), 1019-1025. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0009>

Tinetti M. E. (2003). *Clinical practice. Preventing falls in elderly persons*. *The New England journal of medicine*, 348(1), 42-49. <https://doi.org/10.1056/NEJMc020719>

United Nations Economic Commission For Europe. (2017). *Idosos em áreas rurais e remotas*. UNE CE. https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/Portuguese/PB18_V01.pdf

United Nations Economic Commission For Europe. (2018). *Serviços sociais inovadores e medidas de apoio à vida independente em idade avançada*. UNECE. https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/Portuguese/PB20_V01.pdf

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Vanleerberghe, P., Witte, N., Claes, C., Schalock, R., & Verté, D. (2017). *The quality of life of older people aging in place: a literature review*. *Qual Life Res*, 26, 2899-2907. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1651-0>

Venâncio, B., Almeida, A., & Filipe, M. (2019). *O impacto económico da prevenção de quedas em idosos: uma análise custo-utilidade à intervenção das Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 11(1), 34-41. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005698/jbes-111-art-05.pdf>

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. WHO. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. WHO. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wpcontent/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and health*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

World Health Organization. (2018). *Falls*. WHO. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/falls>

World Health Organization. (2019). *Health and Gender Equality: Policy Brief*. WHO. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/404495/SDG-5-policy-brief_2.pdf

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>

World Health Organization. (2015). *Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=71F025348038FAE5C6409599916FBD9B?sequence=6

Zeytinoglu, M., Wroblewski, K., Vokes T., Huisingh-Scheetz M., Hawkey L., & Huang E. (2021). *Association of Loneliness With Falls: A Study of Older US Adults Using the National*

Social Life, Health, and Aging Project. Gerontology Geriatric Medicine, (7), 1-7.
<https://doi.org/10.1177/2333721421989217>

Anexos

Anexo I - Instrumento de recolha de dados



Condições Habitacionais e o Risco de Queda em Idosos: estudo de casos - Inquérito

Variáveis socioeconómicas

N.º do questionário: _____

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo

Nível de Escolaridade:

Sem escolaridade 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário
 Bacharelato Licenciatura Pós-graduação Mestrado
 Doutoramento

Rendimento:

Até 250€ 250€-500€ 500€-750€ 750€-1000€ 1000€-1500€
 1500€-2000€ >2000€

A habitação onde mora é: Própria Alugada

Recebe algum tipo de apoio domiciliário: Sim Não

Se sim, qual? _____

Risco de Queda

1. Residentes no domicílio:

- Vive só
- Vive com familiar dependente
- Vive com familiar independente
- Outra

2. História de queda

- Nenhuma
- Alguma queda no último ano
- Noção de instabilidade com a marcha

Outros Programas de Apoio

1. Conhece outros programas de apoio habitacional: Sim Não
2. Usufrui de algum tipo de apoio: Sim Não

Mini Mental State Examination (MMSE)

I. Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia semana estamos? _____
6. Em que país estamos? _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

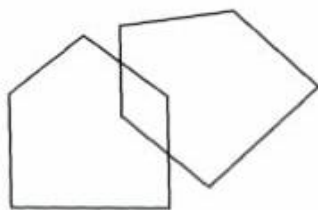
PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PÊRA _____ GATO _____ BOLA _____ Nota: _____

III. Atenção e Cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”



Nota: _____

Timed Up and Go Test

1. Pedir à pessoa para se sentar numa cadeira com aproximadamente 46 cm de altura, com as costas apoiadas no encosto e os braços apoiados nos apoios da cadeira (20 cm).
2. Pedir à pessoa para se levantar, logo que ouçam o comando para tal.
 - a. Deve caminhar num ritmo seguro e confortável (passo do dia a dia) até à linha marcada no chão;
 - b. Depois de três metros, deve virar-se, percorrer a mesma distância e sentar-se novamente.
3. Será cronometrado o tempo que decorre desde que se levanta até que se sinta novamente.
4. O teste deve ser realizado com o calçado habitual e ou com o seu auxiliar de marcha.

Tempo: _____

Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)

Definição: Entende-se por casa tanto o interior como o exterior da área residencial de uma pessoa. Dado que a lista de verificação será usada para visitas durante o dia, as respostas devem ser igualmente consideradas como o mesmo ambiente familiar, durante a noite.

Questão	Sim	Não
1. As passagens estão livres de cabos, fios e outros obstáculos? Definição: Sem cabos ou obstáculos (por exemplo: caixas, jornais, objetos) invadindo as passagens ou as entradas. Inclui móveis e outros itens, que obstruam portas e corredores; objetos atrás das portas impedindo que estas se abram completamente e caixilhos elevados nas portas.		
2. Os revestimentos para pavimentos encontram-se em boas condições? Definição: Carpetes lisas e sem saliências; sem azulejos partidos, gastos/puídos		

ou ausentes - incluindo revestimentos nas escadas.		
3. Os pavimentos são antiderrapantes? Definição: Responda se não observa azulejos no chão da cozinha, casa de banho, lavandaria e outras divisões, além de qualquer piso polido. Só deve considerar sim, se observa que a cozinha, casa de banho e outras divisões da casa apresentam pisos ou superfícies antiderrapantes.		
4. Os tapetes soltos encontram-se devidamente fixos no chão? Definição: Na parte de trás dos tapetes estes possuem um suporte eficaz antiderrapante ou ficam aderentes ao chão, ou ausência de tapete.		
5. A pessoa consegue entrar e sair da cama, com facilidade e em segurança? Definição: A cama apresenta altura e firmeza adequadas, não necessitando de se erguer apoiado no mobiliário.		
6. A pessoa consegue levantar-se da cadeira, com facilidade e em segurança? Definição: A cadeira apresenta altura adequada à pessoa, os assentos de braços são acessíveis para erguer-se, a almofada do assento é firme.		
7. Tem iluminação suficiente para permitir à pessoa ver claramente? Definição: O quarto tem iluminação suficiente (paredes pintadas com cores leves e sem cortinados pesados)? Verifique se não há zonas com menos iluminação em toda a área do quarto. Existe uma adequada iluminação nas escadas e com bom contraste com o corrimão?		
8. A pessoa pode ligar a luz facilmente, junto à sua cama? Definição: A pessoa não tem que sair da sua cama para ligar uma luz à noite – tem uma lanterna ou luz na mesa-de-cabeceira. Tem iluminação suficiente durante a noite nos corredores.		
9. Os espaços exteriores são bem iluminados à noite? Definição: existe iluminação suficiente em todas as partes e nas passagens usadas mais frequentemente. As paredes são pintadas com cores claras.		
10. A pessoa é capaz de usar a sanita, facilmente e com segurança? Definição: A sanita tem a altura adequada, a pessoa não precisa segurar-se ao suporte do papel/pia/toalha. Existe uma barra de apoio, se necessário.		
11. A pessoa é capaz de entrar e sair da banheira, facilmente e com segurança? Definição: A pessoa é capaz de entrar sem risco e pode se baixar-se /levantar-se sem necessidade de se agarrar à louça sanitária (ou se usa bancos ou apoio no chuveiro sem risco).		
12. A pessoa é capaz de entrar/sair do poliban facilmente e com segurança? Definição: A pessoa consegue entrar/sair sem ter que se apoiar ou segurar.		
13. Há uma barra de apoio acessível e resistente no chuveiro ou ao lado da banheira? Definição: Existe uma barra de apoio fixa firmemente à parede, que não o suporte da toalha, e que pode ser alcançada facilmente.		
14. Existem tapetes antiderrapantes usados no banho/banheiro/chuveiro? Definição: Existe antiderrapante ou tiras antiderrapantes na base da banheira ou chuveiro.		
15. O WC é próximo do quarto? Definição: Não mais de que 2 portas de distância (incluindo a porta do quarto) – não implica sair do espaço ou mesmo da casa, nem destrancar portas para lá chegar.		
16. A pessoa alcança facilmente objetos na cozinha, que são usados regularmente, sem ter que subir cadeiras ou baixar-se comprometendo o seu equilíbrio? Definição: Os armários são acessíveis a uma altura entre o ombro e o		

joelho, não sendo necessário para alcançar os objetos cadeiras ou degraus de altura (escadote).		
17. É possível a pessoa transportar as refeições facilmente e com segurança da cozinha para o espaço habitual de refeição? Definição: As refeições podem ser transportadas com segurança ou transportados usando um carrinho para o espaço habitual de refeição.		
18. As escadas interiores têm um corrimão acessível/resistente estendendo-se ao longo do comprimento total das escadas? Definição: O varão deve ser firmemente fixo, suficientemente robusto e disponível em todo o comprimento da escadaria.		
19. As escadas ao ar livre têm um corrimão acessível e seguro, estendendo-se ao longo do comprimento da escadaria? Definição: Escadas = mais de 2 degraus irregulares e com desnível. O varão deve ser acessível, fixo e disponível em toda a extensão da escadaria.		
20. A pessoa pode, facilmente e com segurança, subir e descer os degraus/escadas, no interior/ exterior da casa? Definição: Os degraus não são muito altos, estreitos ou desnivelados permitindo um apoio firme aos pés (dentro e fora de casa). A pessoa não fica cansada ou ofegante usando os degraus/escadas. Não apresenta uma alteração clínica que comprometa a sua segurança (pé pendente, perda de sensibilidade nos pés, perturbações do movimento, etc).		
21. Os limites dos degraus são facilmente identificados? Definição: Ausência de padrões ou pintura que escondam o limite do degrau.		
22. A pessoa pode usar as portas de entrada, com segurança e facilidade? Definição: As fechaduras e trincos podem ser usados sem que a pessoa tenha de se curvar ou baixar, colocando-a em desequilíbrio. Existe uma soleira na porta.		
23. Os caminhos em redor da casa estão em bom estado e livres de obstáculos? Definição: Pavimento intacto, sem irregularidades, sem plantas/ervas daninhas, árvores pendentes, raízes ou mangueiras que bloqueiem o percurso.		
24. A pessoa usa chinelos e sapatos adequados? Definição: se a pessoa usa apoio, calçado com salto baixo e sola antiderrapante ou chinelos que apoiam o pé.		
25. Se existem animais de estimação, a pessoa pode cuidar deles sem se baixar e em risco de cair? Definição: Animais de estimação = todos os animais que a pessoa tem à sua responsabilidade e que se encontram soltos na área de deambulação.		

Anexo II - Pedido de autorização dirigido à Associação *AVISO*



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Pedido de Autorização dirigido à Associação AVISO

Exm^a Directora Técnica da Associação AVISO

Sou a Ana Rafaela Mendes Rosa, aluna do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, em parceria com a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. No âmbito deste mestrado, estou a desenvolver um trabalho projeto intitulado “Condições Habitacionais e o Risco de Queda em Idosos na Freguesia de Castelo Branco”, sob orientação da Professora Doutora Eugénia Grilo. Pretende-se com o presente trabalho identificar o risco de queda nas pessoas idosas que residem no seu próprio domicílio apoiadas pela Associação de Apoio Voluntário ao Idoso Só (AVISO) de Castelo Branco.

Solicito autorização para utilizar o nome da instituição no presente trabalho e obter informações acerca dos utentes, através de um questionário, servindo a associação em causa como mediadora entre a Investigadora e os beneficiários da AVISO. Mais informo que serão assegurados todos os preceitos ético-legais concretamente o anonimato dos participantes.

Castelo Branco, 7 de Setembro de 2021

A Investigadora Ana Rafaela Rosa

Ana Rafaela Mendes Rosa

Anexo III - Autorização da Associação *AVISO*



Autorização

Autorizamos a recolha de dados e aplicação de questionário pela mestrande Ana Rafaela Mendes Rosa no âmbito do seu projeto de investigação "Condições Habitacionais e o Risco de Queda em Idosos na Freguesia de Castelo Branco" aos utentes da Associação AVISO.

Por ter sido solicitado, vai assinada por mim, José Carlos Almeida Mendes Borga, Presidente da Direção e por Eliane Maria Nunes Campos, Diretora Técnica da Instituição.

Castelo Branco, 08 de Setembro de 2021

José Carlos M. Borga

Eliane M^ª N. Campos



Anexo IV - Pedido de autorização dirigido às autoras do instrumento HFAST

22/11/21, 17:33

ResearchGate

Home More ▾



Notifications

Updates Messages Requests

Compose message

Back to list

Instrument - authorization request

Report message · Block user



Ana Rafaela Rosa

Sep 7, 2021

Expensive

Team Mackenzie, L., Higginbotham, N., Byles, Julie

I'm Ana Rafaela Mendes Rosa, a Master's student in Social Gerontology taught at the Castelo Branco School of Education, in partnership with the Dr. Lopes Dias Health School of the Polytechnic Institute of Castelo Branco. In the master's scope, to develop a work in this project related to the risk of falls in elderly people living at home. With the present work, I intend to identify the risk of falling through the Home Falls and Accidents Screening Tool assessment instrument.

Therefore, I am hereby required to use the Home FAST instrument developed by your team.

Thank you very much for your attention.

Ana Rafaela Rosa

Reply

Mark as unread

More ▾

18/05/22, 15:46

Gmail - Instrument - authorization request



Ana Rafaela Rosa <ana.rafaelaros1994@gmail.com>

Instrument - authorization request

Ana Rafaela Rosa <ana.rafaelaros1994@gmail.com>

4 de novembro de 2021 às 17:03

Para: "Lynette.Mackenzie@sydney.edu.au" <Lynette.Mackenzie@sydney.edu.au>

Dearest

Team Mackenzie, L., Higginbotham, N., Byles, Julie

I'm Ana Rafaela Mendes Rosa, a Master's student in Social Gerontology taught at the Castelo Branco School of Education, in partnership with the Dr. Lopes Dias Health School of the Polytechnic Institute of Castelo Branco. In the master's scope, I intend to develop a work of this project related to the risk of falls in elderly people living at home. With the present work, I intend to identify the risk of falling through the Home Falls and Accidents Screening Tool assessment instrument.

Therefore, I am hereby required to use the Home FAST instrument developed by your team.

Thank you in advance for your attention and kindness.

Best regards,

Ana Rafaela Rosa

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=00b4ad435&view=pt&search=all&permmsgid=msg-a%3Ar-3115679763569520237&siml=msg-a%3Ar-3115...> 1/1

Anexo V - Pedido de autorização dirigido à Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira (CAIR-PQI RAM)

18/05/22, 16:00

Gmail - FW: Instrumento HOME FAST- Pedido de autorização



Ana Rafaela Rosa <ana.rafaelarosa1994@gmail.com>

FW: Instrumento HOME FAST- Pedido de autorização

Comissão de Gestão de Risco Global <cgrg@sesaram.pt> 24 de novembro de 2021 às 13:08
Para: Ana Rafaela Rosa <ana.rafaelarosa1994@gmail.com>, Direção Regional da Saúde <drs@madeira.gov.pt>
Cc: Conselho de Administração <cadmin@sesaram.pt>, Direção Clínica <dir.cli@sesaram.pt>, Direção de Enfermagem <dir.enf@sesaram.pt>, Marta Dora <phdmarta@gmail.com>, "joseanaclcto@netmadeira.com" <joseanaclcto@netmadeira.com>, "analclopes@gmail.com" <analclopes@gmail.com>, Cisaltina Pinto <cisaltina@netmadeira.com>, "HelenaOrnelas (@gmail.com)" <helenapaulal@gmail.com>

Bom dia

Cara Ana Rafaela Mendes Rosa

Releve o atraso da minha resposta face a outras importantes prioridades.

Informo que a referida escala foi traduzida pela equipa da Comissão de Avaliação para a Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas de Idosos na RAM e todo o trabalho de campo com vista à sua validação foi efetuado com visitas domiciliárias a amostra significativa de utentes idosos, não tendo, no entanto, sido concluído o relatório final do trabalho de campo efetuado por motivos inerentes à situação pandémica e pelo facto de ter sido adiada a sua aplicação no terreno, face ao surgimento de outras prioridades. Estamos neste momento a retomar esse trabalho de processo de validação, somos de opinião que poderá utilizá-la e assim que tivermos a validação final faremos chegar-lhe essa informação.

Dou conhecimento deste mail a todos os elementos da referida Comissão

Atenciosamente

Ricardo Silva

Enfº Gestor Ricardo Silva

- Assessoria Técnica – Científica à Direção de Enfermagem na Gestão de Projectos
- Equipa de Coordenação do Projeto de Acreditação ACSA – Gabinete da Qualidade
- Coordenador da Biblioteca do Serviço de Formação e Investigação
- Coordenador da Comissão de Gestão de Risco Global
- Equipa de Coordenação da Comissão da Secretaria da Saúde de Avaliação e Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas em Idosas na RAM

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=00b4ad435&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1717315121882784605&simpl=msg-f%3A1717315121882784605&siml=msg-f%3A1717315121882784605> 1/2

Anexo VI - Consentimento informado



Consentimento informado

Condições Habitacionais e o Risco de Queda em Idosos: estudo de casos

Eu, abaixo-assino _____ (nome completo do indivíduo que participa no estudo), fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado objetiva determinar as condições habitacionais dos idosos, avaliar o risco de queda e identificar as alterações habitacionais necessárias para reduzir o risco de queda dos utentes que residem no domicílio e que recebem apoio da Associação AVISO, com sede na freguesia de Castelo Branco.

Tomei conhecimento e compreendi o que a Investigadora pretende com o presente estudo, sendo que está prevista a realização de um questionário.

A equipa de investigação garantiu-me que todos os dados que permitem a identificação dos participantes são confidenciais, pelo que a identificação do inquérito será realizada através de um código de letras. Os restantes dados serão apenas usados em contexto académico para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Fui, igualmente, informado de que posso interromper a minha participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer penalizações.

Compreendi toda a informação que me foi transmitida e esclareci todas as minhas dúvidas.

Deste modo, aceito participar de livre vontade no estudo supramencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Nome do Participante _____

Assinatura _____

Data _____

Anexo VII - Poster “Quedas em Casa: Como tornar a minha casa mais segura?”



Ana Rafaela Rosa^{1,2}, Eugénia Grilo^{1,2,3,4}

¹Instituto Superior de Saúde Dr. Luís Filipe – ICS, ²Instituto Superior de Educação de Castelo Branco – ICS, ³PHI, ⁴Investigação da Unidade de Investigação ICS/UBI, ⁵Colaboradora de NURSEN – Unidade de Investigação em Enfermagem de Saúde e Bem-estar

Quedas em casa: como tornar a minha casa mais segura?

A queda pode ser definida como um evento inesperado, no qual o indivíduo se desloca, sem intenção, do nível onde se encontra ou de um nível superior para um inferior (WHO, 2018).

- Fatores de risco:** biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos.
- História prévia de quedas;
 - Viver só e em locais isolados;
 - Medicação psicotrópica ou polimedicação;
 - Falta de vitamina D;
 - Portador de doenças crónicas;
 - Alterações na marcha e no equilíbrio;
 - Sedentarismo;
 - Alterações psicológicas, cognitivas e demenciais;
 - Distúrbios nutricionais;
 - Défices auditivos e visuais;
 - Doenças osteo-articulares;
 - Infecções graves;
- Os riscos habitacionais são modificáveis e permitem a prevenção de um grande número de quedas.

- Consequências:** 50% ferimentos ligeiros, 24% lesões mais graves, sendo as fraturas a lesão mais frequente (Jillcott et al., 2009).
- Fraturas: vertebrais, do fêmur, úmero, rádio e costelas;
 - Medo de voltar a cair, perda de autonomia, dor, depressão;
 - Hospitalizações;
 - Institucionalização;
 - Morte prematura;

O tratamento das quedas ronda os 216 milhões de euros.

Aspetos importantes que tornam a casa mais segura



<p>Mobiliário</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disposição adequada <input type="checkbox"/> Acessibilidade das divisões <input type="checkbox"/> Segura e estável 	<p>Piso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antiderrapante <input type="checkbox"/> Boas condições <input type="checkbox"/> Sem obstáculos 	<p>Cozinha e Despensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piso antiderrapante <input type="checkbox"/> Bancadas/armários acessíveis e organizados <input type="checkbox"/> Objetos corantes devidamente arrumados <input type="checkbox"/> Fogão em local estratégico e seguro <input type="checkbox"/> Organização adequada dos produtos
<p>Passagens</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desimpedidas <input type="checkbox"/> Livres de obstáculos <input type="checkbox"/> Sem cabos elétricos visíveis 	<p>Portas e Janelas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dimensão das portas <input type="checkbox"/> Puxadores acessíveis e fáceis de manusear <input type="checkbox"/> Janelas de correr 	<p>Casa de Banho</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barras de apoio (banheira, lavatório, sanita) <input type="checkbox"/> Banheira/ poltrona acessível (com assento) <input type="checkbox"/> Piso antiderrapante <input type="checkbox"/> Altura da sanita e do lavatório adequadas
<p>Escadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corrimão <input type="checkbox"/> Degraus antiderrapantes <input type="checkbox"/> Marcar o limite do degrau <input type="checkbox"/> Plataformas elevatórias 	<p>Tapetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adesivos ao chão <input type="checkbox"/> Adesivo nas extremidades 	<p>Quarto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Altura da cama <input type="checkbox"/> Mesa de cabeceira estável <input type="checkbox"/> Roupa de cama adequada
<p>Iluminação</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Potência adequada <input type="checkbox"/> Iluminação das zonas de perigo <input type="checkbox"/> Luz de presença (quarto e WC) <input type="checkbox"/> Interruptores acessíveis e visíveis 	<p>Calçado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adequado ao piso <input type="checkbox"/> Fechado (insular suporte ao pé) <input type="checkbox"/> Sem atacadores <input type="checkbox"/> Evitar os chinélos 	<p>Jardim</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piso antiderrapante <input type="checkbox"/> Iluminação adequada <input type="checkbox"/> Acessibilidade
		<p>Sala</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evitar tapetes de vidro <input type="checkbox"/> Eliminar obstáculos <input type="checkbox"/> Disposição das mobílias adequada
		<p>Animais de estimação</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cairar em segurança

© 2018, ICS/UBI. Todos os direitos reservados. Este documento é propriedade intelectual de ICS/UBI. É proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa dos autores. Para mais informações, contactar os autores. Este documento é propriedade intelectual de ICS/UBI. É proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa dos autores. Para mais informações, contactar os autores. Este documento é propriedade intelectual de ICS/UBI. É proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa dos autores. Para mais informações, contactar os autores.

