

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto  
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes  
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

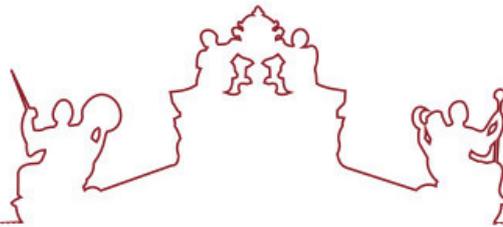
Relatório de Estágio

**”Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”**

**Maria Augusta Carrasqueira Espada**

Orientador(es) | Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Évora 2022



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

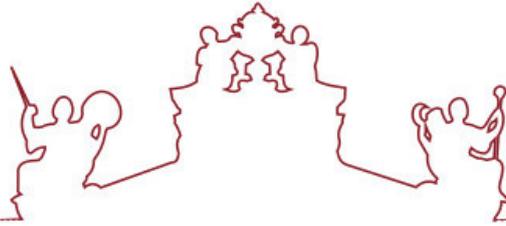
Relatório de Estágio

**”Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”**

Maria Augusta Carrasqueira Espada

Orientador(es) | Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

- Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)
- Vogais | Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco (Instituto Politécnico de Portalegre)  
(Orientador)  
Laurência Gemitto (Universidade de Évora) (Arguente)

“o projecto não é uma simples representação do futuro,  
mas um futuro para fazer, um futuro a construir,  
uma ideia a transformar em acto.”

Jean Marie Barbier (1993)

## **AGRADECIMENTOS**

A frequência do mestrado nem sempre foi um percurso fácil, dúvidas e incertezas foram surgindo. Conteí com o apoio de pessoas que fazem parte da minha vida e de algumas pessoas que foram surgindo para me acompanhar, ao longo deste meu percurso. A essas pessoas expresso a minha gratidão pela motivação, ajuda e compreensão ao longo desta minha caminhada.

À minha Orientadora Pedagógica, Professora Doutora Helena Arco, pela disponibilidade, incentivo, interesse, apoio e orientação.

À minha Orientadora Clínica Enfermeira SN agradeço o apoio, disponibilidade e motivação, às Enfermeiras CC e CP agradeço a disponibilidade e orientação, quando da ausência da orientadora clínica.

À equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade agradeço o acolhimento e a partilha neste percurso.

Aos utentes, acompanhados pela Equipa dos Cuidados Continuados Integrados, agradeço a forma como me acolheram e contribuíram para a realização deste projeto.

Às minhas companheiras de caminhada agradeço as partilhas, a ajuda e o apoio nos momentos complicados.

Um agradecimento especial à minha família por acreditar e apoiar a minha caminhada.

**A todos, o meu muito obrigada!**

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

### RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento é uma realidade social, mas a qualidade de vida, o nível de dependência, e a autonomia são um desafio para os nossos idosos e cuidadores. A queda pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente nos idosos, constituindo um grave problema de saúde pública, pelas comorbilidades resultantes, e por poder levar à morte.

**Objetivo:** Prevenir as quedas dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa de ECCI do ACES AC até janeiro de 2022.

**Metodologia:** Metodologia do Planeamento em Saúde para o diagnóstico e desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

**Resultados:** Identificado médio e alto risco de queda em mais de 80% dos idosos, verificámos que 23,5% dos idosos já tinham antecedentes de queda, seguiram-se intervenções educativas e divulgação do projeto.

**Conclusão:** A intervenção da equipa comunitária, junto dos idosos no domicílio, é fundamental para a diminuição do número de quedas. A avaliação e determinação dos fatores de risco, permitiram desenvolver estratégias no âmbito da redução de quedas, e suas consequências.

**Palavras-chave:** “idosos”; “quedas”; “enfermagem comunitária”.

## “The Elderly and Falls – Intervening to Prevent”

### ABSTRACT

**Introduction:** Ageing is a social reality, but quality of life, level of dependence, and autonomy are a challenge for our elderly and caregivers. Falls can occur at any age, being more frequent in the elderly, constituting a serious public health problem, due to the resulting comorbidities, and for being able to lead to death.

**Objective:** To prevent falls in users aged over 65 years accompanied by the ECCI team of the ACES AC until January 2022.

**Methodology:** Health planning methodology for the diagnosis and development of the community intervention project.

**Results:** Identified medium and high risk of falling in more than 80% of the elderly and found that 23.5% of the elderly already had a history of falling, followed educational interventions and dissemination of the project.

**Conclusion:** The intervention of the community team with the elderly at home is essential to reduce the number of falls. The assessment and determination of risk factors allowed developing strategies to reduce falls and their consequences.

**Keyword:** "elderly"; "falls"; "community nursing".

## ÍNDICE

Índice de Anexos.....	7
Índice de Apêndices.....	7
Índice de Figuras.....	8
Índice de Gráficos.....	8
Índice de Quadros.....	9
Índice de Tabelas.....	9
Listagem de Abreviaturas e siglas.....	10
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
1.1- O envelhecimento - A pessoa Idosa.....	16
1.2 - As quedas nos idosos.....	22
1.3 - Os cuidados de Enfermagem na prevenção de quedas no idoso.....	29
<b>2 - ENQUADRAMENTO PRÁTICO.....</b>	<b>32</b>
2.1 - Diagnóstico da situação.....	32
2.1.1- Contextualização da problemática .....	34
2.1.2 - Caraterização do Alentejo Central .....	37
2.1.3 - Caraterização de uma Unidade de Cuidados na Comunidade.....	39
2.1.4 - Caraterização da população e amostra.....	41
2.1.5 - Instrumento de recolha de dados.....	43
2.1.6 - Análise dos resultados.....	44
2.2 - Determinação de prioridades.....	54
2.3 - Fixação de objetivos.....	56
2.4 - Seleção de estratégias.....	59
2.5 - Preparação operacional.....	64
2.5.1 - Previsão dos recursos.....	69
2.5.2 - Follow up do projeto.....	70
2.6 - Planeamento e monitorização e avaliação.....	71

<b>3 - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA.....</b>	<b>75</b>
<b>3.1 - Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.....</b>	<b>75</b>
<b>3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....</b>	<b>78</b>
<b>3.3 - Competências do grau de Mestre.....</b>	<b>80</b>
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>

## ANEXOS

<b>Anexo nº 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARS do Alentejo.....</b>	<b>xciii</b>
<b>Anexo nº 2 - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....</b>	<b>xcvii</b>
<b>Anexo nº 3 - Instrumento de colheita de dados - Escala de Morse.....</b>	<b>xcix</b>
<b>Anexo nº 4 - Autorização para utilização dos vídeos “Um minuto + saúde + vida” .....</b>	<b>cii</b>

## APÊNDICES

<b>Apêndice nº 1 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido (utentes).....</b>	<b>cvi</b>
<b>Apêndice nº 2 - Revisão integrativa da literatura.....</b>	<b>cix</b>
<b>Apêndice nº 3 - Convite para o <i>Focus Group</i>.....</b>	<b>cxiv</b>
<b>Apêndice nº 4 - Planeamento do <i>Focus Group</i> .....</b>	<b>cxvi</b>
<b>Apêndice nº 5 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido (profissionais).....</b>	<b>cxix</b>
<b>Apêndice nº 6 - Apresentação dos resultados do diagnóstico.....</b>	<b>cxxii</b>
<b>Apêndice nº 7 - Certificado de presença para os participantes no <i>Focus Group</i>.....</b>	<b>cxviii</b>
<b>Apêndice nº 8 - Análise da Matriz do <i>Focus Group</i> .....</b>	<b>cxxx</b>
<b>Apêndice nº 9 - Norma de avaliação de risco de queda.....</b>	<b>cxviii</b>
<b>Apêndice nº 10 - Check List de fatores de risco de queda.....</b>	<b>cxvii</b>
<b>Apêndice nº 11 - Plano da sessão de educação para a saúde.....</b>	<b>cxlii</b>
<b>Apêndice nº 12 - Sessão de educação para a saúde sobre “Os Idosos e as Quedas - Intervir.....</b>	<b>cxliv</b>

<b>Apêndice nº 13</b> - Vídeo “Um minuto + saúde + vida” .....	cxlix
<b>Apêndice nº 14</b> - Manual de Prevenção de Quedas nos Idosos.....	cli
<b>Apêndice nº 15</b> - Artigo Publicado no “Jornal Local” .....	clvii
<b>Apêndice nº 16</b> - “Spot” sobre prevenção de quedas na “Rádio Local” .....	clix
<b>Apêndice nº 17</b> - Plano da sessão de educação para a saúde.....	clxi
<b>Apêndice nº 18</b> - Sessão de Educação para a saúde “Segurança em casa” – Universidade Sênior.....	clxiii
<b>Apêndice nº 19</b> - Work Breakdown Structure (WBS).....	clxix
<b>Apêndice nº 20</b> - Cronograma de atividades.....	clxxi
<b>Apêndice nº 21</b> - Questionário de avaliação do projeto.....	clxxiii
<b>Apêndice nº 22</b> - “Pen” cedida à equipa da UCC para continuidade do projeto.....	clxxv

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura nº 1</b> - Índice de envelhecimento, 2011 - 2021, NUTS II.....	19
<b>Figura nº 2</b> - Etapas do planeamento em saúde.....	33
<b>Figura nº 3</b> - Limites do distrito do ACES AC.....	38

## ÍNDICE de GRÁFICOS

<b>Gráfico nº 1</b> - Utentes segundo género.....	44
<b>Gráfico nº 2</b> - Utentes segundo a idade.....	45
<b>Gráfico nº 3</b> - Utentes segundo género e apoio na deambulação.....	46
<b>Gráfico nº 4</b> - Utentes segundo género e o risco de queda.....	47
<b>Gráfico nº 5</b> - Utentes segundo idade e o risco de queda.....	48
<b>Gráfico nº 6</b> - Utentes segundo antecedentes de queda e estado de consciência.....	48
<b>Gráfico nº 7</b> - Utentes segundo apoio na deambulação.....	49
<b>Gráfico nº 8</b> - Utentes segundo apoio na deambulação e o risco de queda.....	50
<b>Gráfico nº 9</b> - Utentes segundo estado de consciência.....	51
<b>Gráfico nº 10</b> - Utentes segundo estado de consciência e o apoio na deambulação.....	51
<b>Gráfico nº 11</b> - Utentes segundo antecedentes de queda e risco de queda.....	52
<b>Gráfico nº 12</b> - Utentes segundo nível de risco de queda.....	53

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº 1</b> - Objetivos específicos/ indicadores de execução/ atividades/ meta.....	58
<b>Quadro nº 2</b> - Estratégia 1 - Apresentação do projeto e envolvimento da equipa no diagnóstico de saúde .....	66
<b>Quadro nº 3</b> - Estratégia 2 – Envolvimento do idoso e família.....	67
<b>Quadro nº 4</b> - Estratégia 3 – Divulgação – Parcerias com a comunidade .....	68
<b>Quadro nº 5</b> - Custo do projeto.....	69
<b>Quadro nº 6</b> - Comparação de nível de risco e antecedentes de queda.....	72
<b>Quadro nº 7</b> - Matriz da avaliação SWOT.....	73

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela nº 1</b> - Índice de envelhecimento da população portuguesa.....	18
<b>Tabela nº 2</b> - Índice de dependência dos idosos.....	20
<b>Tabela nº 3</b> - Índice de dependência dos idosos por região.....	21
<b>Tabela nº 4</b> - Intervenção sobre fatores de risco de quedas.....	26
<b>Tabela nº 5</b> - Utentes assistidos com avaliação do risco de quedas (2019).....	35
<b>Tabela nº 6</b> - Motivo de queda, por região e tipologia (2019) .....	36
<b>Tabela nº 7</b> - Utentes assistidos com risco “alto” e que tiveram quedas (2019).....	37
<b>Tabela nº 8</b> - População residente (Nº) por local de residência, sexo e grupo etário.....	38

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **ABREVIATURAS**

nº - número

p. - página

pp. - páginas

s. p. - sem página

### **SIGLAS**

AC - Alentejo Central

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ADL - Acidentes Domésticos e de Lazer

APA - American Psychological Association

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa De Coordenação Local

ECR - Equipa de Coordenação Regional

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REPE - Regulamento do Exercício dos Enfermeiros

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

SUB - Serviço de Urgência Básica

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SWOT - Strengths Weaknesses Opportunities Threats

WBS - Work Breakdown Structure

WHO - World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Este Relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, do 5º Mestrado em Associação, na Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. O primeiro estágio decorreu entre 17 de maio e 25 de junho de 2021 e o estágio final entre 13 de setembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central (AC), com a orientação pedagógica da Professora Doutora Helena Reis do Arco e da orientação clínica da Enfermeira Especialista SN.

O objetivo principal do Relatório Final é descrever o percurso do estágio, a aquisição de competências no desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde, baseado no diagnóstico de saúde, na determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, na preparação operacional e na última fase a avaliação.

A população mundial está a envelhecer, e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número, e na proporção de pessoas idosas na sua população. O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade (Organização das Nações Unidas, 2015).

O envelhecimento da população é observado por todos, a necessidade de cuidados aumenta, e o recurso aos serviços de saúde também. Desta forma, considero existir a necessidade de uma intervenção na saúde da população, o mais precocemente possível, tendo como objetivo um envelhecimento mais ativo e com maior autonomia.

Portugal segue esta tendência mundial, enfrentando um envelhecimento progressivo da sua população, com inevitáveis consequências quer a nível socioeconómico, quer a nível da saúde e qualidade de vida. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2018, p.7) “este contexto demográfico [...] tem reflexos no estado da nossa saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas e para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável”.

Viver muito mais anos, é hoje uma realidade bem presente na nossa sociedade, mas a qualidade de vida, o nível de dependência e a autonomia são um desafio para os nossos idosos, os seus cuidadores e as equipas de saúde.

Para Canhestro (2018), o envelhecimento e a consciência de uma vida mais longa colocam desafios aos sistemas de saúde e à sociedade em geral, bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, envolvendo um maior investimento individual e coletivo, para que uma maior longevidade implique mais saúde e qualidade de vida.

Os idosos em situação de dependência e fragilidade, necessitam de cuidados, essencialmente daqueles que lhe são próximos, necessitam de uma atenção redobrada, pois a sua saúde é ameaçada por fatores que os colocam em risco.

A queda existe em qualquer idade, no entanto é a pessoa idosa que mais sujeita está à queda, devido à diminuição da sua autonomia e ao seu grau de dependência, as mesmas podem por vezes levar a morte ou incapacidade (Fabricio et al, 2004).

O número significativo de quedas no idoso e suas consequências, conduzem os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública a definirem estratégias para a redução da sua ocorrência. Acompanhando o envelhecimento da população e adaptando-se a esta nova realidade, o enfermeiro procura estabelecer cuidados individualizados com base na capacitação do indivíduo e da sua família. Esta adaptação procura minimizar todo o processo de envelhecimento e os riscos que possam daí advir.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa tem como objetivo ajudá-la a conhecer as suas capacidades, independentemente do seu estado de saúde ou da sua idade (Moniz, 2003).

O enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários tem, pela proximidade com o idoso, o dever de identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias, para minimizar o risco de queda e as suas consequências, com base nas políticas de saúde.

Após reunião informal, no início do estágio com a equipa multidisciplinar, foi proposto desenvolver o tema, as quedas nos idosos, tendo-se realizado pesquisa bibliográfica e análise dos indicadores da unidade funcional. Optou-se por desenvolver e aprofundar esta temática, sendo o envelhecimento da população uma realidade e as quedas nesta população um motivo de grande sofrimento, trazendo consequências graves e por vezes levando à morte. Foi com grande motivação que se decidiu desenvolver este projeto, procurando que, futuramente a diminuição do número de quedas nos idosos se

torne uma realidade.

Para desenvolver o projeto de estágio, a temática das quedas nos idosos definimos como objetivo, a contribuição para a prevenção de quedas nos idosos acompanhados em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), procurando identificar o risco de quedas dos utentes, as necessidades de intervenção e desenvolver atitudes que permitam minimizar o risco de quedas. Em colaboração com a equipa multidisciplinar da ECCI foi possível desenvolver intervenções que permitiram identificar os fatores de risco de queda e transmitir conhecimentos que possibilitaram reduzir o número de quedas nos idosos acompanhados pela equipa.

Identificando a necessidade de alargar o projeto à comunidade em geral, foram estabelecidas parcerias e difundidas atividades nos meios de comunicação local, permitindo a aquisição de conhecimentos aos idosos em geral, e não apenas aos utentes acompanhados pela ECCI.

As atividades desenvolvidas neste estágio serão apresentadas e descritas ao longo deste relatório, que se encontra estruturado da seguinte forma: inicialmente realiza-se um enquadramento teórico, com uma breve abordagem ao envelhecimento e à pessoa idosa, seguidamente abordaremos o tema as quedas nos idosos e depois daremos destaque ao papel do enfermeiro na prevenção da queda no idoso.

No enquadramento prático, procuramos dar a conhecer o diagnóstico da situação, sendo efetuada uma contextualização da problemática, com a caracterização do Alentejo Central (AC), da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da população e amostra, em seguida apresenta-se a análise dos resultados. Após a análise e identificado o problema procedeu-se à determinação de prioridades. No seguimento, serão apresentados o objetivo geral e objetivos específicos do projeto de intervenção, a seleção de estratégias, a preparação operacional com a previsão de recursos, o *follow up* do projeto e o planeamento, monitorização e a avaliação, sendo esta a última etapa do planeamento em saúde. No capítulo seguinte, realizamos uma reflexão sobre as vivências e a obtenção de conhecimentos que nos possibilitou a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e as competências referente ao grau de mestre.

Termina com as considerações finais, onde serão resumidamente apresentadas as conclusões do trabalho desenvolvido, seguindo-se as Referências Bibliográficas que serviram de suporte teórico, para este trabalho.

O trabalho foi redigido seguindo a norma de referência American Psychological Association (APA), 7.<sup>a</sup> Edição. O texto encontra-se redigido, cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## **1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Ao longo do capítulo, pretende-se dar a conhecer o crescente envelhecimento da população e a problemática das quedas, relevando a importante intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na prevenção de quedas na população idosa.

### **1.1 - O envelhecimento - A pessoa idosa**

O envelhecimento faz parte do nosso ciclo vital, constitui a sua última fase. Esta fase caracteriza-se por múltiplas transformações no organismo humano, existindo uma maior fragilidade, vulnerabilidade e sensibilidade. Para Ermida (1999), envelhecer é, pois, uma característica inevitável em todas as formas de vida. Ainda segundo o mesmo autor, o envelhecimento pode ser definido como “um processo de diminuição orgânica e funcional [...] e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” (Ermida, 1999, p. 43).

Vivemos cada vez mais anos, a nossa esperança de vida aumentou, o envelhecimento é hoje uma realidade do mundo, e do nosso país, temos de orientar estratégias aprender a viver com este facto, e retirar aprendizagens e conhecimentos que possam aumentar a nossa qualidade de vida. “O conceito de ciclo de vida é uma construção social, aceite por determinada sociedade numa determinada época, com base em perceções ou suposições subjetivas compartilhadas” (Canhestro, 2018, p. 12),

No Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos ler:

No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma

perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. (OMS, 2015, p.12)

O envelhecimento tende a acontecer naturalmente, se antes acontecia mais cedo, atualmente parece envelhecer-se mais tarde, mas as consequências do avançar na idade vão surgindo, necessitando de diversas adaptações físicas, psicológicas e sociais.

Como refere Cancela (2008), muitas vezes classificamos o envelhecimento como um estado a que chamamos terceira idade, mas o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. A velocidade e gravidade do envelhecimento dependem do nível em que este se situa (biológico, psicológico ou sociológico) e varia de indivíduo para indivíduo. Assim, segundo a mesma autora que cita Fontaine (2000), podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, existindo a:

Idade biológica - ligada ao envelhecimento orgânico.

Idade social - refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade.

Idade psicológica – relacionada com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, a memória e motivação.

Estas idades podem ser muito diferentes da idade cronológica e estão enquadradas no envelhecimento individual, que diz respeito ao aumento da esperança de vida ou longevidade com consequente perda da capacidade funcional (Canhestro, 2018).

O avançar da idade acontece de forma individual, cada indivíduo encara o seu envelhecimento de forma diferente, enquanto uns o vivem como um processo natural, outros sentem-no como um problema e têm dificuldade em aceitar esta fase do seu ciclo vital.

Verifica-se um envelhecimento demográfico, pois o aumento da proporção da população idosa na população total é significativo quando comparado com a população jovem e a população em idade ativa (Canhestro, 2018).

Portugal é um país com uma população envelhecida, esta realidade está ainda mais presente nas regiões do interior, nas aldeias onde a maior parte da população é idosa, com dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e com a família ausente. Verifica-se a

necessidade de uma reestruturação e adaptação dos cuidados de saúde e também dos apoios sociais.

O documento Retrato da Saúde (MS, 2018), refere que 21% dos portugueses têm mais de 65 anos, enquanto apenas 14% tem menos de 15 anos. São um milhão as pessoas com mais de 75 anos, mais mulheres que homens. Os elevados números do envelhecimento criam uma necessidade de intervir nesta nova realidade.

O Alentejo vive um aumento da população idosa, a baixa taxa de natalidade tem vindo a acentuar este fenómeno, o aumento da esperança de vida determina a necessidade de novas estratégias ao nível das políticas de saúde, que permitam um envelhecimento saudável, com a existência dos cuidados de saúde adequados, e respostas sociais suficientes, com cuidados de proximidade que permitam a permanência dos idosos nos seus locais de residência, se assim o desejarem.

Na tabela seguinte podemos verificar que o envelhecimento acontece no Alentejo, mas também em todas as regiões de Portugal.

**Tabela nº 1**

*Índice de envelhecimento da população portuguesa*

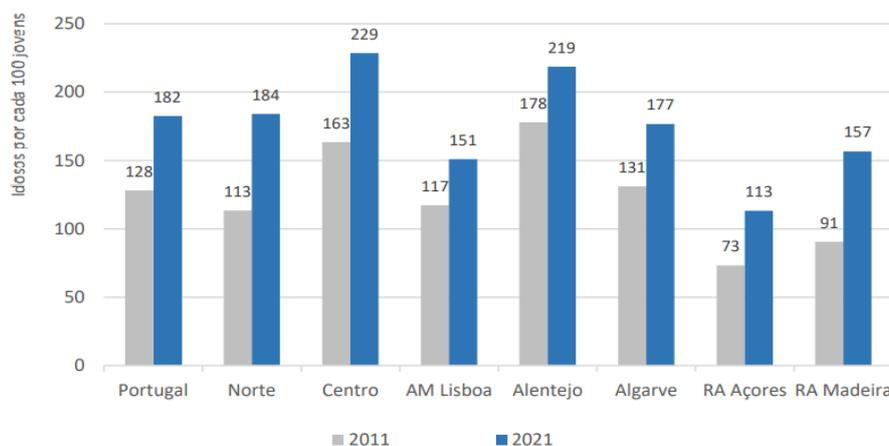
Territórios	Índice de envelhecimento	
	2001	2019
Anos <b>+</b>		
Portugal	101,6	161,3
— Continente	103,8	164,1
<b>+</b> Norte	79,4	162,7
<b>+</b> Centro	129,2	201,4
<b>+</b> Área Metropolitana de Lisboa	102,2	138,2
<b>+</b> Alentejo	161,9	204,6
<b>+</b> Algarve,,	126,3	145,4
— Região Autónoma dos Açores	60,1	95,1
<b>+</b> Região Autónoma dos Açores	60,1	95,1
— Região Autónoma da Madeira	71,4	126,5
<b>+</b> Região Autónoma da Madeira	71,4	126,5

Fonte: INE/ Pordata <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Os resultados recentes, ainda provisórios dos Censos 2021, continuam a evidenciar um envelhecimento significativo da nossa população e a necessidade de, rapidamente, se definirem estratégias que minimizem as dificuldades dos nossos idosos e dos seus cuidadores. O índice de envelhecimento continua a aumentar em todas as regiões de Portugal, o Alentejo é a segunda região com índice de envelhecimento mais alto, como podemos observar por cada 100 jovens existiam 178 idosos em 2011, segundo os últimos Censos o valor subiu para 219, evidenciando o contínuo envelhecimento, como mostra a figura seguinte:

**Figura nº 1**

*Índice de envelhecimento, 2011 - 2021, NUTS II*



Fonte: INE, Recenseamentos da População e da Habitação

O Plano Nacional de Saúde (PNS), revisão e extensão 2020 (2015, p.10) veio tentar “dar resposta este cenário epidemiológico e demográfico contribuindo para que se incentive a natalidade, para que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis”.

Torna-se necessário, uma especial atenção às pessoas idosas porque, sendo vulneráveis devido às deteriorações fisiológicas e psicológicas, sofrerão diferentes problemas de saúde, próprios da sua idade, o que implica uma vigilância permanente, mas sempre atendendo à sua privacidade e individualidade. Segundo o Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde (2015) a esperança de vida permite à maioria das pessoas viver após os 60 anos, no entanto não significa uma vida saudável como referido pela OMS (2015, p.5-6) “Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está sendo acompanhada por um período prolongado de boa saúde, existem poucas evidências, sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde

melhor que os pais tinham na mesma idade”. Os idosos vivem hoje muito mais anos, mas as limitações devido às doenças crónicas, trazem perdas de autonomia e sofrimento, existindo necessidade de um acompanhamento precoce com vista à manutenção da sua independência e qualidade de vida.

Para Henriques (2011), os idosos são um grupo frágil e vulnerável pelo que devem permanecer com as suas famílias em ambiente seguro, com os cuidados necessários. Os idosos são considerados todos os homens e mulheres com 65 e mais anos, segundo o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas (DGS, 2004).

No entanto esta realidade nem sempre é possível, devido à nova funcionalidade das famílias, em que todos os membros estão integrados no mercado de trabalho, e em que a família apresenta dificuldades em desempenhar o papel de cuidador, como habitualmente acontecia, impõe uma nova reestruturação nos cuidados à pessoa idosa com adequação dos serviços de saúde e dos apoios sociais. Embora a permanência dos idosos junto da família seja o desejável, vivemos atualmente uma realidade bem diferente do desejável, onde o nível de dependência dos nossos idosos é representativo das dificuldades e da necessidade dos cuidados. Como podemos verificar na tabela nº 2, o nível de dependência dos idosos aumentou ao longo dos anos, com um aumento significativo entre 2011 e 2021, sendo este último valor ainda provisório resultado dos últimos Censos, mas que reflete a realidade da nossa população envelhecida.

**Tabela nº 2**

*Índice de dependência de idosos*

Anos	Rácio - %
	Índice de dependência idosos
1960	12,7
1970	15,6
1981	18,2
1991	20,5
2001	24,2
2011	± 28,8
2021	Pro 36,8

Fonte: INE/ Pordata <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Apresentando o nosso país um índice de dependência dos idosos em crescimento significativo, analisamos o índice de dependência por região, verificando-se um aumento entre 2001 e 2019 em todas as regiões de Portugal, mostrando a necessidade de definir estratégias políticas que permitam reduzir o nível de dependência e promover uma melhor qualidade de vida aos nossos idosos. A tabela nº 3 mostra-nos o índice de dependência por região.

**Tabela nº 3**

*Índice de dependência de idosos por região*

Territórios	Índice de dependência de idosos		
	Anos 	2001	2019
Portugal		24,4	34,2
 Continente		24,6	34,8
 Norte		20,5	31,1
 Centro		30,1	38,5
 Área Metropolitana de Lisboa		22,4	35,3
 Alentejo		35,3	41,1
 Algarve		28,2	34,4
 Região Autónoma dos Açores		19,8	21,2
 Região Autónoma dos Açores		19,8	21,2
 Região Autónoma da Madeira		20,6	24,1
 Região Autónoma da Madeira		20,6	24,1

Fonte: INE/ Pordata <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

A nossa sociedade deve aceitar a velhice, colaborando com a pessoa idosa na sua adaptação às dificuldades que vão surgindo, vivendo esta fase como um processo natural.

O XXII Governo Constitucional no seu programa 2019-2023 (p. 100) aborda a temática do cidadão sénior, segundo a qual se devem “assegurar boas condições de vida aos cidadãos séniores, garantindo-lhes serviços públicos de elevada qualidade, capazes de oferecer respostas especialmente vocacionadas para as suas necessidades”. Este

programa visa vários pontos sobre o envelhecimento, “assegurar um envelhecimento ativo e digno” (p. 121), num outro ponto, “contar com os cidadãos seniores: promover uma cidadania sénior ativa e empenhada” (p. 122), podemos ler também que “garantir a qualidade de vida na terceira idade: por um envelhecimento saudável” (p. 123), mas quando assim não é possível, os cidadãos seniores “esperam cuidados sociais e de saúde que preservem a sua privacidade, dignidade, singularidade [...] o que implica o desenvolvimento de respostas integradas, centradas na pessoa e de gestão da doença crónica” (p. 123).

Étienne krug, Diretor do Departamento de Determinantes Sociais da OMS, referiu “Ao adotar uma abordagem ampla da ONU, em apoio ao envelhecimento saudável, seremos capazes de encorajar a ação internacional para melhorar a vida dos idosos, suas famílias e comunidades” (WHO, 2020, s.p.).

Os idosos encontram-se inseridos numa sociedade, que nem sempre os valoriza, que não identifica os seus conhecimentos e vivências, desconsidera-os e esquece-os. No sentido de revelar a preocupação que devemos ter com os nossos idosos e a sua saúde, devemos mudar mentalidades e comportamentos perante a população idosa. A Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017 - 2025 procura aumentar a capacidade funcional através de programas que permitam melhorar a saúde dos idosos (DGS, 2017).

O envelhecimento leva a uma perda de capacidades adaptativas e a uma instabilidade no seu equilíbrio, aumentando o seu nível de dependência. Neste contexto, devemos todos, família, comunidade e profissionais de saúde desenvolver estratégias para um envelhecimento saudável e sem risco para a sua saúde.

## **1.2 - As quedas nos idosos**

Antigamente, a grande maioria da população não chegaria a envelhecer, era comum morrer cedo, alguns ainda bem jovens. Atualmente a esperança de vida aumentou, e a sociedade vive um envelhecimento constante, obrigando a novos desafios para aumentar a qualidade de vida dos mais velhos. As quedas na população idosa são um fator preocupante a nível mundial e também no nosso país. Sendo de enorme importância a sua

prevenção, avaliando o risco, e definindo estratégias de prevenção, desenvolvendo atividades para as evitar e minimizar as suas consequências.

Sendo recorrente a ocorrência de quedas ao longo da vida, é a população idosa que apresenta maior prevalência, e onde as consequências são mais significativas. Resultam da perda significativa de equilíbrio, ou pela incapacidade de conseguir mantê-lo, ocorrem em todas as idades, mas mais frequente na população idosa, onde os danos são mais significativos (MS, 2015).

Segundo Macial (2010) as quedas são acontecimentos que podem causar lesões físicas e emocionais, podendo levar à impotência funcional ou até à morte. As suas causas devem ser prevenidas, evitando as suas consequências e os custos económicos. São vários os estudos que apontam para cerca de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos, caem pelo menos uma vez por ano, sendo a percentagem de mais 10% nos idosos com mais de 80 anos, chegando aos 40% e refere ainda que são as principais causas de lesões capazes de provocar a morte acidental, apontando para 70% como a causa de morte.

O Relatório de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) - no sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA) nos anos 2009 - 2012, em Portugal o mecanismo da lesão que mais contribui para o número de ADL são as quedas com 68,7%, sendo uma percentagem significativamente elevada nos idosos de forma crescente com o evoluir da idade, chegando aos 22,3% no género feminino e 9,1% no género masculino (MS, 2014).

Mais recentemente em 2019 o programa EVITA, refere a queda na faixa etária superior aos 65 anos com uma percentagem de 88% em relação a outros acidentes como queimaduras, cortes ou outros. Verificou-se também, que quase 50% das quedas ocorrem em casa, sendo mais frequentes no género feminino. A mesma fonte menciona que no ano 2019, 112988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico, e com necessidade de recurso ao serviço de urgência (MS, 2020).

O elevado número de quedas e as suas consequências, revelam a crescente importância na definição de estratégias, que permitam a sua redução, através do conhecimento dos fatores que as causam (Cruz et al, 2012). As quedas trazem consequências na vida do idoso, sendo um problema mundial, resultado do envelhecimento populacional, que se tornou num problema de saúde pública (Global Report on Falls Prevention in Older Age da WHO, 2007).

As quedas são a terceira causa de incapacidade nos idosos, levando ao sofrimento

e por vezes à morte (WHO, 2007).

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 reforça a importância da prevenção dos acidentes e da promoção da segurança, dirigida a todos os grupos com especial incidência nos idosos, desenvolvendo políticas que permitam comportamentos de segurança (DGS, 2010). Como referido anteriormente, as quedas surgem em todas as faixas etárias, no entanto muito mais prevalente nos idosos. O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, teve como meta no final de 2020 que 95% das instituições prestadoras de cuidados implementassem medidas para promover a prevenção e redução de quedas em toda a população, mas em especial nos idosos até ao final de 2020 (DGS, 2015).

São diversos os fatores que levam às quedas, por vezes de difícil identificação, no entanto existem patologias, em que a queda poderá ser resultado das mesmas, como doenças crónicas do sistema músculo-esquelético, neurológico ou sensorial (Seechley, 2011), sendo a queda apenas um fenómeno consequência dum problema primário.

A queda é definida, segundo WHO como:

um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos. (WHO, 2007, p.1)

As quedas nos idosos são resultantes de diversos fatores de risco. A maioria dos autores atribui tanto a fatores intrínsecos como fatores extrínsecos, mas alguns autores como Buksman et al (2008) referem que existem outros fatores potenciadores da queda, tais como fatores comportamentais ou de exposição ao risco. Referindo como:

**\* Fatores de risco intrínsecos:**

- História anterior de quedas;
- Idade avançada;
- Género feminino;
- Uso de medicamentos;
- Condição clínica (presença de doenças);
- Distúrbios da marcha e/ou equilíbrio;

- Sedentarismo;
- Estado psicológico;
- Deficit nutricional;
- Défice cognitivo;
- Deficiência visual;
- Deficiência auditiva;
- Problemas do foro ortopédico;
- Estado funcional;

**\* Fator de risco extrínseco considera:**

- Iluminação inadequada;
- Tapetes soltos ou dobrados;
- Superfícies escorregadias;
- Degraus altos ou pequenos;
- Falta de corrimãos;
- Prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas;
- Vestuário ou calçado inadequado;
- Obstáculos no caminho;
- Ortóteses inadequadas;
- Via pública com obstáculos;

**\* Fatores de risco comportamentais:**

- Idosos inativos em situação de fragilidade;
- Idosos muito ativos expondo-se demasiado ao risco;

Segundo Baksman et al (2008) cerca de 50% das quedas nos idosos tem a sua origem nos riscos ambientais existentes, os fatores intrínsecos são responsáveis pelas quedas no domicílio, os fatores de risco ambiental ocorrem com maior frequência nos idosos mais ativos, como tal mais suscetíveis a este tipo de quedas.

Segundo Saraiva et al (2008) os fatores intrínsecos que provocam a queda são os que estão relacionados com o idoso, resultado do seu processo de envelhecimento, doenças, efeito causado pelos medicamentos, sendo exemplo a dificuldade na marcha, diminuição da visão, diminuição da audição e diminuição das suas capacidades funcionais. Os fatores extrínsecos, estão dependentes de circunstâncias da própria sociedade ou do ambiente, onde o idoso está inserido. Podemos referir a iluminação insuficiente, superfícies escorregadias, tapetes soltos, degraus, escadas e casas de banho

inadequadas.

Segundo Maciel (2010), existem os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ou ambientais, mas refere que a maioria das quedas são consequência de ambos os fatores. As medidas preventivas de queda, segundo o mesmo autor, incluem aconselhamento dos pacientes e suas famílias sobre o risco de queda, procurando a segurança do ambiente, o estilo de vida, a avaliação oftalmológica, a capacidade de vida diária, as condições sociais, o ajuste correto da medicação, o seu estado nutricional e a correção de fatores de risco ambientais (Tabela nº 4).

**Tabela nº 4**

*Intervenção sobre fatores de risco de quedas*

Fatores de risco	Intervenção
Episódio anterior de queda	Verificar circunstância, corrigir causas
Uso de medicamentos - Psicotrópicos, anticonvulsivantes, antiarrítmicos, hipotensores.	Rever e reduzir ou suspender
Visão - Acuidade, profundidade, redução da percepção de contrastes, cataratas	Providenciar iluminação adequada, sem reflexos, encaminhar ao oftalmologista
Hipotensão postural - Queda da PA sistólica ortostática em 20 mmHg ou mais em relação à PA na posição supina	Detectar e tratar a causa
Distúrbios do equilíbrio e da marcha - Relatado pelo paciente, familiares ou cuidadores - Exame do equilíbrio e da marcha	Determinar e tratar a causa subjacente, reduzir medicamentos que afetam o equilíbrio intervenção ambiental, introduzir fisioterapia, com treino do equilíbrio e da marcha
Problemas neurológicos - Redução da propriocepção - Redução da cognição - Redução da força muscular	Determinar e tratar a causa subjacente, estimular os mecanismos proprioceptivos, reduzir ou suspender medicamentos que afetam a cognição, reduzir riscos ambientais, encaminhar à fisioterapia para treino de marcha, do equilíbrio e para reforço muscular
Comprometimento do sistema músculo-esquelético (músculos, articulações, pés)	Determinar a causa, introduzir fisioterapia (reforço muscular, treino do equilíbrio e da marcha)
Distúrbios cardiovasculares Síncopes, arritmias	Determinar causa e tratar
Problemas ambientais	Corrigir pisos escorregadios ou irregulares, evitar calçados com piso derrapante, manter iluminação noturna

Fonte: Maciel.A (2010) <http://rmmg.org/artigo/detalhes/336>

As quedas são resultantes de uma relação entre os fatores de risco, como refere a OMS os riscos intrínsecos com os riscos biológicos, e valoriza a ideia de que quando

associados a fatores comportamentais e ambientais, o risco de queda aumenta. Descrevem também os riscos ambientais como resultado da integração da pessoa com o ambiente, e identifica riscos socioeconômicos como estando relacionados com condições econômicas e sociais, e a capacidade existente para prevenir, considerando estes fatores como as condições habitacionais inadequadas, acesso aos cuidados de saúde e à falta de recursos da comunidade (WHO, 2007).

Os fatores de queda podem ser multifatoriais, resultantes de diversos fatores de risco que direta ou indiretamente afetam a saúde do idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde, quanto mais fatores de risco o idoso estiver sujeito, maior é o risco de queda, refere ainda que existem fatores que podem ser eliminados, mas outros não se conseguem alterar (DGS, 2019).

A ocorrência de quedas nos idosos é frequente, mesmo muito comum, e parecem existir fatores que as potenciam, como descrito anteriormente, para alguns autores a polimedicação estará associada a um elevado número de quedas. O consumo dos medicamentos parece necessitar de uma importante avaliação, o seu excesso poderá ostentar algum efeito sobre as quedas (Coutinho & Silva, 2002). Prevenir o risco de queda será fundamental, permite reduzir as quedas, as suas consequências e melhorar a qualidade de vida.

Segundo a DGS (2008), as boas práticas baseadas na evidência científica possibilitam prevenir em 38% as lesões nos idosos, ajustando alguns obstáculos no domicílio, alterando estilos de vida, uma alimentação adequada e uma vida ativa.

Os estudos revelam uma importância crescente ao nível dos fatores de risco, e as suas alterações podem minimizar o risco de queda no idoso.

Segundo Cabrita e José (2013) a avaliação do risco inclui perguntas objetivas, questionando sobre histórias anteriores de quedas, e as circunstâncias em que aconteceram, conhecimento sobre a medicação, as patologias, e a sua capacidade funcional, devendo avaliar também os fatores ambientais que, segundo alguns estudos, referem ser responsáveis por uma grande percentagem das quedas.

Ao intervir nos fatores de risco, poderemos reduzir consideravelmente as quedas, devendo existir programas de intervenção, baseados na sua avaliação. Intervir na sua causa pode ser essencial para reduzir as quedas, segundo Rubenstein (2006) existem intervenções possíveis de reduzir o risco:

- Revisão da medicação;

- Alterações no domicílio;
- Promoção de segurança no domicílio e fora dele.

O conhecimento dos idosos e seus cuidadores sobre os fatores que provocam a queda, permitirá no futuro uma redução de quedas, e a diminuição das suas consequências, reduzindo o número de hospitalizações e de sofrimento do idoso.

Como refere Gaspar et al (2019, p.102) “[...] idosos com conhecimento satisfatório apresentam maior prevalência de práticas preventivas de quedas comparadas às dos idosos com conhecimentos insatisfatórios”. Comprovando a importância de aumentar os conhecimentos dos nossos idosos e das suas famílias, atuando e modificando sempre que necessário os fatores de risco.

Existem Manuais sobre prevenção de quedas elaborados, que deveriam ser fornecidos aos idosos e suas famílias, sendo um documento de leitura importante na prevenção da queda, transmitindo conhecimento, e proporcionando a visualização de alguns riscos da vida diária, e as sugestões de mudança de comportamento para prevenir as quedas e reduzir o sofrimento resultante das mesmas.

A intervenção de enfermagem consiste em avaliar e identificar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, verificar os riscos ambientais, através de visitas ao domicílio do idoso, transmitindo conhecimentos e promovendo mudanças de comportamento que permitam prevenir as quedas dos idosos (Santos et al, 2018).

A prevenção é fundamental, a mesma pode acontecer pela intervenção do enfermeiro, da família ou do próprio idoso. Esta intervenção deverá ser iniciada através da avaliação do idoso, ao aplicar uma escala que avalie o nível de risco de queda, como a Escala de Morse. Em seguida, será fundamental intervir nos fatores de risco anteriormente referidos, desenvolvendo estratégias junto do idoso e da sua família, que procurem minimizar o risco e possíveis complicações.

A educação para a saúde é considerada como uma das formas mais eficientes de prevenção de quedas, pois capacita o idoso em relação aos diversos fatores de risco e às formas de prevenção da queda, sendo a enfermagem fundamental para um aumento da literacia na população como referido no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (MS, 2012).

### **1.3 - Os Cuidados de Enfermagem na prevenção de quedas no idoso**

O enfermeiro vive atualmente a realidade do envelhecimento populacional, uma tendência crescente nos últimos anos, trazendo novos desafios à prática dos cuidados de enfermagem, tornando-se necessário adaptar os cuidados à população idosa. O envelhecimento exige do enfermeiro, uma especial atenção na procura da forma individualizada de prestação de cuidados, visando a redução dos riscos existentes nesta fase, mas também capacitando o idoso para a sua autonomia, adaptando ao seu processo de envelhecimento.

Os enfermeiros são profissionais de saúde que possuem habilitações científicas, técnicas e humanas, prestam cuidados ao ser humano saudável ou portador de doença, ao longo do seu ciclo de vida, desenvolvendo intervenções de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)) (Dec. Lei n.º 104/98 de 21 de abril).

Segundo Moniz (2003) o enfermeiro tem como finalidade, prestar cuidados de enfermagem aos idosos utilizando as suas capacidades funcionais, independentemente da sua idade. A promoção da saúde das populações e das comunidades é uma das principais atividades do Enfermeiro Comunitário, procurando capacitar as populações para a obtenção de ganhos em saúde e o exercício da cidadania (Regulamento n.º 128/2011).

Promover comportamentos saudáveis, é função do enfermeiro comunitário principalmente pela proximidade com os idosos e o conhecimento que possui da sua família, e do domicílio, possibilita adaptação a estilos de vida mais saudáveis, promovendo ganhos em saúde. Esta preocupação não é recente, já na Carta de Ottawa, surgem orientações sobre a promoção da saúde, referindo como um processo que permite aumentar os conhecimentos dos indivíduos e/ou comunidade para melhorar a sua saúde (OMS, 1986).

Em 1997 na Declaração de Jacarta sobre a Promoção de Saúde no Século XXI refere:

A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. (OMS, 1997, p.3)

Os enfermeiros de saúde comunitária possuem conhecimentos sobre as necessidades do idoso, e têm proximidade para identificar os riscos, e as mudanças necessárias para manter a sua saúde (Benner, 2005). Reconhecendo as mudanças e a adequação de estratégias para a prevenção das quedas do idoso, o enfermeiro é um profissional de referência que poderá, em conjunto, com os cuidadores adaptar o meio onde o idoso se insere e capacitá-lo de forma a diminuir o risco de quedas, sempre que o idoso demonstre essa necessidade (Meleis, 2012).

A enfermagem comunitária desenvolve a sua atividade na comunidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária dedica parte da sua atividade à capacitação e empoderamento de uma comunidade, procurando através do desenvolvimento de programas, promover a saúde da população (Leme, 2000). O mesmo autor refere ainda que o enfermeiro não deve centrar-se na doença, mas sim na promoção da saúde e na autonomia do idoso (Leme, 2000).

O autocuidado é definido como sendo a capacidade do indivíduo em cuidar de si mesmo, o enfermeiro é responsável por promover o autocuidado, sempre que as capacidades não estão mantidas, por diversos fatores como o estado de saúde, sistema familiar, ou padrões de vida (Orem, 1993).

A promoção do Autocuidado é promover a independência contribuindo para um envelhecimento menos dependente, valorizando as capacidades, e prevenindo o risco, como o risco de queda, sendo o enfermeiro, o profissional que através das suas ações, começa por identificar o risco, e em seguida o procura eliminar. Promover a independência contribuindo para um envelhecimento mais ativo e um menor risco de queda, cabe ao enfermeiro através das suas intervenções promover o autocuidado,

identificando o nível de risco através de recursos existentes na saúde e intervindo precocemente, com vista à sua redução através de decisões individualizadas que reduzam o impacto da queda (Cabrita & José, 2013).

A intervenção do enfermeiro pela proximidade com o domicílio do idoso permite avaliar os fatores de risco e realizar ensinamentos para a diminuição das quedas como referido por Santos et al (2018) a visita domiciliária é de extrema importância porque permite ao enfermeiro identificar os fatores de risco e com o idoso definir estratégias que os minimizem.

A enfermagem comunitária exerce a sua intervenção na comunidade acompanhando o idoso e tem como função a capacitação na procura da promoção em saúde (Leme, 2000). O idoso, sempre que possível, deve ser apoiado no sentido de desenvolver a autonomia que a sua condição de saúde permita. O enfermeiro através da Teoria de Orem adquire uma base de conhecimento que oriente no autocuidado. O enfermeiro, especialista em enfermagem comunitária, pela proximidade com o utente, a sua família e o domicílio, tende a desenvolver estratégias para minimizar o risco de queda, e através da sua intervenção reduzir as situações de risco. A teoria de Orem baseia-se:

em três teorias inter-relacionadas que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porque e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. (Queirós et al, 2014, p. 159)

A teoria de enfermagem pretende, entender o idoso e a sua relação com o ambiente, e a relação entre ambos, procurando planejar as ações de enfermagem e definir intervenções para melhorar a saúde no idoso.

Relativamente à prevenção de quedas, foi a teoria que correspondeu à necessidade dos idosos e à intervenção necessária por parte dos enfermeiros, procurando capacitar os idosos e seus familiares para a prevenção de quedas, minimizando os riscos, reduzindo as suas limitações e melhorando a sua autonomia. Este projeto, desenvolvido na comunidade, encontra-se ancorado à teoria de Orem.

## **2 - ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como competência avaliar o estado de saúde de uma comunidade, de acordo com o Regulamento nº 428/2018. Ao longo do capítulo seguinte, com base na metodologia do planeamento em saúde, procurou-se com suporte no diagnóstico de saúde efetuado e com os recursos disponíveis, estabelecer objetivos que permitam melhorar os problemas prioritários de uma população.

### **2.1– Diagnóstico da situação**

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do planeamento em saúde como refere Melo (2020, p.11) “O Diagnóstico de enfermagem de Saúde Pública contribui para o desenvolvimento de Programas Locais de Saúde, que respondam às necessidades de saúde da população em cuidados de enfermagem, sendo por isso um olhar macro sistémico em relação aos fenómenos de enfermagem numa determinada população”.

Esta etapa permitiu definir os objetivos, e direcionar o processo do planeamento, pois os projetos, os programas, ou os planos traçados tem por base o diagnóstico da situação e as suas necessidades (Imperatori & Geraldès, 1993).

O envelhecimento da população mundial é uma realidade. No nosso país, verificou-se ao longo dos anos o aumento da esperança de vida e um envelhecimento populacional. A diminuição da qualidade de vida dos nossos idosos, resulta de patologias presentes e das próprias limitações na sua mobilidade, as quedas podem ter consequências graves, pelo que evitar ou minimizar essas sequelas é um desafio para os enfermeiros de saúde comunitária e saúde pública.

Com base nas competências do enfermeiro especialista e utilizando a metodologia do planeamento em saúde, desenvolveu-se o projeto de intervenção que visa reduzir as quedas nos idosos, obtendo ganhos em saúde.

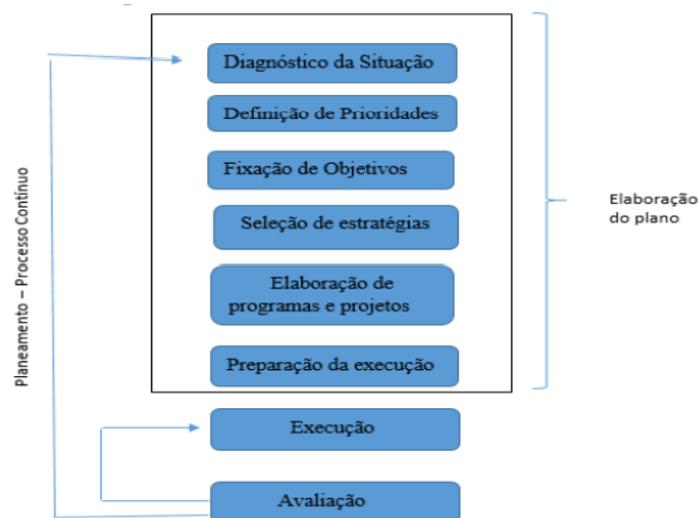
A Metodologia do planeamento em saúde é um método contínuo e dinâmico, com base nos determinantes em saúde e dependente do ambiente onde se insere, definem-se objetivos para determinados problemas de saúde que são considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

O enfermeiro, especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, procura identificar as necessidades em saúde, delineando prioridades e através das suas intervenções, avalia os resultados. Como refere Tavares (1990), o planeamento em saúde tem como objetivo intervir numa situação de saúde, promovendo mudanças de comportamento que permitam a prevenção da doença.

Como representado na figura seguinte, a primeira fase é o diagnóstico da situação, que permite identificar os problemas de saúde e os fatores que o influenciam, onde se procura a origem desse problema de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

**Figura nº 2**

*Etapas do Planeamento em Saúde*



Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993)

Ao longo dos anos, o envelhecimento da população vai sendo mais significativo, como referido anteriormente. Esse fenómeno crescente trouxe novos problemas de saúde, um deles são as quedas sofridas pelos idosos, as quais são um grave problema de saúde pública, e com consequências por vezes significativas. A avaliação do nível de risco de queda, permitiu desencadear medidas de proteção, que possibilitaram identificar os fatores de risco, evitando as consequências que possam surgir de eventuais quedas.

No relatório da RNCCI de 2019, podemos observar o nível de risco dos utentes. Verificou-se que 29% dos utentes apresentavam alto risco de queda, podendo ainda observar que os utentes avaliados com alto risco de queda 18,8% sofreram quedas, e 6,7%, apesar de apresentarem baixo risco de queda, acabaram por sofrer quedas.

Concluímos que o risco de queda se encontra presente na população idosa, sendo um problema existente, com necessidade de intervenção preventiva, procurando minimizar as suas consequências na saúde do idoso.

O projeto de intervenção comunitária que nos propusemos realizar teve como objetivo prevenir as quedas nos utentes com mais de 65 anos, acompanhados em ECCI.

Inicialmente foi submetido, via e-mail, um pedido de parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS) para realização deste projeto, obtendo-se parecer favorável (Anexo nº 1). Foi ainda submetido pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora, cujo parecer também foi favorável, autorizando o desenvolvimento do projeto na comunidade (Anexo nº 2).

### **2.1.1- Contextualização da problemática**

As quedas nos idosos são uma consequência do envelhecimento, embora ocorram em qualquer idade, a maior prevalência e as consequências são mais significativas nos mais velhos. Segundo Maciel (2010, p.555) “As quedas são, na realidade, eventos mórbidos multifatoriais, causadores de lesão, de distúrbios emocionais, de declínio funcional e morte, cujas causas podem ser diagnosticadas e preventivas, com consequente redução de morbilidade e custos financeiros”.

A população não valoriza as quedas e não as previne, não se realizando qualquer avaliação de risco, devendo a mesma ser realizada por profissionais de saúde em especial pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, pela proximidade com a comunidade e pelo conhecimento do domicílio do idoso.

No Relatório do Instituto Nacional de Estatística (2019), podemos observar a taxa de mortalidade por acidente, referente a 2017, aconteceram no país 842 mortes devido a quedas acidentais, impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda. Verificando-se que 82% dos óbitos por queda, foram em pessoas com mais de 62 anos, e

cerca de 70% em pessoas com mais de 75 anos.

Em 2017 a idade média de óbitos foi de 76,7 anos, sendo de 73,0 para os homens e 81,6 para as mulheres. O registo mais baixo de óbitos ocorreu no Alentejo com 0,4% de mortes, e o registo mais alto na Região Autónoma da Madeira.

Os dados em relação às quedas não são reais, pois a sua avaliação é por vezes inexistente, sendo nos Relatórios da RNCCI onde podemos analisar melhor alguns dados existentes, e verificar a importância da nossa intervenção neste problema, que tantas limitações traz aos nossos idosos.

Nos relatórios da RNCCI de 2017 e 2018 não existe registo de avaliação de risco, no entanto no relatório de 2019, podemos verificar que 92,5% dos utentes que ingressaram a RNCCI têm registo de avaliação do risco de queda. Sendo os utentes acompanhados em ECCI os que apresentam o registo mais baixo com 83,6%, nas restantes tipologias de internamento da RNCCI a avaliação foi efetuada a mais de 90% dos utentes. Como podemos observar na tabela seguinte:

**Tabela nº 5**

*Utentes assistidos com avaliação de risco de queda (2019)*

Assistidos com avaliação risco de queda	UC	UMDR	ULDM	ECCI	Total
NORTE	96,2%	99,2%	98,2%	87,3%	94,3%
CENTRO	97,9%	98,3%	96,6%	78,4%	94,2%
LVT	96,6%	94,6%	92,3%	81,0%	88,3%
ALENTEJO	98,4%	99,2%	97,9%	86,8%	94,7%
ALGARVE	98,2%	98,8%	95,1%	84,3%	91,5%
<b>Total</b>	<b>97,2%</b>	<b>97,8%</b>	<b>96,2%</b>	<b>83,6%</b>	<b>92,5%</b>

Fonte: ACSS [Relatorio -Monitorizacao RNCCI-2019.pdf](#)

No ano 2017 a prevalência de quedas em utentes acompanhados na RNCCI era de 8,7% a nível nacional, em 2016 havia sido de 12%, sendo superior nas unidades de internamento com 9,5%, enquanto os utentes acompanhados em ECCI era de 6,9%.

Em relação às quedas existentes na região Alentejo, foi na ECCI que se verificou a maior percentagem com 24%, a restante percentagem ocorreu nas tipologias de internamento. A queda pode trazer consequências, no Alentejo 55% das quedas deixaram sequelas e 31,3% apresentaram sequelas com alterações de mobilidade. No mesmo relatório podemos observar os utentes com queda, 86,1% tinham mais de 65 anos e desses utentes 56,4% mais de 80 anos.

A prevalência de quedas em 2018 foi de 10,2% a nível nacional, sendo no Alentejo de 9,4%, em 2019 de 9,4% a nível nacional e no Alentejo de 9,6%, observamos assim que a prevalência das quedas se mantém próximo dos mesmos valores.

O relatório de 2019 dedica maior relevância às quedas, onde constatamos como mecanismo de queda a perda de equilíbrio, responsável por 56% das quedas, escorregar foi o mecanismo responsável por 33%, os dois juntos somam 89% dos mecanismos de causa de quedas.

**Tabela nº 6**

*Motivo da queda, por região e tipologia (2019)*

Mecanismo	Escorregar	Perda de Equilíbrio	Tropeçar	Total
<b>NORTE</b>	<b>35%</b>	<b>54%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>
UC	35%	53%	12%	100%
UMDR	39%	54%	7%	100%
ULDMD	43%	49%	7%	100%
ECCI	24%	58%	18%	100%
<b>CENTRO</b>	<b>32%</b>	<b>57%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>
UC	35%	58%	7%	100%
UMDR	32%	59%	8%	100%
ULDMD	31%	57%	13%	100%
ECCI	33%	51%	16%	100%
<b>LVT</b>	<b>32%</b>	<b>57%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>
UC	33%	55%	12%	100%
UMDR	30%	60%	10%	100%
ULDMD	39%	54%	7%	100%
ECCI	28%	57%	14%	100%
<b>ALENTEJO</b>	<b>35%</b>	<b>57%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>
UC	25%	67%	8%	100%
UMDR	40%	57%	4%	100%
ULDMD	38%	56%	6%	100%
ECCI	36%	52%	12%	100%
<b>ALGARVE</b>	<b>32%</b>	<b>52%</b>	<b>17%</b>	<b>100%</b>
UC	26%	55%	19%	100%
UMDR	34%	51%	15%	100%
ULDMD	42%	45%	12%	100%
ECCI	33%	50%	17%	100%
<b>Total</b>	<b>33%</b>	<b>56%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>

Fonte: ACSS [Relatorio -Monitorizacao RNCCI-2019.pdf](#)

Podemos concluir, ao analisar estes valores, que as percentagens não oscilam muito, e mantêm-se ao longo dos três anos em valores muito próximos. Revelando a importância de tomar medidas preventivas no sentido de diminuir o número de quedas, e as suas sequelas, uma das medidas adotada, como constatamos no relatório de 2019, foi a avaliação do nível de risco, dos 92,5% utentes avaliados, 29,2% tinham alto risco de queda e 18,6% vieram a sofrer quedas, como podemos observar na tabela seguinte:

**Tabela nº 7**

*Utentes assistidos com risco “alto” e que tiveram queda (2019)*

Assistidos - Risco Alto que tiveram Quedas	UC	UMDR	ULDM	ECCI	Total
NORTE	11,8%	20,7%	23,6%	15,5%	17,9%
CENTRO	15,9%	18,7%	22,2%	9,3%	17,7%
LVT	18,4%	25,0%	26,0%	13,4%	19,1%
ALENTEJO	15,2%	24,8%	22,8%	19,1%	20,5%
ALGARVE	33,9%	21,7%	24,8%	13,1%	21,6%
<b>Total</b>	<b>16,3%</b>	<b>21,4%</b>	<b>23,5%</b>	<b>13,9%</b>	<b>18,6%</b>

Fonte: ACSS [Relatorio -Monitorizacao RNCCI-2019.pdf](#)

Nos utentes avaliados 48,7% apresentavam médio risco de queda, e 7,4% sofreram quedas, enquanto 22,1% foram avaliados com baixo risco e cerca de 6,7% tiveram quedas. A prevalência de quedas também pode ser observada no aplicativo da RNCCI, onde as mesmas são registadas, existem utentes com mais que uma queda, em 2019 o valor foi de 9,4%, em 2018 de 10,2%, a maior prevalência foi no Alentejo em utentes acompanhados em ECCI com 6,1% em 2019 e 8,2% em 2018.

Após observarmos o número de quedas, em seguida podemos analisar as sequelas daí resultantes, com alterações de mobilidade em 2019 verificaram-se 54,1%, sendo que em 2018 o valor era superior de 64,5%.

Com base nos resultados anteriormente descritos, podemos referir que as quedas nos idosos são um indicador que merece a atenção dos enfermeiros, avaliando o nível de risco e intervindo na prevenção dos fatores de risco, será possível reduzir as quedas e as suas consequências.

### 2.1.2 - Caraterização do Alentejo Central

Considerou-se importante, a realização de uma breve caracterização do Alentejo Central, que permitiu conhecer a região onde desenvolvemos o nosso projeto de estágio. O AC possui uma superfície de 7.393 Km<sup>2</sup> e engloba 14 municípios como podemos identificar na figura nº 3.

**Figura nº 3**

*Limites do Distrito do ACES AC*



Fonte: <https://www.plataformacriativa-ac.pt/Municipios.aspx>

O AC em 2011 apresentava um total de 166 726 residentes, sendo 80 261 do género masculino e 86 465 do género feminino (INE, 2021), segundo os resultados ainda provisórios dos Censos (2021), o AC em 2021 tem 152 511 residentes, com 73 229 do género masculino e 79 282 do género feminino, como observamos na tabela 8. Podemos ainda referir a existência de população estrangeira, dos quais 4785 possuem estatuto legal e 916 pretendem o estatuto de residente, na sua maioria oriundos da Europa e do Brasil.

**Tabela nº 8**

*População residente (N.º) por Local de residência*

Período de referência dos dados	Local de residência	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Decenal (1)		
		Sexo		
		HM	H	M
		Grupo etário		
		Total		
		N.º	N.º	N.º
2021	Portugal	10 344 802	4 921 170	5 423 632
	Alentejo	704 707	341 500	363 207
	Alentejo Central	152 511	73 229	79 282

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

Fonte: [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0)

Analisamos o indicador do envelhecimento populacional, permitiu-nos verificar a realidade do AC, segundo o INE (2019), o índice de envelhecimento em Portugal era de 163,2 e no AC de 215,7, conhecido o valor do índice de envelhecimento do ano 2020 sendo em Portugal de 167,0 e no AC de 217,6 confirmando a tendência de envelhecimento já anteriormente referida, também o índice de dependência dos idosos em Portugal era de 48,6 e no AC de 54,8 confirmando o nível de dependência da

população idosa (INE, 2021).

Os cuidados de saúde no AC são assegurados por dois hospitais, sendo um privado, uma Unidade de Saúde Pública (USP), nove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e treze Unidades de Saúde Familiares (USF), doze Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Bilhete Identidade - CSP, 2021).

A RNCCI surgiu para assegurar cuidados à população, como referido no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho (2006, p. 3856), onde foi possível ler “da necessidade de disponibilizar cuidados sociais e de saúde, de qualidade, aos cidadãos frágeis e em situação de dependência”. A disponibilidade no Alentejo encontra-se nas 763 camas de internamento e 546 vagas de apoio domiciliário.

O envelhecimento da população do Alentejo e a necessidade de cuidar da pessoa com dependência, viu a criação da RNCCI como uma esperança e uma aposta forte nos cuidados de saúde no Alentejo.

### **2.1.3 - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade**

Os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde no Alentejo são da responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS), o concelho onde desenvolvemos o nosso projeto encontra-se integrado no ACES AC.

As UCC são unidades funcionais do ACES, criadas pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro e reguladas pelo Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, com a missão de melhorar o estado de saúde da área geográfica onde se inserem, procurando ganhos em saúde.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, as UCC tiveram como objetivo garantir todos os cuidados à população através da promoção da saúde, e prevenção da doença, vigilância epidemiológica, investigação em saúde, participação de diversos grupos profissionais, prestação de cuidados na doença, estabelecendo parcerias com diversos serviços e instituições visando a continuidade dos cuidados (MS, 2008).

O Plano de ação da unidade tem participação ativa em diversos programas nacionais, com profissionais em diversas áreas como:

- Saúde Escolar;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Equipa de Intervenção Precoce;
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Núcleo de crianças e jovens em risco;
- Núcleo de apoio à violência doméstica;
- Equipa de Coordenação Local de Cuidados Continuados;
- Gestão do Banco de Ajudas Técnicas.

A unidade participa ainda de forma ativa em diversos projetos a nível concelhio.

Constituída por uma equipa multidisciplinar, a UCC é composta por dez enfermeiros, uma médica, uma assistente técnica, duas assistentes operacionais, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma técnica do serviço social, uma psicóloga, uma terapeuta da fala e um terapeuta ocupacional, sendo que parte da equipa apenas tem contratualizado algumas horas da sua atividade na UCC.

A unidade encontra-se inserida no ACES AC, possui instalações próprias na sede de concelho, edifício constituído por um único piso, em termos físicos possui gabinetes de enfermagem, gabinete do administrativo, gabinete do Técnico do Serviço Social, uma copa, casas de banho e vestiário. As suas atividades são realizadas em contexto comunitário, pelo que dispõe de três viaturas automóveis para as suas deslocações. De salientar que existem parcerias e ligação entre todas as unidades e com diversas entidades públicas, como as escolas do concelho, a Câmara Municipal e a Universidade Sénior.

A UCC tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população do concelho, procurando obter ganhos em saúde nos cuidados domiciliários e também a nível comunitário, articulando-se com as diversas entidades da comunidade, estabelecendo parcerias e intervindo nos diversos programas, com vista à prevenção da doença e promoção da saúde. Uma das atividades desenvolvidas pela equipa da UCC é dedicada aos cuidados domiciliários através da ECCI que presta cuidados aos utentes no seu domicílio.

A ECCI é constituída por uma equipa multidisciplinar, cuja função é prestar cuidados, procurando a manutenção da saúde e a recuperação da doença buscando ganhos em saúde, com vista á autonomia do utente. Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 no Art.º 27, a equipa da ECCI tem como função a:

prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados

médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (D. Lei nº 101/2006, p. 3862)

Os profissionais da ECCI prestam cuidados no domicílio a utentes dependentes e seus cuidadores, fazendo a diferença nesses cuidados e nos conhecimentos que transmitem e partilham com os cuidadores e também na forma como capacitam o utente para a sua autonomia. Estes utentes necessitam de cuidados, como tratamento de feridas/úlceras de pressão; reabilitação; manutenção de dispositivos ou gestão do regime terapêutico.

O ingresso na RNCCI deve cumprir critérios de referenciação, sendo o utente encaminhado pela equipa de gestão de altas do hospital ou através da sua equipa de saúde nos cuidados de saúde primários. Após avaliação das necessidades do utente, submete no aplicativo a avaliação para a Equipa de Coordenação Local (ECL), após validação da tipologia e assinatura da documentação, o processo segue para o domínio da Equipa de Coordenação Regional (ECR) através do aplicativo informático da RNCCI, sendo esta a equipa que realiza toda a gestão da rede a nível regional e efetua a colocação nas unidades da RNCCI. (Missão para os CSP, 2007)

A ECCI onde decorreu o estágio acompanha um total de 20 utentes, os cuidados são planeados e prestados aos utentes em contexto domiciliário e registados no programa informático *SClinic*, sendo elaborado e analisado um plano individual de intervenção. Semanalmente, é realizada uma reunião da equipa multidisciplinar, onde é avaliado o plano individual de intervenção de cada utente, a sua evolução e definidas as estratégias a desenvolver no futuro.

#### **2.1.4 - Caraterização da População e amostra**

O Alentejo Central possui uma superfície de 7,393 Km<sup>2</sup> com uma população de 152 511 segundo o resultado provisório dos últimos Censos (2021), o município onde se insere a

UCC pertence ao AC, tendo uma superfície de 513,8 Km<sup>2</sup> com uma população de 12 683. Segundo a Pordata (2021) em 2010 existia uma população de 14 415, sofrendo uma diminuição em 2019 para 12 772, em 2021 volta a diminuir o número de residentes, sendo atualmente de 12 683. Podemos ainda referir que existiam 243 idosos por cada 100 jovens em 2010, em 2019 aumentou existindo 269 idosos por cada 100 jovens, confirmando a tendência crescente do envelhecimento.

A população estrangeira neste município não sofreu grande alteração, sendo em 2010 de 2,6%, em 2019 de 2,5% (Pordata, 2020). Observando ainda o índice de envelhecimento segundo as Censos (2011), o concelho apresenta um índice de envelhecimento de 38.5 em 1960, tendo aumentado continuamente em 1981 era de 90,2, em 2001 era de 192,1, em 2011 de 245,0. O último registo Censos (2021) refere um envelhecimento de 266,5 por estes sucessivos aumentos, podemos confirmar um envelhecimento muito significativo da população.

Os cuidados de saúde primários são a oferta de serviços de saúde mais próximos, existindo a UCC, local onde decorreu o estágio, uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) e um Serviço de Urgência Básico (SUB). Ao nível dos cuidados diferenciados a população terá de sair do concelho e recorrer à capital de distrito ao Hospital do Espírito Santo em Évora.

A população é um conjunto de pessoas com as mesmas características, a amostra é uma parte da população que estudamos, e que se tornou representativa da restante população (Fortin, 2009).

A nossa população em estudo foram os utentes com mais de 65 anos acompanhados numa ECCI do ACES AC, no nosso estudo a amostra foi constituída por 17 utentes.

O método de amostragem foi por conveniência, sendo a técnica de amostragem não probabilística e não aleatória. Os critérios de inclusão foram os utentes com mais de 65 anos acompanhados na equipa da ECCI.

O primeiro contacto com os utentes foi realizado pela enfermeira orientadora “elo de ligação”, pertencendo à equipa de acompanhamento clínico conseguiu esclarecer a pertinência do estudo, tendo dado a conhecer o projeto e clarificado as dúvidas que surgiram. A mesma foi responsável pela entrega de forma individualizada de duas cópias do consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice nº1). Após o período de reflexão, foi recolhido pela enfermeira orientadora o consentimento, devidamente

assinado pelos utentes que aceitaram participar voluntariamente no projeto, assegurando sempre o seu anonimato, contudo a sua participação poderia ser cancelada a qualquer momento, se assim o desejassem, sem qualquer dano pessoal.

### **2.1.5 – Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a Escala de Morse, existente no aplicativo da RNCCI, não tendo sido efetuada qualquer alteração à mesma. A sua aplicação permitiu avaliar o nível de risco de queda nos utentes acompanhados em ECCI, o método de estudo é quantitativo, sendo baseado em análise de dados numéricos (Fortin, 2009). O mesmo autor define estudo transversal, como um estudo efetuado num determinado momento e numa população, sendo o que aconteceu no nosso estudo, em que se pretendeu aplicar a Escala de Morse num determinado momento, para avaliar o risco de queda.

A escala possui seis questões, que procuram avaliar o risco de queda, a primeira questão avalia a história de quedas, a segunda a existência, ou não, de diagnósticos secundários, a terceira o apoio utilizado na deambulação, a quarta avalia a necessidade de medicação intravenosa ou heparina, a quinta questão avalia a marcha do utente e a última permite conhecer a consciencialização do utente perante a suas limitações. A determinação do nível de risco de queda é classificada segundo a escala de morse por baixo risco quando se obtém um valor de risco entre 0 - 20, médio risco de queda entre 21 -50 e alto risco de queda quando o valor é superior a 51 (Anexo nº 3).

Foi previamente pedido autorização à Coordenadora Regional da RNCCI para a utilização da escala de Morse na recolha de dados, que encaminhou o pedido para a Comissão de Ética, obtendo-se parecer positivo como já mencionado anteriormente. A enfermeira orientadora como “elo de ligação” com o utente e por pertencer à equipa de acompanhamento clínico, esclareceu a pertinência do estudo e procedeu à entrega do consentimento informado livre e esclarecido, foi assegurado sempre o anonimato dos participantes, a quem foi aplicado a escala de morse. Após a recolha da informação procedeu-se à respetiva organização e análise estatística, sendo utilizado para o efeito o software IBM SPSS Statistics Versão 24 como recurso.

### 2.1.6 – Análise dos resultados

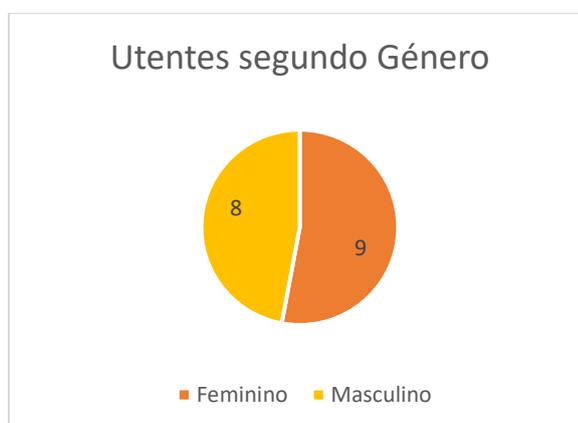
Nesta fase do trabalho, já com a pesquisa bibliográfica efetuada ao longo do primeiro estágio (Apêndice nº 2) e posteriormente à aplicação do instrumento de recolha de dados, tornou-se possível apresentar os resultados obtidos, que possibilitaram enquadrar e avaliar o risco de queda nos idosos acompanhados pela ECCI. Procuramos atingir os objetivos delineados inicialmente, tais como, caracterizar o risco de queda, identificar os principais fatores de risco que possam contribuir para futuras quedas e identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de comportamentos que previnam as quedas nos idosos.

O questionário/ Escala de Morse disponível no aplicativo da RNCCI foi aplicado a 17 utentes acompanhados pela ECCI, excluindo-se os restantes utentes por apresentarem idade inferior a 65 anos. A totalidade dos utentes com mais de 65 anos aceitou participar no estudo, a quem foi aplicado o instrumento de avaliação.

Após análise dos resultados obtidos, num total de 17 utentes, considerou-se estes utentes como 100% da nossa amostra, sendo 9 do género feminino o que corresponde a 52,9 %, e 8 do género masculino correspondendo a 47,1 % da amostra. Como podemos observar no gráfico nº 1.

#### Gráfico nº 1

*Utentes segundo o género*

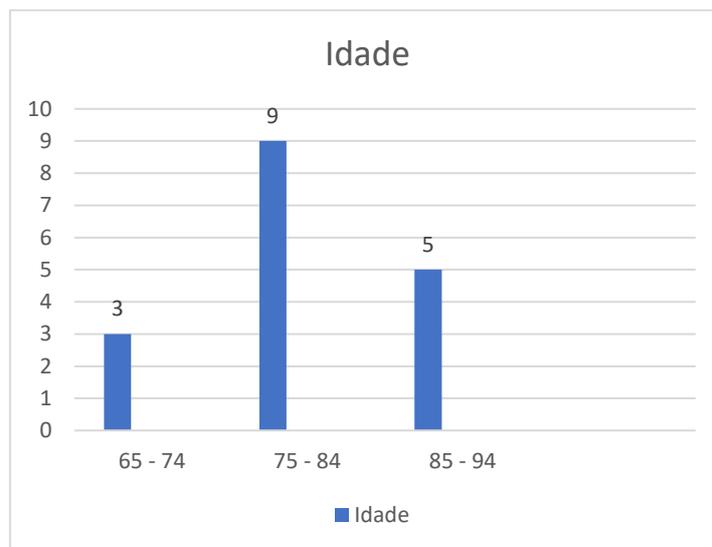


Fonte: Elaboração própria

Relativamente à idade dos utentes que constituíram a amostra, podemos observar que a mesma é composta por utentes entre os 65 anos e os 91 anos, sendo a média de idades de 79,71 (Gráfico nº 2).

### Gráfico nº 2

*Utentes segundo a idade*

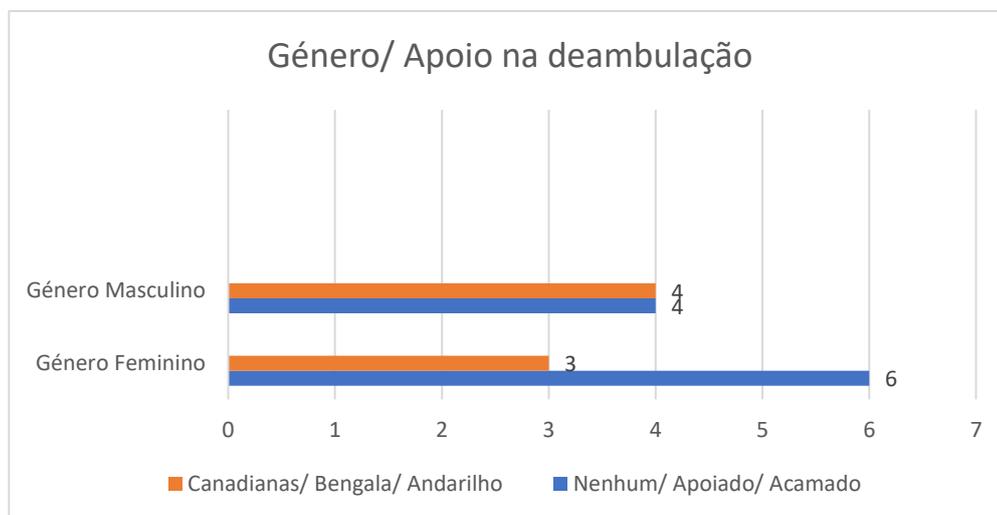


Fonte: Elaboração própria

Ao observar o gráfico nº 3 podemos constatar na nossa amostra existe um número significativo de utentes do género feminino, 6 utentes que não necessitavam de nenhum apoio, não se conseguiu avaliar através da aplicação da escala de Morse com exatidão se esses números são de utentes que se encontravam acamadas. No entanto, no trabalho de campo efetuado, e confirmado pelo “elo de ligação” verificamos que 5 utentes deambulam sem ajuda de auxiliar de marcha, e uma utente encontrava-se em cadeira de rodas. As outras 3 utentes do género feminino utilizavam auxiliar de marcha como apoio na sua mobilização. No género masculino, podemos referir que 4 utentes necessitavam de apoio de marcha, enquanto os outros 4 utentes não utilizavam apoio de marcha, mas podemos observar em trabalho de campo que 2 utentes se encontravam acamados e 2 necessitavam de cadeira de rodas para se deslocar.

### Gráfico nº 3

*Utente segundo género/ apoio na deambulação*



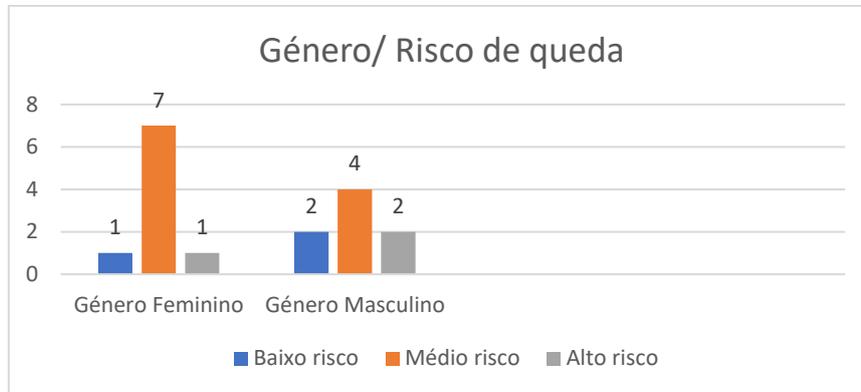
Fonte: Elaboração própria

Analisamos o risco de quedas de acordo com o género e podemos referir que 9 utentes do género feminino e 8 do género masculino apresentavam risco de queda.

Dois utentes do género masculino e um utente do género feminino apresentaram alto risco de queda. Verificou-se no género feminino que 7 utentes apresentaram médio risco, o que foi de encontro ao mencionado no Relatório de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) - no sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA) nos anos 2009-2012). Em Portugal, o mecanismo da lesão que mais contribuiu para o número de ADL são as quedas com 68,7%, sendo uma percentagem significativamente elevada nos idosos de forma crescente com o evoluir da idade chegou aos 22,3% no género feminino e 9,1% no género masculino (MS, 2014). (Gráfico nº 4)

#### Gráfico n° 4

*Utentes segundo o género e nível de risco*



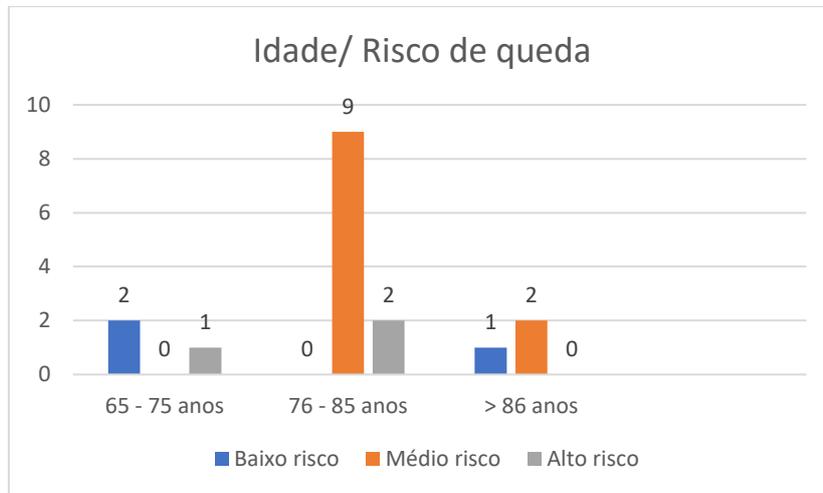
Fonte: Elaboração própria

Ao observarmos o gráfico 5 onde se cruzou o risco de queda com a variável idade, podemos constatar que os utentes abaixo dos 75 anos apresentavam baixo risco de queda. O utente de 91 anos encontra-se acamado, motivo pelo qual também apresentou baixo risco de queda. Verificou-se os valores mais elevados entre os 76 e os 85 anos, encontrando-se os dados em conformidade com a literatura, onde são vários os estudos que apontam para cerca de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos, caem pelo menos uma vez por ano, sendo a percentagem de mais 10% nos idosos com mais de 80 anos, chegando aos 40%, e refere ainda que são as principais causas de lesões capazes de provocar a morte acidental, apontando para 70% como a causa de morte (Maciel, 2010).

No entanto existem estudos que referem percentagem mais alta de queda no idoso, apontando para 32 - 42% em idosos com 70 anos, e nos idosos com 80 anos ou mais anos pode chegar aos 50 %, percebendo-se assim que a queda é mais frequente com o avançar da idade (Rodrigues, 2015).

### Gráfico nº 5

*Utentes segundo a idade e nível de risco de queda*

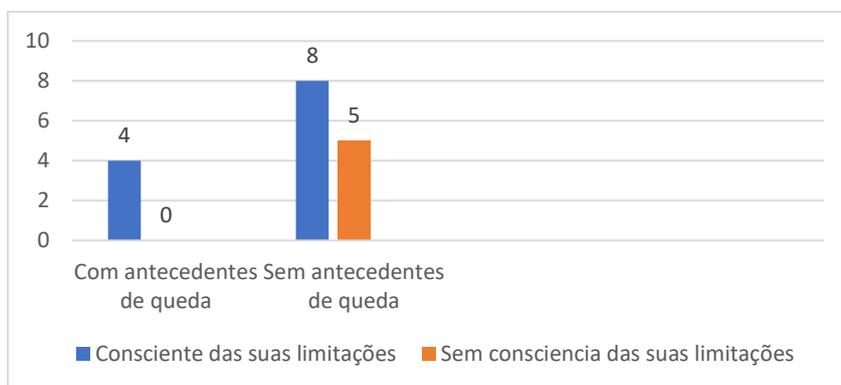


Fonte: Elaboração própria

No gráfico nº 6 observamos que os 4 utentes que referiram ter sofrido queda, apresentavam-se conscientes das suas limitações, contrariando os 5 utentes que não se encontram conscientes das suas limitações e não sofreram qualquer queda. Na sua maioria 8 utentes encontravam-se conscientes das suas limitações, e não sofreram qualquer queda. A consciencialização da sua situação de saúde é um fator importante para o risco de quedas, sendo fundamental o enfermeiro ter perceção da consciência que os utentes têm em relação à sua situação, para que desenvolva estratégias na minimização do risco das quedas.

### Gráfico nº 6

*Utentes segundo os antecedentes de queda e o estado de consciência*



Fonte: Elaboração própria

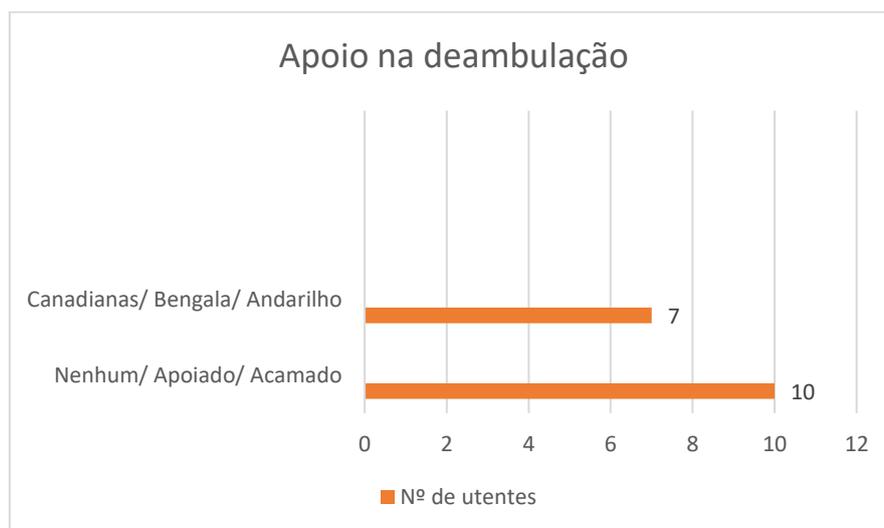
Após questionar os utentes em relação à presença de diagnósticos secundários, foi possível confirmar que na sua totalidade 100% (17) dos utentes referiram ter atualmente vários diagnósticos, pelo que seria com toda a certeza importante perceber quais os diferentes diagnósticos e se existiam apenas dois ou mais diagnósticos, deveríamos ainda conhecer as terapêuticas associadas às diferentes patologias do utente, sendo a polimedicação apontada como um fator que poderá aumentar o risco de queda.

Segundo refere Cabrita e José (2013), o uso de benzodiazepinas em pessoas mais idosas aumenta o risco de queda em 44%, e a associação de quatro medicamentos independente do grupo farmacológico, aumenta em nove vezes o risco, sabendo nós que a maioria dos idosos se encontram polimedicados, podemos concluir que a grande maioria apresenta risco de queda.

Relativamente ao apoio na deambulação concluímos que 7 utentes utilizavam como auxiliar de marcha canadianas/ bengala/ andarilho. Relativamente aos restantes 10 verificámos ao longo do estágio, e foi confirmado com o “elo de ligação” que 3 utentes utilizavam cadeiras de rodas para se deslocarem, 5 utentes do género feminino deambulavam sem ajuda, encontrando-se 2 utentes acamados. (Gráfico 7)

### Gráfico nº 7

*Utentes segundo apoio na deambulação*



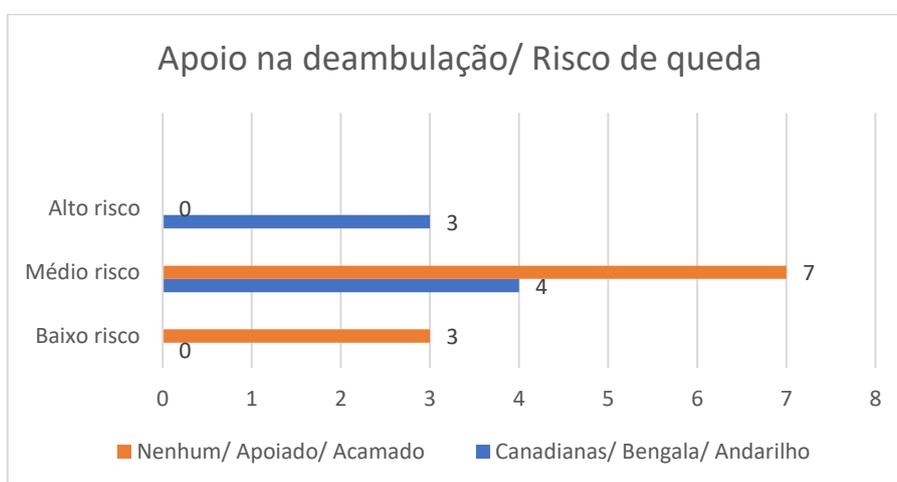
Fonte - Elaboração própria

O gráfico nº 8 indicou-nos a necessidade de apoio na deambulação e o risco de queda dos utentes, sendo, dos utentes que utilizavam auxiliar de marcha, 3 apresentavam alto risco de queda e 4 utentes médio risco de queda.

Relativamente aos utentes que não necessitavam de nenhum apoio na deambulação, podemos constatar que 2 utentes se encontravam acamados, 3 utentes deslocavam-se em cadeira de rodas, e 5 utentes deambulavam sem ajuda, esta realidade foi possível observar ao longo do trabalho de campo. Observou-se que 7 utentes apresentavam médio risco de queda e 3 baixo risco de queda.

### Gráfico nº 8

*Utentes segundo o apoio na deambulação e risco de queda*



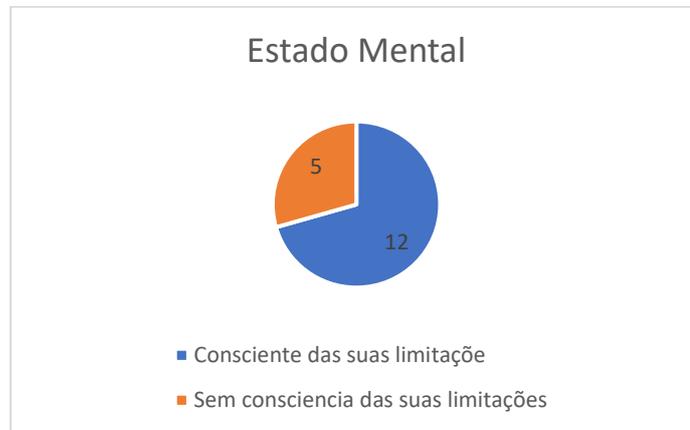
Fonte: Elaboração própria

Relativamente à questão em avaliação na escala de Morse sobre a medicação e/ou heparina intravenosa, todos os utentes, 100% da nossa amostra responderam não fazer qualquer medicação intravenosa.

A última questão em avaliação na escala de Morse procurou avaliar o nível de consciência do utente relativamente às suas limitações. Verificou-se que 12 utentes teriam consciência das suas limitações, enquanto 5 utentes não teriam consciência das suas limitações. (Gráfico nº 9)

### Gráfico nº 9

*Utentes segundo o estado de consciência*

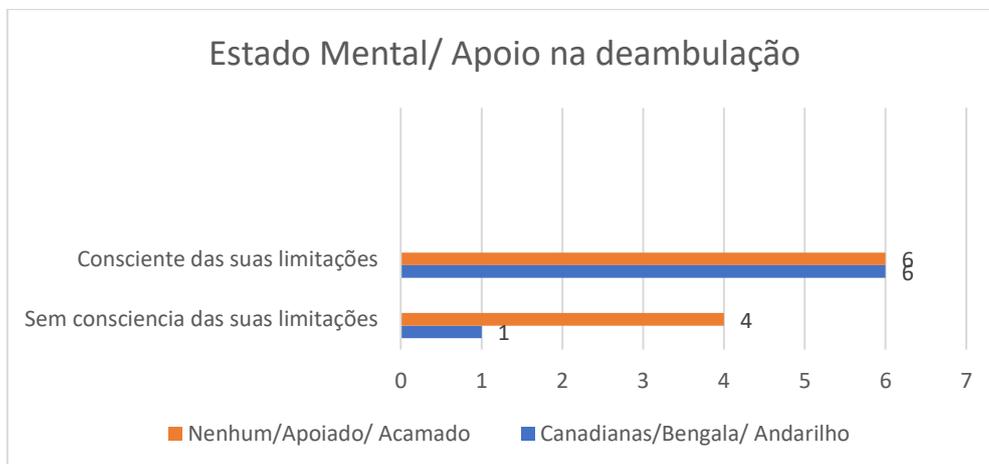


Fonte: Elaboração própria

Ao analisarmos o estado mental dos utentes e o apoio que necessitavam na sua deambulação, podemos observar que 6 utentes estavam conscientes das suas limitações, e não necessitavam de apoio para deambularem, 6 utentes necessitavam de auxiliares de marcha, encontravam-se conscientes das suas dificuldades. Podemos ainda observar que existem 5 utentes que não se encontravam conscientes das suas limitações, encontrando-se 1 utente acamado, 3 utentes em cadeira de rodas e 1 utente que deambulava com auxiliar de marcha, mas não tendo consciência das suas limitações. (Gráfico nº10).

### Gráfico nº 10

*Utentes segundo o estado de consciência e o apoio na deambulação*

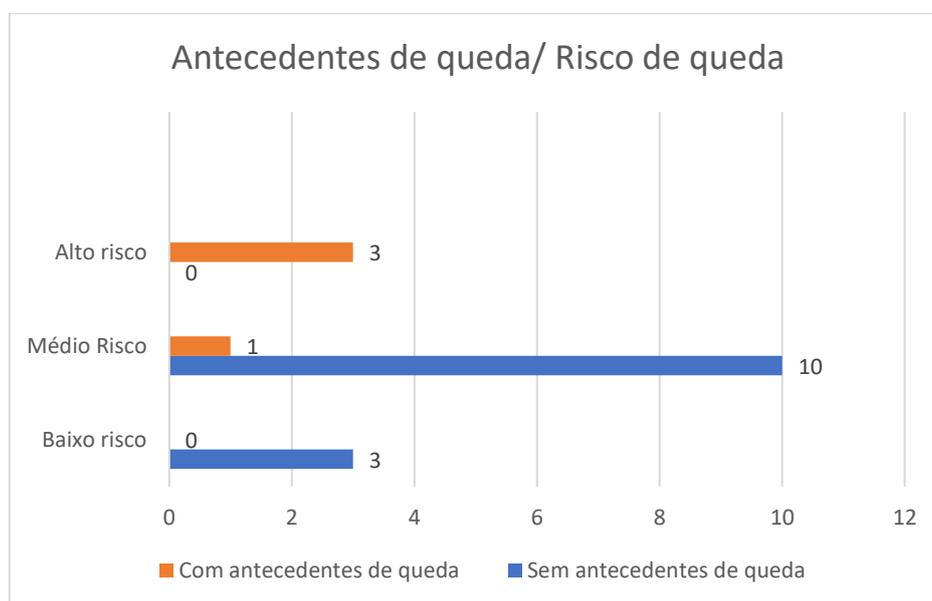


Fonte: Elaboração própria

Verificou-se, ao observar o gráfico nº 11, que os 2 utentes com alto risco de queda já teriam antecedentes nos últimos 3 meses e 1 utente com médio risco de queda também referiu ter tido uma queda nos últimos 3 meses, sendo 10 os utentes que apesar de apresentarem médio risco de queda, referiram não ter sofrido queda. Os utentes com baixo risco de queda não mencionaram ter tido qualquer queda. Constatou-se que será nos utentes com médio e alto risco de queda que as mesmas aconteceram, verificando -se a necessidade de desenvolver estratégias que diminuíssem o risco de quedas.

### Gráfico nº 11

*Utentes segundo antecedentes de queda e risco de queda*

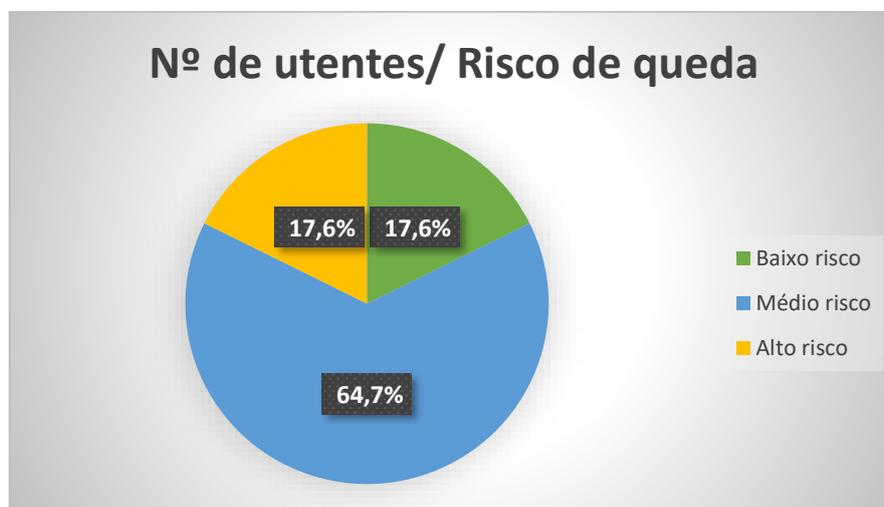


Fonte: Elaboração própria

Após a apreciação das 6 questões presentes na escala de Morse e aplicadas aos utentes foi possível determinar o nível de risco de queda dos mesmos, sendo que 17,6% (3) utentes teriam baixo risco de quedas, 64,7% (11) utentes apresentavam médio risco de queda e 17,6% (3) apresentavam alto risco de quedas. Podemos concluir que dos utentes acompanhados pela equipa da ECCI, 82,3% (14) utentes apresentavam médio ou alto risco de queda. (Gráfico nº 12)

## Gráfico nº 12

*Utentes segundo o nível de risco de queda*



Fonte: Elaboração própria

O envelhecimento deverá ocorrer da forma mais saudável e ativa possível, devendo o indivíduo e os decisores investirem no bem-estar físico, mental e social não só noutras fases da vida, mas também nesta fase. O conhecimento adquirido acerca dos riscos de queda terá certamente efeitos nas medidas a tomar, promovendo a sua prevenção.

Na nossa amostra, embora restrita podemos observar que 17,6% dos utentes apresentavam alto risco de queda e 64,7% médio risco, revelando-se a necessidade de adoção de medidas preventivas que levem à redução da queda, suas consequências e das comorbilidades por vezes graves e em algumas situações levando mesmo à morte.

Considerou-se a necessidade de promover medidas preventivas através da intervenção dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros de saúde comunitária e de saúde pública pela proximidade com o utente no seu domicílio. O desenvolvimento de estratégias que favorecem a autonomia do utente e proporcionam maior qualidade de vida. Adequar as capacidades físicas e mentais às limitações existentes no processo de envelhecimento será fundamental para um envelhecimento mais saudável.

## 2.2 – Determinação de prioridades

Após a etapa da realização do diagnóstico, deve-se definir os principais problemas de saúde, que se obtém através do déficit do estado de saúde de um indivíduo, ou de uma comunidade (Tavares, 1990).

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde passou pela determinação de prioridades, sendo este um processo que procura decisões, de modo a hierarquizar os problemas, definindo os que devem ser solucionados em primeiro lugar.

Segundo refere Melo (2020), a etapa de priorização merece destaque relativamente às outras etapas do planeamento em saúde, procurando uma boa gestão de recursos, que por norma não são muitos, sendo um dos objetivos a otimização dos resultados que se procuram alcançar com a implementação do projeto.

Nesta fase terá de existir uma tomada de decisão na seleção de prioridades, que procuram definir os problemas, cuja solução deverá ser prioritária.

Para Imperatori e Giraldes (1982), existem três critérios para a definição, e ponderação de prioridades:

Magnitude - caracteriza o problema na sua dimensão, ou seja, a população abrangida pelo problema, neste estudo procurou-se quantificar o nível de risco de queda nos idosos;

Transcendência - é a influência que existe sobre determinados grupos da população, procuramos através do conhecimento dos fatores de risco, reduzir as quedas;

Vulnerabilidade - corresponde a uma possibilidade de prevenir com os meios disponíveis, procuramos através do diagnóstico definir estratégias que visem reduzir o risco de queda;

Analisando a problemática quanto à sua magnitude, podemos dizer que se trata de um problema real e com um impacto cada vez mais prevalente na população, devido ao seu envelhecimento, as quedas nos idosos são frequentes e o risco de queda elevado, podendo levar ao aumento das morbilidades com danos graves para a saúde do idoso. Relativamente à transcendência, podemos referir que as atividades propostas tiveram como objetivo contribuir para a redução de quedas nos idosos, dando a conhecer os fatores de risco, procurou-se consciencializar o idoso, a família/ cuidador para a necessidade da prevenção de quedas. Ao nível da vulnerabilidade podemos considerar que a educação

para a saúde assume um papel importante na promoção da saúde do idoso, através da diminuição dos fatores de risco, evitamos as quedas e suas consequências.

Procuramos definir a priorização do problema, após o diagnóstico de saúde, onde foi possível verificar que 64,7% dos idosos apresentam médio risco de queda, 17,6% alto risco de queda, e 23,5% dos idosos referiram ter sofrido uma queda nos últimos 3 meses.

Procedeu-se à organização de um *Focus Group* que ocorreu dia 18 de novembro de 2021 com a participação dos elementos da equipa da ECCI, que possibilitou a partilha de experiências e de vivências dos elementos da equipa, sendo os mesmos conhecedores da realidade, com base nos seus testemunhos privilegiados e no diagnóstico de saúde foi possível determinar as prioridades de intervenção.

Para a realização deste *Focus Group*, foi elaborado um convite (Apêndice nº 3) endereçado à equipa multidisciplinar da ECCI com a devida antecedência, e tendo em conta a disponibilidade do maior número de profissionais, procurando que o *Focus Group* se desenvolvesse com o objetivo desejado e de forma organizada o seu planeamento foi elaborado de forma criteriosa (Apêndice nº 4).

O *Focus Group* decorreu na sala de reuniões e estiveram presentes 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala, 1 fisioterapeuta e 9 enfermeiros. Foi entregue a todos os profissionais o consentimento informado, livre e esclarecido, que leram e assinaram (Apêndice nº 5).

No início do *Focus Group* foi apresentado o diagnóstico efetuado aos utentes acompanhados em ECCI, no âmbito da prevenção de quedas e onde foi possível determinar o nível de risco de queda (Apêndice nº 6). Na sequência do planeamento do *Focus Group* foram apresentadas as seguintes questões à equipa: qual a perceção da equipa para a importância deste projeto, identificar quais os fatores de risco presenciados pela equipa no domicílio do utente com prioridade de intervenção, e identificar quais as estratégias a desenvolver para minimizar os fatores de risco de queda dos utentes acompanhados pela ECCI.

No final do *Focus Group* foi entregue a todos os participantes um certificado de presença como forma de reconhecimento pela participação neste projeto comunitário (Apêndice nº 7).

Os profissionais consideraram muito positivo o projeto e após análise de conteúdo, emergiram categorias e subcategorias que nos conduziram às seguintes decisões (Apêndice nº 8):

- Uniformização de procedimentos para a avaliação de risco de quedas dos utentes acompanhados em ECCI, através da elaboração de uma norma de avaliação de risco de queda.

- Avaliação dos fatores de risco existentes, através do preenchimento de uma check list, durante a segunda visita ao utente.

- Promoção de alterações que minimizem o risco de queda, desenvolvendo sessões de educação individualizadas ao utente, familiar/cuidador no seu domicílio informando sobre os fatores de risco.

- Divulgação através dos meios de comunicação local, dando a conhecer os diversos fatores de risco de queda e estratégias para evitar as quedas e suas consequências.

Analisando as diversas contribuições da equipa no desenvolvimento do *Focus Group*, tendo em conta o diagnóstico efetuado anteriormente, foi determinada como prioridade a redução do número de quedas nos idosos. A equipa considerou importante a elaboração de uma norma sobre prevenção de quedas e a aplicação de uma check list que permita com exatidão e rapidez determinar os fatores de risco. Considerou-se importante direcionar a intervenção no âmbito da educação para a saúde, tendo como objetivo a prevenção de quedas, abordando os fatores de risco, e alertando para comportamentos que possam aumentar o risco e intervindo junto do idoso e sua família /cuidador, de forma à adoção de hábitos que minimizem esse risco, evitando o sofrimento após eventual queda e as consequências que a mesma possa deixar na saúde do idoso.

### **2.3 - Fixação de objetivos**

Após a definição de prioridades, seguiu-se a terceira etapa, a fixação de objetivos, que corresponde à elaboração dos resultados que se procuraram atingir, de acordo com os problemas definidos como prioritários (Imperatori & Geraldés, 1993).

A definição de prioridades procurou com os recursos existentes, alcançar os objetivos que delineamos, de forma a contrariar a evolução do problema identificado no diagnóstico de saúde.

Segundo Tavares (1990) os objetivos devem ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis, possibilitando à posterior a avaliação dos mesmos.

A definição de objetivos deve ser minuciosa e muito rigorosa para que não comprometa a viabilidade do projeto (Melo, 2020). Desta forma, definimos os seguintes objetivos para o nosso projeto:

**Objetivo geral:**

- Prevenir as quedas dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa de ECCI do ACES AC até janeiro de 2022.

**Objetivos específicos:**

- Identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela ECCI do ACES AC.
- Identificar as necessidades e priorizar as intervenções para minimizar o risco de quedas, em utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela ECCI do ACES AC.
- Desenvolver atitudes que reduzam as quedas nos utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI do ACES AC.

**Metas:**

- Que 80 % dos utentes com critérios de inclusão, tenham risco de queda determinado;
- Que 50 % da equipa de ECCI participe no *Focus Group*;
- Que 80% dos utentes aceitem participar nas ações realizadas.

Segundo Melo (2020, p. 23) “Através de uma adequada definição de objetivos é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma muito clara, pois passamos a identificar, a partir do estado atual de uma determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando.” Após delinear os objetivos, devemos definir estratégias que procurem responder aos problemas identificados, e que permitam alcançar os objetivos.

**Quadro nº 1**

*Objetivos específicos, indicadores de execução, atividades e metas*

Objetivos específicos	Indicadores de Execução	Atividades	Metas
<p>- Identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela ECCI do ACES AC.</p>	<p>- Número de utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI com risco de queda avaliado / Número total de utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI x 100%.</p>	<p>- Avaliação do risco de queda aos utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI, efetuado através da aplicação da escala de morse utilizada no aplicativo da RNCCI.</p>	<p>- Que 80 % dos utentes com critérios de inclusão, tenham risco de queda determinado.</p>
<p>- Identificar as necessidades e priorizar as intervenções para minimizar o risco de quedas, em utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela ECCI do ACES AC.</p>	<p>- Número de profissionais da ECCI que participam no <i>Focus Group</i>/Numero total de profissionais da ECCI x 100%.</p>	<p>- Realização de pesquisa científica para a elaboração da revisão integrativa da literatura.</p> <p>- Realização de <i>Focus Group</i> com elementos da ECCI procurando o seu contributo com vista a definir estratégias que reduzam o risco de queda.</p>	<p>- Que 50 % da equipa de ECCI participe no <i>Focus Group</i>.</p>
<p>- Desenvolver atitudes que reduzam as quedas nos utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI do ACES AC.</p>	<p>- Número de intervenções realizadas aos utentes com mais de 65 anos /família/cuidadores acompanhados pela ECCI / Número total de utentes com mais de 65 anos em ECCI x 100%.</p>	<p>- Realizar sessões individuais de educação para a saúde no domicílio do utente que promovam a redução do risco de queda.</p> <p>- Elaborar um Manual de prevenção de quedas</p> <p>- Efetuar uma publicação no jornal local</p> <p>- Gravar um “spot” para transmissão diária na rádio local.</p>	<p>- Que 80% dos utentes aceitem participar nas ações realizadas.</p>

Fonte: Elaboração própria

## 2.4 - Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a 4ª etapa no planeamento em saúde, foi nesta etapa que definimos as estratégias adequadas para dar resposta ao nosso diagnóstico, identificado como prioritário, procurando atingir os objetivos delineados.

Segundo Imperatori e Geraldès (1993) as estratégias definidas devem minimizar obstáculos que possam impedir a concretização dos objetivos estabelecidos.

Na seleção das nossas estratégias, podemos encontrar obstáculos muitas vezes causados pela resistência à mudança como refere Tavares (1990). Será mais fácil, se quem planeia tiver um profundo conhecimento do problema identificado, possibilita analisar qual a melhor perspetiva para a sua solução, e avaliar os custos e benefícios, e ainda os recursos que se encontram à disposição.

Segundo Tavares (1990) nesta fase podemos deparar-nos com obstáculos organizacionais, legais ou financeiros, podendo no início surgir uma resistência à mudança, na equipa profissional ou na população alvo.

Após a realização do *Focus Group* que determinou as prioridades de intervenção com o contributo dos elementos da ECCI, definidos os problemas prioritários onde foi possível intervir, os objetivos e as metas a alcançar, delineámos as estratégias mais adequadas à nossa intervenção.

Imperatori e Geraldès (1993, p. 87) define estratégias como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com um fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.”

As estratégias de intervenção foram definidas após conhecimento da população alvo, no caso os idosos acompanhados pela ECCI e tiveram como objetivo a redução das quedas nos idosos, reduzindo o risco de queda e intervindo na diminuição dos fatores de risco. Procuramos dar resposta ao objetivo a que nos propusemos, e tendo em conta os recursos que possuímos, definimos as seguintes estratégias:

### **Estratégia 1 - Apresentação do projeto e envolvimento da equipa no diagnóstico de saúde.**

Nesta estratégia a colaboração do “elo de ligação” e a cooperação dos elementos da ECCI foram fundamentais na aplicação da escala de Morse existente no aplicativo da RNCCI. A escala possui seis questões, onde se pretende avaliar o risco de queda, sendo que a primeira questão avalia a história de quedas, a segunda a existência, ou não, de diagnósticos secundários, a terceira o apoio utilizado na deambulação, a quarta avalia a necessidade de medicação intravenosa ou heparina, a quinta questão avalia a marcha do utente, e a última permite conhecer a consciencialização do utente perante as suas limitações. A determinação do nível de risco de queda é identificada segundo a escala de Morse por baixo risco quando se obtém um valor de risco entre 0 - 20, médio risco de queda entre 21 -50 e alto risco de queda quando o valor é superior ou igual a 51.

A aplicação da escala de Morse foi efetuada após esclarecimento junto dos idosos e da sua família/ cuidador da importância do estudo e dada a oportunidade de tomar uma decisão livre e esclarecida, após a assinatura do Consentimento Informado Livre e Esclarecido e assegurando o anonimato da sua participação. A aplicação da escala foi efetuada nas últimas duas semanas de setembro e na primeira semana de outubro de 2021.

Após a colheita de dados que permitiu recolher informação sobre o nível de risco de queda dos utentes, foi fundamental a análise com recurso ao software SPSS Statistics versão 24, permitindo identificar o nível de risco de queda, os problemas e as necessidades da população em estudo, possibilitou a definição das futuras intervenções, com vista à redução do número de quedas nos idosos.

A equipa multidisciplinar da ECCI foi fundamental na recolha de informação, que possibilitou um maior conhecimento sobre a problemática das quedas nos idosos. A realização do *Focus Group* onde foi apresentado o resultado do diagnóstico de saúde à equipa e contando com o conhecimento e experiência da mesma, foi possível identificar as necessidades e priorizar as atividades que permitiram reduzir as quedas nos idosos.

A realização do *Focus Group* foi elaborada atempadamente, com um convite entregue a todos os elementos da equipa multidisciplinar (Apêndice nº 3), foi ainda criado um guião do *Focus Group* (Apêndice nº 4) para de forma mais organizada recolher todos os seus contributos da equipa.

O *Focus Group* decorreu no dia 18 de novembro com a participação de toda a equipa, com exceção de um enfermeiro que não teve possibilidade de estar presente, a

equipa apresentou-se muito motivada e participativa. Foi entregue a cada elemento da equipa o consentimento informado livre esclarecido (Apêndice nº 5), após a tomada de conhecimento e esclarecida alguma dúvida, procedeu-se à assinatura, a sessão foi gravada e decorreu na sala de reuniões da unidade funcional. Foi seguido o planeamento delineado anteriormente para o desenvolvimento da sessão e com a colaboração de todos os elementos da equipa o *Focus Group* decorreu sem intercorrências e de acordo com o planeado. No início, efetuou-se a apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde (Apêndice nº 6). Foi possível adquirir novos conhecimentos e partilhar experiências vivenciadas pela equipa, que permitiram delinear atividades futuras com o propósito de atingir os objetivos definidos para o projeto.

Após terminar o *Focus Group* foi elaborada uma matriz (Apêndice nº 8) que permitiu determinar categorias e subcategorias, evidenciou-se a proposta da elaboração de uma norma (Apêndice nº 9) para uniformização dos procedimentos promovendo a determinação do nível de risco de queda dos utentes acompanhados em ECCI, depois de elaborada foi apresentada à equipa multidisciplinar e após alguns ajustes ficou como instrumento a utilizar pela equipa.

A construção de uma *check list* (Apêndice nº 10) com os diferentes fatores de risco de quedas, foi outra das necessidades identificadas ao longo do *Focus Group*, a mesma foi elaborada e apresentada à equipa que concordou com todos os fatores de risco a avaliar, tendo ficado decidido pela equipa a sua aplicação aos utentes acompanhados em ECCI na segunda visita, o que permitiu identificar os fatores de risco e através da nossa intervenção possibilitou a sua alteração, promovendo a prevenção da queda no idoso.

### **Estratégia 2 – Envolvimento do idoso e família.**

A elaboração e realização de ações de educação para a saúde de forma individualizada no domicílio do utente, apresentando os fatores de risco de queda, identificando a sua existência, promovendo a prevenção das quedas e suas consequências.

Os conhecimentos transmitidos nas ações de educação para a saúde, tiveram como base a revisão da literatura efetuada sobre a prevenção de quedas, a sua transmissão aos idosos, família ou cuidadores procurou informar sobre uma problemática presente, mas muito pouco valorizada, com consequências por vezes muito graves para os idosos e sua família.

As sessões de educação para a saúde foram realizadas individualmente, utilizando-se o método expositivo e demonstrativo em *power point*, após a elaboração do plano da sessão de educação para a saúde (Apêndice nº 11) tendo as sessões decorrido entre a terceira semana de novembro e a primeira semana de janeiro, onde foi possível a sua apresentação a 14 idosos, na sua maioria contamos também com a presença do cuidador, sendo o familiar mais próximo do idoso.

Verificou-se ao longo das sessões de educação para a saúde, que a participação e motivação dos cuidadores ou familiares foi fundamental nesta nossa atividade, demonstrando interesse em adquirir novos conhecimentos e mostrando vontade de corrigir os fatores de risco identificados. A observação direta dos fatores de risco no domicílio do utente, foram fundamentais para sugerir mudanças que diminuam o risco de futuras quedas. Verificou-se ao longo das nossas seções de educação para a saúde (Apêndice nº 12) uma maior motivação para a mudança por parte dos familiares cuidadores, existindo sempre uma maior resistência à mudança/ alteração dos fatores de risco por parte do idoso, no entanto observamos um nível de interesse superior nos mais idosos, apresentando os utentes abaixo dos 70 anos um interesse menor. A avaliação da sessão foi realizada no final, mostrando três questões simples que os utentes responderam sempre corretamente, demonstrando o nível de motivação e interesse no tema abordado.

Após a apresentação da sessão de educação para a saúde, foi ainda possível a visualização de um vídeo sobre a prevenção de quedas “Um minuto + saúde + vida – Prevenção de quedas” (Apêndice nº 13), a visualização do vídeo permitiu aos idosos e suas famílias a observação dos diversos fatores de risco e de algumas recomendações efetuadas, considerando-se este método muito eficaz, pois os idosos permaneceram atentos e conseguiram com maior facilidade identificar as alterações para minimizar o risco de queda. O vídeo “Um minuto + saúde + vida – Prevenção de quedas” utilizado foi produzido pela Secretaria Regional da Madeira, para a sua utilização foi pedida uma autorização por email para a Direção de Enfermagem do Hospital do Funchal e contactado telefonicamente o Enfermeiro Diretor, que cedeu autorização para a utilização do vídeo no projeto desenvolvido (Anexo nº 4).

A visita domiciliária permitiu conhecer os fatores de risco existentes e motivar o idoso para a sua prevenção através do autocuidado ou com a colaboração da sua família, tendo este projeto como base o Modelo de Orem que possui conhecimentos e orienta para o autocuidado, em que a pessoa cuida de si própria, ou em que a enfermagem ajuda na

teoria do défice de autocuidado, a cuidar, cabendo à enfermagem desenvolver estratégias que promovam o autocuidado ou ajudem quando o idoso sozinho não o consegue fazer. A apresentação de um vídeo sobre esta temática, permitiu ao utente visualizar de forma interativa os diferentes riscos de queda e as suas consequências, sensibilizando para algumas alterações que permitam diminuir o risco de queda.

### **Estratégia 3 – Parcerias com a comunidade.**

A equipa multidisciplinar que esteve presente no *Focus Group* reconheceu a importância do projeto, e sugeriram a sua divulgação à comunidade, para que um número mais alargado de idosos e suas famílias tomassem conhecimento dos fatores de risco de queda e de estratégias para a sua prevenção.

A elaboração de um Manual de Prevenção de Quedas foi desde o início do projeto um objetivo, pelo que a sua construção foi sendo elaborada ao longo do estágio, não foi um trabalho fácil, mas foi com grande satisfação que observamos o resultado. Este Manual (Apêndice nº 14) foi entregue aos idosos, após o fim da ação de educação para a saúde, como forma de consolidar os conhecimentos transmitidos e esclarecer algumas dúvidas que surjam no futuro.

Procurando dar continuidade ao projeto foi proposto à equipa da ECCI a entrega do Manual de Prevenção de Quedas, no momento da admissão de futuros utentes continuando a alertar para esta problemática.

Procedeu-se também à elaboração de um artigo, abordando a temática do nosso projeto, cujo título foi “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir” o mesmo foi publicado no jornal local, tendo ocorrido a sua publicação no final de novembro (Apêndice nº 15).

Promovendo a nossa intervenção, junto dos mais idosos e tentando abranger o maior número possível, foi elaborado um pequeno texto e dois spots para transmissão na rádio local, foi um desafio novo, mas muito importante para o objetivo do projeto, pois conseguiu-se chegar a um grande número de idosos, sendo a grande maioria dos ouvintes desta rádio. O objetivo desta ação foi transmitir conhecimentos que permitiram identificar os fatores de risco de queda e o desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção (Apêndice nº 16).

Com a colaboração da Universidade Sénior foi lecionada uma aula sobre o tema “Segurança em casa” para tal foi elaborado um plano da sessão de educação para a saúde,

(Apêndice nº 17) que permitiu alertar os nossos idosos para os diversos riscos existentes na sua habitação, a apresentação foi efetuada em power point (Apêndice nº 18) e contou com a participação de 12 idosos que se mostraram muito motivados e participativos, sendo a avaliação desta sessão muito positiva. No final da aula, ainda permaneceram na sala para colocar algumas questões, o que demonstrou interesse no tema abordado.

O enfermeiro de saúde comunitária e saúde pública têm competências que permitem desenvolver estratégias junto dos idosos, família e cuidador, que visem prevenir as quedas e promovam o seu envelhecimento sem riscos. O conhecimento do seu domicílio será fundamental para esta prevenção, pois só conhecendo a realidade, podemos atuar de forma a minimizar os riscos existentes, e evitar morbidades futuras decorrentes de uma queda.

Ao longo desta etapa foi fundamental o envolvimento da equipa para desenvolver estratégias, e para a divulgação do projeto, bem como no estabelecer de parcerias. Tendo-se elaborado o Work Breakdown Structure (WBS), através do qual se pretendeu mostrar a estrutura do projeto, as atividades desenvolvidas e a sua operacionalização (Apêndice nº 19).

## **2.5 - Preparação operacional**

Nesta fase procedemos ao planeamento, operacionalização e execução do projeto. O conceito de projeto e programa são diferentes, um programa é um conjunto de atividades necessárias para a realização de determinada estratégia, um projeto é um conjunto de atividades com tempo limitado que contribuem para desenvolver o programa.

Segundo Imperatori e Geraldes (1993, p.129) um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo limitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução do programa.”

Este projeto procurou a prevenção de quedas nos idosos acompanhados em ECCI do ACES AC, desenvolveram-se atividades que permitiram alcançar os objetivos traçados anteriormente. Procurando atingir o objetivo, iniciou-se o projeto pela aplicação de uma escala que nos permitiu avaliar o nível de risco de queda da nossa população. Para determinar os problemas prioritários e as estratégias a desenvolver foi realizado um *Focus*

*Group* com a equipa da ECCI, procurando o envolvimento de todos os elementos, recolhendo informações relevantes para o desenvolvimento das atividades. Na escolha das atividades e no seu desenvolvimento tivemos em conta as características dos idosos e famílias / cuidadores e o conhecimento da equipa multidisciplinar da ECCI, o seu contributo foi fundamental.

As atividades planeadas foram desenvolvidas com:

- Elaboração de norma sobre o risco de queda;
- Elaboração de check list com os fatores de risco de queda;
- Ações de educação para a saúde aos idosos e famílias / cuidadores;
- Visualização de um vídeo alertando para os fatores de risco de queda;
- Realização e distribuição de um Manual sobre Prevenção de quedas;
- Elaboração e publicação de um artigo sobre a prevenção de quedas no jornal local;
- Elaboração e gravação de um spot para a rádio local;
- Realização de ação de educação para a saúde com o tema “Segurança em casa” realizada a utentes que frequentam a Universidade Sénior;

Apresentam-se em seguida as diversas estratégias desenvolvidas, procurando dar seguimento ao nosso projeto, pelo que a primeira estratégia obteve o envolvimento da equipa no projeto com vista ao diagnóstico de saúde da população em estudo.

Após o diagnóstico de saúde e identificados os problemas existentes na população estudada, com o objetivo de identificar as necessidades e priorizar os problemas foi realizado um *Focus Group* que permitiu dar a conhecer à equipa o nosso diagnóstico, contando com a sua experiência e conhecimento para definir as atividades prioritárias.

O *Focus Group* foi fundamental para o desenvolvimento do projeto, com a colaboração da equipa foram definidas atividades que visaram a redução do número de quedas nos idosos, foi proposto a elaboração de uma norma para avaliação do risco de queda aos utentes acompanhados em ECCI e elaboração de check list com os diversos fatores de risco de queda aplicada na segunda visita ao utente, permitindo a identificação dos fatores de risco existentes.

**Quadro nº 2**

*Estratégia 1 - Apresentação do projeto e envolvimento da equipa no diagnóstico de saúde*

<b>Atividade</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Recursos</b>
Apresentação do projeto de intervenção comunitária	Mestranda e Enfermeiros da UCC	Junho 2021	Sala da UCC	Método expositivo e dinâmica de grupo	Sala da UCC Computador
Reunião com o “elo de ligação” e enfermeiros da ECCI para entrega do CILE aos utentes	Mestranda e Enfermeiros da ECCI	Setembro 2021	Sala da UCC	Dinâmica de grupo	Sala da UCC Consentimento informado livre e esclarecido
Aplicação da escala de morse aos utentes com mais de 65 anos	Mestranda e Enfermeiros da ECCI	Outubro de 2021	Domicílio dos utentes	Método ativo	Domicílio do utente Impressa escala de morse Caneta
Realização de <i>Focus Group</i> com a equipa da ECCI para definição de prioridades	Mestranda e Enfermeiros da ECCI	Novembro 2021	Sala de reuniões da UCC	Técnica do <i>Focus Group</i>	Sala da UCC Computador Gravador Papel e caneta Consentimento informado livre e esclarecido Guião do <i>Focus Group</i>
Uniformização da avaliação de risco de queda através da aplicação da norma e preenchimento da check list	Mestranda Enfermeiros da ECCI	Dezembro 2021 Janeiro 2022	Domicílio dos utentes	Método interrogativo e demonstrativo	Domicílio do utente Papel Caneta

Fonte: Elaboração própria

Após a identificação do nível de risco de queda, foi fundamental a nossa intervenção com vista à sua redução, promovendo e desenvolvendo ações de educação para a saúde individualizadas no domicílio do utente. Alertou-se para os diversos fatores,

de forma a prevenir a queda, motivando a sua alteração, foi possível uma redução significativa de quedas, evitando consequências graves para a saúde do idoso. Para o desenvolvimento das ações de educação individualizadas, foi elaborado um plano de sessão e organizada uma sessão de educação para a saúde, tendo sido apresentada aos idosos acompanhados pela equipa de ECCI. A visualização de um vídeo permitiu consolidar os conhecimentos transmitidos na sessão de educação e despertar os utentes, familiares/cuidadores para a problemática das quedas, mostrando estratégias adequadas na sua prevenção.

### Quadro nº 3

#### *Estratégia 2 – Envolvimento do idoso e família*

<b>Atividade</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Recursos</b>
Educação para a saúde individualizada sobre prevenção de quedas	Mestranda Enfermeiros da ECCI	Dezembro 2021 Janeiro 2022	Domicílio dos utentes	Método expositivo e demonstrativo Audiovisual	Domicílio do utente Computador
Projeção de um vídeo sobre prevenção de quedas	Mestranda e Enfermeira	Dezembro 2021 Janeiro 2022	Domicílio do utente	Projeção de vídeo	Vídeo Tablete

Fonte: Elaboração própria

Procurando difundir a informação sobre a prevenção de quedas aos idosos, familiares e cuidadores, desenvolveram-se atividades que alertaram os idosos para esta problemática, foi transmitido conhecimento sobre os fatores de risco e de que forma os podemos minimizar.

A alteração de hábitos do idoso na sua vida diária e essencialmente na sua habitação, foi um fator importante. A elaboração de um Manual de Prevenção de quedas e a sua entrega ao utente depois da ação de educação para a saúde, permitiu relembrar ou aprofundar conhecimento e esclarecer alguma dúvida. Após o fim do projeto deixamos o Manual de prevenção de queda para que futuramente a equipa da ECCI possa proceder à sua entrega no momento de admissão de novos utentes.

Atendendo à importância da divulgação junto da população idosa e procurando que a prevenção de quedas seja um tema do conhecimento de um grande número de idosos foi elaborado um artigo para publicação no jornal local.

A rádio foi também um meio de divulgação, onde foi possível chegar a um número mais alargado de idosos, procurando informá-los deste problema e dando a conhecer os diversos fatores de risco de queda, e quais as atitudes para a sua prevenção.

Promoveu-se também uma aula na Universidade Sénior sobre o tema “Segurança em casa”. Para tal, foi elaborado um plano de sessão que visou alertar para os diversos perigos escondidos na nossa habitação. A motivação dos idosos foi fundamental e a sua participação após a apresentação da sessão de educação para a saúde veio demonstrar o interesse pelo tema.

#### Quadro nº 4

##### *Estratégia 3 – Parcerias com a comunidade*

<b>Atividade</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Recursos</b>
Elaboração e entrega de Manual sobre prevenção de quedas	Mestranda Enfermeira	Dezembro2021 Janeiro 2022	Domicílio do utente	Entrega do Manual	Manual de prevenção de quedas
Elaboração de um artigo para o jornal regional e dum pequeno texto para a radio local	Mestranda e Enfermeira	Novembro 2021	Jornal Regional	Comunicação	Computador Tipografia
Divulgação de um spot e pequeno texto sobre a prevenção de quedas nos idosos	Mestranda e Enfermeira	Novembro2021 Dezembro2021 janeiro 2022	Rádio Regional	Comunicação	Computador Estúdio de rádio
Sessão de educação para a saúde com o tema “Segurança em Casa”	Mestranda e Enfermeira	Novembro 2021	Universidade Sénior	Método expositivo	Computador Projeter

Fonte – Elaboração própria

### 2.5.1 - Previsão dos recursos

Na implementação do projeto foi fundamental uma previsão de recursos, realizada através de uma análise orçamental.

Determinar os recursos humanos e materiais, tornou-se fundamental para delinear o processo de planeamento (Tavares, 1990).

O projeto não acarretou custos para o serviço onde foi desenvolvido, neste caso uma UCC do ACES AC, a equipa multidisciplinar colaborou a título voluntário, e a divulgação do projeto não envolveu custos adicionais para os serviços.

Os materiais necessários ao desenvolvimento das atividades, foram da responsabilidade da mestranda, e encontram-se apresentados no quadro seguinte:

#### Quadro nº 5

##### *Custos do projeto*

Atividades	Recursos humanos	Recursos materiais	Custos
Aplicação da escala de Morse	Mestranda e Enfermeiras da ECCI	Folhas A <sub>4</sub> = 20 folhas = 2 Euros	2 Euros
Realização de <i>Focus Group</i>	Mestranda e Enfermeiras da ECCI	Folhas A <sub>4</sub> = 20 folhas = 2 Euros Computador gravador = 500 Euros	502 Euros
Ensinos individualizados	Mestranda e Enfermeiras da ECCI	Folhas A <sub>4</sub> = 30 folhas = 3 Euros Cartaz = 10 Euros	13 Euros
Manual de prevenção de quedas	Mestranda e Enfermeiras da ECCI	Fotocopias = 20 = 10 Euros	10 Euros
Projeção de vídeo	Mestranda e Enfermeiras da ECCI	Tablete	10 Euros
Artigo para o jornal local	Mestranda e Enfermeira orientadora	Folhas de papel = 2 Computador	2 Euros
“Spot” para a rádio	Mestranda e Enfermeira orientadora	Folhas de papel = 2 Computador	2 Euros
		Total	541 Euros

Fonte: Elaboração própria

Os custos apresentados na tabela foram os estimados para o projeto, sendo os necessários para o seu desenvolvimento, procuramos através das estratégias respeitar os custos definidos inicialmente, não trazendo custos adicionais para os serviços. Os custos foram suportados na totalidade pela mestrandia.

### **2.5.2 – Follow up do projeto**

Nesta etapa controlam-se as variáveis prováveis, rentabilizando recursos, potenciando resultados, de modo que os objetivos sejam atingidos com o mínimo de obstáculos possíveis.

O projeto foi ao encontro das necessidades identificadas na comunidade, e a sua divulgação foi importante para a adesão da população, garantimos assim a sua participação e o sucesso na sua implementação. Para que o projeto se desenvolvesse no período adequado e sem intercorrências, elaborámos um cronograma que permitiu desenvolver as diversas atividades em tempo útil e de forma organizada (Apêndice nº 20).

Divulgar o projeto à comunidade foi importante para transmitir conhecimentos aos idosos e suas famílias, tendo-se utilizado os meios de comunicação locais, o jornal e a rádio, procurando chegar a toda a população. Estabeleceram-se parcerias com os meios disponíveis, o que permitiu a divulgação do projeto a um maior número de idosos, promovendo o conhecimento sobre fatores de risco e o desenvolvimento de estratégias que permitiram reduzir o número de quedas.

Foi proposto à equipa multidisciplinar da UCC a continuação do projeto, replicando a sua aplicação aos utentes admitidos futuramente na unidade, e expandindo a sua utilização a outras instituições que reconheçam a importância do projeto.

Ao longo do estágio foi elaborado um artigo científico, com base na pesquisa bibliográfica efetuada e na metodologia do planeamento em saúde, serviu de suporte ao nosso projeto sobre prevenção de quedas nos idosos, poderá no futuro a sua publicação continuar a alertar para a problemática das quedas na população idosa.

## 2.6 - Planeamento de monitorização / avaliação

O planeamento de monitorização/avaliação é a última etapa do planeamento em saúde. Nesta etapa deve-se realizar uma comparação entre a situação final e a situação inicial, devendo ser revistas as estratégias selecionadas, as atividades que desenvolvemos para alcançar os objetivos propostos, e os problemas identificados (Tavares, 1990).

Evidencia-se a importância do processo de avaliação, tendo sido possível através da definição dos indicadores, verificar se os objetivos e metas delineados foram alcançados (Imperatori & Giraldes, 1993). Tornou-se necessário um processo de monitorização rigoroso, devendo existir relação entre o projeto que se realizou, e o que se pretendia inicialmente com o mesmo.

A realização da avaliação do nosso projeto de intervenção na comunidade, efetuou-se através da avaliação das metas e indicadores anteriormente definidos. Neste projeto, realizámos uma avaliação inicial através da aplicação da escala de morse aos utentes acompanhados em ECCI, procurando realizar o diagnóstico de saúde da população que constituía a nossa amostra.

Relembrando o nosso primeiro objetivo específico como sendo, identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela ECCI do ACES AC.

**Meta 1** – Que 80% dos utentes com critério de inclusão no projeto tenham o risco de queda avaliado foi atingido na sua totalidade, como podemos verificar ao analisar o valor do indicador abaixo.

**Indicador 1** - (Número de utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI com risco de queda avaliado/ Número totalidade de utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI x 100% =  $(17/17) \times 100 = 100\%$ )

O segundo objetivo definido para o projeto foi identificar as necessidades e priorizar as intervenções para minimizar o risco de quedas, em utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela ECCI do ACES AC.

**Meta 2** - Que 50 % da equipa de ECCI participe no *Focus Group*, o mesmo podemos concluir que foi atingido na sua totalidade, pois a participação dos elementos da equipa no *Focus Group* foi muito representativa, apenas um elemento não conseguiu estar presente, como podemos verificar no indicador abaixo.

**Indicador 2** - (Número de profissionais que participaram no *Focus Group*/ Número de profissionais da ECCI) x 100% = (14/15) x 100 = 95%

A realização de ações de educação para a saúde individualizadas no domicílio do utente visou a transmissão de conhecimentos aos utentes e suas famílias sobre os diversos fatores de risco de queda e as atitudes que possam reduzir esse risco, pelo que se decidiu a sua avaliação para melhor compreender a abrangência do nosso projeto.

**Meta 3** - Que 80% dos utentes aceitem participar nas ações de educação realizadas podemos verificar que atingimos este indicador, mas poderíamos e deveríamos ter apresentado as sessões a todos os utentes, no entanto o período pandémico que atravessamos não nos permitiu, contudo, conseguimos atingir o indicador.

**Indicador 3** – (Número de utentes com mais de 65 anos que aceitaram participar nas ações desenvolvidas/ Número total de utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI) x 100% (14/17) x 100 = 82%.

Tentando não limitar o nosso projeto apenas aos utentes acompanhados em ECCI durante o decurso do mesmo, foi elaborado um Manual de Prevenção de Quedas que deixámos para entrega no momento a futuras admissões, foram ainda divulgados conhecimentos sobre fatores de risco de quedas e estratégias para as reduzir, na rádio e jornal locais e realizada uma sessão na Universidade Sénior.

No final do estágio foi novamente aplicada a escala de morse aos utentes acompanhados pela ECCI para avaliar as estratégias preventivas desenvolvidas ao longo do projeto, procurando compreender se existiu melhorias quanto ao nível de risco dos utentes, comparando com o nível de risco inicial. A escala de Morse foi aplicada no final apenas a 16 utentes, devido ao falecimento de um utente durante o desenvolvimento do nosso projeto. No quadro seguinte, apresentamos ambos os resultados.

### Quadro nº 6

#### *Comparação de nível de risco e antecedentes de queda*

Nível de risco	Início do projeto	Fim do projeto
Baixo risco	17,6%	23,5%
Médio risco	64,7%	58,8%
Alto risco	17,6%	11,8%
Antecedentes de quedas	23,5%	11,7%

Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os resultados, podemos verificar que o nível de risco de queda diminuiu, os antecedentes de queda reduziram para menos de metade, podemos referir que as intervenções efetuadas foram significativas para atingir o objetivo definido, prevenir as quedas dos idosos acompanhados em ECCI.

A continuidade do projeto junto dos utentes da ECCI, alertando para a problemática das quedas logo nas primeiras visitas ao utente no seu domicílio, poderá no futuro reduzir significativamente o número de quedas.

No fim das atividades, foi realizada uma avaliação Strengths Weaknesses Opportunities Threats (SWOT), permitiu avaliar a implementação do projeto, onde pretendemos determinar os pontos fortes e fracos do mesmo, reconhecendo as oportunidades e as ameaças ao futuro da continuidade do projeto. Contámos com a colaboração de três elementos da equipa, que voluntariamente responderam ao questionário elaborado (Apêndice nº 21), possibilitando avaliar o projeto, como podemos observar no quadro seguinte.

### Quadro nº 7

#### Matriz de avaliação SWOT

Avaliação SWOT	
<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “a aplicação da check list permite o planeamento de atividades/ intervenções atempadas e individuais aos utentes”</li> <li>- “a check list permite identificar os fatores de risco e planear as intervenções”</li> <li>- “a implementação do projeto permite detetar os fatores de risco e desenhar intervenções adequadas”</li> </ul>	<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “a aplicação da check list apenas a utentes com mais de 65 anos”</li> <li>- “Projeto direcionado para idosos quando a ECCI acompanha utentes de qualquer idade”</li> </ul>
<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “a formação dada à equipa e a implementação do projeto trouxe a relevância desta temática”</li> <li>- “maior responsabilização da equipa sobre prevenção de quedas”</li> <li>- “a implementação do projeto prever a sua continuidade na educação para a saúde e na entrega de panfletos”</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “mais um procedimento obrigatório na admissão do utente com equipas desfalcadas”</li> <li>- “sobrecarga de trabalho por parte da equipa devido às exigências da pandemia”</li> <li>- “a admissão do utente já é muito complexa, a aplicação de mais uma check list pode ser uma ameaça a continuidade”</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

Considerando os dados anteriores, podemos referir que a continuidade do projeto será importante, concluimos que as estratégias implementadas e as atividades desenvolvidas promoveram a redução do número de quedas e permitiram diminuir o nível de risco de queda. Contribuindo para a sua continuidade foi entregue à equipa da UCC uma “Pen” contendo todos os documentos elaborados e o material utilizado ao longo do projeto de intervenção comunitário (Apêndice nº 22).

No futuro, poderá a UCC continuar a desenvolver este projeto no seio da comunidade, sendo um dos objetivos das UCC, capacitar a população da comunidade na qual exerce a sua influência de forma a transmitir conhecimentos e aumentando a literacia em saúde sobre o tema os idosos e as quedas.

### **3 - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA**

Ao longo do Estágio I de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no período de 17 de maio a 25 de junho de 2021 e do Estágio Final que decorreu entre 13 de setembro e 21 de janeiro foi possível adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e também competências para a obtenção do grau de mestre.

#### **3.1 - Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas**

Inicialmente vamos analisar e refletir as competências comuns do enfermeiro especialista segundo o Regulamento nº 140/2019, são quatro as competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

#### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

- “a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Na competência responsabilidade profissional ética e legal, podemos referir que ao longo do estágio foi importante desenvolver a nossa prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e considerou-se ter conseguido, ao longo da nossa prática, caminhar de acordo com estes princípios, para o desenvolvimento do projeto. Foi solicitada autorização para a utilização do questionário/

escala de Morse e ainda solicitado parecer à Comissão de Ética da ARSA e também da Universidade de Évora sendo ambos os pareceres favoráveis. Foi elaborado um consentimento informado livre e esclarecido para entregar aos utentes que participaram no projeto, permitindo assim o anonimato dos participantes, e garantido que a sua participação pode ser cancelada a qualquer momento, sem qualquer dano para a pessoa, ficando os dados obtidos anonimizados e agregados para o trabalho final, um outro consentimento informado livre e esclarecido foi elaborado e entregue aos profissionais que participaram no *Focus Group*.

Esta competência visa garantir a prática de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O desenvolvimento de projeto requer tal como toda a nossa prática enquanto enfermeiros o respeito pelas pessoas de quem cuidamos, ao longo deste projeto foi respeitado o seu desejo de participar ou não no projeto. Após as sessões de educação para a saúde e a aplicação da *check list* foram respeitados os valores, crenças e opiniões sobre a nossa apresentação e as alterações propostas com o objetivo de reduzir o risco de queda e promover a saúde do utente, no entanto a sua vontade sempre foi privilegiada e valorizada.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No domínio da melhoria contínua da qualidade e abordando a competência que visa garantir o desenvolvimento e suporte de iniciativas e estratégias na área de governação clínica, ao desenvolver este projeto procuramos através das estratégias fortalecer os cuidados à comunidade, com a criação de uma norma de prevenção de quedas e da *check list* de fatores de risco, assumindo um papel de liderança no desenvolvimento e dinamização do *Focus group*, embora sempre com a supervisão da enfermeira orientadora.

Na competência referente ao desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo

e colaborando em programas de melhoria contínua, podemos referir que ao longo do estágio sempre colaboramos nos diversos programas que a unidade participava como a parceria com a Universidade Sénior, onde foi possível lecionar uma aula sobre o tema “Segurança em casa”, procurando a melhoria contínua foi ainda possível acompanhar a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos com o objetivo de adquirir conhecimentos e experiências transmitidas pela equipa, vivendo uma experiência nova que ao longo da minha prática profissional ainda não me tinha sido possível vivenciar.

Garantir um ambiente terapêutico e seguro foi um objetivo nas sessões de educação para a saúde desenvolvidas no domicílio do utente, sempre respeitando a individualidade e segurança, transmitindo conhecimentos com os recursos adequados.

### **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2).” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No domínio da competência de gestão de cuidados, os cuidados de enfermagem foram geridos de forma a otimizar o respeito pela equipa e a articulação na equipa de saúde ao longo do estágio. Podemos referir que os mesmos foram prestados sempre com supervisão durante o acompanhamento da equipa de ECCI, com a oportunidade de realizar em conjunto com a equipa multidisciplinar, onde as diversas profissões se articulam com vista a um único objetivo, a prestação de cuidados de saúde ao utente, desenvolvendo um plano individual de intervenção com base no conhecimento, experiências e objetivos comuns.

Adapta-se a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados ao longo do estágio. Foi possível fortalecer um papel de liderança ao desenvolver este projeto de intervenção comunitária, mas sempre com supervisão. A participação na gestão da unidade, através da partilha de saberes, efetuada pela enfermeira responsável da UCC, tornou possível a observação da elaboração de horários e a sua gestão ao nível do aplicativo “web time”. A análise do plano de ação da UCC e os indicadores contratualizados são atualmente uma das preocupações do enfermeiro na sua função de gestão, dinamizar e motivar a equipa para o seu cumprimento

foi ao longo do estágio observado com grande entusiasmo.

### **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

- “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
  - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).”
- (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aperfeiçoou-se o autoconhecimento e a assertividade, ao longo do estágio com a ajuda das orientadoras, foi possível desenvolver o autoconhecimento, estabelecendo os nossos limites e conhecendo os nossos recursos, por vezes não utilizados por desconhecimento, foi ainda possível aprender a lidar com os diversos sentimentos, conseguindo ter consciência da sua intromissão na relação com o outro, controlando as emoções, e não permitindo a sua interferência de forma negativa, gerindo conflitos e utilizando a assertividade no seio da equipa. A atividade desenvolvida no projeto que criou angústia e sentimentos de insegurança foi a gravação do “spot” para rádio, foi necessário aprender a controlar os medos, inseguranças e incertezas.

O enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, procurando um padrão de conhecimentos válidos, com base na pesquisa de bibliografia, fundamentado com o planeamento em saúde, desenvolveu-se o projeto comunitário sobre a prevenção de quedas com a orientação da enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que a acompanhou ao longo do estágio.

### **3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

O enfermeiro, para além das competências comuns de especialista, ao longo do estágio foi possível adquirir competências específicas na área da enfermagem de saúde comunitária e saúde pública de acordo com o Regulamento nº428/2018, sendo quatro as competências:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
  - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
  - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”
- (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354).

**Com base na metodologia do planeamento em saúde, estabelece a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

A primeira competência, que se refere à avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde foi efetuado ao longo de ambos os estágios, com recurso ao desenvolvimento das etapas do planeamento em saúde, onde inicialmente foi realizado um diagnóstico da situação, a definição das prioridades, fixação dos objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e planeamento de monitorização/ avaliação. No estágio foi possível através da aplicação da escala de Morse conhecer o diagnóstico de saúde da população. Procurando definir as prioridades, foi realizado um *Focus Group* com a participação da equipa multidisciplinar, em seguida foram definidos os objetivos que pretendemos atingir, mas procurando resolver os problemas identificados delineámos estratégias, depois procedemos ao seu planeamento, operacionalização e execução do projeto realizando atividades para os utentes, por último realizámos uma avaliação do nosso projeto de intervenção na comunidade.

**Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

A segunda competência refere-se à contribuição do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Admitimos que ao longo do nosso projeto contribuímos, através das atividades que desenvolvemos, para a capacitação do grupo, no caso os utentes e familiares/ cuidadores a quem apresentamos as sessões de educação para a saúde sobre a prevenção de quedas, procurando identificar os fatores de risco. As sessões foram desenvolvidas no domicílio do utente, durante a visita da equipa multidisciplinar. Procurando desenvolver o nosso projeto junto da comunidade, foi ainda lecionada uma

aula na Universidade Sénior sobre o tema “Segurança em Casa”, foi também elaborado um Manual de prevenção de quedas para entregar aos utentes no momento da admissão na equipa da ECCI. Foi também possível escrever um artigo sobre prevenção de quedas, o qual foi publicado no jornal local e um “spot” na rádio local, estas atividades permitiram alargar o nosso projeto à comunidade e capacitar não só os utentes acompanhados em ECCI, mas alargar à população em geral.

**Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.**

A terceira competência refere a integração e coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, ao longo do estágio e desenvolvendo o nosso projeto fortalecemos o nosso conhecimento acompanhando a equipa de ECCI na sua atividade diária, mas também acompanhamos a atividade da enfermeira responsável pela ECL e a sua dinâmica diária, como o atendimento de familiares/ cuidadores, cujos utentes ostentavam a necessidade de integrar a RNCCI. Foi também possível acompanhar a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos observar a sua dinâmica nas visitas domiciliárias.

**Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.**

A quarta competência realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Ao longo do estágio, foram realizadas visitas domiciliárias com a equipa da ECCI, onde foram efetuadas avaliações ao utente e aplicadas escalas com vista à prevenção da doença e promoção da saúde e efetuados registos nas plataformas informáticas *Sclinic* e *Gestdoc* com supervisão dos enfermeiros da equipa. A aplicação da escala de Morse para diagnóstico de saúde podemos referir uma vigilância epidemiológica nos utentes acompanhados em ECCI, a educação para a saúde visou a prevenção de quedas no idoso.

### **3.3 - Competências do grau de Mestre**

O grau de mestre é concedido a quem comprove a aquisição das seguintes

competências:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174).

O mestrado com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública fortalece a sua intervenção na comunidade ao desenvolver projetos como o descrito ao longo deste relatório, onde foi realizado um diagnóstico de saúde, através de um trabalho científico com base na metodologia do planeamento em saúde. Ao longo do estágio, foi possível adquirir conhecimentos e partilhar experiências com o objetivo de promover aos idosos um envelhecimento saudável e sem quedas, para tal contamos com a experiência de uma equipa multidisciplinar conhecedora da realidade e disposta a partilhar as suas vivências.

Este relatório mostra as aprendizagens adquiridas e permite uma reflexão sobre este percurso, desde o início do projeto de intervenção e partilhando as diversas fases do planeamento em saúde, promovendo uma prática baseada na evidência, mas sempre respeitando os princípios éticos e deontológicos de uma investigação. Procurando avaliar o nosso projeto, realizámos uma avaliação SWOT, promovendo uma base científica para a avaliação do nosso projeto.

## **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, e também nacional, trazendo novos desafios aos idosos, famílias e comunidade. Os idosos vivem atualmente mais anos, a esperança de vida aumentou, o nível de dependência também, lançando novos estímulos, a necessidade de desenvolver novas estratégias e novos planos de saúde que acompanhem o envelhecimento, através de intervenções comunitárias com vista à promoção da saúde.

Existe em Portugal um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que permitem desenvolver estratégias com vista à segurança dos doentes e o projeto EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes do Instituto Ricardo Jorge, este projeto procurou monitorizar os acidentes, as suas causas e características, identificando situações de risco, procurando alertar e permitindo o desenvolvimento de estratégias que minimizem o risco de acidentes.

A prevenção de quedas na população idosa é fundamental, conseguindo-se transmitir conhecimentos, aumentando a literacia, promovendo comportamentos seguros e minimizando os fatores de risco, reduzimos as morbidades resultantes das quedas e as consequências quer na saúde do idoso e da sua família, mas também nos custos sociais e económicos.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública deve empreender esforços e conhecimentos, procurando assegurar um envelhecimento saudável, com o máximo de autonomia e independência. As alterações na mobilidade vão surgindo ao longo do percurso, e o envelhecimento permite a exposição a situações de risco. Neste trabalho abordamos a temática das quedas nos idosos e a sua prevenção, evitando as consequências.

Verificando-se que as quedas nos idosos são um problema de saúde pública, tornou-se urgente realizar uma avaliação de risco, e estabelecer medidas preventivas que permitam minimizar o sofrimento do idoso.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública

desenvolve competências, que possibilitam atuar neste problema, adotando medidas preventivas, através da educação para a saúde, dando a conhecer os fatores de risco, e intervindo de forma a prevenir o risco, promovendo a saúde e segurança do idoso.

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo a população alvo os idosos acompanhados em ECCI, a quem foi avaliado o risco de queda através da aplicação da escala de Morse, para determinar o nível de risco. Foi possível concluir que 64,7% dos idosos apresentam médio risco, 17,6% alto risco de queda e 23,5 % já tem antecedentes de queda, conhecendo o diagnóstico da situação.

Após a identificação do problema, procurando a definição das necessidades e a determinação das prioridades procurou-se, através da execução do *Focus Group* realizado com a equipa multidisciplinar, conhecedora da realidade dos idosos, que deu um contributo fundamental para a priorização do problema encontrado, resultando na elaboração de uma norma para determinar o risco de queda aos idosos, e a elaboração de uma check list que permitiu à equipa a sua aplicação na segunda visita ao idoso no seu domicílio, onde foi possível identificar os fatores de risco.

O desenvolvimento de ações de educação para a saúde de forma individualizada junto dos idosos, família /cuidador no seu domicílio, através do planeamento em saúde e com as estratégias definidas que permitiram responder ao objetivo delineado, reduzir o número de quedas nos idosos acompanhados em ECCI do ACES AC. As estratégias delineadas visaram dar resposta ao objetivo pretendido, e as atividades desenvolvidas procuram a prevenção da queda. Na última fase do planeamento em saúde realizou-se uma avaliação do projeto, onde foi possível verificar que os objetivos foram alcançados.

As atividades não foram desenvolvidas apenas junto dos idosos no seu domicílio, foram realizadas atividades de divulgação sobre a prevenção de quedas na rádio local e no jornal local, bem como uma sessão para os idosos que frequentam a Universidade Sénior, o que permitiu transmitir conhecimentos a um maior número de idosos sobre os fatores de risco e a prevenção de quedas.

No decurso do projeto fomos deparando com algumas limitações ao seu desenvolvimento, resultado da fase pandémica. A ECCI necessitou reduzir o número de utentes que acompanhava devido à saída de enfermeiros para a equipa de testagem móvel, também a limitação da idade foi uma condicionante, a equipa acompanha utentes com idade inferior a 65 anos. O instrumento de colheita de dados revelou-se pouco claro na

recolha de informação, englobando diversos níveis de dependência no mesmo item de avaliação, sendo necessário um trabalho de campo e o conhecimento da equipa para clarificar os fatores de risco de queda e níveis de dependência do idoso.

Considerou-se o desenvolvimento de projetos futuros no âmbito da prevenção de quedas uma aposta forte no envelhecimento saudável, após a evolução do projeto concluiu-se que o mesmo não deveria apresentar limitação de idade, podendo ser alargado a todos os utentes acompanhados pela equipa de saúde.

A elaboração deste projeto permitiu desenvolver e adquirir competências na área da enfermagem comunitária e de saúde pública, com base na metodologia do planeamento em saúde, tornou-se uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas nem sempre foi um processo fácil. A fase pandémica criou algumas dificuldades e limitações, facto que procurámos contornar. Foi desafiante desenvolver este projeto em conjunto com a equipa, com os idosos e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2017). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>
- Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2018). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf)
- Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI-2019.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf)
- Benner, P., Queirós, A., Lourenço, B., & Dias, A. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (2ªed.) Quarteto Editora. <https://www.worldcat.org/title/de-iniciado-a-perito-excelencia-e-poder-na-pratica-clinica-de-enfermagem/oclc/63702286>
- BI – CSP. (2022). Planos de Ação das Unidades Funcionais. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Buksman, S., Vilela A., Pereira, S., Lino, V., & Santos, V. (2008). *Quedas em idosos: prevenção*. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
- Cabrita, M., & José, H. (2013). O idoso na equipa de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Revista enfermagem UFPE on line*. 7(1). 96-103.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10209/10781>

Cancela, D. M. (2008). O processo de envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*. p.1-15.

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Canhestro, A.M. (2018). *Envelhecer com saúde Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa.

[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954\\_td\\_Ana\\_Canhestro.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf)

Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014) *Evita Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009-2012*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/EVITARElatorio2009-2012.aspx>

Coutinho, E. S., Silva S. D. (2002). Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (5), 1359-1366.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500029>

Cruz, D., Ribeiro, L., Vieira, M., Teixeira, M., Bastos, R. & Leite, M. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 138-146.

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/WnkkjMs7WqJD6FXWgTK9Vxs/?lang=pt>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 176. 3159-3191.

<https://dre.pt/application/conteudo/75319452>;

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Prevencao-Acidentes-2010-2016.pdf>

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017 – 2025*. Proposta do grupo de trabalho interministerial. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ermida, J.G., (1999). Processo de envelhecimento. O idoso problemas e realidades *Manual Sinais Vitais*. pp. 41-50. Formasau
- Fabício, S. C., Rodrigues, R. A., & Júnior, M. L., (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 93-99. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sHxR7CbcsVqpXvQsrfnWPTJ/abstract/?lang=pt>
- Fortin, M. F., (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta [https://www.researchgate.net/publication/308970609\\_Fundamentos\\_e\\_etapas\\_do\\_p  
rocesso\\_de\\_investigacao](https://www.researchgate.net/publication/308970609_Fundamentos_e_etapas_do_processo_de_investigacao)
- Gaspar, A., Mendes, P., Azevedo, R., Reiners, A. & Segri, N. (2019). Quedas: Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Idosos. *Enfermagem em Foco*. 10 (2). 97-103. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1947>
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. [Tese de doutoramento em enfermagem] Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf)
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª Edição). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª Edição). Obras avulsas.
- Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. (2019) *Evita Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>

- Instituto Nacional de Estatística (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt)
- Maciel, A. (2010). Quedas em idosos. Um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (4). 554-557. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/336>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5ª Edição). Philadelphia. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498)
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-deSaude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal. [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Missão para os cuidados de saúde primários. (2007) *A equipa de cuidados continuados integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa. <http://www.acss.min-saude.pt/wcontent/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
- Moniz, J. M. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa – a prática dos cuidados como experiência formativa*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (1998) Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril de 1998. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A. <https://dre.pt/application/conteudo/175784>

Ordem dos Enfermeiros. (2011) Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Serie- N.º 35, 8667-8669.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de junho de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde comunitária e de Saúde pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série N.º135, 19354-19359.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série N.º 26, 4744-4750.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Orem, D. E. (1993). *Modelo de OREM conceptos de enfermaria en la práctica*. Ediciones Científicas y Técnicas.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Organização Mundial de Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

Organização Mundial de Saúde (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Adaptado na Quarta Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde. Jacarta. República da Indonésia.

[https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=D1B13C865A7B04652F34B5E3990070A2?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=D1B13C865A7B04652F34B5E3990070A2?sequence=6)

Organização das Nações Unidas (2015). *World Population Ageing 2019 Highlights*.  
[www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf)

Organização das Nações Unidas (2020) Década do Envelhecimento Saudável de 2021-2030. Assembleia Geral da ONU.  
<https://www.inovenutrition.com.br/envelhecimento-saudavel/>

Pordata (2021).  
[www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

Queirós, P., Vidinha, T., & Fialho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*. IV n.º3. 157-164.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2477&id\\_revista=24&id\\_edicao=68](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68)

República portuguesa. (2019). Programa do XXII Governo Constitucional. (2019-2023). Portugal.  
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=programa-do-xxii-governo-constitucional>

Rodrigues, R., Silva, A., Fabricio-Wehbe, S., Diniz, M., Fhon, J., (2015). Quedas em idosos domiciliados e sua associação com as atividades de vida diária. *Revista de enfermagem UERJ*, 23 (5), 589- 595. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10406>

Rubenstein, L. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35 (S2).  
[https://academic.oup.com/ageing/article/35/suppl\\_2/ii37/15775?login=false](https://academic.oup.com/ageing/article/35/suppl_2/ii37/15775?login=false)

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde - Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Santos J, Morais C, Fontes F, Coelho I, Costa J, Avelino J, Santos M, Santos T, Lira T, & Santos T. (2018) Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família:

prevenir para não cair. *Revista Brasileira de Cirurgia e Pesquisa Clínica BJSCR*, 23 (1), 32-38.

[https://www.researchgate.net/publication/331558104\\_Prevencao\\_de\\_quedas\\_em\\_idosos\\_na\\_Estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia\\_prevenir\\_para\\_nao\\_cair](https://www.researchgate.net/publication/331558104_Prevencao_de_quedas_em_idosos_na_Estrategia_Saude_da_Familia_prevenir_para_nao_cair)

Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S. & Ramalinho, J. (2008) Quedas indicador de Qualidade Assistencial. *Revista Nursing*. ISSN 0871 – 6169, nº 235, 28 – 35

Speechley, M. (2011). Unintentional Falls in Older Adults: A Methodological Historical Review. *Canadian Journal on Aging*. 30(1), 21-32.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21356155>

## **ANEXOS**

**Anexo nº 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARS do Alentejo**

05.08.2021  
Processo 25/CE/2021  
Parecer 14/CE/2021  
(Parecer Favorável)



ENT/ARSA/ 9231

13 SET. 2021



*Com cada se  
coer o parecer  
Instituto de  
dece relativos em  
Bureau de C.D.*



**Parecer 14/CE/2021**

Sobre o *Projeto de Intervenção Comunitária | Os idosos e as quedas - Intervir para prevenir*

JOSÉ LOPES  
Vogal do Conselho Diretivo

*13/09/2021*

## A: Relatório

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início, em 17.06.2021 ao **Processo 25/2021/CE**, sobre o *Projeto de Intervenção Comunitária - Os idosos e as quedas - Intervir para prevenir*, da investigadora principal Maria Augusta Carrasqueira Espada, sob a orientação da Professora Doutora Helena Reis do Arco, no âmbito do V Curso de Mestrado em Associação, na especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer na Universidade de Évora, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.....

## A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:.....

1. Protocolo de investigação;.....
2. Currículo *Vitae* da investigadora principal;.....
3. Currículo *Vitae* da Orientadora Científico/Pedagógica .....
4. Curricular *Vitae* da Orientadora Científica .....
5. Instrumentos de colheita de dados: Modelo de questionário a aplicar / Escala de Morse utilizada no aplicativo da RNCCI .....
6. Declarações do Orientador Científico/pedagógico.....
7. Declaração da Coordenadora da .....
8. Carta de solicitação de autorização para a realização do estudo ao Presidente da ARS Alentejo I.P.....
9. Carta de solicitação de parecer relativo ao estudo à Presidente da CES da ARS Alentejo I.P.....
10. Solicitação de parecer à Coordenadora da ECR– Alentejo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....

11. Declaração da Coordenadora da ECR– Alentejo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....
12. Carta de solicitação de parecer relativo ao estudo à Diretora Executiva do ACeS Alentejo Central da ARS Alentejo I.P.....
13. Declaração da Diretora Executiva do ACES Alentejo Central.....
14. Declaração de compromisso da investigadora principal para a entrega à CES do relatório final e/ou relatórios anual de evolução.....
15. Declaração do IP sobre a propriedade de dados e a divulgação dos resultados do estudo.....
16. Cronograma do estudo.....
17. Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes.....
18. Declaração do Elo de ligação.....
19. Declaração de compromisso para outros investigadores/colaboradores.....
20. Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....
21. Requerimento efetuado ao EPD da Universidade de Évora.....
22. Diversos esclarecimentos e documentos enviados em resposta às solicitações da CE.....



### A.3. Resumo da Documentação.....

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal cujo objetivo geral é prevenir as quedas dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC até 2022. Tem como objetivo específico: i) Identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC até 2022; ii) Identificar as necessidades de intervenção para prevenir o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC até 2022; iii) Promover atitudes que reduzam as quedas nos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC até 2022.....

O universo da população contempla 18 utentes acompanhados pela  da . A aplicação do questionário / Escala de Morse disponível no aplicativo da RNCCI, é feita após obtenção de consentimento livre e esclarecido apresentado por um dos membros da equipa de investigação, que simultaneamente integra a equipa de acompanhamento clínico, que posteriormente disponibiliza os questionários à

Investigadora Principal sem que nestes constem quaisquer dados que permitam a identificação dos participantes.....

Será posteriormente realizado um *Focus Group* que integrará os enfermeiros da UCC, para fazer um diagnóstico da situação e estabelecer um plano e definir medidas a implementar e um plano de avaliação.....

Está definido um plano de análise estatística, um plano de minimização de vieses e um plano de divulgação de resultados que inclui a entrega a esta CE dum relatório final.....

**B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....**

**B.1.** A relevância e pertinência do estudo estão justificadas pelo “Racional” e enquadramento teórico apresentado .....

**B.2.** Em termos de benefícios esperados da realização do estudo, estes decorrem imediatamente do alcançar dos objetivos definidos. ....

**B.3.** O projeto não implica encargos financeiros para os participantes.....

**B.4.** No modelo de consentimento informado, livre e esclarecido apresentado foi elaborado de acordo com a Norma proposta pela DGS.....

**B.5.** A confidencialidade e anonimização dos dados encontra-se aparentemente assegurada pela metodologia proposta e reforçada pela Declaração de Compromisso do Investigador Principal.....

**CONCLUSÃO.....**

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.....

Aprovado em reunião do dia 02 de setembro de 2021, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

  
(Susana Teixeira)

**Anexo nº 2** - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	7	2
-----------	---	---	---	---	---

### Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

#### Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*Os Idosos e as quedas - Intervir para prevenir.*”, pela mestranda **Maria Augusta Carrasqueira Espada** sob a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Doutora Helena Arco (responsável académica).

Universidade de Évora, 06 de dezembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

**Anexo nº 3** - Instrumento de colheita de dados – Escala de Morse

## Re: Request authorization

Janice Morse <janice.morse@nurs.utah.edu>

qui 05/01/2017 16:30

Para: Ariana Ferreira <arianammf@hotmail.com>;

📎 1 anexos (238 KB)

2006safety of safety research copy.pdf;

Dear Ms Ferreira

:

Do you have the translations into Portuguese?  
Please see the attached article.

You have my permission to use the Morse Fall Scale.  
Do not alter the items, the value of each item, or add items to the scale.

All of the information you will need to use the scale is described in the book  
"Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008).

You should have a copy of this book on each unit, so that nurses can  
refer to fall prevention strategies, and understand how the program  
works and how to calibrate the scale.

If you are using the first ed (Sage Pub) there is an error in the book on page 41, Table 4.1. The  
values for Gait (Item #5) are:

Normal etc	0
weak	10
Impaired	20.

Staff training for using the MFS is available online from Hill Rom: <http://www.healthstream.com/HLC/hillromcoursesA>  
CDRom is also available—it has better graphics, a more interactive format, and a facilitators guide for learning  
verification and certification. The cost is \$25US, order number vt 171ra)

Pocket cards of the scale for staff reference are available from Hill-Rom, order number CTG581

Using the MFS: I strongly recommend that you record all of the item scores, as well as the total score on the chart, so  
that as patients' scores increase or decrease, these scores can be used to monitor improvements or decline in the  
patients fall risk.

I recommend that you use 45 as the high risk cutoff score.

In order to use the MFS, you must examine the patient. Scores cannot be obtained by using chart information.

I have received a lot of questions about medications recently. Medication is a part of the scale in the secondary  
diagnosis score. In developing the indices (items) we first included meds that were thought to contribute to falls, then  
numbers of meds, then combined this item with co-morbidity (Secondary Dx). Of course meds contribute to falls as  
they relate to the other variables (mainly gait and mental status). I recommend that if a patient scores as high risk for

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

- 7) A avaliação do risco de quedas é fundamental na avaliação para possibilitar a prevenção, e permite também perceber se existe melhoria da mobilidade.

Imagem 8 - Avaliação do Risco de quedas - Morse

**Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI**

Sair Sobre

Principal Estatísticas Ficheiros Utilizantes Contadores

ATALHOS

VOLTAR AO EPISÓDIO

**RISCO DE QUEDAS - MORSE:**

Gravar Cancelar

**AValiação**

Antecedentes de Quedas: --Selecione--

Diagnóstico Secundário: --Selecione--

Apoio para Desambulação: --Selecione--

Medicação oral/heparina intravenosa: --Selecione--

Marcha: --Selecione--

Estado Mental: --Selecione--

Classificação: 0

**NÍVEL DE RISCO**

Risco	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo Risco	0 - 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 - 30	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>31	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

**NOTAS**

1 - Antecedentes de Queda: Tem pontuação 25 se o doente sofreu alguma queda no presente (imediatamente ou de 24h a primeira vez) ou de 12 meses imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses) por causas fisiológicas.

2 - Diagnóstico Secundário: Tem pontuação 10 se mais do que um diagnóstico está identificado no processo clínico.

3 - Apoio para desambulação: Tem pontuação 0 se o doente desambula sem ajuda de um auxiliar de marcha (pode ser assistido pelo enfermeiro); desambula em cadeira de rodas ou está sedado; Tem pontuação 10 se o doente desambula com ajuda de um auxiliar de marcha; Tem pontuação 20 se o doente desambula sem auxílio na marcha.

4 - Medicação oral/heparina intravenosa: Pontuação 0 se o doente não faz medicação oral/heparina intravenosa; Pontuação 20 se o doente faz medicação oral/heparina intravenosa.

5 - Marcha: Pontuação 0 se o doente desambula com o dobro andas; sem instalações; desambula em cadeira de rodas ou está sedado; Pontuação 10 se o doente apresenta instabilidade ao andar e precisa de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio; Pontuação 20 se o doente tem dificuldade em levantar do chão; realizando várias tentativas; de forma independente; A cadeira de rodas está montada e o doente apresenta o o chão; Caminhar apoiado de modo a não apresentar um desequilíbrio que possa impedir deambular sem ajuda.

6 - Estado Mental: Pontuação 0 se o doente está consciente das suas limitações; Pontuação 10 se o doente não está consciente das suas limitações.

Pontuação e nível de risco: A pontuação é então registada e quantificada nos registos do doente. O nível de risco e ações recomendadas são identificados.

**NOTA IMPORTANTE**

A escala de quedas de Morse deve ser utilizada para todos os doentes de saúde que a entrada e de prevenção de quedas tenham como prioridade, mesmo que não estejam em risco. Por outras palavras, eliminar a pontuação pode ser útil, dependendo se o doente tem história de quedas, num teste de equilíbrio ou numa escala de mobilidade. Além disso, a escala pode ser utilizada de maneira diferente por unidades clínicas que tenham um perfil de instalações.

Gravar Cancelar

**Anexo nº 4** - Autorização para utilização do vídeo “Um minuto + saúde + vida”

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

18/12/21, 15:34

SAPO Mail - RE: Pedido de autorização

[dir.enf@sesaram.pt](mailto:dir.enf@sesaram.pt)

[www.sesaram.pt](http://www.sesaram.pt)



Serviço de Saúde da RAM EPE

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.  
Av. Luís de Camões, N.º 57 • 9004-514 • Funchal  
Telef.: 291 709600 • Fax: 291 709601

**De:** MARIA AUGUSTA CARRASQUEIRA ESPADA [mailto:augustaespada@sapo.pt]

**Enviada:** 3 de dezembro de 2021 22:26

**Para:** Direção de Enfermagem

**Assunto:** Pedido de autorização

[Remetente externo ao SESARAM] Não abra links ou anexos de pessoas ou contas desconhecidas. Nunca forneça o seu utilizador e password. Em caso de dúvida contacte o Núcleo de Informática.

Ex.mo Sr.º Diretor de Enfermagem

O meu nome é Augusta Espada sou enfermeira numa USF e aluna de Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública estou a desenvolver um projeto sobre quedas com o tema “ Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir” , com idosos acompanhados numa ECCL do Alentejo e após pesquisa visualizei os vídeos do vosso projeto Um minuto +Saúde+ Vida – Prevenção de quedas, que gostaria de utilizar em conjunto com as sessões de educação para a saúde que irei realizar, mas para tal necessito da vossa autorização.

Muito obrigado

Aguardo a vossa resposta

Melhores Cumprimentos

Augusta Espada



[https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?actionID=print\\_attach&buid=22266&id=0&mailbox=SU5CT1g&sp=1&uniq=1639841680517&view\\_token=C...](https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?actionID=print_attach&buid=22266&id=0&mailbox=SU5CT1g&sp=1&uniq=1639841680517&view_token=C...) 2/2

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

---

18/12/21, 15:34

SAPO Mail - RE: Pedido de autorização

Data: qui, 16 dez 2021 [10:36:44 WET]

De: [REDACTED]

Para: "augustaespadasapo.pt" <augustaespada@sapo.pt>

Cc: Direção de Enfermagem <dir.enf@sesaram.pt>

Assunto: RE: Pedido de autorização

### Anexos

image001.jpg 10 KB

Exma. Colega

De acordo com o solicitado, não temos nada a opor quanto à utilização dos vídeos disponibilizados, sobre a prevenção de quedas um minuto + saúde + vida – Prevenção de quedas.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]

Enfermeiro Diretor

Direção de Enfermagem

Ext.:3807 Telef.:291705784

[www.sesaram.pt](http://www.sesaram.pt)

---

**De:** Direção de Enfermagem

**Enviada:** 6 de dezembro de 2021 08:05

**Para:** [REDACTED]

**Assunto:** FW: Pedido de autorização

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor, Enfermeiro

Reencaminho o presente email para vosso conhecimento e devidos efeitos.

*Atenciosamente,*

[REDACTED]

**Secretariado da Direção de Enfermagem**

**Ext. 3807 Telef.: 291 705 773**

[https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?actionID=print\\_attach&buid=22266&id=0&mailbox=SU5CT1g&sp=1&uniq=1639841680517&view\\_token=C...](https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?actionID=print_attach&buid=22266&id=0&mailbox=SU5CT1g&sp=1&uniq=1639841680517&view_token=C...) 1/2

## **APÊNDICES**

**Apêndice nº 1 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Utentes)**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE “OS IDOSOS E AS QUEDAS – INTERVIR PARA PREVENIR”

Exmo.(a), Sr.(a).

Eu, Enfermeira Maria Augusta Carrasqueira Espada, com cédula profissional nº 10045, atualmente a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João Deus em Évora, no ano letivo 2020/2021. Encontro-me a realizar o Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sob a orientação da Professora Doutora Helena Reis do Arco e da Enfermeira Especialista [REDACTED], com início a 17 de maio a fevereiro de 2022.

Pretende-se desenvolver um diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária no preenchimento da Escala de Morse, com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar prioridades e fixar objetivos. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária é “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”.

Neste projeto espera-se contribuir para a prevenção de quedas nos idosos acompanhados numa equipa de ECCL.

---

Augusta Espada  
(Na qualidade de estudante do 5º Mestrado em Enfermagem)

---

Enfermeira Especialista [REDACTED]  
(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

---

Professora Doutora Helena Arco  
(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Realço que serão respeitados todos os requisitos e procedimentos éticos neste projeto com o parecer da Comissão de Ética da ARSA de acordo com a Norma ng.015/2013 atualizada a 04/11/2015.

O seu consentimento é essencial para o diagnóstico da situação de saúde do grupo e para o sucesso do projeto e sua implementação. Contudo a sua participação é voluntária e sem custos para o próprio, não havendo qualquer consequência caso se recuse a participar.

Os dados resultantes, serão analisados de forma sempre agregada, mantendo a confidencialidade

dos participantes.

O consentimento livre e esclarecido é entregue pela Enfermeira  em formato de impresso e preenchido em duplicado, uma via para a estudante e uma via para o participante. O tempo médio previsto para a aplicação da Escala de Morse é de 10 minutos aproximadamente.

Informo também que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que entenda necessário durante o Estágio Final, através dos seguintes contactos: Augusta Espada-[augusta.espada@alentejocentral.min-saude.pt](mailto:augusta.espada@alentejocentral.min-saude.pt) e Enfermeira

Para esclarecimento em relação ao tratamento de dados, poderá entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da ARS Alentejo através do e-mail [epd@arsalentejo.min-saude.pt](mailto:epd@arsalentejo.min-saude.pt)

Caso pretenda apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados deverá apresentar a mesma através do e-mail [geral@cnpd.pt](mailto:geral@cnpd.pt).

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço antecipadamente a mesma.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações transmitidas pela(as) pessoa(as) que acima assinam, tendo ainda tempo para refletir e esclarecer dúvidas. Foi-me garantida a possibilidade de recusar ou anular a participação neste projeto, sem consequências. Desta forma, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados de forma voluntária, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo, para o relatório de estágio e divulgação em eventos científicos, com garantia de confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e orientadoras.

Deste modo, estou disponível a aceitar dar o meu testemunho, no âmbito do projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir” a ser realizado pela estudante, Maria Augusta Carrasqueira Espada, no âmbito do mestrado em associação, sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista  e da Professora Doutora Helena Arco.

Nome\_ \_\_\_\_\_

Assinatura\_ \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Apêndice nº 2 - Revisão Integrativa da Literatura**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



5.º CURSO 2020-2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I

1.º Ano/2.º Semestre

**“Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”**

REVISÃO INTEGRATIVA

**“Les personnes âgées et les chutes – Intervenir pour prevenir”**

REVISIÓN INTEGRATIVA

**“The elderly and falls - intervening to prevent”**

INTEGRATION REVIEW

**Autor:**

Maria Augusta Carrasqueira Espada  
Nº 48235

Évora, 2021

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o risco de queda nos idosos; implementar estratégias para prevenir as quedas nos idosos. **Metodologia:** Realizada uma revisão integrativa da literatura visando responder à questão “Qual a importância da avaliação do risco de queda, na implantação de estratégias que diminuam as quedas nos idosos?”. O processo de pesquisa foi realizado nos motores de busca da EBSCO e B-ON. Como critérios de inclusão considero idosos; quedas; prevenção, publicações de artigos com data entre 2012 e 2021. Após o processo de análise foram selecionados 6 artigos. **Resultados:** Os estudos selecionados relacionam a importância da avaliação do risco com a necessidade de definir estratégias para a redução do risco de queda, e suas complicações. A identificação dos fatores de risco é fundamental para a redução das quedas, permitindo a promoção do envelhecimento saudável e ganhos em saúde. **Conclusão:** A intervenção da equipa junto dos idosos no seu domicílio, será fundamental para a diminuição do número de quedas. Realizando a avaliação do risco, e determinando os fatores de risco permite aos profissionais, definir estratégias que reduzam as quedas e suas consequências.

Descritores: “idosos”; “quedas”; “prevenção”;

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the risk of falling in the elderly; to implement strategies to prevent falls in the elderly. **Methodology:** An integrative literature review was conducted to answer the question "What is the importance of fall risk assessment in the implementation of strategies to reduce falls in the elderly?". The search process was carried out in EBSCO and B-ON search engines. As inclusion criteria I considered elderly; falls; prevention, publications of articles dated between 2012 and 2021. After the analysis process 6 articles were selected. **Results:** The selected studies relate the importance of risk assessment to the need to define strategies for reducing the risk of falling, and its complications. The identification of risk factors is essential to reduce falls, allowing for the promotion of healthy aging and health gains. **Conclusion:** The team's intervention with the elderly at home will be essential to reduce the number of falls. Performing risk assessment and determining risk factors allows professionals to define strategies to reduce falls and their consequences.

Descriptors: "elderly"; "falls"; "prevention";

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el riesgo de caídas en los ancianos; aplicar estrategias para prevenirlas. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica integradora para responder a la pregunta "¿Cuál es la importancia de la evaluación del riesgo de caídas en la aplicación de estrategias para reducir las caídas en los ancianos? El proceso de búsqueda se realizó en los motores de búsqueda EBSCO y B-ON. Los criterios de inclusión consideraron a los ancianos, las caídas, la prevención y las publicaciones de artículos fechados entre 2012 y 2021. Tras el proceso de análisis se seleccionaron 6 artículos. **Resultados:** Los estudios seleccionados relacionan la importancia de la evaluación del riesgo con la necesidad de definir estrategias para reducir el riesgo de caídas y sus complicaciones. La identificación de los factores de riesgo es esencial para reducir las caídas, lo que permite promover un envejecimiento saludable y ganar en salud. **Conclusión:** La intervención del equipo con los ancianos en el hogar será esencial para reducir el número de caídas. Realizar una evaluación de riesgos y determinar los factores de riesgo permite a los profesionales definir estrategias para reducir las caídas y sus consecuencias.

Descriptores: "ancianos"; "caídas"; "prevención";

**Apêndice nº 3** – Convite para o *Focus Group*

# Focus Group

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”



**18/11/2021 – 14.30h**  
**UCC ACES AC**

**Mestranda: Augusta Espada**

**Enf.ª**

**Prof. Dr.ª Helena Arco**

Ex. ma Equipa da UCC

O meu nome é Augusta Espada, sou aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Estou a desenvolver no âmbito do estágio final, o projeto de intervenção “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”, para o qual gostaria de contar com a sua colaboração. Esta passaria por integrar um *Focus Group*, onde se realizaria uma entrevista com a participação de vários colegas, onde seriam discutidos os fatores de risco de queda, e as melhores estratégias para a sua prevenção, na certeza de que a sua experiência e opinião seriam uma mais-valia para o trabalho em desenvolvimento.

A duração estimada é de 30 minutos, e a confidencialidade será garantida na apresentação dos resultados obtidos.

O Focus Group seria realizado no dia 18/11/2021 às 14.30 horas na sala da UCC do ACES AC. No caso de se disponibilizar para participar, solicitava que me fosse indicado logo que possível.

Muito obrigada pela disponibilidade.

Atenciosamente

Augusta Espada

**Apêndice nº 4** - Planeamento do *Focus Group*

## Planeamento do *Focus group* “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

Participantes:

- Elementos da equipa multidisciplinar da ECCI do ACES AC

Moderador:

- Mestranda a frequentar o estágio na UCC do ACES AC
- Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e saúde pública na UCC do ACES AC

Antes do *Focus group* devemos:

- Solicitar autorização para a sua realização;
- Convidar os elementos da equipa de ECCI do ACES AC;
- Obter o consentimento informado livre e esclarecido dos participantes;
- Organizar o espaço físico, e verificar as condições onde irá decorrer o *Focus group* (Iluminação e ruído);
- Verificar o funcionamento dos meios técnicos (Gravador e computador);

Ao iniciar o *Focus group* procedemos:

- Apresentação da mestranda;
- Agradecer a presença dos participantes;
- Realizar uma breve introdução;
- Apresentar o projeto de intervenção comunitária “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”, dando a conhecer o resultado do diagnóstico efetuado através da aplicação da escala de morse aos utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela ECCI do ACES AC.

O problema identificado no nosso estudo após efetuar o diagnóstico de saúde foi o risco de queda, sendo que:

- 64,7% dos utentes apresentam médio risco de queda;
- 17,6% dos utentes alto risco de queda;
- 23,5% dos utentes já têm antecedentes de queda;

Apresentamos os objetivos que delineamos para o projeto de intervenção na comunidade:

Objetivo Geral: Prevenir as quedas dos utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC, até 2022.

Objetivos Específicos:

- Identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa de ECCI do ACES AC.
- Identificar as necessidades de intervenção para minimizar o risco de quedas em utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa da ECCI do ACES AC.
- Promover atitudes que reduzam as quedas nos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa de ECCI do ACES AC.

Desenvolvimento do *Focus group*

<b>Tema</b>	<b>Questões Principais</b>	<b>Questões Secundárias</b>
1- Identificar as perceções da equipa sobre o projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”	- Qual a perceção da equipa sobre o projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”?	- Como vê a equipa o projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”? - Que repercussões pensam que poderá ter este projeto?
2- Identificar os fatores de risco de queda nos idosos, percecionados pela equipa de ECCI	- Quais os fatores de risco de queda que observam nos idosos que acompanham na ECCI	- Como é realizada a primeira visita da equipa de ECCI - Quais são os principais fatores de risco de queda percecionados pela equipa - Como são planeadas as intervenções desenvolvidas junto do idoso, família / cuidador - De que forma são desenvolvidas as intervenções planeadas
3 - Identificar estratégias que possam ser desenvolvidas de forma a reduzir o risco de queda	- Como poderemos desenvolver estratégias para minimizar o risco de queda nos utentes acompanhado em ECCI	- Quais as dificuldades da equipa para minimizar esses riscos - Na perspetiva dos profissionais o que se poderia fazer para evitar as quedas nos idoso
4-Identificar o perfil dos participantes	- Idade - Género - Profissão - Habilitações - Tempo de serviço	

Terminar o *Focus group*

- Tempo estimado para a sua realização é de 30 minutos;
- Realizar um breve resumo sobre as principais conclusões;
- Agradecer aos participantes a sua presença, e o tempo que dispensaram;

Após terminar o *Focus Group*:

- Transcrição dos dados obtidos;
- Codificação dos dados;

**Apêndice nº 5 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido (profissionais)**

## CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Emo(as). Sr.(as).

Eu, Maria Augusta Carrasqueira Espada, estudante do 5º Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorre no ano letivo de 2021/2022, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Encontro-me presentemente a realizar Estágio Final de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na UCC do ACES AC, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [ ] e da Sra. Professora Doutora Helena Arco. Após a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, procuro a participação voluntária neste grupo de discussão - “Focus Group”, com vista a priorizar estratégias tendo em conta os resultados obtidos no diagnóstico, envolvendo os profissionais da equipa multidisciplinar. A proposta do tema do projeto de intervenção comunitária a realizar com a equipa multidisciplinar é “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”. Este processo de grupo decorre na sala de reuniões da UCC. Em todas as etapas deste processo de planeamento em saúde serão respeitados, requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para a correta priorização de estratégias tendo em conta o diagnóstico efetuado, procurando o sucesso da implementação deste projeto de investigação, no entanto a sua participação pode ser cancelada a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio, e que no final da aplicação da técnica de “Focus group”, ficarão definidos em conjunto as estratégias primordiais deste projeto. O tempo médio previsto é de 30 minutos aproximadamente. Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante). Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio Final, através do seguinte contacto: Augusta Espada- 968063499

Grata pela atenção,

[ ] 18 de novembro de 2021

\_\_\_\_\_  
Augusta Espada

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Especialista [ ]

\_\_\_\_\_  
Professora Doutora Helena do Arco

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas pela(s) pessoa(s) que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste projeto de investigação, sem qualquer tipo de consequências. Assim sendo aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo e para o relatório de estágio, com a garantia da confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e supervisores. Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto de intitulado “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir” a ser realizado pela estudante, Augusta Espada, no âmbito do seu mestrado em associação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista [ ] e da Sra. Professora

Doutora Helena do Arco.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

**Apêndice nº 6 - Apresentação dos resultados do diagnóstico**

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Aveiro  
UNIVERSIDADE DE Algarve  
UNIVERSIDADE DE Évora

“Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”



Docentes:  
Prof.ª Dr.ª Helena Arco, ESS Portalegre

Docentes:  
Marta Augusta Carrasqueira Espada Nº48235

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”



“Se conseguirmos prevenir a queda, conseguimos evitar as consequências”

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Objetivos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção de quedas nos idosos
- Alertar para a importância da avaliação do risco de queda
- Dar a conhecer o projeto de intervenção na comunidade “ Os idosos e as quedas – Intervir para Prevenir”

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Sumário

- Envelhecimento
- As quedas nos idosos
- Apresentação do projeto de intervenção comunitária



“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

“o envelhecimento e a consciência de uma vida mais longa colocam desafios aos sistemas de saúde e à sociedade em geral, bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, envolvendo um maior investimento individual e coletivo, para que uma maior longevidade implique mais saúde e qualidade de vida.”

Canhestro (2018)

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

País	2005	2010
Albânia	100,0	100,0
Andorra	100,0	100,0
Argélia	100,0	100,0
Arménia	100,0	100,0
Austria	100,0	100,0
Azerbaião	100,0	100,0
Bélgica	100,0	100,0
Bulgária	100,0	100,0
Canadá	100,0	100,0
Chad	100,0	100,0
China	100,0	100,0
Colômbia	100,0	100,0
Costa Rica	100,0	100,0
Cuba	100,0	100,0
Coreia do Sul	100,0	100,0
Coreia do Norte	100,0	100,0
Costa Marfim	100,0	100,0
Croácia	100,0	100,0
Curacao	100,0	100,0
Cyprus	100,0	100,0
República Checa	100,0	100,0
Dinamarca	100,0	100,0
Dominica	100,0	100,0
Dominicano	100,0	100,0
Egito	100,0	100,0
El Salvador	100,0	100,0
Emirados Árabes Unidos	100,0	100,0
Equador	100,0	100,0
Espanha	100,0	100,0
Estados Unidos	100,0	100,0
Estonia	100,0	100,0
Etiópia	100,0	100,0
Fiji	100,0	100,0
Finlândia	100,0	100,0
Fransa	100,0	100,0
Guatemala	100,0	100,0
Haiti	100,0	100,0
Hongria	100,0	100,0
Índia	100,0	100,0
Indonésia	100,0	100,0
Irã	100,0	100,0
Irlanda	100,0	100,0
Israel	100,0	100,0
Itália	100,0	100,0
Jamaica	100,0	100,0
Japão	100,0	100,0
Jordânia	100,0	100,0
Quênia	100,0	100,0
Coreia	100,0	100,0
Letónia	100,0	100,0
Líbano	100,0	100,0
Lituânia	100,0	100,0
Luxemburgo	100,0	100,0
Malásia	100,0	100,0
Maldivas	100,0	100,0
Mali	100,0	100,0
Malta	100,0	100,0
México	100,0	100,0
Moldova	100,0	100,0
Mongólia	100,0	100,0
Montenegro	100,0	100,0
Moçambique	100,0	100,0
Myanmar	100,0	100,0
Nepal	100,0	100,0
Nicarágua	100,0	100,0
Níger	100,0	100,0
Níger do Norte	100,0	100,0
Noruega	100,0	100,0
Oman	100,0	100,0
Pakistão	100,0	100,0
Países Baixos	100,0	100,0
Panamá	100,0	100,0
Papua Nova Guiné	100,0	100,0
Paraguai	100,0	100,0
Peru	100,0	100,0
Polónia	100,0	100,0
Portugal	100,0	100,0
Qatar	100,0	100,0
Roménia	100,0	100,0
Rússia	100,0	100,0
São Tomé e Príncipe	100,0	100,0
Saudi Arábia	100,0	100,0
Senegal	100,0	100,0
Singapura	100,0	100,0
Slováquia	100,0	100,0
Slovénia	100,0	100,0
Somália	100,0	100,0
Sri Lanka	100,0	100,0
Estados Unidos da América	100,0	100,0
Suécia	100,0	100,0
Suíça	100,0	100,0
Sudão	100,0	100,0
Sudão do Sul	100,0	100,0
Suíça	100,0	100,0
Síria	100,0	100,0
Taiwan	100,0	100,0
Tajiquistão	100,0	100,0
Tanzânia	100,0	100,0
Timor-Leste	100,0	100,0
Togo	100,0	100,0
Tonga	100,0	100,0
Trinidade e Tobago	100,0	100,0
Tuvalu	100,0	100,0
Ucrânia	100,0	100,0
Uruguai	100,0	100,0
Uzbequistão	100,0	100,0
Vanuatu	100,0	100,0
Venezuela	100,0	100,0
Yemen	100,0	100,0
Zâmbia	100,0	100,0
Zâmbia	100,0	100,0
Zâmbia	100,0	100,0

Fonte: INE, Portugal  
<https://www.pordata.pt/Mostrador.aspx?ID=17487&Indicador=emvelhacoe>  
ano=2018

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

A queda é definida como “um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007, p.1).

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Fatores de risco de queda:

- intrínsecos
- extrínsecos
- comportamentais



“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Fatores intrínsecos

- Idade
- Género
- História de quedas
- Uso de medicamentos
- Deficiência visual
- Deficiência auditiva
- Distúrbios de marcha
- Presença de doenças
- Estado funcional
- Estado psicológico
- Estado nutricional
- Sedentarismo

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Fatores extrínsecos

- Iluminação inadequada
- Tapetes soltos ou dobrados
- Superfícies molhadas
- Degraus altos ou baixos
- Falta de corrimão
- Vestuário ou calçado inadequado
- Obstáculos no caminho

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Fatores comportamentais

- Idosos inativos em situação de fragilidade
- Idosos muito ativos expondo-se demasiado ao risco

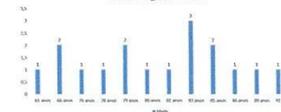
“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Diagnóstico da situação

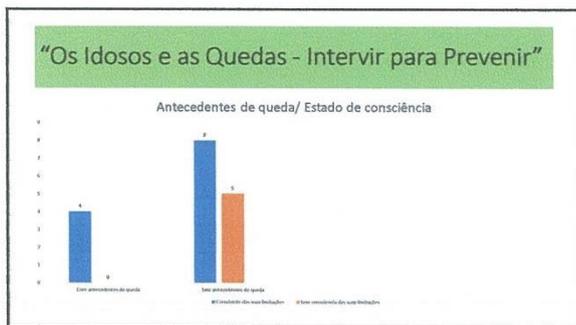
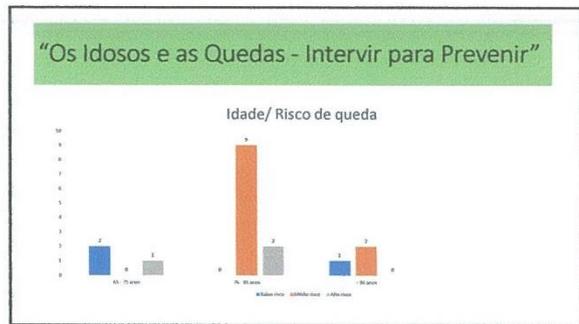
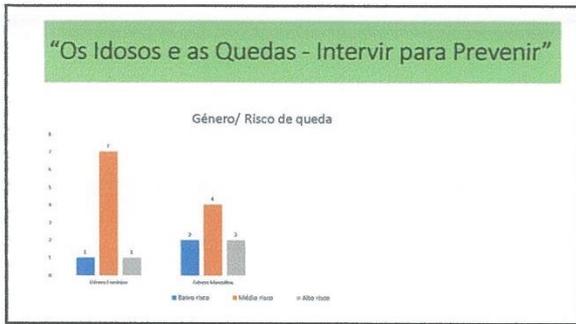
Utentes segundo Género

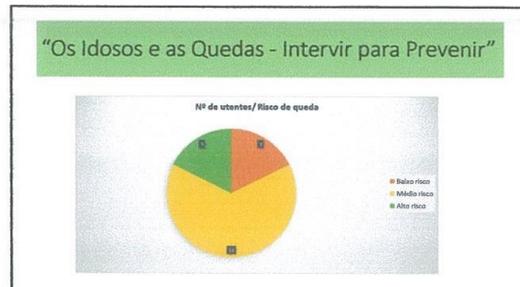


Utentes segundo a Idade



“Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”





### “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

O problema identificado no nosso estudo, após efetuar o diagnóstico de saúde foi o risco de queda, sendo que:

- 64,7% dos utentes apresentam médio risco de queda;
- 17,6% dos utentes alto risco de queda;
- 23,5% dos utentes já têm antecedentes de queda;



### “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

O enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários tem, pela proximidade com o idoso, o dever de identificar os fatores de risco, e desenvolver estratégias, para minimizar o risco de queda, e as suas consequências, com base nas políticas de saúde.

### “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Objetivo geral:

- Prevenir as quedas dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela equipa de ECCI do ACES AC até janeiro de 2022



### “Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Objetivos específicos:

- Identificar o risco de queda dos utentes com mais de 65 anos acompanhados pela ECCI do ACES AC
- Identificar as necessidades de intervenção para minimizar o risco de quedas, em utentes com mais de 65 anos, acompanhados pela ECCI do ACES AC
- Promover atitudes que reduzam as quedas nos utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI do ACES AC

“Os Idosos e as Quedas - Intervir para Prevenir”

Obrigado pela vossa atenção!



**Apêndice nº 7** – Certificado de presença para os participantes no *Focus Group*

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

 INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

 E S  
S  
Escola Superior Saúde  
IPortalega

 IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde

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

Certifica-se que \_\_\_\_\_,  
participou no *Focus Group* com o tema “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”, no âmbito do programa de intervenção na comunidade, realizado no dia 18 de novembro de 2021 na sala de reuniões da Unidade de Cuidados Continuados .



\_\_\_\_\_  
Coordenadora da UCC

**Apêndice nº 8 - Análise da Matriz do *Focus Group***

Matriz de Análise do *Focus Group*

“Os Idosos e as Quedas- Intervir para Prevenir”

<b>Tema</b>	<b>Pontos desenvolvidos Categorias</b>	<b>Pontos desenvolvidos Subcategorias</b>
1- Identificar as perceções da equipa sobre o projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma mais-valia nos cuidados prestados</li> <li>- Prevenir é sempre importante</li> </ul>
2- Identificar os fatores de risco de queda nos idosos, percecionados pela equipa de ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tapetes</li> <li>- Fios elétricos</li> <li>- Degraus</li> <li>- Casa de banha inadaptaadas</li> <li>- Essencialmente fatores extrínsecos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª visita é efetuada pela equipa multidisciplinar</li> <li>- Fatores extrínsecos</li> <li>- Efetuado um Plano de Intervenção Individual</li> <li>- As intervenções são desenvolvidas consoante as principais necessidades existentes</li> <li>- Importante elaborar norma / chek list de fatores de risco</li> </ul>
3 - Identificar estratégias que possam ser desenvolvidas de forma a reduzir o risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizando educação para a saúde junto dos idosos e familiares/ cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recusa do utente em alterar os fatores de risco identificados</li> <li>- Informar os utentes sobre os fatores de risco</li> </ul>
4-Identificar o perfil dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade (24 e 60)</li> <li>- Género (M-1/F-13)</li> <li>- Profissão (Enf./Nutr./TO/TF/Fisiot/Psic.)</li> <li>- Habilitações (Lic./Mest.)</li> <li>- Tempo de serviço (2 aos 30 anos)</li> </ul>	

**Apêndice nº 9 - Norma de avaliação de risco de queda**



**Norma** - Prevenção de quedas nos utentes acompanhados em ECCI

**Número** - 1/2021

**Data** - 18/11/2021

**Assunto** - Prevenção de quedas nos utentes acompanhados em ECCI

**Palavras-Chave** - Quedas, prevenção, idosos

**Destinatários** – Enfermeiros e outros técnicos de saúde

A queda é frequente entre os mais idosos, sendo o desafio a sua prevenção, para o enfermeiro, e outros técnicos de saúde que acompanham o idoso, e se deslocam ao seu domicílio.

A avaliação de quedas é uma intervenção de enfermagem e deve ser monitorizado pela aplicação da escala de morse. Neste caso a aplicação da escala de morse utilizada no aplicativo da RNCCI/ Sclenic.

Determinar o risco, permite prevenir a queda, sendo um indicador de qualidade, que após a sua avaliação deve determinar as medidas preventivas e deste modo diminuir as quedas, e as suas consequências.

A avaliação de risco de queda deve ser efetuada a todos os utentes acompanhados em ECCI e realizado o registo eletrónico nos sistemas informáticos.

A escala de morse utilizada no aplicativo da RNCCI avalia o nível de risco, através das seguintes questões:

### Escala de Morse

Questão	Pontuação
<b>Antecedentes de queda</b> (Últimos 3 meses)	25
- Sim	0
- Não	
<b>Diagnostico Secundário</b>	
- Sim	15
- Não	0
<b>Apoio na deambulação</b>	
- Deambula sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser auxiliado pelo enfermeiro, deambula em cadeira de rodas ou está acamado	0
	15

- Deambula com ajuda de auxiliar de marcha - Deambula apoiado na mobília	30
<b>Medicação e/ou heparina intravenosa</b> - Sim - Não	0 20
<b>Marcha</b> - Deambula com a cabeça ereta, deambula em cadeira de rodas, está acamado - Deambula inclinado, apoiado na mobília, passos curtos e arrasta os pés - Tem dificuldade em levantar-se, caminha agarrado a mobília ou amparado por outros, não consegue caminhar sozinho	0 10 20
<b>Estado Mental</b> - Consciente das suas limitações - Não conscientes das suas limitações	0 15

(Aplicativo da RNCCI)

### Nível de risco de queda

Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo risco	0-24	Cuidados básicos de saúde
Medio risco	25-50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto risco	$\geq 51$	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de queda

A aplicação da escala de morse deve ocorrer:

- Na admissão, quando a equipa realiza a primeira visita domiciliária ao utente no seu domicílio
- Com periodicidade mensal
- Sempre que a situação clínica apresente alguma alteração
- Se ocorrer uma queda

- No momento da alta do utente

A aplicação de uma check list na segunda visita ao utente permite ao profissional de saúde, com alguma com rapidez determinar a existência de fatores de risco e uma intervenção no sentido de os eliminar, prevenindo futuras quedas e suas consequências.

O utente, seu familiar/ cuidador devem ser informados sobre o resultado da avaliação do risco de queda e sobre as intervenções a realizar para minimizar esse risco.

Deve ser efetuado um plano de cuidados e realizada educação para a saúde de acordo com os fatores de risco detetados, o nível de risco avaliado será determinante para as atividades a desenvolver procurando prevenir a queda. As mesmas embora se apresentem definidas, devem sempre ser aplicadas tendo em conta a individualidade do utente. Em seguida refere-se algumas atividades que devemos desenvolver de acordo com o risco de queda:

#### **Baixo risco de queda (score < 24)**

- Supervisionar as atividades do utente
- Orientar os fatores de risco no domicílio do utente
  - Garantir que todos os objetos necessários ao utente se encontrem ao seu alcance
  - Assegurar que utiliza calçado adequado
  - Manter o pavimento seco e sem fios
  - Boa iluminação
  - Utilizar luz de presença à noite
  - Se necessário colocar barras de apoio no WC
  - Manter apenas tapete antiderrapantes
  - Se necessitar de produtos de apoio (andarilhos, bengalas, canadianas) assegurar que se encontram adequadas ao idoso

#### **Médio risco de queda (score entre 25 e 50)**

As intervenções descritas anteriormente para o baixo risco de queda

- Manter o utente acompanhado e informar a família do grau de risco
- Elaborar um plano individual de segurança e envolver a família no mesmo
- Capacitar o utente para o autocuidado, mas com o apoio necessário promovendo ainda a sua independência
  - Utilizar medidas de contenção se necessário, utilizando sempre as menos restritivas
  - Se necessitar de produtos de apoio (andarilhos, bengalas, canadianas) assegurar que se encontram adequadas ao idoso

**Alto risco de queda (score  $\geq$  50)**

As medidas descritas nos níveis de baixo e médio risco

- A vigilância deve ser permanente
- A utilização de grades na cama deve ser implementada
- O utente deve permanecer sob supervisão nas suas atividades de vida diária
- Os meios auxiliares de marcha devem ser adequados ao nível de risco
- Se necessitar de produtos de apoio (andarrilhos, bengalas, canadianas) assegurar

que se encontram adequadas ao idoso

A prevenção de quedas é fundamental, para que possamos permitir ao idoso manter a qualidade de vida, sendo um desafio para a equipa multidisciplinar a diminuição dos fatores de risco.

**Apêndice nº 10 - Check List de fatores de risco de queda**



**CHEK LIST – PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO**

<b>Questão</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 - Utente não tem consciência das suas limitações?		
2 - Sofreu alguma queda recentemente?		
3 - Tem problemas de equilíbrio, dificuldade em levantar-se ou sentar-se sozinho?		
4 - Realiza menos de três refeições por dia?		
5 - Toma mais que 3 medicamentos diariamente?		
6 – Apresenta dificuldade em sair da cama sozinho?		
7 - Utiliza óculos e não tem consulta no oftalmologista há mais de 2 anos?		
8 - A sua prótese auditiva não tem tido manutenção?		
9 - Utiliza sapatos altos ou com sola escorregadia?		
10 - O pavimento da sua habitação não está liso e apresenta-se escorregadio?		
11 - Existem fios elétricos ou de telefone na sua passagem a travessar o piso da habitação?		
12 - A sua habitação possui iluminação reduzida?		
13 - Na sua habitação possui tapetes soltos em alguma divisão da casa?		
14 – A habitação tem escadas e não possuem corrimão?		
15 - Os limites dos degraus não estão identificados?		
16 - Os interruptores não estão acessíveis ou tem dificuldade em alcançá-los?		
17 - O WC não possui barras de apoio junto à sanita, banheira e poliban?		
18 - A saída da casa possui barreiras arquitetónicas?		
19 - Na cozinha é difícil alcançar os objetos necessários, sem recurso a escadotes ou cadeiras?		
20 - Os pavimentos em redor da habitação apresentam obstáculos e irregularidades no estado?		
21 – Possui animais de estimação e não consegue cuidá-los sem necessidade de se baixar elevando o risco de queda?		

(Elaboração própria)

Após o preenchimento da chek list durante a segunda visita ao utente com mais de 65 anos no seu domicílio, vai permitir identificar alguns fatores de risco de queda. **As respostas afirmativas dão-nos a conhecer os fatores de risco** existentes e onde devemos focar a nossa atenção. Os conhecimentos destes fatores vão possibilitar à equipa multidisciplinar decidir qual serão as atividades que devem ser desenvolvidas para reduzir o risco de queda do utente, nomeadamente, alguma educação para a saúde ao utente, família e cuidador que procurem minimizar o risco de queda, e evitar as consequências de uma queda accidental.

Alterando alguns fatores de risco, podemos tornar o ambiente mais seguro, realizando alterações que por vezes não são valorizadas, e que permitem reduzir as quedas.

Elaboramos uma pequena lista de recomendações que permitem minorar o risco de queda:

- 1- O utente não se encontra consciente das suas limitações, devendo desenvolver-se estratégias que reduzam os riscos de queda, junto da família/ cuidador.
- 2- Se o utente refere ter tido uma queda, deve-se procurar conhecer as circunstâncias da mesma, para se possível conseguirmos alterar o que a motivou.
- 3- As cadeiras não devem ser demasiado baixas e devem possuir encostos laterais de apoio para realizar o levante com maior segurança, ao sentar-se deve ficar com as costas encostadas e os pés assentes no chão.
- 4- A alimentação é importante devendo realizar várias refeições ao longo do dia e efetuar uma alimentação diversificada.
- 5- Deve tomar apenas os medicamentos prescritos pelo medico, a polimedicação por vezes leva à queda, o utente não deve auto medicar-se.
- 6- O utente apresenta dificuldades em sair da cama, deve fazê-lo acompanhado com supervisão, a cama dever ter altura adequada, não ser demasiado alta nem baixa, e junto a cabeceira deve ter iluminação de fácil acesso.
- 7- O utente deve realizar uma consulta de oftalmologia anualmente, ou a cada dois anos. Devemos alertar para não usar os óculos de leitura quando caminha, pois, algumas quedas resultam deste uso indevido.

- 8- Algumas alterações do foro auditivo como zumbidos e tonturas podem perturbar, e provocar quedas, próteses auditivas sem manutenção levam o utente a manter a dificuldade auditiva e proporcionam a queda.
- 9- A utilização de sapatos baixos com sola antiderrapante, e adaptado aos seus pés, estes devem ser cuidados pois algumas calosidades e as deformações ósseas podem levar a dificuldades em caminhar.
- 10- O pavimento não deve ser escorregadio, não deve ser aplicada cera, utilizar carpetes ou piso antiderrapante com boas condições. O piso deve permanecer livre de obstáculos. Os moveis devem permitir a livre circulação.
- 11- Não devem existir fios elétricos soltos pelo chão, por vezes ao circular o utente não se apercebe da sua existência e tropeça provocando a sua queda. Os fios elétricos ou outro tipo de fios devem não devem permanecer soltos, devem ser fixados junto à parede e nunca permanecerem no caminho.
- 12- A iluminação é fundamental devemos sempre certificarmos se é suficiente, pode existir necessidade de aumentar a potência das lâmpadas. Deverá existir uma luz de presença à noite entre o quarto e a casa de banho. Os interruptores devem estar junto as portas e na parte superior e inferior da escada. Uma lanterna nas proximidades pode ser fundamental numa falha de energia.
- 13- Os tapetes soltos existentes nas divisões da casa devem ser retirados, apenas devem existir tapetes antiderrapantes e bem fixos
- 14- As escadas devem ter corrimão resistente de ambos os lados e possuírem uma boa iluminação. Os degraus devem estar desobstruídos para melhor circulação.
- 15- A fita adesiva deve ser aplicada nas extremidades das escadas deve ser colorida e antiderrapante para marcar os degraus, e não deve existir pressa na escada para evitar desequilíbrios.
- 16- Assegurar que o interruptor se mantém acessível ao idoso, e que existe sempre um candeeiro junto da cama, evitando que se levante sem iluminação e sofra uma queda.
- 17- Se existir necessidade o wc deve possuir barras de apoio ao lado da sanita e também no duche, devendo ainda utilizar um banco ou cadeira de banho.
- 18- As barreiras arquitetónicas á saída da habitação devem ser avaliadas para minimizar o risco, as escadas se existirem devem possuir corrimão, poderá existir a necessidade de construir uma rampa.

- 19- Na cozinha, os utensílios necessários devem ser de fácil acesso, não devem ser utilizados cadeiras ou escadotes, e se deixar cair algum líquido no pavimento deve ser limpo imediatamente para evitar as quedas.
- 20- Os passeios devem possuir um pavimento em bom estado, não devem existir objetos abandonados, nem ramos ou arbustos,
- 21- Utilizar uma estratégia que permita alimentar os seus animais domésticos sem necessidade de se baixar, essa simples atividade por vezes provoca a queda.

**Apêndice nº 11 - Plano da sessão de educação para a saúde**

PLANO DA SESSÃO

**Tema:** “O Idoso e a queda – Intervir para Prevenir”

**Formadores:** - Enfermeira da ECCI e Augusta Espada (Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

**Destinatários:** – Utentes com mais de 65 anos acompanhados em ECCI

**Local:** Domicílio do utente

**Data:** dezembro/ janeiro de 2021

**Hora:** a combinar

**Duração prevista:** 20 minutos

**Objetivo Geral:** Sensibilizar os idosos e as famílias/cuidadores para a prevenção de quedas

Objetivos específicos	Conteúdo da Sessão Teórica	Metodologia	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
-Identificar a importância da prevenção de quedas	- Apresentação do tema	- Apresentação oral com diálogo interativo		-5m	- Observação de comportamentos
- Identificar os fatores de risco de quedas	- Dar a conhecer ao utente e família/cuidador os diversos fatores de risco de queda	- Apresentação em PowerPoint e visualização do vídeo “Um minuto + saúde + vida – Prevenção de quedas	- Computador - Software PowerPoint	-10m	- Observação e avaliação da perceção que os idosos e suas famílias tem sobre o tema
- Informar sobre diversas medidas de prevenção de quedas	- Como prevenir as quedas/ Minimizando os fatores de risco	- Método expositivo		- 5m	- Resposta a três questões sobre os fatores de risco de queda
	- Esclarecimento de dúvidas - Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos - Agradecimentos				

**Apêndice nº 12 - Sessão de educação para a saúde sobre “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”**

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE

“OS IDOSOS E AS QUEDAS – INTERVIR PARA PREVENIR”

Docentes:  
Prof.ª Dr.ª Helena  
Arco, ESS Portalegre  
UCC do ACES AC



Docente:  
Marta Augusta  
Carraqueira  
Dissida  
NR4235

“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”



“Se conseguirmos prevenir a queda,  
conseguimos evitar as consequências”

“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”

A queda é definida como “um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais de descanso em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007, p.1).

“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”

Fatores de risco de queda:

- intrínsecos
- extrínsecos
- comportamentais



“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”

Fatores intrínsecos

- Idade
- Género
- História de quedas
- Uso de medicamentos
- Deficiência visual
- Deficiência auditiva
- Distúrbios de marcha
- Presença de doenças
- Estado funcional
- Estado psicológico
- Estado nutricional
- Sedentarismo



“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”

Fatores extrínsecos

- Iluminação inadequada
- Tapetes soltos ou dobrados
- Superfícies molhadas
- Degraus altos ou baixos
- Falta de corrimão
- Vestuário ou calçado inadequado
- Obstáculos no caminho



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**Fatores comportamentais**

- Idosos inativos em situação de fragilidade
- Idosos muito ativos expondo-se demasiado ao risco



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**MEDICAÇÃO**

- Os medicamentos são essenciais, e devem ser tomados conforme a prescrição do seu médico.
- Alguns medicamentos podem provocar sonolência, tonturas ou diminuição da atenção podendo levar à queda.

REVEJE OS MEDICAMENTOS REGULARMENTE COM O SEU MÉDICO



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**CUIDADOS COM A VISÃO**

- A visão é fundamental para o equilíbrio e movimento.
- Alterações da visão:
  - Visão turva
  - Olhos marecados
  - Sensibilidade à luz
  - Diminuição da visão
- São alterações que ocorrem de forma gradual, e que podem levar à queda.

CONSULTE O OFTALMOLOGISTA COM REGULARIDADE  
ÓCULOS DE LETURA SÃO APENAS PARA LETURA



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**CUIDADOS COM A AUDIÇÃO**

- Apresenta dificuldade em ouvir, têm tonturas ou desequilíbrio fácil
- As infeções e o acumular de cera pode provocar desequilíbrio e consequente queda

VERIFIQUE A SUA AUDIÇÃO UMA VEZ POR ANO  
UTILIZE APARELHO AUDITIVO FAÇA A SUA MANUTENÇÃO COM REGULARIDADE



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**SAÚDE DOS PÉS E UTILIZAÇÃO DE CALÇADO**

- As deformações do pé (jornetes, deformações ósseas, calosidades e problemas nas unhas) provocam muitas vezes dificuldade em caminhar.
- Calçado inadequado que não se encaixam nos pés e saltos altos podem provocar quedas

DEVEMOS CUIDAR DOS PÉS TER SEMPRE AS UNHAS E CALOSIDADES TRATADAS E HIDRATAR OS PÉS



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**Pavimentos da casa**

- Mantenha o piso em boas condições
- Retire tapetes soltos ou coloque antiderrapante
- Mantenha piso livre de obstáculos
- Coloque os móveis de forma a não impedir a circulação
- Mantenha o piso sem fios elétricos ou do telefone
- Limpe de imediato os líquidos derramados
- Coloque cores com contraste nas divisões dos pisos



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**ESCADAS**

- Mantenha uma boa iluminação na escada
- Coloque um interruptor no lado superior e inferior da escada
- Coloque corrimão de ambos os lados da escada
- Não utilize tapetes nas escadas, apenas os que estiverem bem fixos
- Não tenha pressa na escada



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**ILUMINAÇÃO**

- As divisões da casa devem ser bem iluminadas
- Os interruptores devem ser de fácil acesso
- Deve existir uma luz de presença entre o quarto e a casa de banho
- Ter sempre uma lanterna nas proximidades



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**Quarto**

- Tenha sempre um interruptor, um candeeiro e uma lanterna ao seu alcance quando está deitado
- Coloque barras de apoio para se levantar da cama se necessário
- Se utilizar mantenha os óculos ao seu alcance



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**Casa de banho**

- Utilize tapetes antiderrapantes
- O chuveiro deve estar à mão e um assento resistente
- Deve utilizar barras de apoio se necessário
- Limpar de imediato a humidade



**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

**Complicações das quedas**

As quedas podem provocar:

- Fraturas
- Traumatismos cerebrais
- Lesões musculares
- Efeitos psicológicos
- Alteração do nível de confiança
- Reajuste familiar
- Sobrecarga física, emocional e económica
- Desgaste do cuidador

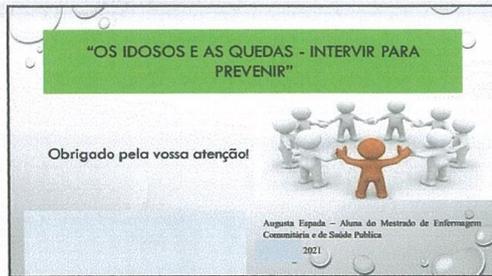


**“OS IDOSOS E AS QUEDAS - INTERVIR PARA PREVENIR”**

Os fios do telefone e as extensões podem estar soltas pela casa? **Não**

As escadas devem ter corrimão? **Sim**

A porta da casa de banho deve trancar apenas por dentro? **Não**



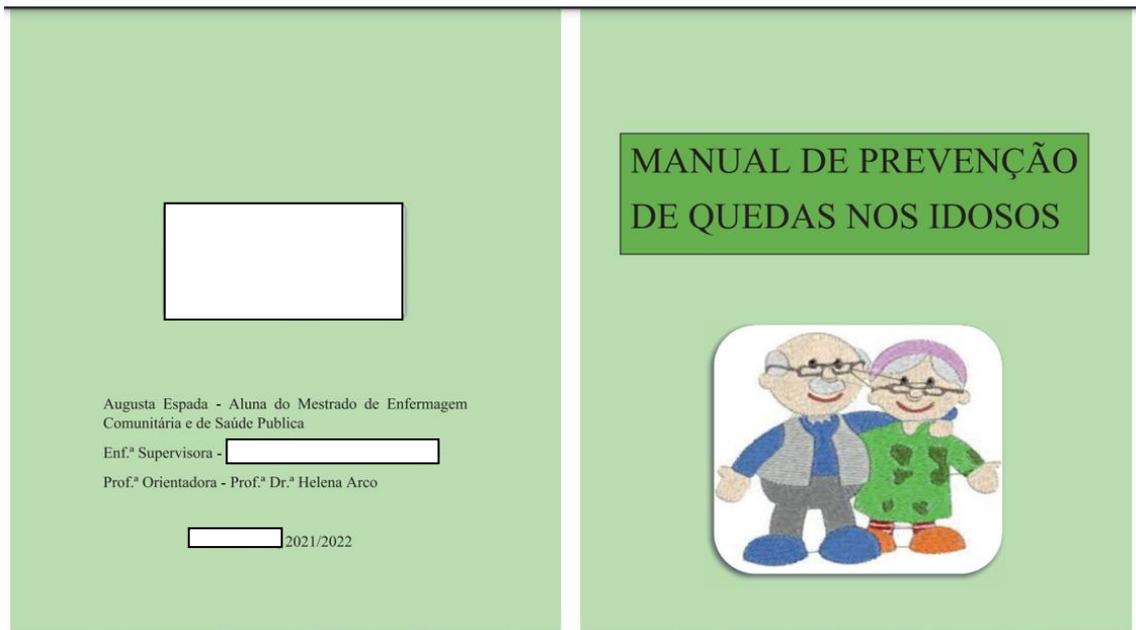
**Apêndice nº 13 - Vídeo “Um minuto + saúde + vida”**

Vídeo - “Um minuto + saúde + vida – Prevenção das quedas em Idosos

<https://drive.google.com/file/d/180-bwckl8iP4VN9HAP8vzeCIRpB6X76e/view?usp=sharing>



**Apêndice nº 14 - Manual de Prevenção de Quedas nos Idosos**



Os estudos apontam para cerca de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos, caem pelo menos uma vez por ano.

Nos idosos com mais de 80 anos, chega aos 40%, sendo uma das principais causas de lesões capazes de provocar a morte accidental.



As quedas nos idosos são comuns, aumentam progressivamente com a idade, e em ambos os sexos, representam hoje um grave problema de saúde pública.

#### Cozinha

- Organize a cozinha de forma que os utensílios necessários estejam acessíveis
- Deve colocar utensílios pesados nas prateleiras de baixo
- Não utilize cadeiras como escadote peça ajuda
- Limpe de imediato algum líquido que se encontre no chão



#### Fora de Casa

- Mantenha o acesso a sua casa bem iluminado e com pavimentos em bom estado
- As folhas e os musgos devem ser removidos
- As mangueiras e objetos utilizados não devem ficar no caminho
- No exterior deve usar sapatos confortáveis e com estabilidade



A queda é definida como “um deslocamento não intencional, em decorrência da perda de equilíbrio postural, que tem como consequência a mudança de posição do indivíduo”

(WHO, 2007, p.1)



As quedas nos idosos são resultantes de fatores de risco que podem ser:

- Intrínsecos (relacionados com o próprio)
- Extrínsecos (relacionados com o meio)

**FATORES INTRÍNSECOS, OU DO PRÓPRIO IDOSO**

- Alteração da marcha;
- Postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição do equilíbrio;
- Diminuição da força muscular;
- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular);
- Uso de alguns medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial);
- Estado demencial;
- Negação da fragilidade;
- Ansiedade e depressão.

**CADA DIVISÃO DA CASA TEM OS SEUS RISCOS**

**Quarto**

- Tenha sempre um interruptor, um candeeiro e uma lanterna ao seu alcance quando está deitado
- Coloque barras de apoio para se levantar da cama se necessário
- Se utilizar mantenha os óculos ao seu alcance



**Casa de banho**

- Utilize tapetes antiderrapantes
- O chuveiro deve estar à mão e um assento resistente
- Deve utilizar barras de apoio se necessário
- Limpar de imediato a humidade



O objetivo do Manual é a prevenção de quedas nos idosos capacitando o idoso, familiar ou cuidador, na aquisição de estratégias de prevenção da queda.



Ao envelhecermos ficamos mais propensos a quedas. As causas para as quedas são conhecidas como fatores de risco. Existem pessoas que caem mais vezes, porque têm vários fatores de risco associados.

**FATORES A TER EM ATENÇÃO PARA  
REDUZIR O RISCO DE QUEDA**

**MEDICACÃO**

- Os medicamentos são essenciais, e devem ser tomados conforme a prescrição do seu médico.
  - Alguns medicamentos podem provocar sonolência, tonturas ou diminuição da atenção podendo levar à queda.
- REVEJA OS MEDICAMENTOS REGULARMENTE COM O SEU MEDICO



**ESCADAS**

- Mantenha uma boa iluminação na escada
- Coloque um interruptor no lado superior e inferior da escada
- Coloque corrimão de ambos os lados da escada
- Não utilize tapetes nas escadas, apenas os que estiverem bem fixos
- Não tenha pressa na escada



**ILUMINAÇÃO**

- As divisões da casa devem ser bem iluminadas
- Os interruptores devem ser de fácil acesso
- Deve existir uma luz de presença entre o quarto e a casa de banho
- Ter sempre uma lanterna nas proximidades



**FATORES EXTRÍNSECOS, OU DO AMBIENTE**

- Chão: Superfícies escorregadias;
- Objetos dispersos pelo chão; Tapetes soltos; Escadas com tapetes e sem corrimão.
- Calçado e roupa: Sapatos não adaptados; Roupa demasiadamente comprida, cintos soltos;
- Casa de banho; Ausência de barras de apoio; Piso escorregadio.
- Móveis: Móveis instáveis; Camas muito baixas ou altas;
- Cadeiras baixas sem apoios para braços; Móveis fora do sítio.
- Auxiliares de marcha (bengala, andarilho, cadeira de rodas): Inadequados ou mal-adaptados.
- Iluminação: Inadequada.

**O QUE PODEMOS ALTERAR NA NOSSA CASA PARA PREVENIR A QUEDA**

**Pavimentos da casa**

- Mantenha o piso em boas condições
- Retire tapetes soltos ou coloque antiderrapante
- Mantenha piso livre de obstáculos
- Coloque os móveis de forma a não impedir a circulação
- Mantenha o piso sem fios elétricos ou do telefone
- Limpe de imediato os líquidos derramados
- Coloque cores com contraste nas divisões dos pisos



***A diminuição da capacidade de ver e ouvir vai aumentar ao risco de queda***

**CUIDADOS COM A VISÃO**

- A visão é fundamental para o equilíbrio e movimento.
- Alterações da visão:
  - Visão turva
  - Olhos mareados
  - Sensibilidade à luz
  - Diminuição da visão

São alterações que ocorrem de forma gradual, e que podem levar à queda.

**CONSULTE O OFTAMOLOGISTA COM REGULARIDADE**  
**ÓCULOS DE LEITURA SÃO APENAS PARA LEITURA**



**CUIDADOS COM A AUDIÇÃO**

- Apresenta dificuldade em ouvir, tem tonturas ou desequilíbrio fácil
- As infecções e o acumular de cera pode provocar desequilíbrio e consequente queda

**VERIFIQUE A SUA AUDIÇÃO UMA VEZ POR ANO**

**UTILIZE APARELHO AUDITIVO FAÇA A SUA MANUTENÇÃO COM REGULARIDADE**



**SAÚDE DOS PÉS E UTILIZAÇÃO DE CALÇADO**

- As deformações do pé (joanetes, deformações ósseas, calosidades e problemas nas unhas) provocam muitas vezes dificuldade em caminhar.
- Calçado inadequado que não se encaixam nos pés e saltos altos podem provocar quedas

**DEVEMOS CUIDAR DOS PÉS TER SEMPRE AS UNHAS E CALOSIDADES TRATADAS E HIDRATAR OS PÉS**



**Apêndice nº 15 - Artigo publicado “Jornal Local”**

» vida & saúde

## “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

O envelhecimento é um processo natural, mas promover a qualidade de vida dos idosos é um desafio para os próprios idosos, para os seus cuidadores e equipas de saúde. As quedas embora possam acontecer em qualquer idade são mais frequentes nos mais velhos, podendo provocar alterações na sua saúde. As lesões mais frequentes são os traumatismos, como fraturas ou lesões musculares, podendo trazer consequências mais graves.

Segundo o Programa EVITA (2019), a queda foi o acidente mais frequente em 2019. Na faixa etária superior aos 65 anos, a percentagem foi de 88% relativamente a outro tipo de acidentes como queimaduras, cortes ou outros. Verificou-se ainda que quase 50% das quedas ocorrem em casa, sendo mais frequentes no género feminino.

A mesma fonte refere ainda que no ano 2019, 112988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico, com necessidade de recurso a um serviço de urgência.

A queda pode acontecer a qualquer momento, e em qualquer lugar, mas conhecendo os fatores de risco, podemos evitá-las e minimizar as suas consequências. Os fatores de risco de queda nos idosos podem ser intrínsecos, ou seja, dependem do próprio idoso, ou extrínsecos dependem do meio onde o idoso se insere.

Os fatores intrínsecos são a diminuição da força e equilíbrio, a diminuição da visão e/ou da audição, a alimentação, a medicação e o calçado inadequado.

Os fatores extrínsecos são os pisos escorregadios, as escadas sem corrimão, os tapetes e as carpetes soltos, a má iluminação, os pisos irregulares e as Extensões e os fios elétricos soltos.

O idoso e sua família podem tomar alguns cuidados com vista à prevenção das quedas como, por exemplo, realizar uma alimentação correta e hidratação, tomar apenas a medicação prescrita

pelo médico (a mesma deve ser revista regularmente, não devendo tomar medicamentos por sua autoria), consultar o oftalmologista para verificar a visão e não caminhar com os óculos de leitura, já que estes podem levar à queda. É muito importante vigiar a audição. Alguns problemas auditivos provocam tonturas e desequilíbrios podendo aumentar o risco de queda. Se utilizar aparelho auditivo deve realizar a sua manutenção com regularidade.

É, ainda, fundamental cuidar dos pés para prevenir quedas. Os joanetes e as deformações ósseas criam dificuldades em caminhar. Ter os pés bem cuidados, utilizar sapatos adequados, confortáveis, com sola antiderrapante e sem saltos é crucial.

A casa do idoso possui riscos que o mesmo desconhece, devendo ser corrigidos para permitir a sua segurança.

Em sua casa o idoso deve manter o piso em boas condições, retirar os tapetes soltos (colocar apenas tapetes com antiderrapante), manter o piso livre de obstáculos, retirar fios elétricos soltos ou outro tipo de fios do piso da sua habitação, os móveis devem permitir a livre circulação, limpar de imediato líquidos que sejam derramados no chão, manter uma boa iluminação, não utilizar tapetes nas escadas, colocar corrimão em ambos os lados da escada, deverá existir uma luz de presença à noite entre o quarto e a casa de banho e, finalmente, utilizar (se necessárias) barras de apoio na casa de banho.

A prevenção da queda é fundamental, para que o idoso continue a viver de forma autónoma por mais tempo, com qualidade de vida.

**Enfª Augusta Espada**

(aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária)

Unidade de Cuidados na Comunidade

**Apêndice nº16 – “Spot” sobre prevenção de quedas na rádio**

## “Spots da rádio”



Os idosos e as  
quedas - TEXTO.MP2

[https://drive.google.com/file/d/1F3\\_i0YbJUip2s2Up0VQHhK4Nmj63uM3k/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1F3_i0YbJUip2s2Up0VQHhK4Nmj63uM3k/view?usp=sharing)



Os idosos e as  
quedas-1.MP2

<https://drive.google.com/file/d/1qE6ay7LOR9ngyeUxngaQq1GKt7qJ0OXU/view?usp=sharing>



Os idosos e as  
quedas-2.MP2

[https://drive.google.com/file/d/1qmMDyS-b1LoTn\\_w\\_R4CfxKIZRBu1Chz0/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1qmMDyS-b1LoTn_w_R4CfxKIZRBu1Chz0/view?usp=sharing)

**Apêndice nº 17 – Plano da sessão de educação para a saúde**

PLANO DA SESSÃO

**Tema:** “Segurança em casa”

**Formadores:** - Enfermeira da ECCI e Augusta Espada (Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

**Destinatários:** – Utentes com mais de 65 anos alunos da Universidade Sénior

**Local:** Sala da Universidade Sénior

**Data:** 22 de novembro de 2021

**Hora:** 14h30

**Duração prevista:** 30 minutos

**Objetivo Geral:** Identificar fatores de risco de acidentes no domicílio e adotar comportamentos para minimizar o risco de acidente.

Objetivos específicos	Conteúdo da Sessão Teórica	Metodologia	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
- Identificar fatores de risco de acidentes existentes no domicílio	- Apresentação do tema  - Descrever os vários fatores de risco de acidente	-Apresentação oral - Diálogo interativo - Método expositivo -Apresentação em PowerPoint	- Computador  - Software PowerPoint	- 5m  - 15m	- Observação de comportamentos
-Verificar comportamentos a alterar para reduzir o risco de acidente	- Promover comportamentos que previnam os acidentes  - Esclarecimento de dúvidas - Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos - Agradecimentos			- 10m	- Observação e avaliação das alterações que ocorreram após a nossa apresentação  - Resposta a três questões sobre fatores de risco de acidentes

**Apêndice n ° 18 - Sessão de educação para a saúde “Segurança em casa”**

**“Segurança em casa”**

Enf.ª Augusta Espada



**Acidentes Domésticos**

- São muito frequente entre as pessoas idosas
- O domicílio é o local onde ocorrem mais acidentes



**Segurança em casa**

Quedas

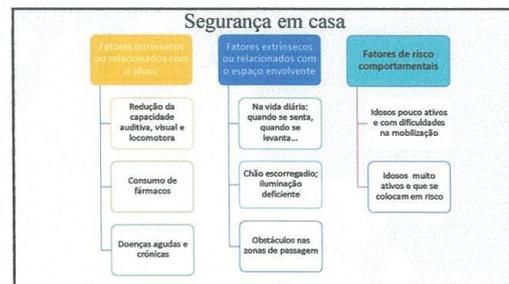


Constituem a principal causa de morte accidental acima dos 65 anos e originam uma elevada morbilidade

**Segurança em casa**

Fatores de risco de queda:

- intrínsecos
- extrínsecos
- comportamentais

**Segurança em casa**

Fatores intrínsecos

- Idade
- Género
- História de quedas
- Uso de medicamentos
- Deficiência visual
- Deficiência auditiva
- Distúrbios de marcha
- Presença de doenças
- Estado funcional
- Estado psicológico
- Estado nutricional
- Sedentarismo



### Segurança em casa

#### Fatores extrínsecos

- Iluminação inadequada
- Tapetes soltos ou dobrados
- Superfícies molhadas
- Degraus altos ou baixos
- Falta de corrimão
- Vestuário ou calçado inadequado
- Obstáculos no caminho



### Segurança em casa

#### Fatores comportamentais

- Idosos inativos em situação de fragilidade
- Idosos muito ativos expondo-se demasiado ao risco



### Segurança em casa



Para diminuir ao máximo a probabilidade de sofrermos um acidente, devemos adaptar a casa para que se torne o mais confortável e segura possível, tendo em conta as nossas capacidades. Devemos eliminar da nossa casa os elementos que podem atrapalhar e colocar outros elementos que favoreçam a segurança.

### Segurança em casa

#### 1- ILUMINAÇÃO

- A casa de banho e o quarto devem ter uma boa iluminação.
- Os abajures devem ser translúcidos e as lâmpadas foscas.
- Aconselha-se a utilização de lâmpadas Fluorescente.
- É útil deixar acesa uma luz de presença durante a noite para conseguirmos ver quando nos deslocamos.



### Segurança em casa

#### 2- INTERRUPTORES DA LUZ

- Devem estar a uma altura em que nos seja fácil alcançá-los.
- Para ajudar mais facilmente a localizá-los, é conveniente que a cor do interruptor contraste com a cor da parede.
- Se puder, coloque adesivos fotoluminescentes que brilham no escuro.



### Segurança em casa

#### 3 - PORTAS

- Deverão ter uma largura mínima de 80 cm.
- Se forem de correr, pelo menos, uma delas deverá ter essa dimensão e as callas técnicas deverão ser embutidas no chão para evitar a formação de um degrau.
- Se as portas da casa de banho tiverem fechos de segurança, é importante que possam ser abertas por fora.
- As maçanetas devem ser de madeira, de alavanca ou puxador.



### Segurança em casa

#### 4- JANELAS

- É melhor que sejam de correr para evitar acidentes quando se abrirem para dentro.
- Nas janelas com dobradiça, as maçanetas deverão ser de alavanca através de manivela acessível, situadas no máximo a 120 cm de altura a partir do chão.



### Segurança em casa

#### 5- MOBILIÁRIO

- Recomenda-se que existam poucos móveis, especialmente no acesso às assoalhadas mais utilizadas, como a cozinha e a casa de banho.
- O melhor é não colocar tapetes e passadeiras. Mas, se existirem, deverão estar presos ao chão, pois podem fazer com que tropece ou escorregue.
- As cadeiras e as poltronas devem ter apoio de braços e costas. O assento deve ser firme, não afundar, e a altura recomendada em relação ao chão é de 45 centímetros.
- A desordem pode provocar quedas.



### Segurança em casa

#### 6- CASA DE BANHO

- O piso mais seguro é o antiderrapante e é recomendável substituir a banheira por uma cabine de duche.
- De qualquer das formas, aconselha-se a colocação de um tapete antiderrapante dentro e fora da banheira ou do chuveiro.
- Se a altura da sanita for mais elevada, menores serão os esforços para sentar e levantar.
- É muito útil colocar barras de apoio na banheira, no bidê e na sanita.
- Utilize produtos antiderrapantes para limpar a casa de banho.



### Segurança em casa

#### 7- QUARTO

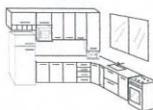
- A altura da cama deve adequar-se às necessidades pessoais. Recomenda-se que esteja a uma altura entre 45 e 50 cm do chão.
- O colchão não deve afundar e a roupa da cama deve ser leve.
- A distribuição dos móveis deve permitir a movimentação com o andarrilho, bengala, muleta ou cadeira de rodas.
- No armário, a roupa deve estar acessível.
- A mesa-de-cabeceira deve ser estável e ter uma altura e distância da cama que permita fácil acesso.



### Segurança em casa

#### 8- COZINHA

- A distribuição dos móveis em forma de L permite ter sempre um ponto de apoio enquanto se movimenta.
- O chão deve estar seco e limpo. Lembre-se que é mais seguro o antiderrapante.
- Procure colocar os utensílios e recipientes que utiliza habitualmente ao alcance da mão.
- Pode colocar os que utiliza menos na parte de trás dos armários.



### Segurança em casa

- Para realizar as tarefas da casa, deve utilizar escovas, esfregões e aspiradores de cabos longos para evitar ter que se inclinar.
- Sempre que possa fazer tarefas sentado, como descascar batatas, deve fazê-lo para não perder o equilíbrio e evitar torções.
- A tábua de passar deve ser leve e aconselha-se que a máquina de lavar roupa seja de carregamento por cima. Se tal não for possível e a máquina de lavar for de carregamento frontal, deve introduzir a roupa sentada e com o cesto perto de si.
- É totalmente desaconselhável subir escadas, escadotes ou pôr-se em cima de bancos sozinho para limpar ou colocar cortinas. Deve esperar por alguém.



### Segurança em casa

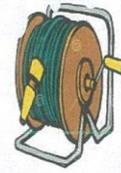
Subir e descer escadas:

- Sempre que existam corrimões e suportes, apoie-se neles.
- O risco de queda é menor se subir ou descer em diagonal.
- Ao subir o degrau, incline o tronco para a frente.
- Ao descer o degrau, evite inclinar a cabeça e o tronco para trás pois essa posição facilita a queda.



### Segurança em casa

- Mantenha o acesso a sua casa bem iluminado e com pavimentos em bom estado
- As folhas e os musgos devem ser removidos
- As mangueiras e objetos utilizados não devem ficar no caminho
- No exterior deve usar sapatos confortáveis e com estabilidade



### Segurança em casa

Como levantar-se após a queda:

- Girar sobre o próprio corpo até ficar com o rosto para baixo;
- Apoiar os joelhos até ficar de gatas. Procurar com o olhar um elemento de apoio firme e aproximar-se dele;
- Apoiar firmemente as mãos nele e tentar pôr-se de pé
- Ajudando com os antebraços



### Segurança em casa

Como levantar-se após a queda:

- Uma vez de pé, deve descansar antes de iniciar a marcha.



### Segurança em casa

Incêndios

- Apagar bem os fósforos e cigarros. Não atire pontas de cigarros para os caixotes de lixo e não fume na cama.
- Não sobrecarregar as tomadas ligando vários aparelhos na mesma tomada.
- Evitar fazer ligações domésticas e manter sempre os cabos elétricos fixos.
- Quando tiver de sair, não deixar panelas ou frigideiras no fogão nem aparelhos elétricos ligados.



### Segurança em casa

- Verificar se os botões do fogão estão desligados antes de sair.
- Não deixar panos junto às bocas do fogão.
- Se a frigideira pegar fogo enquanto estiver a cozinhar cubra-a com um pano ou uma toalha molhada.



### Segurança em casa

- Se notar cheiro a gás ou suspeitar de fuga, não acender a luz, abra as janelas.
- No caso de incêndio de origem elétrica num equipamento ou curto circuito, não tentar apagar o fogo com água.
- Ao cozinhar, utilizar os bicos de gás mais atrás do fogão e ficar atento para que as pegas das frigideiras e caçarolas não fiquem fora da superfície do fogão.
- Não cozinhar com roupas e mangas muito largas, uma vez que podem ficar presas em algum utensílio.



### Segurança em casa

- Nunca ligar à rede elétrica aparelhos que estejam molhados, mesmo que pareçam secos e operacionais. Substituir as pilhas ou cabos que estejam em mau estado.
- Não utilizar eletrodomésticos quando sair do banho ou do duche ou quando ainda tiver alguma parte do corpo molhada.
- Não utilizar aparelhos elétricos quando estiver descalço, mesmo que o chão esteja seco.



### Segurança em casa

- Não manter aquecedores elétricos, tomadas nem outros utensílios elétricos na casa-de-banho.
- Desligar todos os eletrodomésticos, que emitam alguma descarga ou sensação de formigamento e enviá-los para reparação de um técnico.
- Em caso de emergência, desligar o quadro elétrico geral e pedir ajuda.



### Segurança em casa

Evite acidentes.....

Proteja-se a si e aos seus.....

A sua saúde é muito importante.....



- |  |     |
|--|-----|
| Os fios do telefone e as extensões podem estar soltas pela casa? | Não |
| As escadas devem ter corrimão?                                   | Sim |
| A porta da casa de banho deve trancar apenas por dentro?         | Não |

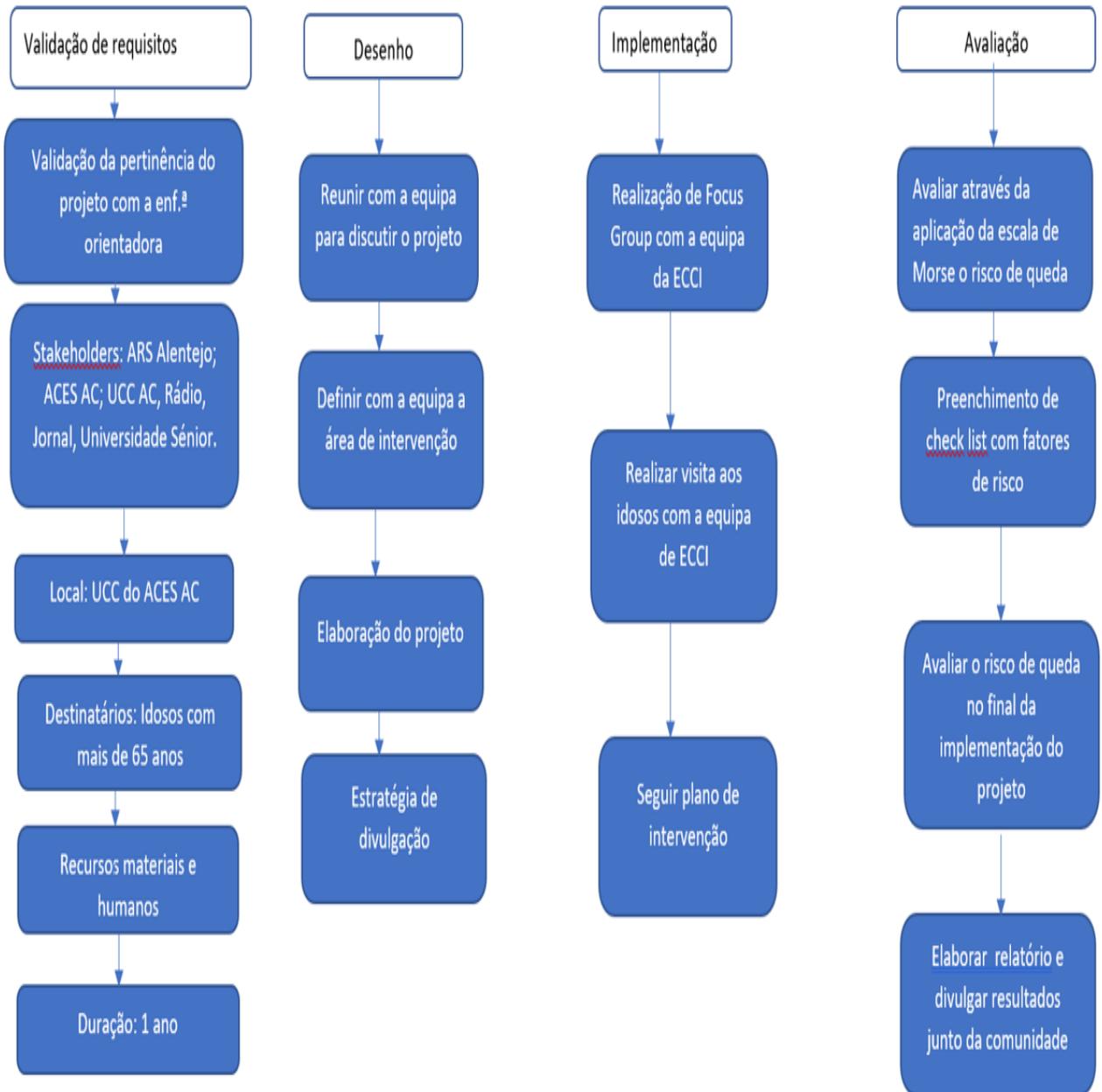
### Segurança em casa

Obrigado pela vossa atenção!



**Anexo nº 19 - WBS**

## Estrutura do projeto (WBS)



**Apêndice nº 20 - Cronograma**

“Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

Aluno: Maria Augusta Espada (Nº 48235) Local de Estágio:

MÊS SEMANAS	Maio				Junho				Julho				Agosto				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Conhecer a equipa UCC e as suas necessidades																																				
Realização de pesquisa Envio de pedidos de autorização																																				
Diagnostico da situação e colheita de dados																																				
Analise dos dados																																				
Realização de Focus group com a equipa multidisciplinar da UCC																																				
Planeamento de Intervenções																																				
Execução de atividades																																				
Elaboração artigo científico para divulgação de diagnóstico de situação																																				
Avaliação do projeto																																				
Elaboração do relatório																																				

**Apêndice nº 21 - Questionário de avaliação do projeto**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



5 ° CURSO 2021-2022  
MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA  
Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública  
**2º Ano/1º Semestre**

“Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”

Aluno - Augusta Espada

O presente questionário tem como objetivo contribuir para a avaliação do projeto de intervenção comunitária. As respostas dadas serão confidenciais.

Muito obrigada pelo tempo despendido nas respostas às questões.

1 - Qual ou quais os pontos fortes que identifica no projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”?

---

---

2 - Qual ou quais os pontos fracos que identifica no projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”?

---

---

3 - Na sua opinião que aspetos podem ser aproveitados e constituir oportunidades, como uma mais-valia do projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir”?

---

---

4 - Que aspetos considera que podem dificultar ou ameaçar a continuidade do projeto “Os Idosos e as Quedas – Intervir para Prevenir” tornando-se uma ameaça para sua continuação?

---

---

Muito obrigada pela colaboração.

**Apêndice nº 22 – “Pen” cedida à equipa da UCC para continuidade do projeto**

