

MANUAL EDUCATIVO

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Instrumento de apoio
à prática fisioterapêutica
no atendimento domiciliar.

Ariane Costa da Silva Rolim
Seni Gabriela dos Santos Sousa
Jordano Leite Cavalcante de Macêdo

DIRECIONADO A IDOSOS COM 65 ANOS OU MAIS



Apresentação

Este manual foi desenvolvido para apoiar fisioterapeutas que atendem idosos com 65 anos ou mais em seus domicílios.

O objetivo é oferecer, em formato prático e de consulta rápida, as principais informações sobre os **riscos de queda no ambiente residencial**, os instrumentos de avaliação mais utilizados e as intervenções com maior evidência científica disponível.

As quedas constituem um dos principais problemas de saúde pública entre idosos no Brasil: aproximadamente **30% das pessoas com 65 anos ou mais** sofrem ao menos uma queda por ano, e a maioria desses eventos ocorre dentro da própria casa (Filho et al., 2019). A atuação preventiva do fisioterapeuta no domicílio tem papel central na identificação de riscos, na prescrição de exercícios e na orientação de adaptações ambientais que reduzem a probabilidade de quedas.

COMO USAR ESTE MANUAL

O manual está organizado em **seis módulos**. Cada um pode ser consultado de forma independente durante a visita domiciliar. Ao final de cada módulo, um quadro-síntese reúne os pontos essenciais para consulta rápida.

30%

dos idosos com 65 anos ou mais sofrem ao menos uma queda por ano no Brasil.

60–70%

das quedas ocorrem dentro do próprio domicílio.

Sumário

Seis módulos para consulta independente durante a visita domiciliar.

01	Envelhecimento e quedas no Brasil	04
	Definição, epidemiologia e o ciclo negativo do medo de cair.	
02	Fatores de risco intrínsecos	06
	Força muscular, comorbidades, polifarmácia e déficits sensoriais.	
03	Fatores de risco extrínsecos: o domicílio	09
	Riscos por cômodo, calçado, vestuário e iluminação.	
04	Avaliação funcional e de risco	13
	TUG, Escala de Berg e POMA / Tinetti aplicados no domicílio.	
05	Intervenções fisioterapêuticas domiciliares	17
	Fortalecimento de MMII, equilíbrio e treino de marcha.	
06	Adaptações ambientais por cômodo	22
	Banheiro, quarto, cozinha, escada e circulação geral.	
07	Perguntas frequentes · Referências	27
	Cinco dúvidas comuns na prática e bibliografia consultada.	

1 MÓDULO UM

Envelhecimento e quedas no Brasil

Compreender por que as quedas acontecem é o primeiro passo para preveni-las. Este módulo apresenta a definição clínica de queda, os dados epidemiológicos brasileiros mais recentes e o **ciclo negativo do medo de cair** — fenômeno frequentemente subestimado, mas central na atuação preventiva do fisioterapeuta.

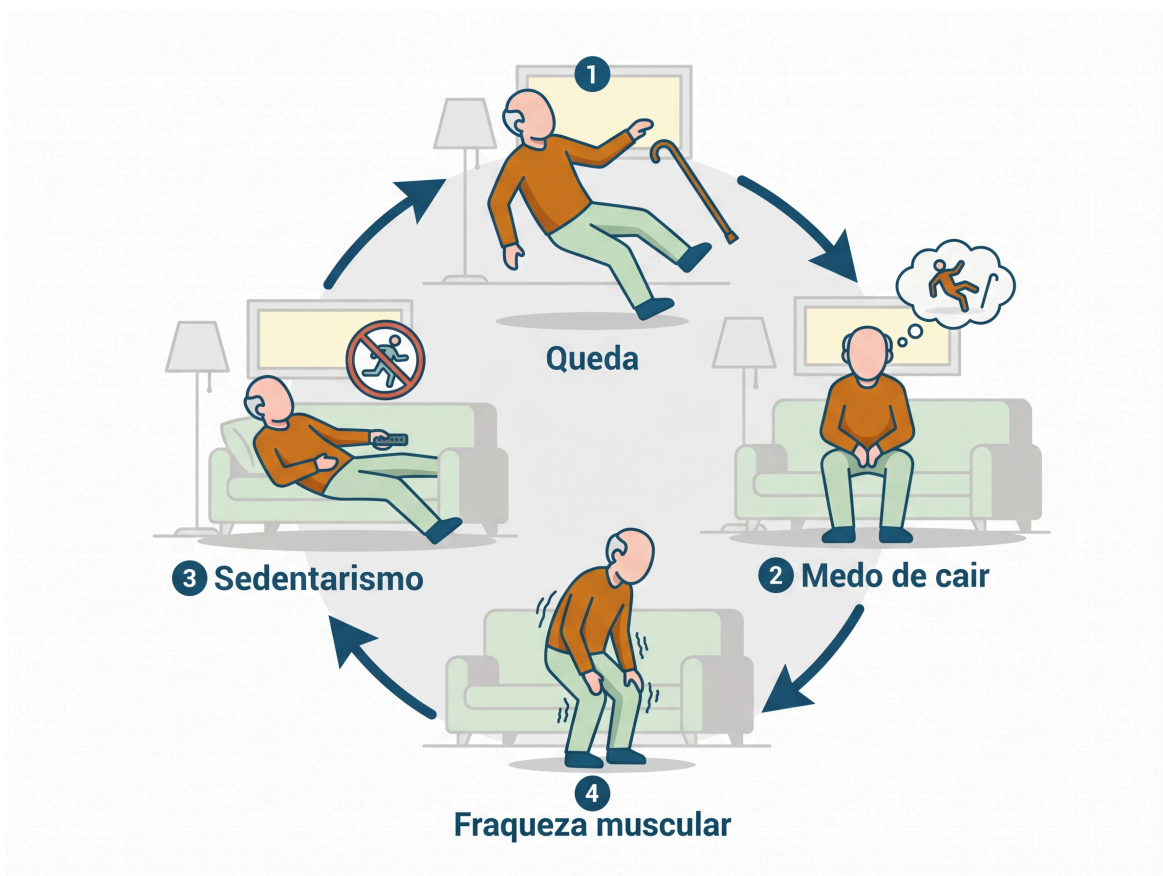


Figura 1. Ciclo negativo da queda no idoso.

O que são quedas e por que elas acontecem?

Queda é definida como um **evento não intencional** que resulta na mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à posição inicial, com ou sem lesão. No idoso, as quedas raramente têm causa única: elas resultam da combinação entre mudanças físicas do envelhecimento, doenças associadas, medicamentos em uso e riscos presentes no ambiente (OMS, 2007).

No Brasil, o envelhecimento da população avança em ritmo expressivo. Hoje o país conta com mais de **30 milhões de pessoas** com 60 anos ou mais, e estima-se que esse grupo alcance cerca de **25% da população total até 2050** (Brasil, 2006). Nesse cenário, as quedas emergem como problema de saúde pública de primeira ordem.

DADOS ESSENCIAIS — QUEDAS NO BRASIL

- **27% a 35%** dos idosos comunitários sofrem ao menos uma queda por ano (Filho et al., 2019; Siqueira et al., 2011).
- **60% a 70%** das quedas ocorrem dentro do próprio domicílio (Vieira et al., 2018; Cruz e Leite, 2018).
- **11% a 19%** dos episódios resultam em fratura (Siqueira et al., 2011).
- Mortalidade hospitalar por queda: **3% a 5%**; maior em idosos com 80 anos ou mais (Jiquiriçá et al., 2024).
- A cada **10 idosos que caem, 6 relatam medo** de cair novamente, o que leva à restrição de atividades (Drummond et al., 2020).

O ciclo negativo da queda

Após uma queda, muitos idosos desenvolvem medo de cair novamente. Esse medo leva à redução progressiva das atividades diárias, ao sedentarismo, ao enfraquecimento muscular e ao isolamento social, o que paradoxalmente aumenta o risco de uma nova queda. Identificar e abordar o medo de cair durante a avaliação domiciliar é parte essencial da atuação preventiva do fisioterapeuta (Gazibara et al., 2017).

ATENÇÃO CLÍNICA

Pergunte diretamente ao idoso:

"Você tem medo de cair?" · "Você deixou de fazer alguma atividade por medo de cair?"

Respostas positivas indicam necessidade de abordagem específica do componente psicossocial no plano de cuidado.

A atuação do fisioterapeuta: base normativa

A **Resolução COFFITO nº 474/2016** reconhece o fisioterapeuta como profissional habilitado para avaliar e tratar no domicílio, com atribuições que incluem avaliação cinesiológico-funcional, prescrição de exercícios, organização das condições ambientais e orientação a cuidadores (COFFITO, 2016).

A **Portaria MS nº 825/2016** criou o Serviço de Atenção Domiciliar no SUS, formalizando o espaço de atuação do fisioterapeuta na rede de saúde pública (Brasil, 2016). Você, como fisioterapeuta, tem respaldo legal e científico para intervir de forma ampla na prevenção de quedas do idoso no domicílio.



COFFITO 474/2016

Reconhece o fisioterapeuta como apto a avaliar e tratar no domicílio. Inclui avaliação cinesiológico-funcional, prescrição de exercícios e organização ambiental.



PORTARIA MS 825/2016

Cria o Serviço de Atenção Domiciliar no SUS, formalizando o espaço do fisioterapeuta na rede pública para cuidado preventivo.



SÍNTESE DO MÓDULO 1

- ✓ Quedas são **multifatoriais**: físico + ambiente + medicamentos.
- ✓ A maioria ocorre **no domicílio**, espaço prioritário de intervenção.
- ✓ O **medo de cair** é tão importante quanto a queda em si.
- ✓ O fisioterapeuta tem atribuição normativa clara para atuar preventivamente no domicílio.

2 MÓDULO DOIS

Fatores de risco intrínsecos

Fatores intrínsecos são aqueles relacionados às **condições do próprio idoso**: alterações musculoesqueléticas, doenças associadas, medicamentos e déficits sensoriais. Conhecê-los permite ao fisioterapeuta identificar o perfil de vulnerabilidade do paciente já na primeira visita.

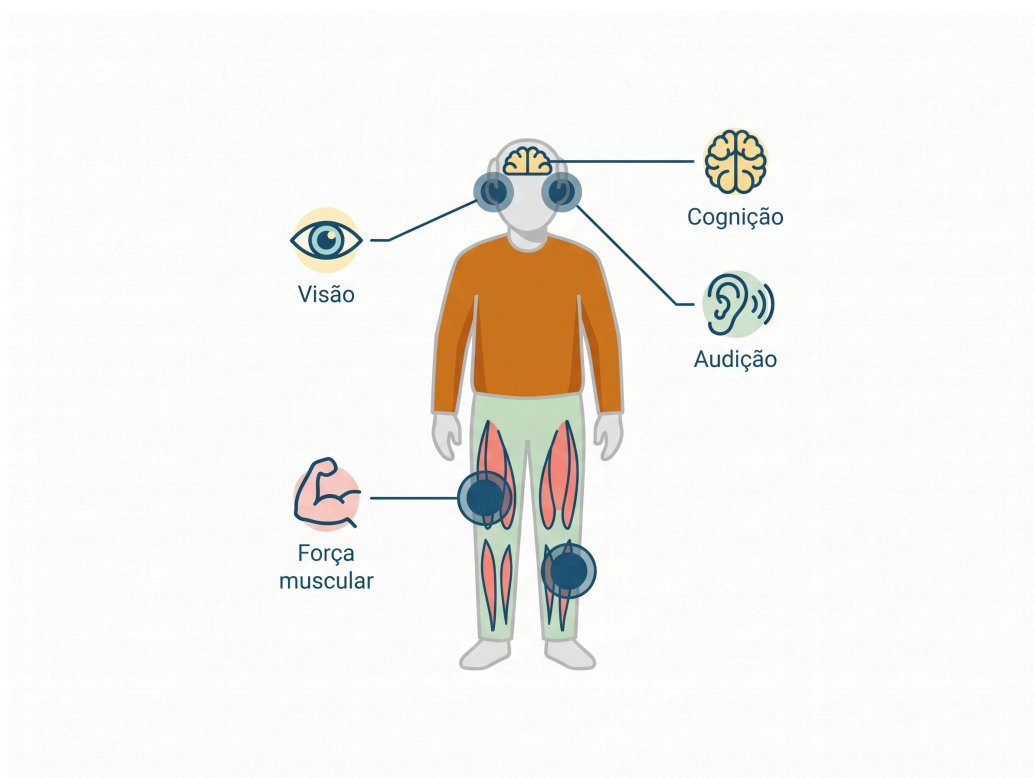


Figura 2. Sistemas afetados pelo envelhecimento e relacionados ao risco de queda.

A · Força muscular e equilíbrio

A perda de força muscular com o envelhecimento, especialmente nos membros inferiores, compromete a estabilidade postural e a capacidade de responder a perturbações do equilíbrio. A **sarcopenia** (redução progressiva de massa e função muscular) é o principal mecanismo biomecânico associado ao risco de queda em idosos (Perracini e Ramos, 2002).

Oliveira et al. (2021) demonstraram que menores níveis de força de membros superiores e inferiores e pior desempenho em atividades de vida diária associam-se de forma independente ao risco e ao medo de cair.

O QUE OBSERVAR NA VISITA

- Dificuldade para levantar da cadeira sem usar os braços.
- Marcha lenta, passos curtos ou arrastados.
- Desequilíbrio ao calçar sapatos em pé.
- Relato de "pernas fracas" ou "tontura ao levantar".
- Uso de dispositivo auxiliar de locomoção (bengala, andador).

B · Comorbidades associadas

Diversas condições clínicas elevam o risco de quedas por comprometer diretamente a funcionalidade motora e sensorial. Rodrigues et al. (2024) identificaram que **diabetes mellitus** e **hipertensão arterial** são fatores intrínsecos independentes associados à maior prevalência de quedas. Artropatias e osteoporose também figuram entre as comorbidades de maior impacto (Neto et al., 2023).

COMORBIDADE	MECANISMO DE RISCO	CONSEQUÊNCIA PRINCIPAL
Diabetes mellitus	Neuropatia periférica, hipoglicemia	Redução da sensibilidade plantar, tontura
Hipertensão arterial	Hipotensão ortostática por anti-hipertensivos	Tontura ao levantar, desmaio
Artropatias	Dor articular, limitação de mobilidade	Marcha alterada, instabilidade
Osteoporose	Fragilidade óssea	Fratura por trauma mínimo
AVC / Parkinson	Comprometimento do controle postural central	Desequilíbrio, <i>freezing</i> de marcha

C · Polifarmácia

O uso concomitante de **cinco ou mais medicamentos**, definição de polifarmácia, está consistentemente associado a maior risco de queda e a episódios de medo persistente de cair (Drummond et al., 2020; Cunha e Lourenço, 2014). Os medicamentos de maior impacto são **sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e anti-hipertensivos**, que podem causar sonolência, tontura e hipotensão ortostática.

⚠️ ALERTA — MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO

Alta atenção: benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, anti-hipertensivos, diuréticos e antipsicóticos.

Ação: registre os medicamentos em uso na ficha de avaliação e comunique ao médico responsável quando identificar polifarmácia ou medicamentos de alto risco.

D · Déficits sensoriais e cognitivos

A redução da **acuidade visual** é um dos fatores de risco mais modificáveis para quedas. O idoso que enxerga mal não percebe obstáculos no trajeto, não avalia desníveis e tem dificuldade para ajustar a marcha a irregularidades do piso. Da mesma forma, déficits auditivos comprometem a orientação espacial e a resposta a alertas sonoros. Comprometimentos cognitivos, mesmo leves, e sintomas depressivos aumentam a vulnerabilidade ao alterar a atenção, a reação e a percepção de risco (Almeida et al., 2012; Neto et al., 2023).

📄 SÍNTESE DO MÓDULO 2

- ✓ Avaliar **força muscular de MMII** logo na primeira visita.
- ✓ Registrar **comorbidades** com impacto direto sobre equilíbrio e marcha.
- ✓ Identificar **polifarmácia** e medicamentos de alto risco.
- ✓ Rastrear déficits **visuais, auditivos e cognitivos**.
- ✓ Perguntar diretamente sobre **medo de cair**.

3 MÓDULO TRÊS

Fatores de risco extrínsecos: o ambiente domiciliar

O ambiente doméstico concentra riscos que o idoso, por estar acostumado ao espaço, muitas vezes não percebe. Estudos mostram que idosos estão expostos, em média, a **sete a oito fatores de risco ambiental** no próprio domicílio, e que quanto menor o conhecimento sobre quedas, maior o número de riscos presentes (Neto et al., 2018).

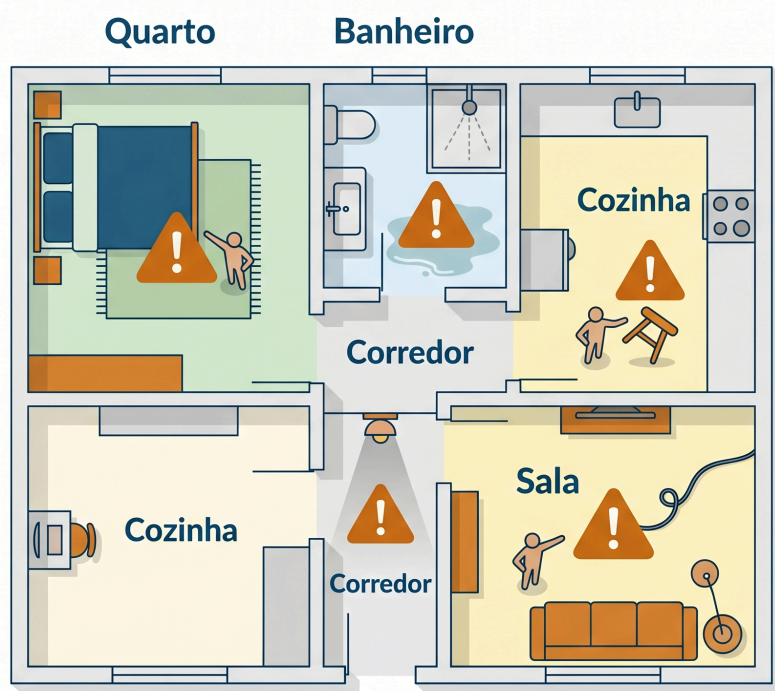


Figura 3. Mapa de riscos domésticos por cômodo.

A avaliação ambiental sistemática é tão importante quanto a avaliação funcional. O fisioterapeuta deve percorrer o domicílio com o idoso já na primeira visita, observando seus trajetos habituais antes de iniciar qualquer instrumento formal.

DICA DE CONDUÇÃO DA VISITA

Ao chegar, percorra o domicílio com o idoso **antes** de iniciar qualquer avaliação formal. Observe a trajetória que ele realiza ao acordar:

Quarto → Banheiro → Cozinha

Esse trajeto concentra a maior parte dos riscos identificados na literatura.

Riscos por cômodo — o que verificar

A tabela a seguir organiza os riscos mais frequentes identificados na literatura brasileira (Neto et al., 2018; Teixeira et al., 2019; Gautério et al., 2015), por cômodo e grau de prioridade de intervenção.

CÔMODO	RISCO IDENTIFICADO	PRIORIDADE
Banheiro	Ausência de barra de apoio no vaso sanitário e no box	Alta
Banheiro	Piso molhado e sem tapete antiderrapante fixo	Alta
Banheiro	Vaso sanitário muito baixo (abaixo de 43 cm)	Média
Quarto	Cama muito alta ou muito baixa, sem apoio lateral	Alta
Quarto	Necessidade de acender luz no escuro para ir ao banheiro	Alta
Quarto	Tapetes soltos entre a cama e o banheiro	Alta
Sala / corredor	Móveis que bloqueiam o trajeto de circulação	Média
Sala / corredor	Degaus sem sinalização visual (fita colorida)	Média

Riscos por cômodo — continuação

CÔMODO	RISCO IDENTIFICADO	PRIORIDADE
Cozinha	Objetos de uso frequente em prateleiras altas	Média
Cozinha	Piso liso ou sem tapete antiderrapante próximo à pia	Alta
Escada	Ausência de corrimão bilateral	Alta
Escada	Degraus sem revestimento antiderrapante	Alta
Área externa	Iluminação insuficiente no percurso noturno	Alta
Geral	Fios elétricos no trajeto de circulação	Alta

Calçado e vestuário

O tipo de calçado é um fator de risco modificável frequentemente subestimado. Meias sem solado, chinelos com solado liso, sapatos abertos que escorregam do pé e calçados de salto elevado aumentam significativamente o risco de queda. O fisioterapeuta deve orientar o uso de calçado fechado, com solado antiderrapante e encaixe firme no calcanhar durante a movimentação pelo domicílio (Lima et al., 2021; Nogueira et al., 2022).



Figura 4. Calçado adequado × inadequado para idosos no domicílio.

⚠️ ATENÇÃO — CALÇADOS

NÃO recomendados

- Chinelos abertos
- Meias sem solado antiderrapante
- Sapatos de salto
- Calçados muito frouxos

Recomendados

- Calçado fechado
- Solado de borracha antiderrapante
- Tira traseira firme
- Abertura que facilite o calce

Iluminação

A iluminação inadequada em trajetos noturnos, especialmente o percurso **quarto-banheiro**, é um dos fatores ambientais mais frequentemente associados a quedas noturnas em idosos. A instalação de luz de presença (meia-lua) ou de interruptores de fácil acesso na cabeceira da cama é intervenção de baixo custo e alto impacto preventivo (Lima et al., 2021).

📋 SÍNTESE DO MÓDULO 3

- ✓ Percorra o domicílio sistematicamente em **toda primeira visita**.
- ✓ Priorize a avaliação do trajeto **quarto → banheiro**.
- ✓ Identifique tapetes soltos, ausência de barras, iluminação insuficiente e piso escorregadio.
- ✓ Oriente sobre **calçado adequado** em toda visita.
- ✓ Utilize a tabela de riscos por cômodo como guia de avaliação.

4 MÓDULO QUATRO

Avaliação funcional e de risco

A avaliação funcional do idoso em risco de queda deve combinar **instrumentos validados** para mensuração do equilíbrio, da mobilidade e da marcha com a avaliação clínica e ambiental. Os três instrumentos a seguir são os mais utilizados na prática fisioterapêutica domiciliar brasileira e têm pontos de corte validados em estudos nacionais.

TUG

Triagem rápida — primeira visita e monitoramento.

Berg

Avaliação detalhada de equilíbrio estático e dinâmico.

POMA / Tinetti

Específica para alterações de marcha; sensível a déficits sutis.

Instrumento 1 · Timed Up and Go (TUG)

O que é: teste cronometrado que mede o tempo que o idoso leva para levantar de uma cadeira com braços, caminhar 3 metros em linha reta, retornar e sentar novamente.

Material necessário: cadeira com braços, fita métrica ou marcação no piso, cronômetro.

Procedimento: o idoso deve estar calçado. Permita uma tentativa de prática. Registre o tempo em segundos.

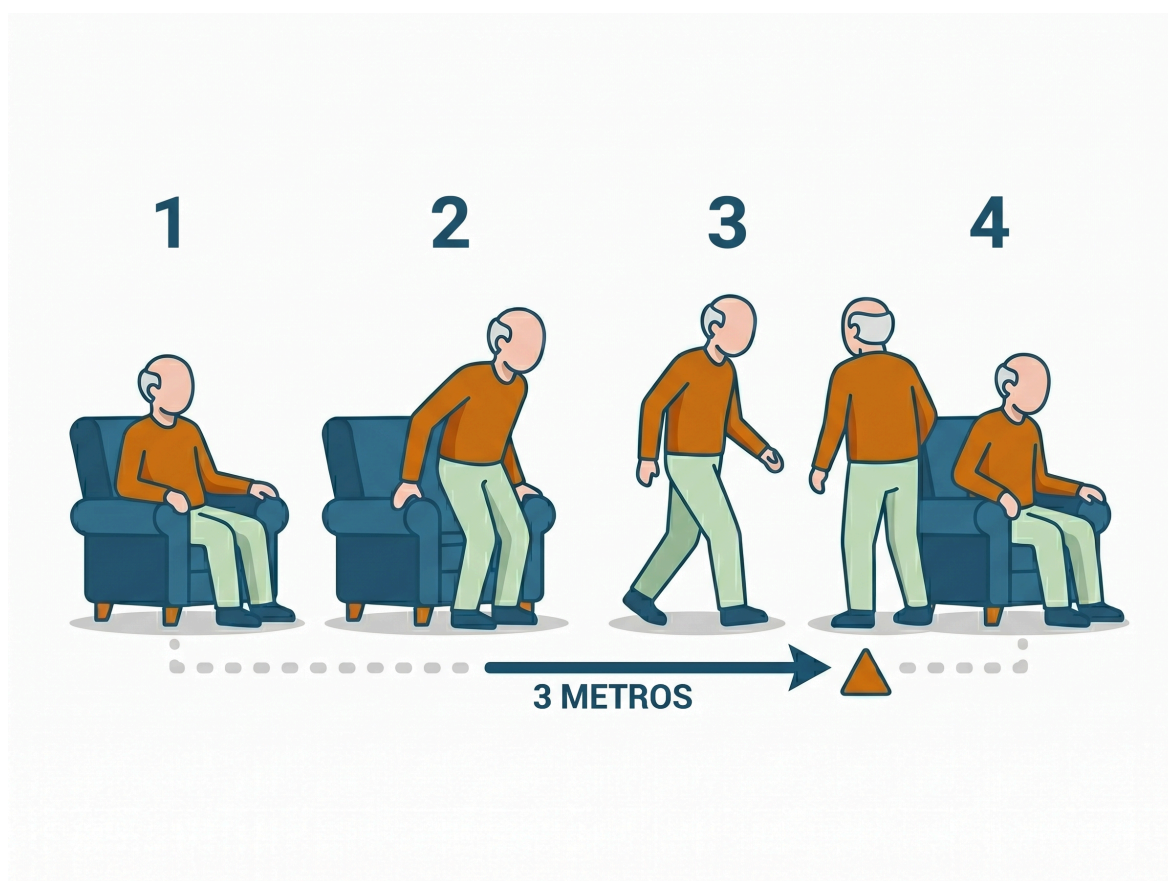


Figura 5. Sequência de execução do teste TUG.

RESULTADO (S)	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA SUGERIDA
< 10s	Baixo risco de queda	Manter programa preventivo
10 - 12s	Risco moderado, zona de atenção	Intensificar treino de equilíbrio e marcha
> 12s	Alto risco de queda	Intervenção prioritária; avaliar dispositivo auxiliar
> 20s	Dependência funcional significativa	Avaliação multidisciplinar; risco muito elevado

💡 DICA PRÁTICA — TUG

Observe durante o teste: o idoso usa os braços para levantar? Faz pausa antes de girar? Arrasta os pés? Es-

ses padrões indicam **déficits específicos** a serem trabalhados nos exercícios.

Instrumento 2 · Escala de Equilíbrio de Berg

O que é: escala composta por **14 itens** que avaliam tarefas funcionais de equilíbrio estático e dinâmico, como sentar, ficar em pé, alcançar objetos, girar e ficar em apoio unipodal. Cada item é pontuado de 0 a 4, totalizando 56 pontos.

Material: régua (ou fita), cadeira, banco com altura regulável ou degrau. **Tempo:** 15 a 20 minutos.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	RISCO DE QUEDA
41 – 56	Equilíbrio funcional	Baixo risco
21 – 40	Equilíbrio comprometido	Risco moderado
0 – 20	Comprometimento grave	Alto risco · auxílio para deambular

Instrumento 3 · POMA / Tinetti

O que é: avaliação composta por dois subdomínios — equilíbrio (16 pontos) e marcha (12 pontos), totalizando **28 pontos**. É especialmente sensível para detectar alterações na marcha que predisõem à queda.

Material: cadeira sem braços, corredor de 3 metros. **Tempo:** 10 a 15 minutos.

PONTUAÇÃO TOTAL	RISCO DE QUEDA
< 19 pontos	Alto risco de queda
19 – 24	Risco moderado
25 – 28	Baixo risco

QUAL INSTRUMENTO USAR?

1

TUG

— ideal para triagem rápida em primeira visita ou monitoramento de evolução.

2

Berg

— indicada quando há suspeita de comprometimento de equilíbrio estático ou em idosos mais fragilizados.

3

POMA / Tinetti

— recomendada quando há queixa específica de alteração da marcha ou quando os dados do TUG e da Berg são discordantes.

Na prática domiciliar, o TUG é o instrumento de maior viabilidade pela simplicidade e tempo de aplicação.

Avaliação do histórico de quedas

Além dos instrumentos formais, o histórico de quedas do idoso é o preditor mais simples e eficaz de risco futuro. Pergunte diretamente:



PERGUNTAS-CHAVE

"Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) sofreu alguma queda?"

→ Se sim: quantas vezes? onde aconteceu? houve lesão?

"O(A) senhor(a) teve algum episódio de quase queda, em que sentiu que ia cair mas conseguiu se segurar?"

→ Esses episódios têm **valor preditivo equivalente** à queda consumada.



SÍNTESE DO MÓDULO 4

- ✓ Aplique o **TUG** em todas as primeiras visitas como triagem de risco.
- ✓ Use a **Berg** para avaliação mais detalhada do equilíbrio quando necessário.
- ✓ Use o **POMA** quando houver queixa ou observação de alteração de marcha.
- ✓ Registre o **histórico de quedas** dos últimos 12 meses.
- ✓ Repita as avaliações **periodicamente** para monitorar a evolução.

5 MÓDULO CINCO

Intervenções fisioterapêuticas domiciliares

Programas de exercício domiciliar com foco em **fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e melhoria da marcha** têm eficácia demonstrada na redução de quedas e na melhoria da qualidade de vida de idosos brasileiros (Rebêlo et al., 2021; OMS, 2022).

⚠ ANTES DE INICIAR OS EXERCÍCIOS

- Avalie contraindicações individuais (dor aguda, hipotensão ortostática, instabilidade cardiovascular).
- Assegure que o idoso está calçado adequadamente e que o ambiente está livre de obstáculos.
- Posicione uma **cadeira com encosto firme como apoio de segurança** durante todos os exercícios.
- Oriente o idoso a interromper o exercício e sentar se sentir tontura, dor ou cansaço excessivo.

Eixo A · Fortalecimento muscular de membros inferiores

Objetivo: aumentar a força de quadríceps, isquiotibiais, glúteos e musculatura do tornozelo, responsáveis pela estabilidade postural e pela resposta a perturbações do equilíbrio.



Figura 6. Sequência de exercícios de fortalecimento de MMII.

EXERCÍCIO	EXECUÇÃO	SÉRIES / REPETIÇÕES*	PROGRESSÃO
Sentar e levantar da cadeira	Sentado com pés no chão e braços cruzados. Levantar sem usar os braços; sentar com controle.	3 × 8–10 rep	Reduzir uso dos braços; chegar a 15 rep
Extensão de joelho sentado	Sentado, pé suspenso. Estender o joelho até a máxima extensão e manter por 3 s.	3 × 10 rep / perna	Adicionar caneleira de 0,5 a 1 kg
Elevação de calcânhar em pé	Em pé atrás da cadeira, mãos no encosto. Subir nas pontas dos pés e descer com controle.	3 × 12 rep	Realizar sem apoio das mãos
Mini agachamento	Em pé, mãos no encosto da cadeira. Flexionar os joelhos até 30° e manter 3 s.	2 × 10 rep	Aumentar a amplitude até 45°

*Refere-se a sugestões; ajustar individualmente.

Eixo B · Treino de equilíbrio

Objetivo: melhorar o controle postural estático e dinâmico, a reação a perturbações e a confiança do idoso nos deslocamentos domésticos.

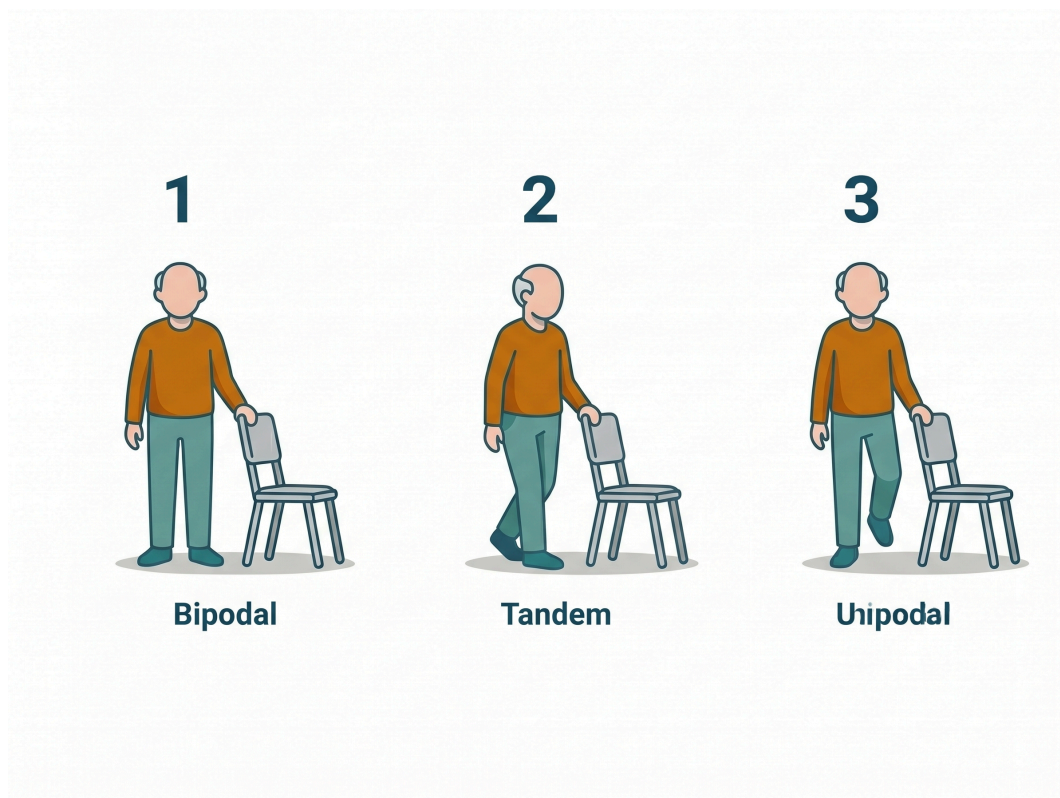


Figura 7. Posições progressivas de equilíbrio.

EXERCÍCIO	EXECUÇÃO	DURAÇÃO / REPETIÇÕES*	PROGRESSÃO
Bipodal · olhos abertos	Pés juntos, mãos no encosto. Manter posição estável.	3 × 30 s	Pés juntos sem apoio
Bipodal · olhos fechados	Pés juntos, mão no encosto por segurança. Fechar os olhos e manter.	3 × 20 s	Reduzir contato com apoio
Tandem (pé-ante-pé)	Um pé à frente do outro em linha reta. Alternar pé da frente.	3 × 20 s / posição	Olhos fechados; sem apoio
Apoio unipodal	Mão no encosto, levantar um pé e manter por 10 s.	3 × 10 s / perna	Reduzir apoio; olhos fechados
Caminhada com obstáculos	Trajeto de 3 m ultrapassando obstáculos baixos (cones, livros).	3 idas e voltas	Mais obstáculos; trajeto variável

* Refere-se a sugestões; ajustar individualmente.

Eixo C · Treino de marcha

Objetivo: melhorar o padrão de marcha, o comprimento e a cadência dos passos, a capacidade de mudança de direção e a transposição de obstáculos.

EXERCÍCIO	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO*	PROGRESSÃO
Caminhada com metrônomo	Caminhar acompanhando ritmo auditivo regular (aplicativo ou palmas do fisioterapeuta).	5 min contínuos	Aumentar cadência gradualmente
Transposição de degrau	Subir e descer um degrau (livros empilhados ou degrau real) com apoio no corrimão.	2 × 10 transposições	Reduzir apoio; alternar pé de liderança
Mudança de direção	Percurso com curvas (slalom entre cadeiras).	3 × percurso de 6 m	Aumentar velocidade; reduzir distâncias
Sentar-caminhar-sentar	Levantar, caminhar 3 m, retornar e sentar (TUG terapêutico).	5 repetições	Carregar objeto leve durante o percurso

* Refere-se a sugestões; ajustar individualmente.

FREQUÊNCIA E PROGRESSÃO DO PROGRAMA

- **Frequência mínima recomendada:** 3 sessões semanais, 30 a 45 minutos cada (OMS, 2022).
- **Início:** 2 séries de 8 repetições por exercício; avançar apenas com segurança e controle.
- **Progressão:** aumentar séries antes de aumentar carga ou complexidade.
- **Monitoramento:** reaplicar o TUG a cada 4 semanas para avaliar a evolução.
- **Idosos muito fragilizados:** iniciar com exercícios sentados; progredir para em pé apenas após ganho de força e confiança.

Resumo dos três pilares de intervenção

Os três eixos de exercício atuam em mecanismos complementares. A combinação entre eles é o que produz redução consistente do risco de queda — não o uso isolado de um deles.

Eixo A

quadríceps, glúteos, tornozelo. 4 exercícios-base.

Eixo B

Equilíbrio

bipodal → tandem → unipodal.
Progressão gradual.

Eixo C

Marcha

cadência, mudança de direção,
transposição de obstáculos.

SÍNTESE DO MÓDULO 5

- ✓ Fortalecimento de MMII, equilíbrio e marcha são os **três pilares** da intervenção.
- ✓ Todos os exercícios podem ser realizados **sem equipamentos** no domicílio.
- ✓ Sempre posicione uma **cadeira como apoio de segurança**.
- ✓ Progrida lentamente e de forma **individualizada**.
- ✓ Reavalie com o TUG a cada **4 semanas**.

6 MÓDULO SEIS

Adaptações ambientais por cômodo

As adaptações ambientais são intervenções de **baixo custo e alto impacto preventivo**. A orientação ao idoso e ao familiar deve ser realizada já na primeira visita, com registro das adaptações prioritárias na ficha de atendimento e acompanhamento da implementação nas visitas seguintes. Os parâmetros técnicos seguem a **ABNT NBR 9050:2020**.

COMO USAR ESTE MÓDULO

Para cada cômodo visitado, use a lista de adaptações como **checklist**. Classifique cada item:

- **Já existe** · **Necessário (baixo custo)** · **Necessário (custo médio)**.

Priorize itens de **alto risco e baixo custo** para recomendação imediata. Registre o que foi orientado e reavalie o que foi implementado na próxima visita.

Banheiro · prioridade máxima

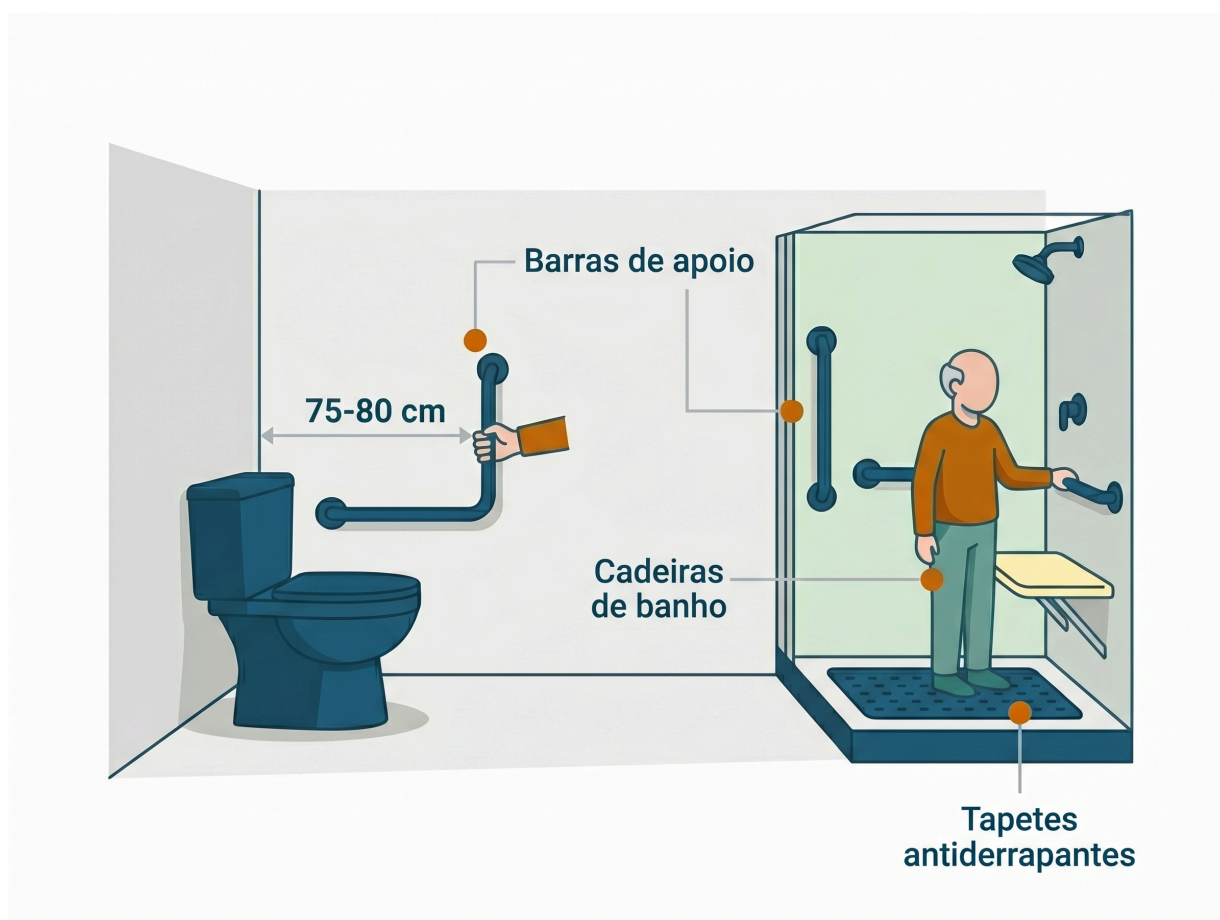


Figura 8. Banheiro adaptado conforme ABNT NBR 9050:2020.

ADAPTAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA (ABNT NBR 9050:2020)	PRIORIDADE
Barra ao lado do vaso sanitário	Altura 75 a 80 cm do piso; diâmetro 3,0 a 4,5 cm; fixação em parede de alvenaria.	Máxima
Barra no box ou banheira	Diagonal ou horizontal; altura adequada ao usuário; antiderrapante.	Máxima
Piso antiderrapante no box	Tapete de borracha com ventosas ou fita antiderrapante no piso existente.	Máxima
Assento elevador de vaso	Elevação de 5 a 10 cm; com braços laterais de apoio.	Alta
Banco no box	Assento firme, resistente à água, com encosto.	Alta
Iluminação suficiente	Sem zonas de sombra; acionamento acessível na entrada.	Média

Quarto



Figura 7. Quarto adaptado: altura da cama, mesa de cabeceira, luz noturna e trajeto livre.

ADAPTAÇÃO	ORIENTAÇÃO PRÁTICA	PRIORIDADE
Remover tapetes soltos	Retirar completamente OU fixar com fita dupla-face antiderrapante.	Máxima
Luz noturna no trajeto cama-banheiro	Luz de presença com sensor ou extensão com interruptor na cabeceira.	Alta
Altura adequada da cama	Entre 45 e 50 cm do piso ao colchão; permitir sentar com os pés planos.	Alta
Corrimão lateral na cama	Se houver dificuldade para sentar/deitar; avaliar individualmente.	Média
Objetos noturnos ao alcance	Copo de água, óculos, controle remoto e medicamentos noturnos na mesa de cabeceira.	Alta

Cozinha

ADAPTAÇÃO	ORIENTAÇÃO PRÁTICA	PRIORIDADE
Tapete antiderrapante fixo na pia	Com ventosas ou peso nas bordas; nunca tapete solto.	Alta
Reorganizar utensílios	Objetos mais usados entre a altura dos quadris e dos ombros, sem precisar escalar ou agachar.	Alta
Eliminar banquinho para alcançar prateleiras altas	Substituir por reorganização dos utensílios; se necessário, escadinha com corrimão.	Alta
Cadeira ou banco na cozinha	Para o idoso sentar durante atividades prolongadas (ex.: descascar alimentos).	Média

Escada

ADAPTAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA	PRIORIDADE
Corrimão bilateral contínuo	Altura 80 a 92 cm; prolongar além do primeiro e do último degrau.	Máxima
Fita antiderrapante nos degraus	Fita emborrachada na borda de cada degrau; cor contrastante.	Alta
Iluminação nos dois extremos	Interruptor no topo e na base; sensor de presença recomendado.	Alta

Circulação geral

ADAPTAÇÃO	ORIENTAÇÃO PRÁTICA	PRIORIDADE
Desobstruir trajetos	Remover móveis, caixas, fios elétricos e objetos do caminho principal.	Máxima
Sinalizar degraus e desníveis	Fita colorida na borda ou pintura contrastante.	Alta
Iluminação no trajeto noturno	Quarto → banheiro → cozinha; luzes de presença ou interruptores acessíveis.	Alta
Aterrar/organizar fios elétricos	Fios de extensão não devem cruzar o piso de áreas de circulação.	Alta

SÍNTESE DO MÓDULO 6

- ✓ O **banheiro** e o trajeto **quarto-banheiro noturno** são as prioridades máximas.
- ✓ Barras de apoio e remoção de tapetes soltos têm **impacto imediato e custo acessível**.
- ✓ Registre as adaptações orientadas e acompanhe a implementação.
- ✓ Para reformas estruturais, siga a **ABNT NBR 9050:2020**.
- ✓ Envolve o familiar ou cuidador nas orientações desde a primeira visita.

Perguntas frequentes

Cinco dúvidas comuns na prática domiciliar.

1 O idoso usa andador. Isso muda minha avaliação?

Sim. O uso de dispositivo auxiliar de locomoção indica que já há comprometimento de equilíbrio e/ou marcha. Aplique normalmente o TUG

com

o dispositivo e registre isso. A avaliação ambiental deve incluir se os espaços de circulação têm largura suficiente para o dispositivo (mínimo 80 cm) e se há degraus que impeçam o deslocamento. Os exercícios de fortalecimento e equilíbrio devem ser iniciados com o dispositivo como apoio.

2 O idoso caiu, mas diz que foi "sem querer" e que não precisa de ajuda. Como agir?

A minimização da queda pelo idoso é frequente e geralmente está associada ao medo de perder autonomia ou de ser institucionalizado. Não confronte diretamente. Aborde o tema como parte da avaliação de rotina: "*Quero entender como aconteceu para que a gente possa deixar a casa mais segura.*"

Foque nas adaptações ambientais como primeira abordagem, pois são menos ameaçadoras à autonomia percebida.

3 Com que frequência devo reaplicar os instrumentos de avaliação?

O

TUG

a cada 4 semanas de programa de exercício para monitorar a evolução. A avaliação ambiental deve ser repetida sempre que houver mudança no ambiente (reforma, novo mobiliário). A

Berg

e o

POMA

a cada 8 a 12 semanas ou sempre que houver mudança clínica relevante.

4

O idoso não consegue fazer os exercícios em pé por dor ou fraqueza intensa. O que faço?

Inicie o programa com
exercícios sentados

: extensão de joelhos, dorsiflexão ativa, elevação alternada dos pés. A progressão para exercícios em pé deve ocorrer apenas quando o idoso demonstrar força e segurança suficientes. Sempre posicione a cadeira como apoio de segurança imediata e trabalhe com o próprio peso corporal antes de qualquer resistência adicional.

5

O familiar quer participar das visitas. Devo incluí-lo?

Sempre que possível, sim. A inclusão de familiares e cuidadores nas orientações é parte da abordagem preventiva. Eles precisam conhecer os riscos ambientais identificados, entender por que as adaptações são necessárias e saber como apoiar o idoso nos exercícios entre as visitas. Isso amplia o tempo efetivo de intervenção preventiva e reduz o risco de queda nos períodos sem visita do fisioterapeuta.

**QUANDO REFERENCIAR PARA OUTROS PROFISSIONAIS**

- **Médico/geriatra:** identificação de polifarmácia, hipotensão ortostática persistente ou suspeita de comprometimento cognitivo.
- **Oftalmologista:** queixas de baixa acuidade visual ou ausência de avaliação no último ano.
- **Terapeuta ocupacional:** dificuldades em atividades de vida diária além do componente motor.
- **Assistente social:** situação domiciliar de risco que demande apoio para reformas ou aquisição de dispositivos.

Referências do manual

Bibliografia consultada para construção do conteúdo, conforme normas da ABNT.

- ABNT.** ABNT NBR 9050:2020: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.
- BRASIL.** Portaria MS nº 825/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2016.
- BRASIL.** Portaria MS nº 2.528/2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS, 2006.
- COFFITO.** Resolução nº 474/2016. Normatiza a atuação da Fisioterapia na Atenção Domiciliar. Brasília, DF: COFFITO, 2016.
- CUNHA, A. I. L.; LOURENÇO, R. A.** Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista de Enfermagem UERJ*, 2014.
- DRUMMOND, F. B.; LOURENÇO, R. A.; LOPES, C. S.** Incidence, persistence and risk factors of fear of falling in older adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.
- FILHO, J. M. et al.** Prevalence of falls in community-dwelling older Brazilians: systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 8, 2019.
- GAUTÉRIO, D. P. et al.** Risk factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 33, n. 1, p. 35-43, 2015.
- JIQIRIÇÁ, L. M. et al.** Epidemiological assessment of hospitalizations due to falls among the elderly. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 2024.
- LIMA, R. T. et al.** Three-dimensional educational technology for the prevention of accidents caused by falls in the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, supl. 5, 2021.
- NETO, J. B. G. et al.** Awareness about falls and elderly people's exposure to household risk factors. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, 2018.

- NOGUEIRA, I. S. et al.** Knowledge and practices of elderly women about fall prevention. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, 2022.
- OLIVEIRA, D. V. et al.** Funcionalidade e força muscular estão associadas ao risco e medo de quedas em idosos? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 34, 2021.
- OMS.** World guidelines for falls prevention and management for older adults. *Age and Ageing*, 2022.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R.** Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, 2002.
- RAMOS, R. da S. et al.** Educational technology to empower patients as participants in their care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, 2024.
- REBÊLO, F. L. et al.** Qualidade de vida de participantes de um programa de prevenção de quedas. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 11, 2021.
- RODRIGUES, A. et al.** Prevalence of falls in the older adult: an intrinsic factor of diabetes and arterial hypertension. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2024.
- SIQUEIRA, F. V. et al.** Prevalência de quedas em idosos no Brasil: uma análise nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 9, 2011.
- VIEIRA, L. S. et al.** Falls among older adults in the South of Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 2018.

ACESSO AOS ARTIGOS

Os DOIs completos das referências citadas estão disponíveis no artigo principal a que este manual se vincula como Apêndice A.

"A prevenção de quedas no idoso começa antes da queda — começa no olhar atento do fisioterapeuta sobre o ambiente, sobre o corpo e sobre o medo."

Centro Universitário Santo Agostinho — UNIFSA

Curso de Fisioterapia

Sobre as autoras e o orientador

Ariane Costa da Silva Rolim e **Seni Gabriela dos Santos Sousa** são graduandas em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIFSA.

Prof. Me. Jordano Leite Cavalcante de Macêdo é fisioterapeuta, professor do Centro Universitário UNIFSA, mestre em Engenharia Biomédica e orientador deste estudo.

Ano de publicação: 2026

As imagens foram criadas com auxílio da Inteligência Artificial Nano Banana e validadas pelas autoras. Distribuição gratuita. Reprodução autorizada para fins educacionais e acadêmicos, vedada a comercialização.