


Análise Interobservadores das práticas e comportamentos de segurança adotados pelos idosos institucionalizados para prevenir quedas

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7417-1732>

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe²

 <https://orcid.org/0000-0001-9035-8548>


Carla Madeira³

 <https://orcid.org/0000-0002-8911-3495>

Silvia Alves⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8525-2068>

Maria Adriana Henriques⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-0288-6653>

Objetivo: determinar as propriedades psicométricas da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da Escala de Práticas e Comportamentos dos Idosos Institucionalizados para Prevenir Quedas numa amostra de idosos com declínio cognitivo. **Método:** estudo metodológico, com abordagem quantitativa, para a avaliação das propriedades psicométricas da escala numa amostra de 102 idosos com declínio cognitivo, residentes em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos. A avaliação da consistência interna foi efetuada pelo α de Cronbach, a confiabilidade interobservadores, calculada pelo coeficiente de concordância *Kappa* de Cohen e a estabilidade temporal, pela correlação de Spearman. Todos os procedimentos éticos foram contemplados no estudo. **Resultados:** a dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da escala apresentou um $\alpha=0,895$ para os seus 11 itens. Na confiabilidade interobservador, 7 dos 11 itens obtiveram de boa a excelente concordância entre os juízes. Os valores do Índice *Kappa* evidenciam que o instrumento é válido e fidedigno. As práticas e os comportamentos de segurança são influenciados pelo tempo de institucionalização, idade superior a 85 anos e capacidade de marcha. **Conclusão:** os resultados indicam uma boa reprodutibilidade, o instrumento é válido e fidedigno, permitindo a utilização do instrumento na clínica em idosos com declínio cognitivo e na investigação.

Descritores: Enfermagem Geriátrica; Estudos de Validação; Psicometria; Acidentes por Quedas; Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Fundamentos de Enfermagem, Lisboa, Lx, Portugal.

² Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria, Lr, Portugal.





³ Hospital de Vila Franca de Xira, Medicina, Vila Franca de Xira, VFX, Portugal.

⁴ Hospital de Vila Franca de Xira, Unidade de Cuidados Intensivos, Vila Franca de Xira, VFX, Portugal.

⁵ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem Comunitária, Lisboa, LX, Portugal.

Como citar este artigo

Baixinho CRSL, Dixe MACR, Madeira C, Silvia A, Henriques MA. Interobserver analysis of safety practices and behaviors adopted by elderly people to prevent falls. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3268.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3209.3268>.

mês dia ano

URL

Introdução

A queda como principal acidente na população idosa é considerada um problema de saúde pública grave pelas consequências na funcionalidade, dependência e perda de qualidade de vida⁽¹⁾, constitui-se uma das principais causas de morte, de incapacidade e de custos para a saúde, representando 85% dos traumatismos na pessoa idosa⁽²⁾.

Esse problema é de difícil controle pela natureza multifatorial em sua gênese, o que condiciona a prevenção. Não obstante essa dificuldade, os investigadores salientam que a maioria dos fatores de risco pode ser modificável com a introdução de intervenções singulares e múltiplas dirigidas a um ou mais fatores de risco⁽¹⁻⁶⁾.

Uma ilustração do supracitado são as modificações ambientais na casa do idoso. É sabido que quase todas as casas apresentam risco de queda para os idosos, pela presença de tapetes e obstáculos que diminuem a acessibilidade e a mobilidade 'dentro de portas', iluminação deficiente, entre outros⁽³⁾. Os riscos ambientais podem ser minimizados ou eliminados por mudanças comportamentais na população idosa aliadas a alterações no ambiente, com impacto positivo na diminuição do risco e da prevalência de quedas na casa do idoso⁽⁴⁻⁵⁾.

Reportando-se às dificuldades na prevenção, alguns autores têm sido críticos sobre o papel da investigação ao verificarem que, na produção de evidência, o modelo biomédico tem dominado o campo da pesquisa sobre as quedas com o paradigma positivista de investigação⁽⁶⁻⁷⁾.

Essa abordagem permitiu ganhos, todavia os investigadores ressaltam que esta não cobre a complexidade dos eventos de quedas, da sua comunicação e do conhecimento sobre as práticas e os comportamentos dos idosos no nível da comunicação sobre a queda, das práticas de autocuidado seguras e de outros fatores comportamentais que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de queda⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse sentido, explorar outras dimensões do fenômeno e novas intervenções é necessário⁽⁶⁾. Esta não é a única questão para os idosos residentes na comunidade, os que estão institucionalizados, mais vulneráveis, menos independentes e mais frequentemente afetados por doenças crônicas^(1,6). A maioria dos idosos institucionalizados tem duas ou mais comorbidades, sendo os diagnósticos mais comuns a hipertensão arterial (55,8%), a síndrome demencial (18,3%), a diabetes *mellitus* (16,3%) e o *Alzheimer* (14,4%)⁽¹⁾. Acrescente-se a esse fator de risco a polimedicação, com 52% dos residentes consumindo oito ou mais medicamentos diferentes⁽¹⁾.

Os idosos institucionalizados têm de lidar ainda com a mudança de ambiente, a presença dos funcionários e dos

outros idosos, o que constitui fator de risco específico das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)⁽¹⁾.

Acrescente-se ao exposto que os idosos mais dependentes, institucionalizados, têm piores práticas e comportamentos de prevenção⁽⁶⁾, principalmente no nível do autocuidado. Os idosos com incapacidade funcional em até cinco atividades de vida diária – de uma a cinco – apresentaram uma probabilidade 46% maior de cair, os com incapacidade funcional em todas as atividades da vida diária apresentaram uma menor probabilidade de queda (Razão de Prevalência = 0,57; Intervalo de Confiança 95%: 0,34 – 0,96)⁽⁸⁾, e o risco de queda aumenta, progressivamente, com o aumento do grau de dependência, com exceção dos idosos totalmente dependentes⁽⁹⁾.

Convém salientar que as alterações e os déficits cognitivos levam ao declínio funcional, com diminuição e/ou perdas de habilidades, interferindo, de forma significativa, nas práticas e comportamentos, o que, direta ou indiretamente, aumenta o risco de queda.

Desvelar as práticas e comportamentos das pessoas com declínio cognitivo é um contributo para uma discussão mais abrangente sobre outras dimensões do risco de queda, que não o bio-fisiológico, e pode trazer elementos novos para a discussão das medidas preventivas de quedas desses idosos. Na revisão da literatura, não encontramos instrumentos validados para o estudo das práticas e comportamentos dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, para prevenir quedas.

Em face do supracitado, o principal objetivo deste estudo foi determinar as propriedades psicométricas da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da Escala de Práticas e Comportamentos dos Idosos Institucionalizados para Prevenir Quedas numa amostra de idosos com declínio cognitivo.

Método

Estudo metodológico, com abordagem quantitativa para a avaliação das propriedades psicométricas da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da Escala de Práticas e Comportamentos dos Idosos Institucionalizados para Prevenir Quedas (EPCIPQ) numa amostra de idosos com declínio cognitivo.

A EPCIPQ é uma escala multidimensional que possui duas dimensões: a primeira diz respeito às práticas e aos comportamentos de comunicação bilateral entre o idoso e os diferentes profissionais da ILPI; a segunda está relacionada às práticas e aos comportamentos de segurança adotados pelo idoso. Essa última dimensão é constituída por 2 fatores, o referente às práticas e aos comportamentos seguros no autocuidado (os primeiros sete itens) e o outro às práticas e comportamentos da

acessibilidade do espaço físico (os quatro últimos itens). Cada um dos itens pontua entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Essa escala foi construída por investigadores portugueses e validada numa amostra de idosos sem declínio cognitivo residentes em seis ILPIs portuguesas⁽¹⁰⁾.

No estudo de validação da escala original, por preenchimento efetuado pelo próprio idoso⁽¹⁰⁾, ambas as dimensões revelaram uma boa consistência interna: os 6 itens da subescala comunicação obtiveram um $\alpha=0,881$ e a dimensão práticas e comportamentos de segurança adotados, um $\alpha=0,817$, para os 11 itens⁽¹⁰⁾.

A dimensão práticas e comportamentos de comunicação da EAPCIP pontua com valores que oscilam entre 6 e 30 pontos, e a práticas e comportamentos de segurança adotados pelo idoso, entre 11 e 55 pontos⁽¹⁰⁾.

As propriedades psicométricas da escala revelam que esta é confiável e que mensura adequadamente as variáveis em estudo⁽¹⁰⁾ para a amostra de idosos conscientes e orientados em que foi validada, tendo as características psicométricas sido determinadas por cada dimensão da escala⁽¹⁰⁾ para permitir a sua utilização em separado, de acordo com as necessidades de avaliação.

A importância de avaliar práticas e comportamentos de segurança em populações com declínio cognitivo justifica a validação dessa dimensão por observação.

Para este estudo, foi alterado o número de opções de resposta de 5 para 3 (nunca, às vezes, sempre), a fim de tornar mais fácil a sua aplicação pelo método de observação, dadas as características da população alvo.

A população deste estudo ficou constituída por 204 idosos de duas ILPIs que autorizaram a realização do mesmo. A amostra final foi de 102 idosos que respeitavam os critérios de inclusão pré-definidos: idade igual ou superior a 65 anos, estarem institucionalizados e terem declínio cognitivo avaliado pela aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE), versão portuguesa⁽¹¹⁾: ≤ 15 pontos para doentes analfabetos, ≤ 22 para doentes com escolaridade até 11 anos e ≤ 27 para doentes com escolaridade superior a 11 anos⁽¹¹⁾.

Foram excluídos os idosos totalmente dependentes para a realização das atividades de vida diária e os que sofreram queda durante o período do estudo pela influência do medo de cair nas práticas e comportamentos dos idosos. O grau de dependência foi avaliado pelo *Índice de Barthel*, validado para a população portuguesa⁽¹²⁾. Os idosos com capacidade para caminhar foram avaliados quanto à utilização ou não de um auxiliar de marcha.

A coleta de dados decorreu entre março e novembro de 2017 e foi realizada por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois de cada instituição. Num primeiro momento, foi oferecida formação aos profissionais sobre estrutura da escala,

variáveis e modo de aplicação por observação. Num segundo momento, realizou-se um pré-teste com a aplicação da escala a sete idosos com declínio cognitivo os quais não foram incluídos na amostra final, com a finalidade de treinar os profissionais e avaliar dificuldades na observação e no preenchimento do instrumento.

Posteriormente, a escala foi aplicada pelos profissionais - observadores independentes - com uma semana de intervalo entre a avaliação de cada observador. Assim, para a análise da confiabilidade interobservador, cada idoso foi observado por dois profissionais na execução das atividades de vida diária, durante uma semana, em momentos diferentes. A ocorrência de queda foi monitorizada e registada no processo clínico.

A consistência interna da escala foi avaliada por meio do coeficiente *Alpha* de *Cronbach*, que é indicado para escalas com um número de respostas superior a 2 e do tipo *Likert*, e que avalia se a variância total dos resultados do teste está associada ao somatório da variância de item a item⁽¹³⁾.

A confiabilidade interavaliadores foi determinada pelo coeficiente *Kappa*⁽¹⁴⁾ e a estabilidade temporal, pela correlação de Pearson. A interpretação da magnitude dos estimadores de concordância *Kappa* é convencionalmente: $\geq 0,75$ (excelente); $0,40$ a $0,75$ (suficiente a boa); e $< 0,40$ (fraca)⁽¹⁴⁾.

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

Este estudo foi realizado no âmbito do projeto Gestão do Risco de Queda em Equipamentos para Idosos, aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa. Para a realização deste trabalho de investigação, foram respeitados os princípios éticos do protocolo de Helsínquia⁽¹⁵⁾, concretamente, informados o consentimento, a privacidade e a confidencialidade⁽¹⁵⁾.

Resultados

A amostra ficou constituída por 102 idosos com declínio cognitivo (MMSE ≤ 15 pontos para idosos analfabetos, ≤ 22 para doentes com escolaridade até 11 anos e ≤ 27 para doentes com escolaridade superior a 11 anos)⁽¹¹⁾, de ambos os sexos, 73,5% mulheres e 26,5% homens, institucionalizados, em média, há $43,29 \pm 41,64$ meses, sendo que 69,6% têm idade igual ou superior a 85 anos (Tabela 1).

Apesar de não ser objetivo do estudo identificar a prevalência de quedas, a monitorização desse indicador permitiu observar a elevada prevalência de quedas nas duas ILPIs, com 40,2% dos idosos sofrendo, pelo menos, uma queda e 73,4% caindo duas ou mais vezes no último ano.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos de duas ILPIs quanto à idade, sexo, ocorrência de queda, grau de dependência e utilização de auxiliar de marcha. Lisboa, Lx, Portugal, 2018

Caracterização da Amostra	
Idade (anos)	Porcentagem
≥ 65 < 75	2,9%
≥ 75 < 85	27,5%
≥ 85	69,6%
Sexo	
F	73,5%
M	26,5%
Queda no ano anterior	
Sim	40,2%
Não	59,8%
Queda recorrente	
Sim	73,4%
Não	26,6%
Lesão resultante de queda	
Sim	51,3%
Não	48,7%
Grau de dependência	
Independente	18,8%
Leve	26,6%
Moderada	49,2%
Grave	5,4%
Marcha	
Sem auxiliar de marcha	8,9%
Com auxiliar de marcha	90,1%
Bengala	4,0%
Muleta	10,9%
Andador	10,9%
Cadeira de roda (independente)	1,0%
Cadeira de roda (com ajuda)	61,4%

Na Tabela 2, apresentam-se os valores do Coeficiente de Concordância *Kappa* (K) para cada um dos itens da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da EPCIPQ. Não foi possível determinar o K dos itens 7 e 8 por apresentarem valores constantes, ou seja, ambos os observadores responderam na mesma opção. Nos itens restantes, a estatística *Kappa* variou entre 0,369 e 0,922. Os indicadores “Opta por colocar sapatos com sola antiderrapante”, “Organiza o espaço do seu quarto de modo a facilitar o deslocamento no mesmo”, “Remove obstáculos que dificultem a marcha no quarto”, “Certifica que os pés estão bem apoiados no chão, antes de se colocar de pé” e “Verifica se o piso do banheiro não está escorregadio/molhado antes de utilizar” demonstram excelente grau de concordância, estatisticamente significativa para $p < 0,001$.

A dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da EPCIPQ revela muito boa consistência interna, com um *Alfa de Cronbach* total de 0,895 para os 11 itens, não só tendo presente a avaliação do Observador 1 ($\alpha = 0,843$) como a do observador 2 ($\alpha = 0,854$).

Tendo por base os valores do *Kappa* assim como a distância de uma semana de uma avaliação para a outra, optamos por calcular a estabilidade temporal por meio da correlação de *Pearson*. Pelo seu valor ($r=0,936$; $p<0,001$), podemos afirmar que há uma correlação muito forte, positiva e muito significativa entre as duas avaliações.

No que concerne à avaliação das práticas e dos comportamentos dos idosos com declínio cognitivo e de acordo com os dados recolhidos por observação, e como os valores de cada um dos itens oscila entre 1 e 3, verificamos que os idosos institucionalizados que apresentam déficit cognitivo apresentam boas práticas de prevenção de quedas (Tabela 3).

Tabela 2 - Determinação da concordância interavaliadores (Coeficiente de Concordância *Kappa*). Lisboa, Lx, Portugal, 2018

Dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança			
Indicador	K*	p†	Concordância
1. Procura ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas.	,789	< 0,001	Excelente
2. Seleciona os sapatos adequados para o seu pé.	,369	< 0,001	Fraca
3. Opta por colocar sapatos fechados.	,712	< 0,001	Boa
4. Opta por colocar sapatos com sola antiderrapante.	,922	< 0,001	Excelente
5. Organiza o espaço do seu quarto de modo a facilitar o deslocamento no mesmo.	,882	< 0,001	Excelente
6. Remove obstáculos que dificultem a marcha no quarto.	,826	< 0,001	Excelente
7. Mantém as rodas da cama travadas.	,000‡		
8. Quando se levanta da cama, primeiro senta-se com os pés apoiados no chão e, só depois, coloca-se de pé.	,000‡		
9. Certifica que os pés estão bem apoiados no chão, antes de se colocar de pé.	,841	< 0,001	Excelente
10. Verifica se o piso do banheiro não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	,853	< 0,001	Excelente
11. Antes dos cuidados de higiene, assegura-se de que o pavimento não está escorregadio.	,370	< 0,001	Fraca

*K = Coeficiente de Concordância *Kappa*; †P = Valor da probabilidade de significância; ‡,000 = Nenhuma estatística foi calculada porque os valores são constantes.

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto a práticas e comportamentos para prevenir quedas. Lisboa, Lx, Portugal, 2018

Indicador	Média	Mediana	DP*
Total das práticas e dos comportamentos	31,5	33,00	2,34
1. Procura ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas.	2,83	3,00	,375
2. Seleciona os sapatos adequados para o seu pé.	2,90	3,00	,299
3. Opta por colocar sapatos fechados.	2,95	3,00	,217
4. Opta por colocar sapatos com sola antiderrapante.	2,59	3,00	,569
5. Organiza o espaço do seu quarto de modo a facilitar o deslocamento no mesmo.	2,59	3,00	,569
6. Remove obstáculos que dificultem a marcha no quarto.	2,91	3,00	,285
7. Mantém as rodas da cama travadas.	3,00	3,00	,000

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Indicador	Média	Mediana	DP*
8. Quando se levanta da cama, primeiro senta-se com os pés apoiados no chão e, só depois, coloca-se de pé.	3,00	3,00	,000
9. Certifica que os pés estão bem apoiados no chão, antes de se colocar de pé.	2,89	3,00	,312
10. Verifica se o piso do banheiro não está escorregadio.	2,83	3,00	,375
11. Antes dos cuidados de higiene, assegura-se de que o pavimento não está escorregadio.	2,95	3,00	,217

*DP = Desvio Padrão

A totalidade da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança ($t=,842$; $p>0,05$) assim como os 11 itens que a compõem não estão relacionados com o sexo, mas a totalidade das práticas está relacionada com o tempo de institucionalização ($,355$; $p<0,001$). Ao analisarmos cada um dos indicadores em relação ao tempo de institucionalização, verificamos que as diferenças são nos itens 4 ($rs=0,220$; $p<0,01$), 5 ($rs=0,205$; $p<0,01$) e 10 ($rs=0,164$; $p<0,05$). Os residentes sem alterações da marcha apresentam melhores práticas ($32,5\pm 31,2$) quando comparados com os que apresentam alterações ($29,00\pm 2,3$), tendo a diferença significado estatístico ($t= 10,053$; $p<0,001$).

Os idosos com 85 anos ou mais apresentam melhores práticas ($31,7\pm 2,0$) quando comparados com os que têm menos do que 85 anos ($30,7\pm 2,9$), tendo essas diferenças significado estatístico ($t= -2,143$; $p<0,05$).

Testou-se a possibilidade de a prevalência de quedas estar relacionada com a idade, todavia, as diferenças não apresentam significado estatístico ($\chi^2=,056$; $p>0,05$).

A associação da ocorrência de queda, no último ano, nos idosos com declínio cognitivo com as suas práticas permite verificar que os residentes que caíram no último ano ($31,7\pm 2,3$) não apresentam, nas suas práticas, diferenças com significado estatístico ($t= 1,811$; $p>0,05$) quando comparados com os que não caíram ($31,07\pm 2,3$).

Discussão

A queda, o risco e o medo de queda são focos de atenção para a prática clínica do enfermeiro, ligada a transições do processo saúde/doença do idoso e institucionalização. Esse fenômeno é uma das razões dadas pelos familiares para a procura de uma instituição, sua repetição e consequências podem levar à institucionalização e vão continuar a afetar os residentes que permanecem independentes, uma vez que estão vivendo numa residência para idosos⁽¹⁶⁾.

O aumento da média de vida vem sendo acompanhado de um maior número de quedas com

lesões que interferem na qualidade de vida do idoso institucionalizado, por este motivo, alguns autores consideram que a prevalência de quedas deva ser um fator de avaliação da qualidade das ILPIs⁽¹⁷⁾.

Acrescenta-se a esta realidade o facto de, após um primeiro episódio, os idosos, por medo de nova queda, impõem-se ou são-lhes impostas restrições à atividade^(1,18), o que promove a dependência.

Nesse contexto e pela necessidade e inexistência de um instrumento que avaliasse as práticas e comportamentos dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, para prevenir as quedas, testamos as propriedades psicométricas da EPCIPQ numa amostra de 102 idosos com declínio cognitivo, recorrendo a 4 observadores.

A análise da fidelidade revela que os 11 itens da dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança da EPCIPQ apresentam muito bom índice de confiabilidade, exibindo uma consistência interna. Esses resultados traduzem a capacidade da escala de mensurar as práticas e os comportamentos dos idosos com declínio cognitivo, para prevenirem a queda.

Em razão de se salientar que a versão inicial do instrumento apresenta uma dimensão para as práticas de comunicação, que é um elemento central de qualquer programa de prevenção de quedas, alguns autores advogam que melhorar a comunicação entre residentes e profissionais sobre as medidas preventivas e promoção da saúde pode assegurar que as intervenções apropriadas e específicas sejam desenvolvidas para diminuir a incidência de quedas^(6,19), que é especialmente elevada nas pessoas com alterações cognitivas e aumenta o consumo de recursos de saúde⁽⁹⁾. Todavia, as alterações de comunicação induzidas pelo declínio cognitivo, com períodos de confusão, alterações na linguagem verbal e não-verbal, alterações de processamento, entre outros, não permitem mensurar essa dimensão na população com déficit cognitivo.

Uma pesquisa que utilizou a EPCIPQ em idosos institucionalizados, mas sem declínio cognitivo, conclui que há uma desvalorização da comunicação sobre as quedas nas ILPIs, o que pode reforçar uma desvalorização da frequência com que os fatores de risco contribuem para a queda e a aceitação de que esta é natural na terceira idade⁽⁶⁾.

As mesmas investigadoras referem que a pior relação entre valor total possível e valor obtido foi a dimensão das práticas e dos comportamentos da comunicação sobre os fatores de risco entre os idosos e os profissionais da instituição em que, num total possível de 30, obteve-se uma média de $7,52\pm 3,24$ ⁽⁶⁾. Estudos futuros devem caracterizar como é efetuada a comunicação dos fatores de risco e das medidas preventivas e a comunicação dos episódios de queda das pessoas com declínio cognitivo,

essencialmente entre os diferentes profissionais e os idosos sem declínio que testemunham as quedas dos residentes com alterações cognitivas.

A dimensão das práticas e dos comportamentos de segurança do idoso (PCS) é constituída por 2 fatores, o primeiro para práticas e comportamentos seguros no autocuidado (itens de 1 a 7) e o segundo para práticas e comportamentos de acessibilidade do espaço físico (itens de 8 a 11) e apresentam igualmente uma ligeira diferença no valor do *alfa de Cronbach*, que, no nosso estudo, é de $\alpha=0,895$ e, no da validação da escala original, foi de $\alpha=0,814$.

Esse valor é indicador de uma boa consistência interna. Estudos futuros devem explorar se o facto de o idoso com declínio cognitivo apresentar simultaneamente declínio físico e alterações de marcha que impliquem no uso de auxiliar de marcha, aumenta as práticas de segurança no autocuidado e promove um maior cuidado na organização do espaço físico para melhorar a acessibilidade ao mesmo.

Os resultados de outras investigações apontam que as práticas e os comportamentos que ocorrem, em média, com maior frequência são os relacionados com o autocuidado, nomeadamente a escolha de sapatos com sola antiderrapante ($4,06 \pm 1,11$) e fechados ($3,45 \pm 1,35$) e o levantar da cama em que, na "maioria das vezes", o idoso certifica-se de que os pés estão bem apoiados no chão, antes de se levantar ($3,97 \pm 1,27$)⁽⁶⁾.

Em relação à avaliação do índice de concordância entre observadores, constatamos que 7 dos 11 itens obtêm uma concordância boa a excelente. Com base nesses resultados, entende-se que esses itens apresentam uma boa concordância entre os juizes e boa reprodutibilidade quanto à avaliação das práticas e dos comportamentos por hetero-observação.

Os itens 2 e 11 têm uma baixa confiabilidade interavaliadores. A dificuldade na obtenção de consenso pode prender-se à natureza da própria atividade em si, ou seja, os avaliadores podem ter aceitações diferentes sobre a capacidade que um idoso com declínio cognitivo tem de selecionar os sapatos adequados ou de se assegurar de que o pavimento não está escorregadio.

Pela importância que estas variáveis assumem na prevenção e no mecanismo de queda devem ser exploradas em investigações futuras.

Por apresentarem valores constantes, não foi possível a determinação do valor K dos itens 7 e 8.

Há possibilidade de os resultados terem sido afetados por erros aleatórios ou por viés de medição. Um dos fatores que podem ter influenciado é o próprio (pre)conceito do profissional associado ao declínio cognitivo e às capacidades da pessoa nessa situação.

Os investigadores que utilizem este instrumento em investigações futuras devem trabalhar esse aspecto com

os observadores. Os avaliadores devem estar capacitados quanto ao construto, descritores, índice de conformidade ideal, critérios de avaliação, assim como quanto à padronização do procedimento avaliativo⁽²⁰⁾, bem como quanto ao fato de que as diferenças e as percepções individuais podem enviesar a avaliação objetiva.

Apesar dessas dificuldades, os resultados encontrados apontam para a fidedignidade dos indicadores e do instrumento de medida, indicando objetividade na mensuração. Cabe ressaltar que confiabilidade e concordância não são propriedades fixas dos instrumentos de medida, mas sim, o produto da interação entre o instrumento/ferramenta, os sujeitos/objetos e o contexto da avaliação⁽²⁰⁻²¹⁾.

A análise estatística permite constatar que as práticas e os comportamentos dos idosos com declínio são bons, dado que, no total, a amostra pontua 31,45, de 33 pontos possíveis. Os indicadores com média superior são o "manter as rodas da cama travadas" e o "quando se levanta da cama, primeiro senta-se com os pés apoiados no chão e, só depois, coloca-se em pé". Essa prática pode ter influência na prevenção da queda, já que 25,7% das quedas, em ILPI, ocorrem ao levantar-se da cama e 37,1% durante a marcha⁽¹⁾.

Os resultados desta investigação observam diferença nas práticas dos idosos consoante à capacidade de marcha, os sem alterações apresentam melhores práticas ($32,5 \pm 31,2$) quando comparados aos que apresentam alterações de marcha ($29,00 \pm 2,3$), este pode ser um fator potenciador do risco de queda, porque associa a um risco maior (alterações no andar) práticas inseguras no autocuidado e na acessibilidade do espaço físico, ambos riscos importantes na gênese do mecanismo de queda^(1,3-5).

Não há associação entre a ocorrência de queda no último ano e as práticas e comportamentos dos idosos com declínio. Os instrumentos utilizados para avaliar o medo de cair não estão validados para a população com declínio cognitivo, mas essa alteração vai condicionar a percepção da ocorrência de queda e do medo.

A problemática em estudo é complexa e levanta questões sobre a sistematização e a organização dos cuidados de enfermagem, é emergente que as equipes sejam não só qualificadas⁽²²⁾, mas também que se introduzam programas estruturados para intervenção que incluam a formação, a liderança, o suporte mútuo, a monitorização e a comunicação⁽²³⁾.

Os programas educativos voltados para profissionais representam um método custo/efetivo positivo para a melhoria das estratégias na prevenção de quedas⁽²⁴⁾. A intervenção na equipe deve prever não só a abordagem para controle dos fatores de risco biofisiológico e ambiental, mas também as práticas e os comportamentos, especialmente em relação aos idosos que têm declínio cognitivo, para que os profissionais

estejam atentos a elas e auxiliem os idosos com maior fragilidade a manterem-se em segurança.

As limitações do estudo prendem-se à amostra e à variável latente a mensurar. Avaliar as práticas e os comportamentos dos idosos com declínio cognitivo é um processo complexo que implica treino, experiência, tempo e, não sendo habitual fazê-lo de forma sistemática, em ILPI, os observadores podem ter sido influenciados pela sua autopercepção do comportamento das pessoas com declínio cognitivo.

A inexistência de estudos sobre o fenómeno (práticas e comportamentos na gestão do risco de queda) e a população em estudo dificultaram a discussão dos dados.

Conclusão

Pelas características psicométricas e pela associação dos itens a medidas preventivas que ajudem a controlar os principais riscos de queda, esta escala é uma mais valia para a avaliação das práticas e dos comportamentos dos idosos na prevenção de quedas.

Na análise da consistência interna, a escala apresenta $\alpha=0,895$ para os seus 11 itens, o que traduz a capacidade de avaliar a variável latente.

No que respeita à concordância e confiabilidade dos indicadores obtidos pelo Índice *Kappa de Cohen*, os resultados indicam uma boa reprodutibilidade, o que evidencia que o instrumento é válido e fidedigno para mensurar as práticas e os comportamentos dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, para a prevenção de quedas.

Foi possível verificar que as práticas e os comportamentos dos idosos com declínio cognitivo, na gestão do risco de queda, não estão associados ao sexo nem à ocorrência de queda anterior, mas são influenciados pelo tempo de institucionalização, idade superior a 85 anos e capacidade de marcha.

A determinação das suas propriedades psicométricas permite que a EPCIPQ, aplicada a idosos com declínio cognitivo residentes em ILPI, seja usada com relevância estatística na investigação e na clínica de enfermagem.

Investigações futuras devem associar a comunicação, as práticas e os comportamentos de segurança no autocuidado e as práticas e os comportamentos da acessibilidade do espaço físico ao risco de queda, à prevalência, ao mecanismo e ao medo de cair.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais e idosos institucionalizados que participaram deste estudo.

Referências

1. Baixinho CL, Dixe MA. Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and

associated risk factors. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2015 Oct/Dec [cited Jun 23, 2018];17(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.xxxx>.

2. Matchar DB, Duncan PW, Lien CT, Ong MEH, Lee M., Gao F, et al. Randomized Controlled Trial of Screening, Risk Modification, and Physical Therapy to Prevent Falls Among the Elderly Recently Discharged From the Emergency Department to the Community: The Steps to Avoid Falls in the Elderly Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 Jun; 98(6):1086-96. doi: 10.1016/j.apmr.2017.01.014. Epub 2017 Feb 12.

3. Chacko TV, Prabha T, Gm M. How Fall-Safe Is the Housing for the Elderly in Rural Areas? : A Cross Sectional Study Using Fall Prevention Screening Checklist. *Jiag*. [Internet]. 2017 Sep [cited Jun 23, 2018];13(3):124-30. Available from: http://www.jiag.org/jiagpdf/6_How%20Fall%20Safe

4. Maggi P, de Almeida Mello J, Delve S, Cés S, Macq J, Gosset C, et al. Fall Determinants and Home Modifications by Occupational Therapists to Prevent Falls. *Can J Occup Ther*. 2018 Feb; 85(1):79-87. doi: 10.1177/0008417417714284.

5. Luk JK, Chan TY, Chan DK. Falls Prevention in the Elderly: Translating Evidence into Practice. *Hong Kong Med J*. 2015 Apr; 21(2):165-71. doi: 10.12809/hkmj144469. Epub 2015 Feb 27.

6. Baixinho CL, Dixe MA. What are the practices and behaviors of institutionalized seniors to prevent falls?. *Index Enferm*. [Internet]. 2017 [cited Jul 24, 2018]; 26(4):255-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004&lng=es

7. Hanson H, Salmoni AW, Doyle PC. Broadening our understanding: Approaching falls as a stigmatizing topic for older adults. *Disabil Health J*. 2009 Jan; 2(1):36-44. doi: 10.1016/j.dhjo.2008.11.001.

8. Del Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Falls and fractures among older adults living in long-term care. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2013 Mar [cited Jul 12, 2018];16(1):68-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100007>.

9. Davis JC, Dian L, Khan KM, Bryan S, Marra CA, Hsu CL, et al. Cognitive status is a determinant of health resource utilization among individuals with a history of falls: a 12-month prospective cohort study. *Osteoporos Int*. 2016 Mar; 27(3):943-51. doi: 10.1007/s00198-015-3350-4. Epub 2015 Oct 8.

10. Baixinho CL, Dixe MA. Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*. [Internet]. 2016 [cited Jul 14, 2018];4(3):139-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.13189/ujph.2016.040303>

11. Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Rev Port Neurol*. [Internet]. 1994 [cited Jul 17, 2018];1:

- 9-10. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1-db1215f3d4c5>
12. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública*. [Internet]. 2007 Apr [Acesso 12 jul 2018];25(2):59-66. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
13. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol*. [Internet]. 2006 [Acesso 27 jun 2018];4(1):65-90. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>
14. Miot HA. Agreement analysis in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras*. [Internet]. 2016 Apr/Jun [cited Jul 14, 2018];15(2):89-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.004216>
15. World Medical Association (WMA). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. [Internet]. 2013 Oct [cited Jun 17, 2018];310(20):2191-4. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
16. Álvarez Barbosa F, Del Pozo-Cruz B, Del Pozo-Cruz J, Alfonso-Rosa RM, Sañudo Corrales B, Rogers ME. Factors Associated with the Risk of Falls of Nursing Home Residents Aged 80 or Older. *Rehabil Nurs*. 2016 Jan-Feb;41(1):16-25. doi: 10.1002/rnj.229. Epub 2015 Sep 24.
17. Sharifi F, Fakhrzadeh H, Memari A, Najafi B, Nazari N, Khoei MA, et al. Predicting risk of the fall among aged adult residents of a nursing home. *Arch Gerontol Geriatr*. [Internet]. 2015 Sep/Oct [cited Jun 14, 2018];61(2):124-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.014>. Epub 2015 Jun 22.
18. Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Severino S, Sousa L, Caldeira S. Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international in Elderly: Systematic literature review. *JCGG*. [Internet]. 2016 Sep [cited Jun 2, 2018];7(3):72-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.12.002>
19. Duffy A. The assessment and management of falls in residential care settings. *Br J Nurs*. [Internet]. 2013 Mar [cited Jun 1, 2018];22(5):259-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.259>
20. Vituri DW, Évora YDM. Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 Mar/Apr [cited jul 2, 2018];22(2):234-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3262.2407>
21. Kottner J, Audigé L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol*. 2011 Jan;64(1):96-106. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.03.002. Epub 2010 Jun 17.
22. Reis KMC, Jesus CAC. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Nov-Dec [cited Nov 20, 2019]; 23(6): 1130-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0285.2658>
23. Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA. Preventing falls in hospitalized elderly: design and validation of a team intervention. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2019 Jul [cited Nov 20, 2019]; 53:e3479. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>
24. Alves VC, Freitas Weslen CJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo Ci, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 Dec [cited Nov 20, 2019]; 25: e2986. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>

Recebido: 23.11.2018

Aceito: 07.02.2020

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Cristina Lavareda Baixinho

E-mail: crbaixinho@esel.pt

 <https://orcid.org/0000-0001-7417-1732>