

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

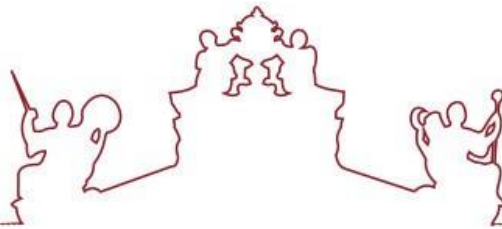
Relatório de Estágio

” Antes prevenir... que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Filipa Isabel Freira Rocha

Orientador(es) / Laurência Gemito

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

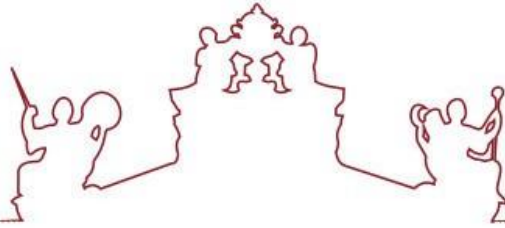
Relatório de Estágio

” Antes prevenir... que cair”- Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Filipa Isabel Freira Rocha

Orientador(es) / Laurência Gemito

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 | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Laurência Gemito (Universidade de Évora) (Orientador)



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias
mais belos foram aqueles em que lutaste.”

(Sigmund Freud)



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente relatório só foi possível com o apoio e a colaboração de outras pessoas a quem se deixa um agradecimento e um reconhecimento especial.

À orientadora Professora Doutora Laurência Gemitto, pela sua disponibilidade, orientação, conhecimentos transmitidos, apoio e encorajamento em todas as fases deste projeto.

À Enfermeira Supervisora e à equipa da UCC, pela sua disponibilidade, conhecimentos transmitidos, experiência e apoio no decorrer de ambos os estágios. Por todos os momentos e caminhos trilhados no concelho que foram sem dúvida muito enriquecedores a nível pessoal e profissional.

A todos os intervenientes, parceiros e entidades, pela sua disponibilidade e iniciativa, pelo seu espírito de ajuda e colaboração no projeto.

Às minhas colegas que trilharam este caminho comigo, por toda a ajuda, apoio, força e companheirismo nos momentos mais trabalhosos. Tornou-se possível e mais fácil trilhar este percurso com a vossa ajuda.

Aos meus colegas de trabalho, por todo o seu apoio, disponibilidade e ajuda que mostraram sempre ao longo deste percurso.

À minha família e namorado, agradeço por toda a compreensão demonstrada, apoio e força incondicional, motivação e incentivo em ver-me crescer; e também pela paciência nos momentos de maior frustração e compreensão nos momentos de maior ausência. Sem vocês este processo não teria sido realizável.

A todos vós, o meu MUITO OBRIGADA! SOU GRATA!



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

RESUMO

” Antes prevenir... que cair”- Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Os episódios de queda nos idosos são considerados um problema de saúde pública. As alterações fisiológicas, comportamentais e ambientais, tais como as barreiras arquitetônicas, são os principais fatores de risco para a ocorrência de episódios de queda nos idosos. O presente projeto foi desenvolvido com o objetivo de contribuir para a prevenção de quedas em idosos polimedicados, com idade igual ou superior a 75 anos, residentes numa comunidade da área de abrangência de uma UCC do ACeS Alentejo Central, até janeiro 2022.

Após o diagnóstico de situação, identificou-se como problema um elevado número de quedas e a presença de inúmeros fatores de risco para a ocorrência de quedas. Esta constatação impulsionou o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Antes prevenir... que cair” – Intervir para a prevenção de quedas nos idosos, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde. Estabeleceram-se prioridades, selecionaram-se estratégias e desenvolveram-se atividades direcionadas para os idosos, cuidadores informais/familiares.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Idosos; Quedas



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

ABSTACT

" Better to prevent... than fall" - Intervene to prevent elderly from falling

ABSTACT

The episodes of falls in the elderly are considered a public health problem. Physiological, behavioral, and environmental changes, such as architectural barriers, are the main risk factors for the occurrence of falls in the elderly. The present project was developed with the purpose of contributing to the prevention of falls in polymedicated elderly people, aged 75 years or over, residents in a community in the area covered by a Community Health Center of ACeS Alentejo Central, until January 2022.

After the diagnosis of this situation, a high number of falls and the presence of numerous risks for the occurrence of falls were identified as a problem. This finding drove to the development of the community intervention project "Better to prevent... than fall" - Intervene to prevent elderly from falling, following the Health Planning Methodology. Priorities were established, strategies were selected, and activities were developed for the elderly, informal caregivers/family.

Keywords: Community Health Nursing; elderly; falls



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Listagem de Abreviaturas ou Siglas

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde

APA- *American Psychological Association*

ARS- Administração Regional de Saúde

BICSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CVC- Centro de Vacinação Covid-19

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL– Equipa de Coordenação Local

ECSP- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENEAS- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EVITA- Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

ERA- Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PNS- Plano Nacional de Saúde

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT - *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

WBS - *Work breakdown structu*



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. Envelhecimento.....	17
1.1. Quedas nos idosos.....	21
2. Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender	30
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	35
1. Diagnóstico de situação	36
1.1. Caraterização do contexto de estágio	38
1.2. A comunidade	43
1.3. População alvo e seleção da amostra	48
1.4. Instrumentos de colheita de dados.....	49
1.5. Método de colheita de dados	49
1.6. Considerações éticas e deontológicas.....	50
1.7. Apresentação e discussão dos resultados	51
1.8. Identificação de problemas e necessidades	63
2. Determinação de prioridades	64
3. Fixação dos objetivos	66
4. Seleção de estratégias	68
5. Preparação operacional e implementação	70
5.1. Atividades desenvolvidas	71
5.2. Cronograma de atividades.....	75
5.3. Comunicação e divulgação do projeto.....	76
5.4. Recursos humanos, materiais e físicos.....	77
5.5. Estratégia orçamental	78
6. Avaliação	79
6.1. Avaliação dos objetivos	80
6.2. Avaliação da implementação do projeto	85
6.3. Seguimento e Follow Up do projeto.....	87
CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	88



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

1. Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista.....	89
2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	93
3. Competências do Grau de Mestre.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES.....	107
Apêndice 1- Consentimento informado livre e esclarecido	108
Apêndice 2-WBS	112
Apêndice 3- Planeamento das reuniões de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação.....	114
Apêndice 4- Planeamento da sessão de educação para a saúde “Prevenir... para não cair”	116
Apêndice 5- Convites para a atividade nº3	122
Apêndice 6-Avaliação de conhecimentos da atividade nº3	124
Apêndice 7- Questionário de avaliação de satisfação das atividades.....	126
Apêndice 8- Manual de Boas Práticas – Prevenção de quedas nos idosos	128
Apêndice 9- Cartão de contactos úteis.....	132
Apêndice 10- E-mail enviado para a Junta de Freguesia com os cartões de contactos úteis.....	134
Apêndice 11- Planeamento da atividade nº6 - Visita Domiciliária	136
Apêndice 12 - Planeamento da atividade nº7 - Sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”	138
Apêndice 13 – Convites- atividade nº7 - Sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”	144
Apêndice 14 – Ficha de avaliação de conhecimentos da atividade nº7.....	146
Apêndice 15-Planeamento da atividade nº 8 – caminhada.....	148
Apêndice 16- Convites para a caminhada.....	153
Apêndice 17- Kits de apoio à caminhada	155
Apêndice 18- Caminhada.....	157
Apêndice 19- Cronograma.....	159
Apêndice 20- Logotipo do projeto.....	161



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Apêndice 21- Pasta individual de divulgação do projeto.....	163
Apêndice 22- Quadro com os objetivos delineados, as metas e atividades.....	165
Apêndice 23- Portefólio do projeto de intervenção comunitária	168
Apêndice 24- Resumo do artigo científico	170
ANEXOS	CLXXIII
Anexo 1 - Escala de Quedas de Morse (Versão portuguesa)	CLXXIV
Anexo 2 - Grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”	CLXXVI
Anexo 3 – Autorização da autora da Grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”	CLXXXIV
Anexo 4- Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	CLXXXVI
Anexo 5- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo....	CLXXXVIII
Anexo 6- Parecer da Diretora Executiva do ACeS.....	CXCI



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Fatores de risco de queda nos idosos.....</i>	24
Figura 2. <i>Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....</i>	31
Figura 3. <i>Etapas do Planeamento em Saúde.....</i>	35
Figura 4. <i>Concelhos do distrito de Évora.....</i>	39
Figura 5. <i>Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACeS Alentejo Central.....</i>	40
Figura 6. <i>Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC.....</i>	43
Figura 7. <i>Índice de Dependência no concelho.....</i>	46
Figura 8. <i>Grupos etários da comunidade.....</i>	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Distribuição dos inquiridos segundo o género.....</i>	52
Gráfico 2. <i>Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil.....</i>	52
Gráfico 3. <i>Distribuição dos inquiridos consoante com quem vivem.....</i>	54
Gráfico 4. <i>Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde atuais.....</i>	55
Gráfico 5. <i>Distribuição dos inquiridos segundo a utilização de auxiliares de marcha.....</i>	56
Gráfico 6. <i>Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de equilíbrio.....</i>	57
Gráfico 7. <i>Distribuição dos inquiridos segundo o local onde ocorreu o último episódio de queda.....</i>	59
Gráfico 8. <i>Distribuição dos inquiridos segundo a pontuação final após a aplicação da Escala de quedas de Morse.....</i>	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. <i>Adaptações no domicílio para prevenir episódios de queda.....</i>	25
Quadro 2. <i>Objetivos específicos e metas.....</i>	67
Quadro 3. <i>Recursos humanos, materiais e físicos.....</i>	77
Quadro 4. <i>Estratégia orçamental do projeto.....</i>	78
Quadro 5. <i>Matriz da análise SWOT.....</i>	85



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Evolução demográfica da população do concelho entre 1900 e 2017.....</i>	44
Tabela 2. <i>População residente no concelho em 2017 distribuída por grupos etários.....</i>	45
Tabela 3. <i>Indicadores demográficos do concelho e envolvente regional e nacional.....</i>	45
Tabela 4. <i>Índice de envelhecimento no concelho.....</i>	47
Tabela 5. <i>Distribuição dos inquiridos de acordo com os grupos de medicação que ingerem...54</i>	54
Tabela 6. <i>Distribuição dos inquiridos segundo o número de episódios de queda.....</i>	58
Tabela 7. <i>Distribuição dos inquiridos segundo o período de tempo de ocorrência da última queda.....</i>	58
Tabela 8. <i>Distribuição dos inquiridos segundo as características da habitação.....</i>	61
Tabela 9. <i>Metas, indicadores de resultado/avaliação do objetivo específico nº1.....</i>	80
Tabela 10. <i>Avaliação da satisfação da atividade nº3.....</i>	82
Tabela 11. <i>Metas, indicadores de resultado/avaliação do objetivo específico nº2.....</i>	83
Tabela 12. <i>Avaliação da satisfação da atividade nº7.....</i>	84



INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da unidade curricular Relatório, que integra o plano de estudos do 2º ano do V Mestrado em Enfermagem- área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado pela Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [ECSP] é um domínio da profissão de enfermagem, estando o Curso de Mestrado na Área de especialização em ECSP enquadrado legalmente desde 2011, sendo posteriormente atualizado em 2018, onde constam as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ECSP (OE, 2018).

O presente documento pretende mostrar a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de competências ao longo de todo o processo formativo, indo ao encontro das Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ECSP (OE, 2018) e das Competências do Grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), com base numa análise reflexiva e fundamentada das atividades que foram desenvolvidas no decurso das unidades curriculares de Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o Estágio Final, no período compreendido entre 25 de maio de 2021 e 21 de janeiro de 2022, numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] do Agrupamento de Centros de Saúde [ACeS] do Alentejo Central, da Administração Regional de Saúde [ARS] do Alentejo.

Os enfermeiros de saúde comunitária focam a sua intervenção centrando-se nos cuidados à pessoa, aos grupos e à comunidade (Henriques et al., 2011). A partir da identificação das áreas de atenção da comunidade e dos cuidados de enfermagem comunitária torna-se possível empoderar as comunidades. A abordagem do enfermeiro comunitário centra-se num foco central e na gestão comunitária (Melo et al., 2018).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Nas últimas décadas, o grande desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico permitiu a resolução de muitos problemas de saúde, mas contribuiu para que atualmente sejamos confrontados com outros problemas novos. Problemas estes, como as alterações das necessidades de cuidados motivadas pelo aumento da esperança de vida, o envelhecimento progressivo da população, uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas, que originam novos desafios aos sistemas de saúde (Sousa, 2009).

Estes são alguns dos desafios para os quais os enfermeiros de enfermagem comunitária e de saúde pública têm de estar aptos para dar resposta. O conhecimento da cultura e das comunidades onde se inserem, a religião, o contexto político, bem como os recursos disponíveis e o contexto socioeconómico, são fundamentais para que seja possível o enfermeiro efetuar um adequado planeamento em saúde, com probabilidade de êxito junto da comunidade, grupos, família e/ou indivíduo.

Na maioria dos países verifica-se a existência de um fenómeno mundial de envelhecimento populacional atingindo uma esperança média de vida que ultrapassa os 80 anos (Lopes et al., 2014). Portugal tem uma população envelhecida, com um baixo índice de fecundidade, que se depara com novos problemas de saúde. Isto trouxe desafios aos serviços de saúde, quer ao nível dos cuidados, quer ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018).

O envelhecimento induz alterações biofisiológicas, funcionais e cognitivas, que exigem cuidados de saúde adequados, sendo importante que se investigue e se adquiram conhecimentos nesta área, de modo a que se obtenham contributos para a alteração de atitudes individuais face aos idosos, mas também para a alteração das organizações e das políticas públicas (Lopes et al., 2014). Destaca-se que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e o impacto da vulnerabilidade, podem aumentar o risco de quedas, sendo estas as principais causas de morbidade e mortalidade da população idosa (Cruz et al., 2017; Rodrigues & Alvarenga, 2020).

Em relação à incidência de quedas, pode-se referir que aumenta significativamente com o avançar da idade e em mulheres e idosos com 75 ou mais anos de idade, pois o risco de

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

ocorrência de queda é maior (Oliveira et al., 2015; Rodrigues & Alvarenga, 2020). É também descrito na literatura que um dos elementos substanciais na determinação do risco de quedas nos idosos é o uso de medicamentos, dado que o seu consumo excessivo atua como um fator de risco para quedas futuras (Freeland et al., 2012; García et al., 2018).

A prevenção das quedas é um desafio face ao envelhecimento populacional, visto que o número de quedas aumenta em magnitude à medida que o número de adultos/idosos aumenta. Estes episódios de queda têm um forte impacto económico para a família, comunidade e para a sociedade. Este impacto, no setor da saúde, está a aumentar significativamente a nível mundial. De modo a prevenir a ocorrência de episódios de queda na idade madura está subjacente uma mudança comportamental e modificações ambientais, sendo estes a chave para um envelhecimento saudável, manter a independência e evitar quedas (OMS, 2010).

A capacidade de lidar com as quedas, quer por parte dos idosos quer dos profissionais de saúde, poderá reduzir os riscos e as consequências destas. Deste modo, torna-se necessário ampliar os conhecimentos e as habilidades, para prevenir os episódios de queda. É de extrema importância que os profissionais de saúde ensinem e capacitem os idosos na prevenção das quedas, sendo que estas intervenções devem ser encorajadas para a sua implementação (OMS, 2010).

Os enfermeiros são agentes importantes na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, tanto na avaliação dos fatores de risco para quedas, como na orientação de estratégias de prevenção destes eventos (Rodrigues & Alvarenga, 2020).

Foi com base nestes pressupostos, suportados pelo diagnóstico de situação realizado, que se desenvolveu o presente projeto de intervenção comunitária “Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos, desenvolvido no âmbito das unidades curriculares Estágio em ECSP e Estágio Final.

A finalidade do projeto de intervenção comunitária é contribuir para a prevenção de quedas nos idosos polimedicados residentes na comunidade. Foi definido como objetivo geral contribuir para a prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

75 anos, residentes numa comunidade da área de abrangência de uma UCC do ACeS Alentejo Central, até janeiro 2022.

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária teve como base a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e encontra-se suportado e ancorado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O presente relatório encontra-se organizado por Capítulos, sendo que o Capítulo I é composto pelo enquadramento teórico, onde consta a pesquisa bibliográfica para a contextualização do tema, a abordagem dos principais conceitos e a descrição do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O Capítulo II contempla detalhadamente as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde e por fim, no Capítulo III consta a reflexão da aquisição e mobilização de competências, no âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em ECSP (OE, 2018) e das competências do Grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), devidamente fundamentadas.

O relatório de estágio foi redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a minuta de formatação da Universidade de Évora. A referenciação bibliográfica segue os critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* [APA], 7ª edição.



CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Capítulo I é constituído pela pesquisa bibliográfica que se julga pertinente e relevante para a compreensão e contextualização do tema. Iniciará com uma breve abordagem ao fenómeno mundial do envelhecimento, posteriormente segue-se a problemática das quedas nos idosos, os fatores de risco e as medidas preventivas. Por último, será abordado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ao qual o presente projeto está ancorado.

1. Envelhecimento

Atualmente, o envelhecimento é um fenómeno muito discutido e investigado a nível mundial. A esperança média de vida aumentou desde o século passado devido a fatores, tais como a baixa natalidade e fertilidade, diminuição da mortalidade infantil, melhoria das condições socioeconómicas, modificações progressivas nos hábitos de vida, melhoria nos cuidados de saúde, terapêuticos e de suporte (Pinto et al., 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde [OMS], (2021, s.p.), “o ritmo de envelhecimento populacional é muito mais rápido do que no passado”.

O desenvolvimento socioeconómico que ocorreu nos últimos 50 anos, na maioria das regiões, trouxe rápidas mudanças na demografia das populações em todo o mundo, nomeadamente, a proporção de idosos, nas populações em geral, aumentou de forma substancial, num período de tempo relativamente curto (OMS, 2017), deste modo, “o envelhecimento populacional é um problema de saúde emergente a nível mundial” (Carrasco & Cárus, 2020, p. 181).

A proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está a aumentar. No ano de 2019 esta proporção correspondia a mais de 1 bilião. Estima-se que aumentará em 2030 para 1,4 biliões e em 2050 para 2,1 biliões. Este aumento populacional, nestas faixas etárias, cresce a um ritmo elevado e vai acelerar nas próximas décadas, nomeadamente nos países em desenvolvimento (OMS, 2021). As pirâmides etárias estão a sofrer alterações e mais parecem

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

um “barril” e a relação jovem/idoso inverteu-se em quase todo o mundo ocidental (Pinto et al., 2019).

Na Europa, em 2019, o Índice de Envelhecimento foi de 134,7 %, sendo que Portugal é considerado o segundo país da Europa com o Índice de Envelhecimento mais elevado, correspondendo a 161,3% (PORDATA, 2019). Em Portugal, de acordo com o recenseamento da população realizado em 2021, residem 2 424 122 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde a 23,4% da população total residente em Portugal (INE, 2021).

O termo envelhecimento é uma palavra que nos é muito familiar e muito usual, porém não tem uma definição simples, dado isto existem uma infinidade de definições para o mesmo.

Segundo Pinto et al., (2019), quando nos referimos ao envelhecimento do ser humano, o mesmo pode ser definido como o processo intrínseco, onde existe uma progressiva deterioração da função fisiológica, um aumento da vulnerabilidade à lesão e uma maior probabilidade morrer. Netto (2002) citado por Miranda et al., (2019), referem que o envelhecimento vai muito além da simples cronologia, pois este é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e que associadas à elevada prevalência de doenças, tornam os idosos mais suscetíveis à ocorrência de incidentes, nos diferentes ambientes onde estão inseridos.

A OMS descreve o envelhecimento como,

no nível biológico, o envelhecimento resulta do impacto do acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares ao longo do tempo. Isso leva a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, um risco crescente de doenças e, em última instância, de morte. Essas mudanças não são lineares nem consistentes, e só estão vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. A diversidade vista na velhice não é aleatória. Além das mudanças biológicas, o envelhecimento é frequentemente

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

associado a outras transições de vida, como a aposentadoria, a realocação para moradias mais adequadas e a morte de amigos e parceiros (OMS, 2021, s.p.).

A partir dos 60 anos são notórias algumas perdas relacionadas com a idade, nomeadamente ao nível da audição, visão e mobilização. Verifica-se também uma maior propensão para o surgimento de algumas patologias cardíacas, metabólicas, respiratórias e músculo-esqueléticas, como a osteoartrite (OMS, 2017). A visão torna-se menos precisa e a audição também, dado que existe uma maior dificuldade de ouvir a altas frequências. O mesmo acontece com determinadas glândulas, ossos e articulações, não esquecendo o processo de osteoporose preocupante nos idosos (Pinto et al., 2019).

O metabolismo também se altera havendo uma acumulação de gordura com a redistribuição de massa gorda e um decréscimo de massa muscular. No coração são notórias algumas alterações estruturais, havendo uma moderada hipertrofia e uma diminuição do consumo máximo de oxigénio por década, a nível pulmonar a capacidade vital declina e a nível cutâneo a pele fica mais flácida (Pinto et al., 2019).

Outras modificações comuns que ocorrem com o avançar da idade incluem a doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, depressão e o aparecimento de demência. É também característico o surgimento de vários estados complexos de saúde comumente chamados de síndromes geriátricas, muitas vezes consequências de múltiplos fatores subjacentes e incluem fragilidade, incontinência urinária, quedas, delírio e úlceras de pressão (OMS, 2021).

Em relação ao curso de vida, este é atualmente enquadrado pelas seguintes fases- infância, fase dos estudos, período de trabalho, e por fim, a aposentadoria. Olhando nesta perspetiva, os anos extra que têm vindo a ser adicionados na fase final da vida, permitem uma aposentadoria mais longa. Importa referir que muitas pessoas nesta fase da sua vida estão a encarar a mesma de forma mais positiva, ocupando o seu tempo a investir em estudos, uma nova carreira e a executar as coisas que mais as satisfazem a nível pessoal (OMS, 2015).

O aumento da longevidade da população portuguesa é um facto notável, porém a qualidade dos anos de vida ganhos ainda apresenta um grande potencial de melhoria. Esta



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

melhoria depende muito do empenho pessoal de cada um, enquanto responsável pela sua própria saúde, segurança e participação, e também da sociedade enquanto um todo, de modo a que sejam oferecidas as oportunidades necessárias à medida que as pessoas envelhecem (DGS, 2017).

Como vimos, o prolongar da vida traz consigo inúmeras oportunidades para as pessoas mais idosas, suas famílias e para a sociedade, com imensas contribuições positivas, mas, no entanto, a extensão dessas mesmas oportunidades e contribuições depende fortemente de um fator, a sua saúde. Se os anos adicionados são dominados por declínios na capacidade física e/ou mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade são mais negativas (OMS, 2021).

Segundo Duarte e Barbosa (2018), a saúde, os padrões comportamentais, as amizades, os afetos, os contextos de vida, o status socioeconómico e o histórico que cada um experiencia, tendem a confundir-se num balanço constante entre os fatores pessoais e os do meio ambiente. De acordo com a OMS (2021), as variações na saúde dos idosos devem-se a fatores genéticos, fatores pessoais (sexo, etnia e status socioeconómico), e também aos fatores ambientais físicos e sociais onde vivem, incluindo as suas casas, bairros e comunidades. Todas estas combinações de fatores têm efeitos a longo prazo sobre a idade.

Entre os incidentes que acontecem na população idosa são as quedas que ocorrem com maior frequência (Miranda et al., 2019). Os idosos apresentam uma grande probabilidade de quedas durante o processo de envelhecimento, dadas as alterações decorrentes do mesmo.

Pinto et al., (2019), referem que a sociedade tem de ser rápida em encontrar respostas para esta situação, sendo necessário estudar e implementar modelos sociais, culturais e económicos que transformem os idosos em elementos ativos e participantes na sociedade, e não como um peso.

Envelhecer com saúde é uma alternativa possível ao envelhecimento associado à dependência, patologia, inaptidão, incapacidade e depressão. Os avanços na medicina tornam os idosos mais autónomos e independentes. Pinto et al., (2019), referem que o envelhecimento da população tem de ser encarado não como um problema, mas sim um ponto de chegada feliz



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

do desenvolvimento humano. Vivemos mais tempo é fruto de diversas conquistas do ponto de vista médico, tecnológico e social, trazendo novos desafios para a comunidade. É de extrema importância que seja feita a conceção e a manutenção de contextos favoráveis e facilitadores ao envelhecimento sendo esta uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar, autonomia e para que os idosos se sintam socialmente relevantes.

1.1. Quedas nos idosos

As quedas são consideradas um problema de saúde pública pela sua grande incidência, morbidade e mortalidade, redução da funcionalidade e hospitalizações na população acima dos 60 anos. Estas são resultantes do processo de envelhecimento, para além dos fatores comportamentais e ambientais (OMS, 2010; Gaspar et al., 2019).

As quedas são definidas como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção em tempo hábil e são determinadas por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade da pessoa (Gomes et al., 2014; Miranda et al., 2019).

Em 2019, de acordo com os dados registados pelo sistema EVITA- Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, a maioria dos casos de acidentes domésticos e de lazer que recorreram às urgências em Portugal, foram as quedas (67,9%), sendo que o grupo etário mais afetado é o grupo dos idosos com 65 ou mais anos e 48% destas quedas ocorreram em casa (EVITA, 2020).

A incidência de quedas aumenta significativamente com o avançar da idade e em mulheres e idosos com 75 anos ou mais, o risco de ocorrência de queda é maior. Este fenómeno pode ser explicado por uma maior fragilidade das mulheres, maior prevalência de patologias crónicas, consumo de medicação e longevidade das mulheres em relação aos homens (Rodrigues & Alvarenga, 2020).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

As quedas têm interferência na qualidade de vida da população idosa, pois condicionam diretamente o seu convívio social e familiar, dado que as mesmas podem provocar fraturas e medo de cair, podendo ser uma limitação progressiva da participação dos idosos nas suas atividades quotidianas, levando a um quadro de morbilidade, depressão, isolamento e diminuição da capacidade funcional (Santos et al., 2020).

As quedas nos idosos têm um grande impacto no seu dia-a-dia e deixam sequelas, tais como lesões no local, repercursões na independência e na funcionalidade, e implicações sociais e económicas. Alguns estudos realizados reportam a existência de um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade imediata ou após a queda, salientando que os impactos da ocorrência de quedas são elevados, e certamente estão subestimados, podendo ser prevenidas (Mendes et al., 2020).

Por volta dos 50 anos o volume de massa muscular decresce de forma acentuada. Resulta na perda de força muscular e também numa lentificação dos movimentos. O declínio das capacidades é um processo que ocorre de forma gradual e lento, e na maior parte das vezes tanto o idoso, como os familiares e os amigos não se apercebem do aparecimento destes défices, até que estes se tornem muito significativos e evidentes, o que atrasa a procura de ajuda. Os idosos são o grupo que sofre maior número de acidentes e com maior gravidade, podendo resultar em fraturas e representar o fim da sua independência (Pinto et al., 2019).

De modo a prevenir episódios de queda é importante entender as suas origens e quais as condições que aumentam a probabilidade das quedas ocorrerem (fatores de risco).

Fatores de risco e medidas preventivas de queda

Os fatores de risco podem estar relacionados com o corpo da pessoa (origem biológica), com o seu comportamento e o ambiente em que se movem. Habitualmente há dois destes fatores que interagem por forma a causar uma queda, deste modo a prevenção deve considerar todos os fatores, dado que eles são interdependentes (Pinto et al., 2019).

De acordo com Mendes et al. (2020), são diversos os fatores que podem potenciar a ocorrência de quedas nos idosos, desde os fatores individuais, toma de medicação, alterações

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

do equilíbrio, perda de massa muscular, tipo de calçado usado, fatores do ambiente doméstico, tipo de piso nas diversas divisões da habitação, falta de iluminação adequada, disposição inadequada dos objetos/mobílias e o uso inapropriado de tapetes. Também no ambiente exterior os fatores de risco estão presentes na maioria das comunidades.

Analisando os fatores de risco e as medidas preventivas mais detalhadamente,

- **Fatores de risco biológico:** a diminuição da força e a destreza muscular é a mais representativa. Deste modo, importa evitar o sedentarismo, promover o exercício físico regular, tal como a marcha e a ginástica simples, e promover a socialização com os outros. A adesão a uma alimentação equilibrada e a ingestão hídrica diária são também indispensáveis. Existem diversas patologias que podem originar ou facilitar a ocorrência de quedas, tais como as doenças reumáticas, neurológicas e cardíacas. A diminuição da visão e da audição colocam em causa a capacidade de calcular distâncias e de perceber obstáculos e alarmes, podendo levar o idoso a cair. As perturbações mentais podem levar a pessoa a assumir comportamentos de risco (Pinto et al., 2019).
- **Fatores de risco comportamentais:** certos comportamentos acarretam um risco aumentado de queda, tais como subir a cadeiras e/ou escadotes, usar calçado pouco aderente, deslocar-se sem óculos, desligar ou não usar o aparelho auditivo e exagerar na medicação. Devem ser adotadas medidas para evitar estes riscos, tomando especial atenção à organização dos espaços, controlar a medicação, promover a utilização de calçado bem aderente aos pés e ao chão, vestir roupa que não prenda os movimentos e ter atenção aos dispositivos auxiliares de marcha (Pinto et al., 2019).
- **Fatores de risco relacionados com o ambiente:** estes representam 50% das quedas. A maioria dos episódios de queda nos idosos ocorre dentro de casa, sendo a cozinha e a casa de banho os locais considerados mais perigosos. Estes espaços têm superfícies escorregadias e por vezes pouca iluminação, tornando-se uma armadilha para um idoso com menor força e reflexos (Pinto et al., 2019). Na figura 1 podemos visualizar os fatores de risco de queda descritos de forma detalhada.

Figura 1

Fatores de risco de queda nos idosos



Fonte: Pinto et al., (2019, p.127).

Alguns estudos referem que a adoção de algumas práticas têm potencial para reduzir a prevalência de quedas nos idosos, tais como a realização de exercício físico, suplementação com vitamina D e a organização do ambiente do domicílio. Também as mudanças no comportamento e no estilo de vida dos idosos, como o evitar subir/descer escadas, caminhar mais lentamente, utilizar dispositivos de apoio à marcha, a utilização correta da medicação, não consumir bebidas alcoólicas, utilizar óculos com lentes adequadas, têm potencial para reduzir o risco de queda (Gaspar et al., 2019).

No domicílio importa frisar que os tapetes soltos, objetos desarrumados em zonas de passagem e fios atravessados pelo caminho são oportunidades de queda. É de extrema importância que se verifique e se corrijam as armadilhas, especialmente dentro de casa (Pinto et al., 2019).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

No quadro 1 estão descritas algumas adaptações possíveis de se fazerem no domicílio para prevenir a ocorrência de quedas.

Quadro 1

Adaptações no domicílio para prevenir episódios de queda

Divisão da casa	Adaptações no domicílio para prevenir episódios de queda
Casa em geral	<ul style="list-style-type: none">-Manter uma boa iluminação em todas as divisões da casa-Optar por lâmpadas de fácil substituição e manutenção-Manter os fios elétricos e do telefone fixos à parede-Se presença de alcatifas verificar se não tem pontas soltas-Fixar os tapetes ao chão, especialmente se tiver os tapetes em escadas-Marcar o primeiro e último degrau das escadas com uma cor diferente-Colocar piso antiderrapante nas escadas-Colocar barras de apoio ou corrimões nas escadas-Deixar o telefone num local de fácil acesso ou ter um telemóvel portátil para andar sempre com o idoso-Manter os contactos de emergência em local acessível
Casa de banho	<ul style="list-style-type: none">-Tornar o piso antiderrapante (uso de spray para esmalte, proteções autocolantes ou de ventosa, principalmente no polibã e/ou banheira)-Manter sempre o chão seco-Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes-Ter o toalheiro, saboneteira e prateleiras fixas à parede-Colocar barras de apoio junto à sanita e na zona de duche-Manter espaço livre na casa de banho para a presença de duas pessoas-Ter telefone fixo na casa de banho ou levar o telemóvel portátil
Quarto	<ul style="list-style-type: none">-Utilizar uma cama com altura suficiente, para que quando sentado o idoso chegue com os pés ao chão-Fixar a mesa-de-cabeceira ao chão ou parede, evitando que estes se desloquem caso o idoso necessite segurar-se-Ter uma cadeira ou poltrona no quarto para que o idoso se possa sentar para calçar as meias e os sapatos

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

	<ul style="list-style-type: none">-Ter acesso ao interruptor da luz quando deitado, ou instalar uma luz noturna para evitar levantar-se às escuras-Evitar colocar prateleiras demasiado altas ou baixas, para diminuir o esforço ao procurar algum objeto-Organizar as roupas e os objetos pessoais, facilitando a sua procura-Ter o telefone fixo no quarto ou levar o telemóvel portátil
Cozinha	<ul style="list-style-type: none">-Colocar os armários com altura adequada, evitando esforços-Guardar os objetos que mais utiliza nos armários inferiores e os que menos utiliza nos superiores-Ter o forno e o micro-ondas em local de acesso fácil-Colocar piso antiderrapante-Manter sempre o chão seco-Remover os tapetes junto às bancadas
Sala	<ul style="list-style-type: none">-Optar por sofás confortáveis, com assento que não seja demasiado macio e fundo/depressível, facilitando o ato de levantar e sentar-Evitar esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes nas mesas-Remover os tapetes debaixo das mesas-Deixar um espaço à volta da mesa para fácil a movimentação de pessoas-Colocar piso antiderrapante

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Duarte e Barbosa (2018).

Estes são alguns dos exemplos de modificações possíveis de realizar no domicílio dos idosos, de modo a prevenir episódios de queda. Importa referir que ao complementarmos estas modificações com a prática de exercício físico, uma alimentação saudável, um esquema terapêutico ajustado e adequado às necessidades e a participação ativa em atividades sociais, são de igual modo importantes para diminuir o risco de queda (Duarte & Barbosa, 2018).

A prática de exercício físico melhora o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação e ajuda a controlar o peso. São recomendadas atividades de intensidade leve a moderada, como caminhadas e exercícios realizados em água. A adoção de uma alimentação saudável com uma

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

farmacêutico. A opção de ter uma caixa organizadora pode evitar confusões com a medicação (Duarte & Barbosa, 2018).

A avaliação do risco de queda nos idosos é fundamental para que se possam implementar medidas preventivas e ampliar a consciencialização da população, de modo a que estes eventos recorrentes não sejam vistos como uma prioridade a trabalhar após o episódio de queda, mas no sentido de instruir e aplicar ações preventivas, proporcionando qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018).

Quando um idoso é vítima de quedas frequentes, ou tem problemas graves de equilíbrio ou de mobilidade, deverão ser analisados todos os fatores de risco e serem implementadas medidas preventivas de queda. É extremamente importante que nenhum episódio de queda seja subestimado, pois são acontecimentos extremamente importantes e que constituem sinais de alerta de que algo não está bem, devendo informar-se a família/cuidador informal e/ou o médico de família.

Face a esta problemática, surge inúmeras vezes por parte dos idosos a necessidade de suporte e apoio, pelo que a família é a fonte principal de apoio informal (Silva et al., 2015; Marzola et al., 2019). A família é considerada como um suporte social significativo para os idosos, onde prevalecem os vínculos duradouros, a atenção, o cuidado e o suporte para ultrapassar as dificuldades inerentes ao envelhecimento (Oliveira et al., 2014; Marzola et al., 2019). Assim, é importante e necessário o envolvimento dos cuidadores informais/familiares, por forma a que, em conjunto com os idosos, possam adotar, incentivar e estimular a adoção de medidas preventivas de queda. Marzola et al., (2019), fazem referência à existência de uma funcionalidade familiar estável, associada à ausência de quedas.

É relevante frisar que a prevenção não elimina 100% do risco de queda. Assim, é importante que o idoso saiba como agir caso sofra alguma queda. Se o idoso cair este deverá pedir ajuda, se for possível, dobrar o corpo sobre o estômago, colocar-se de gatas e gatinhar até uma peça de mobília estável e firmar as mãos sobre a mobília. Se não conseguir levantar-se deve procurar manter-se quente utilizando o que estiver ao seu alcance (Pinto et al., 2019).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

O envolvimento e a participação em atividades sociais ajudam a prevenir o isolamento social e a depressão. As pessoas que vivem sozinhas têm maior probabilidade de desenvolver limitações físicas, cognitivas e sensoriais, agravando o medo de cair. A participação em atividades sociais ajuda a combater o isolamento e as limitações, sendo também uma medida preventiva de queda (Duarte & Barbosa, 2018).

À medida que as pessoas envelhecem têm necessidade de viver em ambientes que lhes deem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento (Pinto et al., 2019). Deste modo, é de extrema importância que os profissionais de saúde entendam as causas, os fatores de risco e os principais meios para evitar um episódio de queda, com o intuito de minimizar os problemas de saúde que advêm na sequência destes eventos. O enfermeiro deve estar sempre atualizado, de acordo com a evidência científica, acerca das formas de atuação para prevenção de quedas nos idosos, dado que a população idosa está a crescer muito rapidamente, e torna-se necessário dar respostas às suas necessidades (Rodrigues et al., 2018).

Dada esta realidade, tem sido salientada a importância do desenvolvimento de programas de prevenção que envolvam os idosos e a comunidade, tal como descrito no Plano Nacional de Saúde [PNS]- revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015), que propõe a realização de ações de promoção da literacia que foquem as medidas de promoção da saúde e a prevenção de doenças, incluindo os fatores de risco.

Uma das orientações específicas do PNS- revisão e extensão a 2020, é o apoio à implementação, a nível regional e local, de projetos de intervenção comunitária direcionados para os grupos mais vulneráveis da população (DGS, 2015). Deste modo, sendo os idosos um grupo vulnerável da população, é importante que se desenvolvam projetos de intervenção comunitária abrangendo os mesmos. De acordo com Mendes et al., (2020), torna-se necessário formar/preparar os idosos, familiares, cuidadores formais e os *stakeholders* comunitários, no que toca aos fatores que originam os episódios de queda.

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS] 2017-2025 está em linha com o PNS- revisão e extensão a 2020, juntamente aos diversos programas prioritários e outros programas Nacionais de Saúde, com a Estratégia e Plano de Ação Global

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

para o Envelhecimento Saudável da OMS, com as Propostas de Ação de União Europeia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações, e com a Agenda 2030 (DGS, 2017).

A ENEAS 2017-2025, consolida um conjunto de linhas orientadoras de ação e medidas estruturadas assentes em quatro eixos estratégicos, sendo estes: a) saúde; b) participação; c) segurança; d) medição, monitorização e investigação. Deste modo, é fundamental implementar projetos de investigação científica que envolvam os idosos, mantendo a sua saúde (promovendo iniciativas e práticas que reduzam a prevalência de doenças e incapacidades), envolvendo a sua participação (promovendo a educação) e a sua segurança (minimizando os riscos) (DGS, 2017).

Ao nível do eixo da segurança, na ENEAS, é referido que os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, pelo que é importante que estes estejam adaptados às suas necessidades e limitações, aumentando a sua capacidade funcional e prevenindo riscos, tal como as quedas (DGS, 2017). Deste modo, a queda é um evento multifatorial que necessita de estratégias para que os seus índices diminuam. A intervenção junto dos idosos e da sua família/cuidadores informais é crucial, trabalhando esta temática, através de atividades educativas, evidenciando a prevenção de quedas e a minimização das suas complicações. As intervenções de enfermagem devem fornecer aos idosos e família/cuidadores informais as orientações necessárias e adequadas para prevenção de problemas que possam ocasionar quedas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018).

2. Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender

O presente projeto teve como ancoragem o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, pois este é um dos modelos eleitos para ser utilizado na promoção da saúde, desenvolvendo os cuidados de enfermagem com base neste modelo (Victor et al., 2005).

De acordo com a Carta de Otawa (DGS, 1986), a promoção da saúde foi considerada como o processo de capacitação de indivíduos e comunidades, com vista a controlarem e a melhorarem a sua saúde, de modo a atingirem bem-estar físico, mental, social e também a

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

obtenção de ganhos em saúde. A promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

Nola Pender, enfermeira, concluiu o seu trabalho de mestrado na área da promoção da saúde, e posteriormente ao seu doutoramento, direcionou a sua atividade de modo que os cuidados de enfermagem tivessem como objeto a saúde ótima dos indivíduos.

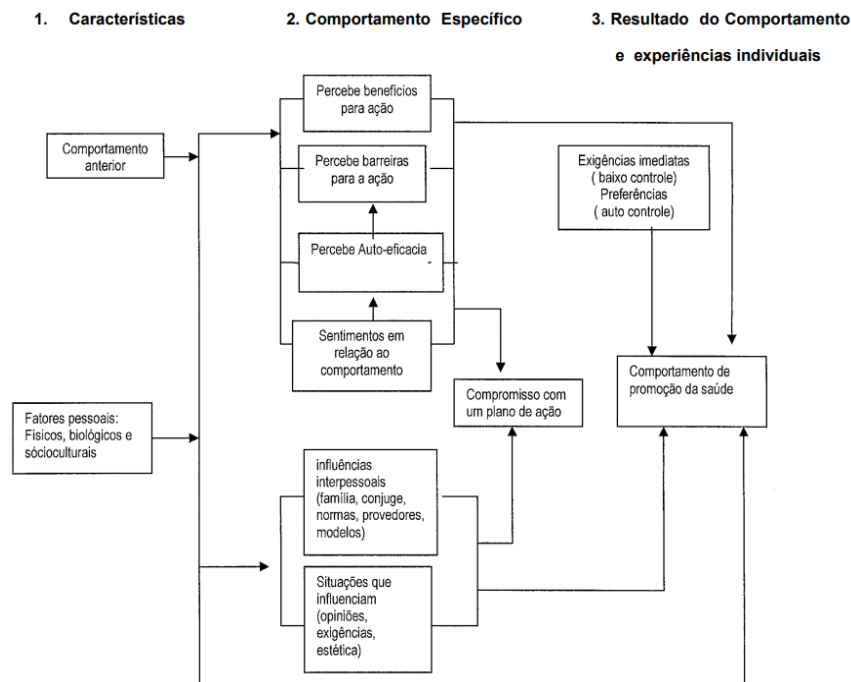
Em 1975 publicou *A Conceptual Model for Preventive Health Behaviour*, iniciando o seu percurso na investigação acerca da forma como as pessoas decidem sobre os seus cuidados de saúde, no que concerne à enfermagem. Em 1982 apresentou o modelo *Health Promotion in Nursing Practice*. Este modelo foi alicerçado nos conhecimentos desta autora, como a psicologia experimental, a enfermagem, o desenvolvimento humano e o ensino. Um dos estudos utilizados foi a Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, que está construída sobre os processos cognitivos na modificação de comportamentos. Também como contributo para este modelo, Pender sustentou-se no *Expectancy-Value Model of Human Motivation* descrito por Feather (Tomey & Alligood, 2004). O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é apresentado na figura 2.

Figura 2

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Fonte: Victor et al., (2005, p.237).

Alguns dos principais pressupostos do Modelo, *Health Promotion in Nursing Practice* (Tomey & Alligood, 2004, p.706) são os seguintes:

- 1 - O comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, a afetação e a regulamentação do comportamento de promoção de saúde;
- 2 - As pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados;
- 3 - As barreiras percebidas podem inibir o compromisso com a ação, o mediador do comportamento e o comportamento real;
- 4 - A competência percebida ou a autoeficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a ação e com o desempenho real do comportamento;

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

5 - Quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a ação aumentam;

6 - As famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde;

7 - As influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde;

8 - Quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo;

9 - É menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado quando outras ações são mais atraentes e, deste modo, preferidas em detrimento do comportamento-alvo;

10 - As pessoas podem alterar os conhecimentos, a apresentação e os ambientes interpessoal e físico para criar incentivos a ações de saúde.

De modo a efetuar uma analogia entre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a finalidade do presente projeto, ao focarmos nos pressupostos apresentados, as características individuais e as adquiridas, tal como os comportamentos anteriores influenciam o comportamento de promoção de saúde.

Como foi descrito anteriormente, a ocorrência de episódios de queda relaciona-se diretamente com diversos fatores que se interrelacionam entre si, os individuais ou biológicos, os comportamentais e ambientais (Pinto et al., 2019). Deste modo, ao intervirmos nestes fatores pretende-se que sejam adotadas mudanças ao nível individual, comportamental e ambiental, adotando ações e medidas para prevenir a ocorrência de episódios de queda.

É fundamental que sejam implementadas medidas preventivas e que seja realizada a consciencialização dos indivíduos, famílias, cuidadores informais e da comunidade, de modo a



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

que estes eventos recorrentes de queda não sejam vistos como uma prioridade a trabalhar após a queda, mas no sentido de instruir e aplicar medidas e ações preventivas, proporcionando qualidade de vida e a promoção da saúde.

Segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Tomey & Alligood, 2004) a existência de barreiras poderão ser um inibidor de compromisso para com as ações, mas a experiência de emoções ou apresentações positivas, quando associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a ação aumentam. É feita também referência à envolvimento familiar e dos pares, como importantes fontes de influência interpessoal que têm interferência na adoção de comportamentos de promoção da saúde. O ambiente externo pode também ter interferência na participação em comportamentos de promoção da saúde.

Deste modo, é necessário ampliar os conhecimentos e as habilidades dos idosos, para prevenir os episódios de queda. É de extrema importância que os profissionais de saúde ensinem e capacitem os idosos na prevenção das quedas, envolvendo os seus cuidadores informais, familiares e os pares, sendo que estas intervenções devem ser encorajadas para a sua implementação. É necessário realizar campanhas destinadas à conscientização sobre as quedas e os fatores de risco, levando a decisões por parte dos idosos na adoção de estratégias preventivas (OMS, 2010). Na maioria das vezes, os idosos encaram a prevenção de quedas como uma restrição das suas atividades e/ou ao uso de auxiliares de marcha. Torna-se importante, para que se obtenham ganhos em saúde, desmistificar estas ideologias.

A promoção da saúde trará, inequivocamente, uma maior autonomia e independência pessoal para a realização das tarefas do dia-a-dia, uma maior conscientização da responsabilidade individual na promoção da saúde com a adoção de comportamentos mais saudáveis.

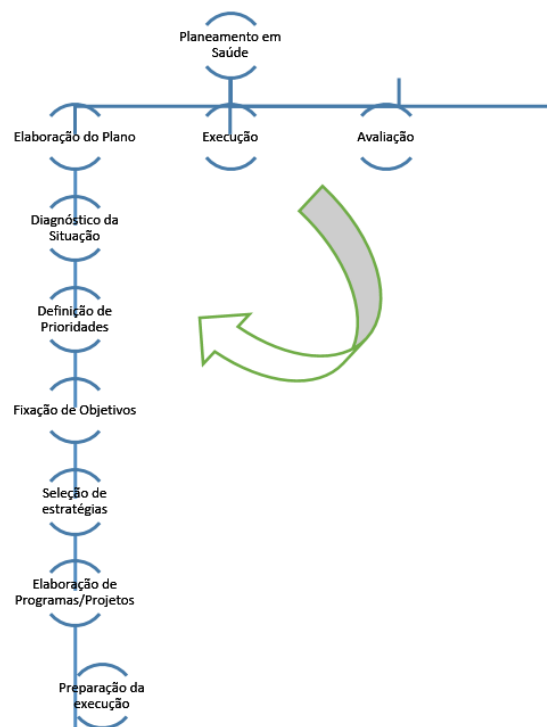
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente projeto de intervenção comunitária foi construído com base na metodologia do Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.23), pode definir-se o Planeamento da Saúde como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos”.

O processo de Planeamento em Saúde tem três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982; Melo, 2020). A elaboração do plano é a etapa maior e tem diversas sub-etapas, cada uma delas com as suas especificidades que exigem rigor e diferentes técnicas de utilização. Estas etapas são as seguintes: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas/projetos e a preparação da execução (Melo, 2020), conforme ilustrado na figura 3.

Figura 3

Etapas do Planeamento em Saúde



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Melo (2020, p.3).

O Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico, tem várias fases no seu processo e não se pode considerar uma etapa do planeamento como inteiramente concluída dado que na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações. Importa também referir que quando concluída a etapa da avaliação haverá que se voltar à etapa de recolha e análise de dados, à luz das modificações existentes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), este tipo de metodologia vem salientar que o Planeamento em Saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, requerendo também o envolvimento de todos os setores económicos e sociais, que condicionam a saúde da população. O processo de Planeamento em Saúde tem como objetivo alterar o comportamento das populações, fazendo com que ocorra um processo de mudança social induzida (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Tavares (1992, p.12), “o planeamento em saúde é um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adoptado”.

1. Diagnóstico de situação

Começando pelo diagnóstico de situação, a primeira etapa do planeamento em saúde, o mesmo assume-se de extrema importância, dado que permite traçar o perfil de saúde da população e identificar as intervenções prioritárias que podem conduzir a potenciais ganhos em saúde (DGS, 2016).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde da população, e só a partir do diagnóstico será possível começar a intervenção.



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

equipa de enfermagem da UCC, com o intuito de definir a área prioritária de intervenção para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, que fosse ao encontro das necessidades da comunidade abrangida. Após a mesma, a necessidade que mais se evidenciou foi na área da Saúde do Idoso, pois a população do concelho onde se insere a UCC é muito envelhecida.

No decorrer do Estágio em ECSP houve a possibilidade de participar noutras reuniões no âmbito dos projetos da UCC, e esta participação foi facilitadora para a percepção do funcionamento da UCC, do trabalho que é desenvolvido diariamente, assim como da realidade da comunidade (problemas e necessidades) e também os recursos disponíveis.

Após as reuniões, o diagnóstico de situação partiu de uma necessidade sentida pela equipa da UCC, que se veio a confirmar após pesquisa de evidência científica, contacto direto com os medos, incertezas e inseguranças dos idosos, aquando das visitas domiciliárias, no contexto do estágio. Posteriormente, foi decidido em conjunto com a equipa da UCC, a implementação de um projeto de intervenção comunitária que incidisse sobre a prevenção de quedas nos idosos.

1.1.Caraterização do contexto de estágio

O estágio final decorreu numa UCC que integra o ACeS do Alentejo Central, o qual está sujeito ao poder de Direção da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA, s.d.a).

A ARS Alentejo é um serviço desconcentrado do Ministério da Saúde e tem como âmbito de atuação a região Alentejo, no qual a sua atividade visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis, com o intuito de prestar cuidados de saúde necessários à comunidade que serve. A sua missão é garantir à população da sua área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades de saúde, cumprindo o PNS na Região. A ARS Alentejo possui um conjunto alargado de infraestruturas e de equipamentos, 5 hospitais e 48 centros de saúde, e também uma vasta equipa de profissionais de saúde (ARSA, s.d.b).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

O ACeS Alentejo Central tem autonomia administrativa e é constituído por várias unidades funcionais que integram nos centros de saúde (ARSA, s.d.a). Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, havendo também uma intercooperação com as unidades funcionais do ACeS Alentejo Central (Moita, 2018).

A missão do ACeS Alentejo Central é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, nomeadamente em atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e na interligação com outros serviços para que exista uma continuidade dos cuidados. São também desenvolvidas atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, e também a participação na formação de diversos grupos de profissionais (ARSA, s.d.a).

Integram o ACeS Alentejo Central 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], 13 Unidades de Saúde Familiar [USF], 12 Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], 1 Unidade de Saúde Pública [USP] e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP] (SNS, 2022a).

A área de intervenção do ACeS Alentejo Central envolve os 14 concelhos do distrito de Évora (figura 4), numa extensão de 7393 km² (ARSA, s.d.a).

Figura 4

Concelhos do distrito de Évora



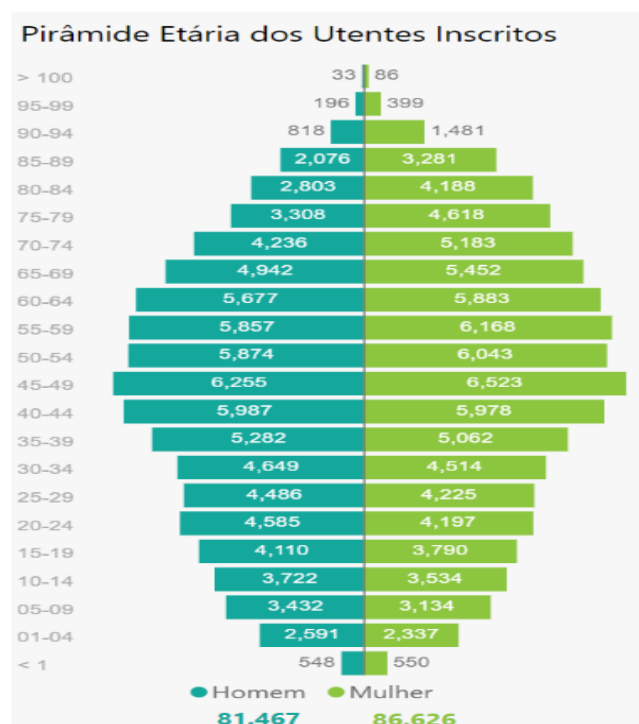
“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Fonte: CIMAC (2021, s.p).

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BICSP] (SNS, 2022a), em 2022, estão inscritos 168093 utentes nas unidades funcionais do ACeS Alentejo Central, conforme a pirâmide etária (figura 5).

Figura 5

Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACeS Alentejo Central



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Pages/default.aspx>, consultado a 13/01/2022.

Os estágios decorreram numa das 12 UCC's do ACeS Alentejo Central que foi criada em 2011, após a entrada em vigor do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, que regulamenta a Estrutura Orgânica dos ACeS, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, e a criação das Unidades Funcionais, entre as quais a UCC.

A UCC onde decorreram os estágios foi oficialmente inaugurada a 18 de maio de 2011. Teve posteriormente um período de tempo em que esteve desativada devido à falta de técnicos,

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

tendo reaberto, posteriormente, no dia 1 de junho de 2017, após parecer favorável da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento [ERA] (Moita, 2018).

A missão da UCC é prestar cuidados de saúde, apoio social e psicológico de proximidade, facultando acompanhamento individualizado ao utente/famílias/grupos, garantindo elevados níveis de qualidade técnico-científica e organizacional, promovendo a acessibilidade e a equidade de acesso e de utilização, obtendo ganhos em saúde e a melhoria contínua. Como visão, pretende ser uma referência na área dos cuidados de proximidade, respondendo às necessidades da população para a qual está direcionada, melhorando continuamente os cuidados prestados (SNS, 2022b).

Os valores da mesma são: autonomia assente na organização funcional e técnica; reafirmar direitos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde; proteger a dignidade e integridade humana; promover a humanização; desenvolver um bom relacionamento entre a comunidade, prestador de cuidados e elementos da equipa; cooperar e articular com outras unidades funcionais do ACeS; incentivar as parcerias; promover a solidariedade e o trabalho em equipa; organizar os serviços em função das necessidades da população (SNS, 2022b).

Deste modo, a UCC é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas e diferenciadas, dando resposta às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população do concelho onde se insere, favorecendo intervenções em programas de proteção e promoção da saúde, prevenção da doença na comunidade, envolvendo a pessoa, famílias e grupos de maior vulnerabilidade (Moita, 2018).

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por 3 enfermeiros, 1 assistente técnico, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 técnico superior de serviço social e 1 dentista. O elemento médico responsável pelo utente é o seu médico de família.

Quanto à caracterização física, a UCC é constituída por um gabinete de atendimento, um gabinete de saúde oral, um gabinete polivalente, um gabinete para a psicologia e apoio social, um gabinete para o assistente técnico e um gabinete de Cuidados Continuados Integrados e de Saúde Escolar (Moita, 2018). Possui também um veículo automóvel para as deslocações em contexto comunitário.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

A carteira de serviços da UCC está dividida em dois tipos de prestação de serviços, a intervenção comunitária (visa dar resposta aos programas de ação comunitários) e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], que apesar de inserida na UCC integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], prestando cuidados no domicílio, a utentes em situação de dependência funcional, patologia terminal e/ou processo de convalescença (Moita, 2018).

Os programas e os projetos da carteira básica de serviços integram-se no plano de ação da UCC que estão em consonância com as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Alentejo Central (Moita, 2018). De acordo com o plano de ação de 2021 da UCC (SNS, 2021) onde se apresenta a carteira de serviços da UCC, estão incluídos os seguintes:

- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Saúde Reprodutiva
- Saúde do Idoso
- Reabilitação
- Saúde Mental
- Abordagem Paliativa
- Doença Crónica
- Rede Social
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- Desenvolvimento Profissional, Investigação e Formação
- Formação de internos e alunos
- Programa de Melhoria Contínua da Qualidade
- Segurança dos Utentes e dos Profissionais

Dois dos problemas identificados, descritos no plano de ação da UCC de 2021, são a baixa proporção de utentes com Asma/DPOC com intervenção da UCC, e a baixa proporção de grávidas com intervenção da UCC, sendo o objetivo é em ambas as situações, aumentar as proporções de utentes com intervenção da UCC. Outro dos problemas identificados é o tempo

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

médio de permanência em ECCI, superior a 150 dias, sendo o objetivo diminuir o tempo médio de permanência em ECCI, para valores dentro dos limites de referência (SNS, 2021).

São também realizadas articulações com diversos parceiros como a Segurança Social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS], autarquias e associações com o intuito de desenvolver e adaptar estratégias de intervenção (Moita, 2018).

1.2. A comunidade

Após a caracterização da UCC é importante descrever o contexto territorial, demográfico e a oferta de serviços disponíveis no concelho onde a UCC se insere. Este concelho está situado na região Alentejo, no Alentejo Central, região integrada na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos NUTS III. O concelho ocupa uma área de 601,14 Km² o que determina uma densidade populacional de 9,9 hab./km² (CMC, 2019).

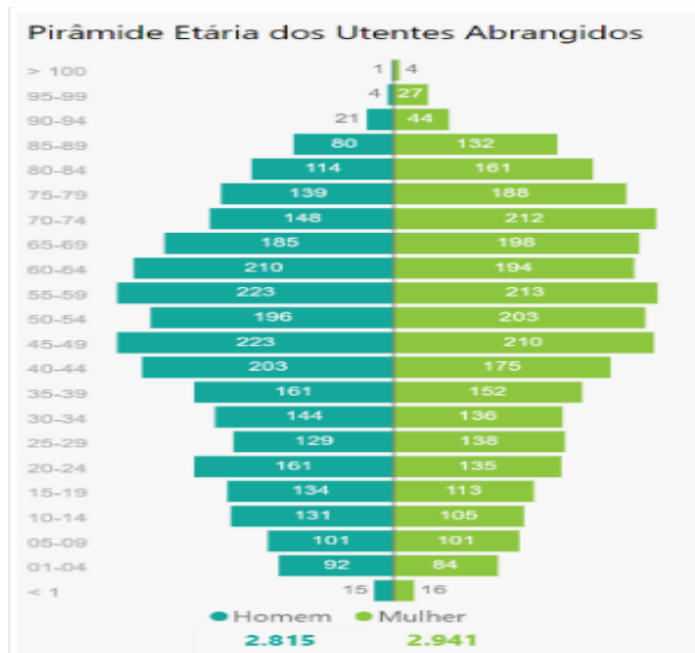
O concelho onde a UCC está inserida tem 4 freguesias e 2 uniões de freguesias e a mesma está sediada na sede do concelho. A população abrangida envolve a população do concelho onde a UCC se insere que corresponde a 5756 utentes inscritos (SNS, 2022b) distribuídos pela pirâmide etária apresentada na figura 6.

Figura 6

Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Fonte: [REDACTED] consultado a 13/01/2022.

Em relação à evolução demográfica do concelho pode-se referir que a mesma tem vindo a decrescer ao longo dos anos, conforme ilustrado na tabela 1. É notório ao longo das décadas o acentuado decréscimo de população residente no concelho.

Tabela 1

Evolução demográfica da população do concelho entre 1900 e 2017

Ano	População Residente
1900	7986
1911	9084
1920	9294
1930	10497
1940	11546
1950	12249
1960	11627
1970	9210
1981	8075
1991	7525
2001	7109
2011	6428
2012	6326
2013	6307
2014	6200
2015	6104
2016	6016
2017	5938

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Fonte: CMC (2019, p. 48).

Segundo a PORDATA (2021), em 2021 residiam no concelho 5747 indivíduos, evidenciando o decréscimo populacional que já vinha a ocorrer nos anos anteriores.

Ao analisarmos a distribuição da população pelos grupos etários, em 2017 verifica-se uma maior percentagem de adultos e idosos, do que de crianças e jovens, conforme ilustrado na tabela 2, o que enfatiza o envelhecimento populacional.

Tabela 2

População residente no concelho em 2017 distribuída por grupos etários

Grandes Grupos Etários	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
0-14 anos	683	11,50
15-24 anos	564	9,50
25-64 anos	3053	51,41
Mais de 65 anos	1638 <i>(dos quais 946 com mais de 75 anos)</i>	27,59 <i>(15,93% com mais de 75 anos)</i>
Totais	5938	100,00

Fonte: CMC (2019, p. 50).

De acordo com os dados da PORDATA (2021), em 2021 o número de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, a residir no concelho era de 1657, havendo um ligeiro aumento em relação ao ano de 2017.

Em relação aos indicadores demográficos no concelho, comparativamente à envolvente regional e nacional deixa visível a tendência para o envelhecimento e também para o despovoamento. Pode-se verificar na tabela 3 que a taxa de crescimento efetivo foi sempre negativa e a taxa bruta de natalidade do concelho é sempre inferior à média nacional. Em relação à taxa de mortalidade a mesma apresenta-se sempre mais elevada que a média nacional.

Tabela 3

Indicadores demográficos do concelho e envolvente regional e nacional



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

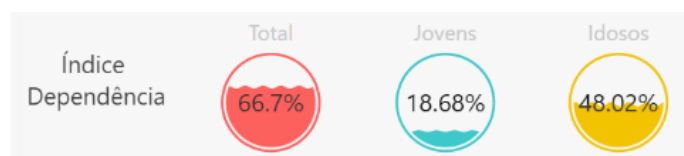
Ano	Território	Taxa Crescimento Efetivo (%)	Taxa Bruta de Natalidade (%)	Taxa Bruta de Mortalidade (%)	Taxa Bruta de Nupcialidade (%)	Saldo Natural (%)
2011	Portugal	-0,29	9,2	9,7	3,4	-0,5
	Alentejo	-0,52	8,1	13,4	2,8	-5,3
	Concelho	-0,92	5,3	14,5	1,6	-9,2
2013	Portugal	-0,57	7,9	10,2	3,1	-2,3
	Alentejo	-0,72	7,1	13,6	2,2	-6,5
	Concelho	-0,30	7,3	10,3	1,9	-3
2015	Portugal	-0,32	8,3	10,5	3,1	-2,2
	Alentejo	-1,23	7,6	14,4	2,3	-6,8
	Concelho	-1,56	6,8	17,4	1,1	-10,6
2016	Portugal	-0,31	8,4	10,7	3,1	-2,3
	Alentejo	-0,87	7,6	14,8	2,4	-7,2
	Concelho	-1,45	4,6	16,2	1,3	-11,6
2017	Portugal	-0,18	8,4	10,7	3,3	-2,3
	Alentejo	-0,86	7,3	14,2	2,6	-6,9
	Concelho	-1,31	8,7	18,4	2,3	-9,7

Fonte: Elaboração própria, adaptado de CMC (2019, p.51).

Analisando também o Índice de Dependência de Idosos no concelho verifica-se que é de 48,02% (SNS, 2022b), conforme ilustrado na figura 7.

Figura 7

Índice de dependência no concelho



Fonte: SNS (2022b), consultado a 13/01/2022.

No que toca ao Índice de Envelhecimento no concelho, comparativamente com o nacional, de acordo com a PORDATA (2021) entre 2011 e 2019 verificou-se um aumento de idosos por cada 100 jovens, conforme ilustrado na tabela 4. É notório que o Índice de Envelhecimento no concelho é muito superior ao Índice de Envelhecimento a nível nacional.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Tabela 4

Índice de envelhecimento no concelho

	2011		2021	
	Concelho	Portugal	Concelho	Portugal
Índice de envelhecimento (Idosos por cada 100 jovens)	221,3	127,8	248,8	182,1

Fonte: Elaboração própria, adaptado de PORDATA (2021), consultado a 12 de fevereiro de 2022.

Relativamente à comunidade onde foi implementado o projeto, de acordo com o BICSP (SNS, 2022b) são abrangidos pela UCC 1166 utentes, dos quais 165 têm idade igual ou superior a 75 anos, conforme apresentado na figura 8. Quanto ao Índice de Dependência de Idosos, o mesmo é de 43,29% (SNS,2022b).

Figura 8

Grupos etários da comunidade

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
≤ 6 Anos	34	17	51
07 - 64 Anos	426	376	802
65 - 74 Anos	64	84	148
≥ 75 Anos	69	96	165

Fonte:  consultado a 13/01/2022.

Quanto ao apoio social no concelho importa referir que a Câmara Municipal aderiu, em 2002, ao Programa de Implementação da Rede Social, concretizando posteriormente diversas ações, tais como, a constituição formal do Conselho Local de Ação Social, elaborando também um diagnóstico social e um Plano de Desenvolvimento Social do Município (CMC, 2019).

Com o acentuar da vulnerabilidade na sociedade, observaram-se graves repercussões nas condições socioeconómicas das famílias e na sua qualidade de vida. Houve um aumento do

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

desemprego e também do envelhecimento populacional, o que fez com que a Câmara Municipal implementasse e reforçasse as medidas sociais de apoio, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis – crianças, jovens e idosos (CMC, 2019).

Desta forma, o concelho dispõe de um conjunto alargado de medidas e respostas de apoio social, com o objetivo de promover e consolidar a qualidade de vida da população. Destacam-se as seguintes medidas de apoio (CMC, 2019): Cartão Municipal do Idoso e a Rede alargada de equipamentos sociais e centros comunitários; IPSS que asseguram as valências de centro de dia, serviço de apoio domiciliário, creche e lar.

1.3. População alvo e seleção da amostra

De acordo com a evidência científica, quanto à incidência de quedas, constata-se que a mesma aumenta significativamente com o avançar da idade, em mulheres e idosos com 75 e mais anos de idade, ou seja, o risco de ocorrência de queda é maior (Oliveira et al., 2015; Rodrigues & Alvarenga, 2020). Outro aspeto importante a considerar prende-se com o consumo de quatro ou mais medicamentos diários, considerando-se este facto também um fator de risco de quedas nas populações idosas (García et al., 2018).

Deste modo foram definidos como critérios de inclusão os idosos com idade igual ou superior a 75 anos, polimedicados (ingestão \geq a 4 medicamentos diferentes diários); residentes numa comunidade da área de abrangência da UCC e inscritos na USF da área de abrangência da UCC. Como critérios de exclusão foram considerados os utentes inseridos na ECCI e utentes sem capacidade para decidir de forma livre e esclarecida, por incapacidade cognitiva.

Assim, os idosos foram selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão, caso aceitassem participar voluntariamente no projeto. Esta referenciação dos participantes foi realizada pela enfermeira responsável pela USF e pela enfermeira supervisora/coordenadora da UCC, pois são dois elementos-chave importantes, dado que conhecem toda a comunidade da área de abrangência da USF e da UCC. Assim, a população alvo é composta por 60 idosos, dos

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

quais 53 aceitaram participar voluntariamente no projeto de intervenção comunitária preenchendo o consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice 1).

1.4. Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos utilizados para a colheita de dados foram a Escala de Quedas de Morse-Versão Portuguesa (DGS, 2019) (Anexo 1), instrumento utilizado na UCC e a grelha de observação/análise “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” (Batinas, 2012) (Anexo 2). Foi feito pedido de autorização à autora, via *e-mail*, tendo sido autorizada a sua utilização (Anexo 3), para o presente projeto de intervenção comunitária.

A Escala de Quedas de Morse, Versão Portuguesa é um instrumento para avaliar o risco de queda nos adultos, classificando-as em três grupos diferentes, de acordo com o score final obtido (sem risco, baixo risco ou alto risco) (DGS, 2019). A grelha de observação/análise: “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” (Batinas, 2012), é um instrumento que incorpora as seguintes variáveis: caracterização sociodemográfica, caracterização do estado de saúde atual, mobilidade e ambiente físico no domicílio (identificação de barreiras arquitetónicas).

1.5. Método de colheita de dados

O primeiro contacto foi realizado pela enfermeira supervisora/elo de ligação, via telefone, procurando garantir a participação voluntária dos participantes. Posteriormente, foi distribuído o consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice 1) e os instrumentos de colheita de dados. Foi garantido o período de reflexão dos participantes. A entrega dos mesmos foi efetuada pelos elementos que referenciaram os participantes, no local que o participante pretendeu, no seu domicílio, na Unidade de Saúde da freguesia ou na USF ou UCC da área de abrangência. Foi sempre efetuada uma coordenação entre o participante e a enfermeira, promovendo o conforto do utente. Foi deixado ao critério do participante a possibilidade de preencher sozinho e/ou com apoio.

1.6. Considerações éticas e deontológicas

O conhecimento científico é gerado da investigação, decorrente de metodologias científicas e de teorias. O desenvolvimento de atividades científicas é a atividade humana mais globalizada, sendo transversal em todas as formações de nível superior, no exercício das profissões intelectuais, no desenvolvimento das pessoas e organizações e tem sido um gerador de desenvolvimento de novas práticas de saúde (Nunes, 2018).

Segundo Amando Martins, a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade pelas características éticas que lhe são inerentes (Nunes, 2020).

Sendo a Enfermagem uma ciência humana, os princípios éticos gerais aplicam-se, tendo os enfermeiros uma preocupação adicional com o bem-estar dos sujeitos, com o respeito pela dignidade, direitos e integridade dos mesmos.

Segundo Nunes (2020, p.5),

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores. E quando se refere «todas as etapas do processo» é mesmo do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados.

De modo a desenvolver o presente projeto de intervenção comunitária, todos os procedimentos éticos foram cumpridos, conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, após solicitação às entidades competentes foi obtido

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Parecer 21078) (Anexo 4) e também da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo (21/CE/2021) (Anexo 5).

O consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice 1), foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Alentejo e pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. O mesmo descreve o objetivo do projeto e da colheita de dados, mantendo a confidencialidade e o carácter voluntário. Todas as questões e dúvidas colocadas pelos participantes foram esclarecidas.

Foi também solicitado o parecer à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, que deu o seu parecer positivo (Anexo 6) para a consecução do projeto de intervenção comunitária.

1.7. Apresentação e discussão dos resultados

Após a colheita e análise dos dados são apresentados os resultados decorrentes da mesma, nomeadamente os resultados obtidos através da aplicação da grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” (Batinas, 2012) e por fim, a avaliação do risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse, Versão Portuguesa (DGS, 2019).

Os dados recolhidos foram organizados e analisados, utilizando o *software* IBM SPSS versão 24.0 (Statistical Package for Social Science).

- **Grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” (Batinas, 2012)**

Parte 1: Caraterização sociodemográfica

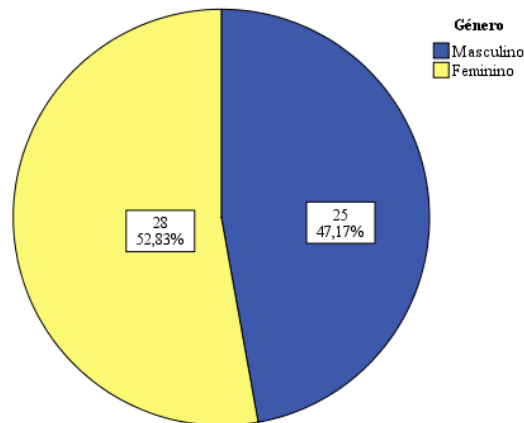
Através da análise dos dados verifica-se que os idosos têm idades compreendidas entre os 75 e os 92 anos de idade, sendo a média de idade 81,53 anos. Quanto à sua distribuição

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

relativamente ao género, constata-se que 52,83% (28) são do género feminino e 47,17% (25) são do género masculino, conforme ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1

Distribuição dos inquiridos segundo o género



Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

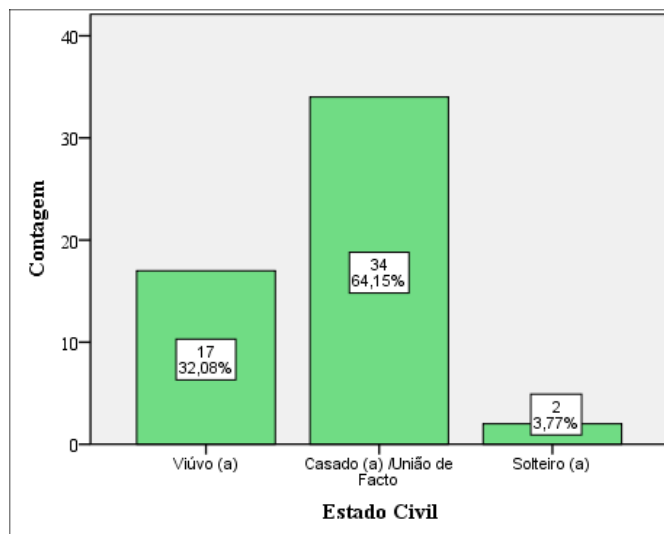
Constata-se o predomínio de pessoas do género feminino o que corresponde a estudos semelhantes realizados por Junior et al., (2020), onde o predomínio do género feminino foi de 68,3%, no estudo realizado por Santos et al. (2020), foi de 63,60% e no estudo realizado por Rodrigues e Alvarenga (2020) foi de 68,40%.

A maioria dos idosos, 64,15% (34) são casados ou vivem em união de facto, havendo também uma percentagem considerável de viúvos/as 32,08% (17) e 3,77% (2) solteiros, conforme ilustrado no gráfico 2.

Gráfico 2

Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que 37,70% (20) dos idosos não sabem ler nem escrever, 9,40% (5) sabem ler e escrever, mas não completaram o 1º ciclo de ensino, 49,10% (26) completaram o 1º ciclo, 1,90% (1) completou o 3º ciclo e 1,90% (1) tem um curso superior.

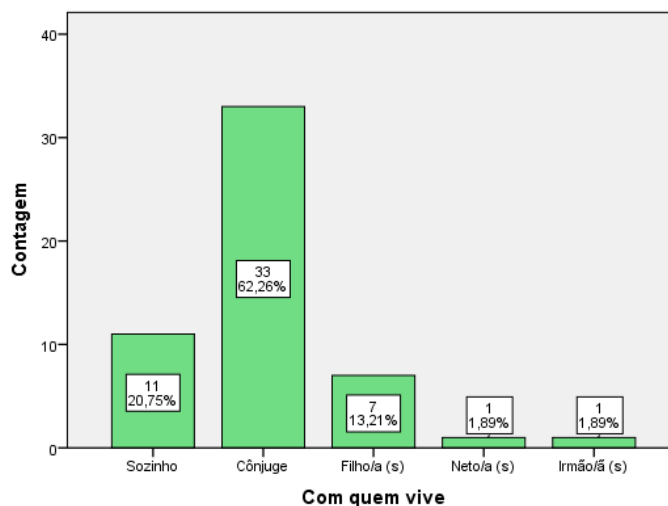
Em estudos semelhantes realizados, Santos et al., (2020) fazem referência que 34,1% dos idosos da amostra eram analfabetos e no estudo de Rodrigues e Alvarenga (2020) 39% dos idosos também eram analfabetos, o que vai ao encontro dos resultados obtidos.

Relativamente à profissão que os idosos exerciam antes de se reformarem é notório que a grande maioria dos idosos, correspondente a 52,83% (28) eram trabalhadores rurais. Quanto aos restantes, 18,87% (10) eram empregados domésticos, 7,55% (4) exerciam funções no setor alimentar e 5,66% (3) eram motoristas. Verificou-se também que 3,77% (2) exerciam a profissão de pedreiros, 3,77% (2) eram técnicos superiores, 3,77% (2) eram administrativos e 3,77% (2) eram operadores fabris.

Abordando a questão sobre se vivem acompanhados ou sozinhos, verificou-se que a grande maioria dos idosos, 62,26% (33) vivem com o cônjuge, 20,75% (11) idosos vivem sozinhos, 13,21% (7) idosos vivem com o filho/a, 1,89% (1) idosos vive com o neto/a e 1,89% (1) idoso vive com o/a irmão/ã, conforme ilustrado no gráfico 3.

Gráfico 3

Distribuição dos inquiridos consoante com quem vivem



Fonte: Instrumentos de colheita de dados –elaboração própria.

Parte 2: Estado de saúde atual

Relativamente à medicação ingerida diariamente, todos os idosos, o que corresponde a 100% (53), ingerem quatro ou mais medicamentos diferentes por dia, sendo este um critério de inclusão no projeto.

Quanto aos grupos específicos de medicamentos, é notório que a grande maioria dos idosos ingere medicamentos anti hipertensores e/ou depressores do Sistema Nervoso Central, o que corresponde a 86,8% (46). Quanto aos medicamentos diuréticos, ou com efeito diurético, 20,8% (11) dos idosos tomam esses medicamentos diariamente e 22,6% (12) ingerem medicação que aumenta a motilidade intestinal, resultados apresentados na tabela 5.

Tabela 5

Distribuição dos inquiridos de acordo com os grupos de medicação que ingerem

Medicamentos		Frequência	Percentagem
Diuréticos ou com efeito diurético	Sim	11	20,80
	Não	42	79,20
	Total	53	100
Anti hipertensores ou depressores do Sistema Nervoso Central	Sim	46	86,80
	Não	7	13,30

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

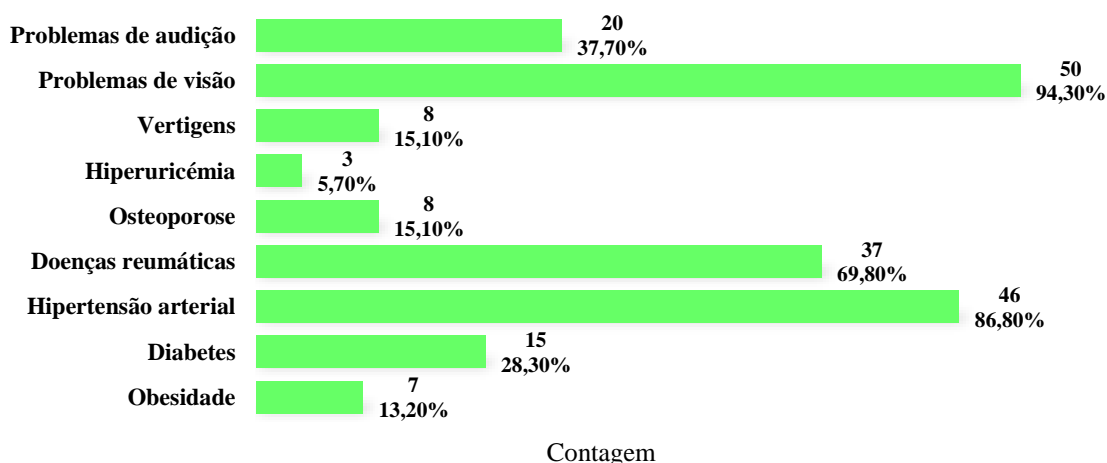
	Total	53	100
Medicação que aumenta a motilidade intestinal	Sim	12	22,60
	Não	41	77,40
	Total	53	100

Fonte: Instrumentos de coleta de dados – elaboração própria.

Como problemas de saúde, verificou-se que 94,30% (50) dos idosos têm problemas de visão, 86,80% (46) têm hipertensão arterial, 69,80% (37) têm doenças reumáticas, 37,70% (20) têm problemas de audição, 28,30% (15) são diabéticos, 15,10% (8) têm osteoporose, 15,10% (8) têm vertigens, 13,20% (7) são obesos e 5,70% (3) têm hiperuricemia, conforme ilustrado no gráfico 4.

Gráfico 4

Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde atuais



Fonte: Instrumentos de coleta de dados – elaboração própria.

Dos 94,30% (50) idosos que apresentam problemas de visão, constatou-se que 86% (43) destes utilizam meios para corrigir a perda visual e 14% (7) não utilizam meios nenhuns para o efeito. Em relação aos problemas de audição, dos 37,70% (20) idosos que têm problemas de audição, apenas 15% (3) utilizam aparelho para corrigir a diminuição da audição.

Num estudo realizado por Junior et al., (2020), em 10 unidades da Estratégia de Saúde da Família de Governadores Valadares, com uma amostra de 163 idosos inscritos, verificou-se

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

que 80,40% dos idosos apresentam doenças cardiometabólicas e/ou respiratórias (onde se incluíram os problemas cardíacos, diabetes mellitus, hipertensão arterial, asma, bronquite, insuficiência respiratória). Em relação às patologias osteoarticulares, tais como a presença de artroses, reumatismo e osteoporose, 48,50% dos idosos referiram possuir as mesmas. Segundo a OMS (2015) a partir dos 60 anos de idade é notório que as perdas de audição, visão, as doenças não transmissíveis, como as patologias cardíacas e respiratórias, patologias crônicas, demência e o cancro, são prevalentes.

Segundo Pinto et al., (2019) a visão vai-se tornando menos precisa e a audição também, dado que existe uma maior dificuldade de ouvir altas frequências. A diminuição da visão e da audição interferem com a capacidade de calcular distâncias e de perceber obstáculos e alarmes, podendo levar o idoso a cair. Pode-se verificar que os problemas de saúde atuais mais prevalentes vão ao encontro dos apresentados na evidência científica.

Parte 3: Mobilidade

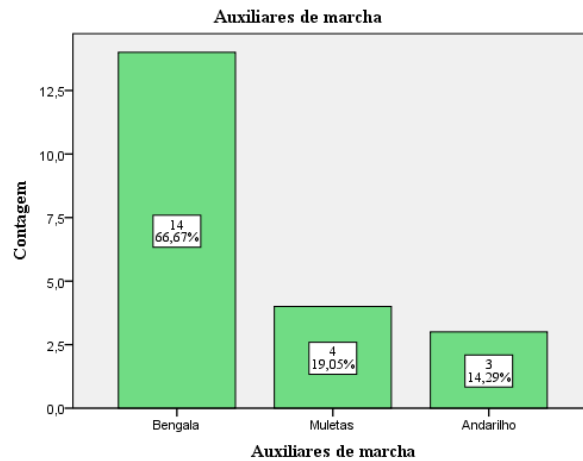
Da totalidade dos idosos, 54,70% (29) referem caminhar sem dificuldades e 45,30% (24) referem ter dificuldades. Em relação à necessidade de recorrerem ao uso de auxiliares de marcha, 39,60% (21) referem que utilizam auxiliares de marcha e 60,40% (32) mencionam não utilizar. Dos 21 idosos que recorrem ao uso de auxiliares de marcha contactou-se que 14 utilizam bengala, 4 utilizam mulelas e 3 andarilho (gráfico 5).

Gráfico 5

Distribuição dos inquiridos segundo a utilização de auxiliares de marcha



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



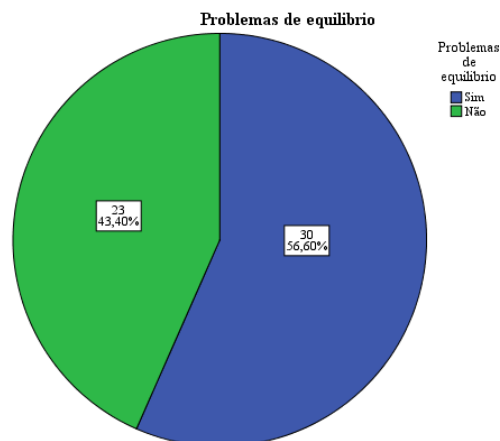
Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

Segundo Porto et al., (2020), o uso de um dispositivo auxiliar de marcha pode auxiliar os idosos na realização das suas atividades de vida, mantendo-os funcionais e independentes, porém todos os idosos devem ser observados quanto ao uso destes dispositivos, verificando se o dispositivo é adequado, se a utilização do mesmo é a correta, pois se não o for, o risco de queda aumenta, podendo mesmo originar quedas.

Verificou-se ainda que 52,80% (28) dos idosos sentem necessidade em apoiar-se em, pelo menos, um braço de uma cadeira para se levantarem. Quanto ao equilíbrio, 56,60% (30) referem ter problemas de equilíbrio (gráfico 6).

Gráfico 6

Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de equilíbrio



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

Abordando a temática das quedas, verifica-se que 33 idosos já sofreram episódios de queda, o que corresponde a 62,30%, conforme a tabela 6.

Tabela 6

Distribuição dos inquiridos segundo o número de episódios de queda

Episódio de queda	Frequência	Porcentagem
Sim	33	62,30
Não	20	37,70
Total	53	100

Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

Dos 62,30% (33) idosos que já sofreram episódios de queda, 13,20% (7) caíram uma vez, 15,10% (8) caíram duas vezes, 13,20% (7) caíram três vezes, 7,50% (4) caíram quatro vezes e 13,20% (7) caíram cinco ou mais vezes.

Segundo o estudo de Junior et al., (2020) realizado em 2020, nos últimos 12 meses 31,30% dos idosos sofreram pelo menos um episódio de queda, e no estudo realizado por Santos et al., (2020), 15,90% dos idosos sofreram pelo menos um episódio de queda no último ano. Em 2019, no estudo realizado por Sousa-Araújo et al., (2019), verificou-se que 24,70% dos idosos sofreram episódios de queda nos últimos 12 meses, pelo que se verifica que a incidência de episódios de quedas é elevada em comparação com estudos semelhantes.

Quanto ao tempo em que tinha ocorrido o último episódio de queda, 9,10% (3) dos idosos referem que foi há menos de um mês, 21,20% (7) dos idosos referem ter sido entre um a seis meses, 18,20% (6) fazem referência que foi entre 6 meses a um ano e 51,50% (17) descrevem ter sido há mais de um ano, conforme a tabela 7.

Tabela 7

Distribuição dos inquiridos segundo o período de tempo de ocorrência da última queda



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

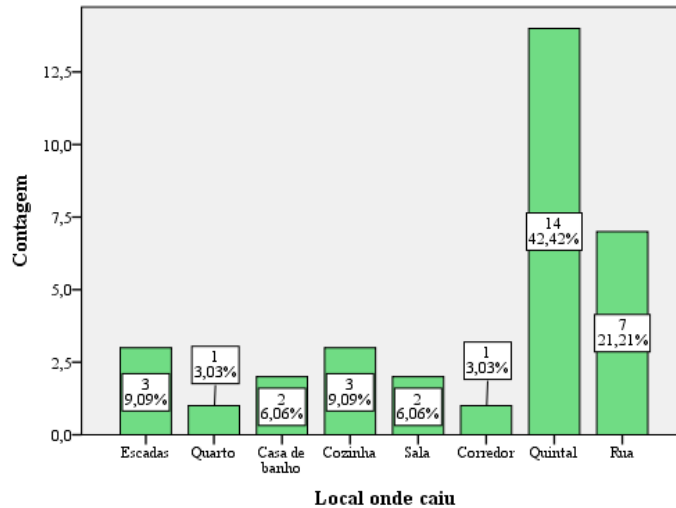
Período de tempo da última queda	Frequência	Porcentagem
Menos de um mês	3	9,10
Entre 1 a 6 meses	7	21,20
Entre 6 meses a 1 ano	6	18,20
Há mais de 1 ano	17	51,50
Total	33	100

Fonte: Instrumentos de coleta de dados – elaboração própria.

O local onde ocorreram mais quedas foi no quintal (42,42%) e na rua (21,21%), conforme ilustrado no gráfico 7.

Gráfico 7

Distribuição dos inquiridos segundo o local onde ocorreu o último episódio de queda



Fonte: Instrumentos de coleta de dados – elaboração própria.

Na pesquisa realizada por Rodrigues e Alvarenga (2020) dos idosos que sofreram episódios de queda, 24 caíram em sua casa, 6 fora de casa e 11 em ambas as situações. Segundo Sousa-Araújo et al., (2019), o local onde ocorreram o maior número de quedas, cerca de 22,5%,

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

foi no quintal. Da mesma forma, podemos verificar que a ocorrência de quedas ocorre essencialmente no domicílio.

Os motivos que levaram à ocorrência de quedas foram o desequilíbrio com 34% (18), o tropeção com 18,90% (10) e as tonturas com 9,40% (5). Estes dados vão ao encontro do referido no estudo de Sousa-Araújo (2019) em que 53,6% dos idosos referem ter caído por alterações de equilíbrio e 17,2% por tonturas/vertigens.

Em relação à necessidade de internamento após os episódios de queda, dos 62,30 % (33) idosos que já sofreram episódios de queda, 13,20% (7) tiveram necessidade de internamento em meio hospitalar, devido a fraturas resultantes das quedas.

Parte 4: Ambiente Físico

Em relação às diversas divisões da habitação e à presença de escadas e/ou degraus foi feita uma análise detalhada, descrita na tabela 8, no que diz respeito às barreiras arquitetónicas que podem levar a um evento de queda.

Analisando mais detalhadamente, na **casa de banho**, 88,70% (47) têm tapete de borracha no chuveiro e 73,60% (39) têm tapete antiderrapante junto ao chuveiro. Em relação às barras de segurança, no chuveiro há 15,10% (8) idosos que possuem e junto à sanita apenas 3,80% (2) idosos têm barras de apoio. Cerca de 94,30% (50) idosos referem ter acesso fácil ao porta-toalhas e também aos produtos de higiene. Em relação ao assento fixo para lavar os pés, apenas 20,80% (11) dos idosos referem ter. No que toca à iluminação, 96,20% (51) mencionam ter boa luz na casa de banho, mas apenas 3,80% (2) têm luz de emergência. Quanto ao piso antiderrapante apenas 24,50% (13) possuem.

No **quarto** 90,60% (48) dos idosos referem conseguir apoiar os pés no chão quando sentados na cama e 37,70% (20) têm a mobília fixa ao chão. Cerca de 94,30% (50) têm acesso ao interruptor da luz sem se levantar da cama e 7,50% (4) têm luz de emergência no quarto. Em relação aos tapetes, 67,90% (36) referem ter tapetes no seu quarto e 5,70% (3) apresentam fios elétricos soltos.



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Relativamente à **cozinha** 26,40% (14) dos idosos fazem referência que os armários estão muito altos para si, 15,10% (8) possuem piso antiderrapante, 15,10% (8) têm tapetes e todos têm boa iluminação. Um idoso (1,90%) tem luz de emergência na cozinha e outro (1,90%) refere ter fios elétricos soltos.

Quanto à **sala**, todos os idosos referem ter boa iluminação e não têm fios elétricos soltos, nem luz de emergência. Em relação aos sofás, 84,90% (45) referem que os sofás são macios e depressíveis e 92,50% (49) têm sofás com apoios laterais. Cerca de 32,10% (17) dos idosos têm cadeiras com apoios de braço e 35,80% (19) têm as mobílias fixas.

No que diz respeito às **escadas e/ou degraus**, 2 idosos referem não ter a presença destes em casa. Dos restantes, 45,30% (24) referem que têm corrimão, 94,30% (50) têm boa iluminação, 34% (18) têm tapetes junto ao 1º e último degrau e 62,30% (33) têm dificuldade em subir/descer as mesmas.

Tabela 8

Distribuição dos inquiridos segundo as características da habitação

Divisão da casa Medidas preventivas	Casa de Banho		Quarto		Cozinha		Sala		Escadas/ Degraus	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Tapete borracha no chuveiro	Sim	47								
	Não	6								
Barras de segurança no chuveiro	Sim	8								
	Não	45								
Assento fixo para lavar os pés	Sim	11								
	Não	42								
Tapete antiderrapante junto ao chuveiro	Sim	39								
	Não	14								
Porta toalhas e suporte de produtos de higiene de fácil acesso	Sim	50								
	Não	3								
Barras de apoio junto à sanita	Sim	2								
	Não	51								
Boa iluminação	Sim	51			Sim	53	Sim	53	Sim	50
	Não	2			Não	0	Não	0	Não	1
Piso antiderrapante	Sim	13			Sim	8				
	Não	40			Não	45				
Luz de emergência	Sim	2	Sim	4	Sim	1	Sim	0		
	Não	51	Não	49	Não	52	Não	53		

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Apoia os pés no chão sentado na cama	Sim	48					
	Não	5					
Mobílias fixas ao chão	Sim	20		Sim	19		
	Não	33		Não	34		
Acende os interruptores da luz sem se levantar da cama	Sim	50					
	Não	3					
Tapetes	Sim	36	Sim	8			
	Não	17	Não	45			
Fios elétricos soltos	Sim	3	Sim	1	Sim	0	
	Não	50	Não	52	Não	53	
Armários muito altos			Sim	14			
			Não	39			
Cadeiras têm braços de apoio					Sim	17	
					Não	36	
Assentos dos sofás moles e depressíveis					Sim	45	
					Não	8	
Sofá com apoio lateral					Sim	49	
					Não	4	
Corrimão						Sim	24
						Não	27
Tapetes junto ao 1º e último degrau						Sim	18
						Não	33
Dificuldade em subir e descer						Sim	33
						Não	18

Fonte: Instrumentos de colheita de dados – elaboração própria.

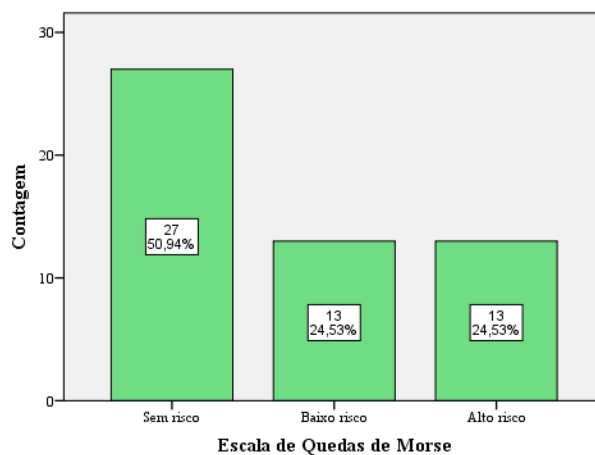
De acordo com o estudo de Santos et al., (2018) dos locais onde ocorrem o maior número de quedas, na casa de banho, é devido à falta de barras de segurança, tapetes antiderrapantes, presença de degraus e pouca iluminação. Neste estudo procedeu-se a visitas domiciliárias (18 habitações) e verificou-se que 14 habitações tinham piso inadequado para a locomoção em segurança dos idosos, 13 habitações tinham uma casa de banho inadequada (piso irregular e com presença de tapetes). Em relação aos corrimões 10 habitações não possuíam os mesmos junto a escadas e/ou degraus. Em relação aos móveis é notória a presença de uma má distribuição dos mesmos em 9 habitações tal como uma má iluminação também. Perante os dados dos estudos e os resultados encontrados verifica-se que estamos diante de uma realidade semelhante, em que os fatores de risco ambientais estão presentes e podem originar episódios de queda.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Com a aplicação da **Escala de Quedas de Morse - Versão Portuguesa** (DGS, 2019) - aos 53 idosos, verificou-se que 50,94% (27) dos idosos não apresentam risco de queda, 24,53% (13) apresentam baixo risco e 24,53% (13) alto risco (gráfico 8).

Gráfico 8

Distribuição dos inquiridos segundo a pontuação final da Escala de quedas de Morse



Fonte: Instrumentos de colheita de dados–elaboração própria.

De acordo com a análise dos dados resultantes da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, pode-se referir que a problemática das quedas nos idosos está presente e que existem situações potenciadoras de futuros eventos de queda que podem ser prevenidas se foram aplicadas medidas atempadamente.

1.8. Identificação de problemas e necessidades

Em relação aos resultados encontrados, após aplicação dos instrumentos, verificou-se como problema a ocorrência de um elevado número de quedas e a presença de inúmeros fatores de risco potenciais, para a ocorrência destes episódios. Os fatores de risco ambientais, encontrados no domicílio, na casa de banho, quarto e cozinha, são os seguintes: o elevado número de idosos com ausência de barras de segurança no chuveiro e sanita; ausência de tapetes antiderrapantes e piso antiderrapante; não possuir luz de emergência nas diversas divisões da

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

habitação; elevada presença de tapetes nas várias divisões; e também ausência de corrimões junto a escadas e/ou degraus. Ao analisarmos estes dados de forma agregada verificou-se a necessidade de intervir junto dos idosos focando-nos nas medidas preventivas de queda.

2. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde, sendo este um processo que visa a tomada de decisão de modo a hierarquizar os problemas, identificando aqueles que devem ser resolvidos em primeiro lugar. Melo (2020), refere que a etapa da priorização merece destaque relativamente às outras etapas do Planeamento em Saúde, nomeadamente pela sua relevância na boa gestão dos recursos, que na maioria dos casos são escassos. O seu principal objetivo é também a otimização dos resultados que se pretendem alcançar com a implementação do projeto.

Tavares (1992), refere que a determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão com o intuito de selecionar quais os problemas que devem ser solucionados em primeiro lugar. Facilmente esta etapa se torna subjetiva, dependendo das preferências e da experiência do planificador, dado isto, deve ser o mais objetivo possível. Para se efetuar a determinação de prioridades recorre-se ao uso de critérios.

Para o presente projeto de intervenção comunitária foram utilizados os três critérios (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) para determinar as prioridades de modo a ordenar os problemas e as necessidades prioritárias da comunidade.

Os três grandes critérios de determinação de prioridades são definidos da seguinte forma (Tavares, 1992; Melo, 2020):

- A **magnitude** do diagnóstico relativamente à comunidade ou população em estudo. Refere-se à dimensão do problema, ao número de pessoas afetadas e é definida em função dos indicadores epidemiológicos;

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- A **transcendência**, relacionado como as intervenções nesse diagnóstico influenciam a melhoria dos outros;
- A **vulnerabilidade** refere-se ao efeito real no diagnóstico após a intervenção, isto é, à possibilidade de evitar/prevenir a doença com os recursos disponíveis.

Relativamente à **magnitude**, constata-se que as quedas são consideradas um problema de saúde pública, pela sua grande incidência, morbidade e mortalidade, redução da funcionalidade e hospitalizações, na população acima dos 60 anos (OMS, 2010; Gaspar et al., 2019). De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que 62,30% dos idosos sofreu pelo menos um episódio de queda e que 48,50% destas quedas ocorreram há menos de um ano. Do total de idosos, todos são polimedicados, sendo este mais um fator que pode potenciar a ocorrência de episódios de queda. Quanto aos problemas de equilíbrio, 56,60% dos idosos referiu ter dificuldades em equilibrar-se, dados que podem também ser analisados ao verificar que 34% das quedas ocorreram devido a desequilíbrio. Da totalidade, 45,30% dos idosos referiu ter dificuldades em caminhar e 39,60% utilizam auxiliares de marcha. Quanto à diminuição da acuidade visual e auditiva também foi notória uma grande prevalência destes problemas. Em termos de barreiras arquitetónicas verificou-se que estavam presentes na maioria dos domicílios havendo potencial para modificar as mesmas.

Quanto à **transcendência**, considera-se que a prevenção de quedas nos idosos é uma dimensão a intervir, dado que ao serem desenvolvidas intervenções e atividades que tenham como prioridade a prevenção de quedas nos idosos, potenciará a literacia em saúde e a capacitação dos idosos e cuidadores informais/famílias na adoção de medidas preventivas de queda, diminuindo o risco de ocorrência das mesmas.

No que diz respeito à **vulnerabilidade**, os profissionais de saúde devem capacitar os idosos/cuidadores informais/famílias contribuindo assim para a promoção da saúde, prevenção das complicações associadas às quedas e melhoria da qualidade de vida, diminuindo os gastos em saúde. A capacidade de lidar com as quedas poderá reduzir o risco e as consequências das mesmas, dado isto é necessário ampliar os conhecimentos e as habilidades dos idosos e cuidadores informais/famílias para prevenir a ocorrência de quedas.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Deste modo, considerou-se como prioritário intervir na prevenção de quedas, nomeadamente na identificação dos fatores de risco e na adoção de medidas preventivas, por parte dos idosos e cuidadores informais/familiares.

3. Fixação dos objetivos

A terceira etapa do Planeamento em Saúde, após o diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades é a fixação dos objetivos (Melo, 2020). Um objetivo é definido como o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77). Os objetivos têm características estruturais próprias que devem ser consideradas na sua formulação, ou seja, estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Segundo Tavares (1992), a fixação dos objetivos é uma etapa decisiva para a execução de um projeto. Deste modo, torna-se necessário formular os objetivos com o intuito de alcançar os resultados esperados. A definição dos objetivos permite-nos alocar os recursos necessários e organizar as intervenções pretendidas de forma mais eficaz e efetiva. Neste contexto, são várias as categorias de objetivos, segundo Melo (2020), nomeadamente, finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e as metas.

A finalidade é o objetivo mais geral do projeto e está relacionado com a grande área temática do mesmo. O objetivo geral é orientado para o olhar do profissional que está a definir o mesmo. No contexto da enfermagem deve estar direcionado para os focos e áreas de atenção centrais na tomada da decisão clínica em relação ao diagnóstico selecionado (Melo, 2020).

Os objetivos específicos estão diretamente relacionados com as dimensões do diagnóstico de cada foco principal. Este tipo de objetivo deve ser quantificável na medida da mudança que se quer instituir face ao diagnóstico. Em relação às metas, estas dão tempo aos



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

objetivos específicos, indicando o prazo em que se pretende atingir aos objetivos específicos (Melo, 2020).

A **finalidade** do presente projeto de intervenção comunitária é contribuir para a prevenção de quedas nos idosos polimedicados residentes na comunidade.

Foi definido como **objetivo geral**: Contribuir para a prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a 75 anos, residentes numa comunidade da área de abrangência de uma UCC do ACeS Alentejo Central, até janeiro 2022.

Os **objetivos específicos** estão descritos no quadro 2. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), de forma a operacionalizar os objetivos específicos definidos, tendo em vista o resultado desejado e as atividades a serem desenvolvidas, foram estabelecidas as metas (quadro 2).

Quadro 2

Objetivos específicos e metas

Objetivos Específicos	Metas
1º) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda, até janeiro de 2022.	1.1. Que 50% dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde) 1.2. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 2 barreiras arquitetónicas no domicílio 1.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 2 medidas preventivas de queda 1.4. Realizar 1 visita domiciliar aos idosos para efetuar ensinamentos individualizados sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda 1.5. Construir o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos 1.6. Validar o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos com a enfermeira supervisora 1.7. Distribuir a todos os idosos o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

	1.8. Construir o cartão de contactos úteis 1.9. Validar o cartão de contactos úteis com a enfermeira supervisora 1.10. Distribuir a todos os idosos o cartão de contactos úteis
Nº2) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares acerca das vantagens da adoção de um estilo de vida ativo, até janeiro de 2022.	2.1. Planear a sessão de educação para a saúde em parceria com a aluna mestranda da área de especialidade em Enfermagem de Reabilitação 2.2. Que 50% dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde) 2.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 1 exercício físico para executarem no domicílio 2.4. Planear a atividade da caminhada em parceria com o Professor de Educação Física 2.5. Realizar a atividade da caminhada

Fonte: Elaboração própria.

4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a quarta etapa do Planeamento em Saúde, que segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 87) permite escolher “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. É também considerada a etapa do planeamento em saúde com mais criatividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Pretende-se nesta etapa propor novas formas de atuação através de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o intuito de serem atingidos os objetivos delineados, inflitando a tendência da evolução natural do problema (Tavares, 1992).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Após a identificação do problema prioritário e a definição dos objetivos e metas a atingir, realizou-se uma reunião com a equipa da UCC para que em conjunto fossem selecionadas as estratégias mais eficazes. Deste modo, tendo em conta os objetivos propostos e a faixa etária da população alvo, foram delineadas e selecionadas as seguintes estratégias:

Elaboração de um *Work breakdown structure* [WBS] (Apêndice 2): Esta estratégia tem como intuito tornar as etapas do projeto mais claras e compreensíveis, de modo a facilitar o entendimento do mesmo perante as equipas envolvidas e os parceiros comunitários.

Envolvimento da equipa da UCC e USF: O envolvimento das equipas (UCC e USF) no projeto potencia a partilha de informação, práticas e conhecimentos, e também o estabelecimento de um bom relacionamento entre todos os elementos, aumentando o sentido de pertença e de envolvimento no projeto.

Estabelecimento de parcerias: O estabelecimento de parcerias com algumas entidades potencia a divulgação do projeto e os recursos, e promove um maior envolvimento da comunidade no mesmo. Promoveu-se o estabelecimento de parceria com a Junta de Freguesia da comunidade envolvida e com um Professor de Educação Física da Câmara Municipal do concelho para posterior colaboração em atividades.

Educação para a Saúde: É uma das estratégias preferenciais no âmbito da promoção da saúde. A realização das sessões de educação para a saúde, com a colaboração das equipas e dos parceiros comunitários, potencia a adesão às sessões. Deste modo, torna-se possível ampliar os conhecimentos dos idosos, cuidadores informais/familiares.

Envolvimento dos cuidadores informais/familiares: É extremamente importante o envolvimento dos cuidadores informais/familiares nas atividades do projeto, por forma a que, em conjunto com os idosos, possam adotar medidas preventivas de queda.

Realização de visita domiciliária: Permite que sejam feitos ensinamentos individualizados e adaptados a cada idoso, fortalecendo também uma maior relação de interajuda, potenciando o envolvimento dos mesmos no projeto e a sua capacitação. A visita domiciliária tem sido um

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

dos instrumentos mais utilizados na intervenção em enfermagem comunitária, tendo o utente/família como alvo de atenção.

Distribuição de material educacional: Distribuição de material educacional elaborado de acordo com a população alvo, dado que 37,7 % da amostra são analfabetos.

Deste modo, garantindo que todos os recursos humanos têm conhecimento global das necessidades e dos problemas da comunidade, pretende-se que seja conseguido um envolvimento das equipas e dos parceiros, com o intuito de dar resposta aos objetivos e às atividades e intervenções a desenvolver no projeto de intervenção comunitária.

5. Preparação operacional e implementação

A preparação operacional, a quinta etapa do Planeamento em Saúde, é onde se procede à operacionalização do projeto. “Um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Nesta fase deverão ser detalhadas as atividades integrantes do projeto. Estas precisam ser explicadas em função dos objetivos definidos, não devendo ser produzidas atividades que não satisfaçam os objetivos anteriormente instituídos (Tavares, 1992).

Assim sendo, cada atividade que se vai realizar,

deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível objetivo que pretende atingir; eventualmente o custo da atividade (Tavares, 1992, p. 166),

possibilitando uma elucidação destas atividades. As atividades planeadas e desenvolvidas para a operacionalização do presente projeto encontram-se descritas na subsecção 5.1.



5.1. Atividades desenvolvidas

Atividade nº1) Reunião de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação à equipa da UCC e da USF – O agendamento da reunião e a divulgação foram realizados pela enfermeira supervisora, através do envio de um *e-mail* institucional com o intuito de informar todos os intervenientes. No dia 16/11/2021 pelas 12h30 na sala de reuniões do Centro de Saúde onde está inserida a UCC foi realizada a apresentação do projeto e a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação à equipa multidisciplinar da UCC e da USF. Estiveram presentes na reunião elementos da equipa multidisciplinar da UCC (3 enfermeiras, 1 psicóloga e 1 aluna mestranda) e elementos da equipa multidisciplinar da UFS (4 enfermeiras e 1 médico). A reunião foi realizada com recurso ao método expositivo (recurso ao computador e projetor), onde se procedeu à apresentação do tema, com a finalidade de justificar a implementação do projeto através da apresentação do diagnóstico de situação, necessidades e problemas identificados. Posteriormente, foi fomentado o diálogo, com recurso ao método ativo, o que possibilitou a intervenção dos elementos de ambas as equipas na qual todos os intervenientes se mostraram interessados e empenhados em colaborar no mesmo. Procedeu-se anteriormente ao planeamento desta reunião (Apêndice 3) e à elaboração dos materiais a utilizar, tais como a apresentação em PowerPoint e o *WBS* (Apêndice 2).

Atividade nº2) Reunião de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação aos parceiros: O agendamento da reunião com a Presidente da Junta de Freguesia da comunidade abrangida pelo projeto foi realizado pela enfermeira supervisora através do envio de um *e-mail* institucional, no qual se obteve resposta favorável por parte da presidente da junta de freguesia. A reunião agendada com a Presidente da Junta de Freguesia, planeada antecipadamente (Apêndice 3), decorreu de forma presencial na sede da Junta de Freguesia no dia 29/10/2021, pelas 16h00, onde foi feita a apresentação do projeto e a divulgação dos resultados do diagnóstico da situação e também apresentado o *WBS* (Apêndice 2). Posteriormente, a Presidente da Junta mostrou interesse em colaborar no projeto de intervenção comunitária, pelo que foi estabelecida uma parceria.

Atividade nº3) Realização de sessão de educação para a saúde “Prevenir... para não cair”:
Foi definido como objetivo específico nº1 - Informar os idosos, cuidadores informais/familiares

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda, até janeiro de 2022. Esta atividade foi uma das delineadas com vista alcançar o mesmo. Procedeu-se previamente ao planeamento da atividade (Apêndice 4) e à elaboração dos materiais a utilizar, tal como a apresentação em PowerPoint. Foram distribuídos antecipadamente convites individuais (Apêndice 5) aos idosos, cuidadores informais/familiares. Foi solicitado à Junta de Freguesia a cedência do espaço físico para a realização da atividade e também para a impressão dos convites. A sessão decorreu no dia 21/12/2021, pelas 10h30m, no espaço físico cedido pela Junta de Freguesia onde estiveram presentes a aluna mestranda, a enfermeira supervisora e 32 participantes (27 idosos e 5 cuidadores informais/familiares). A sessão foi realizada inicialmente com recurso ao método expositivo, demonstrativo e interrogativo, através de uma exposição mais teórica realizada pela aluna mestranda. Na generalidade todos os participantes mostraram interesse em participar ativamente, pois ao longo da sessão colocaram dúvidas e expuseram algumas questões direcionadas para o tema. Finalizando a sessão, foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos (Apêndice 6) e um questionário de avaliação da satisfação relativamente à sessão (Apêndice 7), a que todos responderam. Todos os participantes mencionaram o que deviam fazer em caso de queda. De uma maneira geral, os participantes mostraram interesse na atividade participando ativamente na mesma.

Atividade nº4) Elaboração de um Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos: No âmbito da promoção da saúde foi projetado a elaboração de um Manual de Boas Práticas sobre a prevenção de quedas nos idosos. O mesmo foi elaborado pela aluna mestranda e validado pela enfermeira supervisora. A elaboração do Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos foi ao encontro das necessidades da população alvo, com imagens e símbolos elucidativos e de fácil interpretação. O Manual de Boas Práticas - Prevenção de quedas nos idosos (Apêndice 8) foi distribuído aos idosos nas visitas domiciliárias, onde o mesmo foi apresentado à medida que iam decorrendo os ensinamentos individualizados.

Atividade nº 5) Elaboração de um cartão de contactos úteis: A segurança dos idosos é uma necessidade, pois dada a sua maior vulnerabilidade, estes são mais suscetíveis à ocorrência de acidentes domésticos e aos riscos naturais. As quedas são a principal causa de acidente nas pessoas mais idosas (Duarte & Barbosa, 2018). De forma a capacitar os idosos a recorrerem a ajuda, caso necessitem, foi elaborado pela aluna mestranda e validado pela enfermeira

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

supervisora um cartão de bolso com os seguintes contactos úteis: número de emergência, linha de apoio Saúde 24, Bombeiros Voluntários do concelho, Hospital do distrito, Centro de Saúde do Concelho e extensão de saúde da freguesia, posto de medicamentos da freguesia, Guarda Nacional Republicana e do Centro de Informações Antivenenos. O cartão de contactos úteis (Apêndice 9) foi distribuído à totalidade dos idosos no momento da divulgação do projeto e entrega dos convites para a atividade nº3. Posteriormente, antes de iniciar a atividade nº3, foi obtido o *feedback* dos participantes sobre os cartões de contactos úteis, no qual foi referido pelos mesmos, na presente sessão, que o cartão lhes era muito útil para o seu dia-a-dia. Deste modo, foi mencionada esta questão à Presidente da Junta de Freguesia, no qual acordamos em deixar exemplares dos cartões de contactos úteis na sede da mesma, para facultar à população em geral (Apêndice 10).

Atividade nº 6) Realização de visita domiciliária: As visitas domiciliárias foram planeadas (Apêndice 11) com o objetivo de efetuar ensinamentos individualizados e adaptados a cada idoso, sobre os fatores de risco e as medidas preventivas de queda. Neste contacto foi fortalecida uma maior relação de proximidade e interajuda, o que potenciou o envolvimento dos mesmos no projeto e na adesão às medidas preventivas de queda. Os idosos foram informados via telefónica uma semana antes da previsão do agendamento da visita domiciliária, onde foi divulgado qual o objetivo da mesma e foi estabelecido o dia e a hora mais conveniente para o idoso. As visitas domiciliárias foram realizadas à totalidade dos idosos. Foi também neste contacto que foi apresentado e distribuído o Manual de Boas Práticas– Prevenção de quedas nos idosos (Apêndice 8).

Atividade nº 7) Realização de sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”: De acordo com a literatura científica, a atividade física é uma das ações mais importantes para promover um envelhecimento ativo. Com o envelhecimento há uma redução da massa magra em cerca de um terço, o que reduz a força muscular. Realizar exercícios, quando desenvolvidos de forma contínua, aumenta a capacidade de resistência, a força muscular, o equilíbrio, facilita a mobilidade, reduzindo o risco de lesão e de queda (Araújo, 2018).

Foi definido como objetivo específico nº2 - Informar os idosos, cuidadores informais/familiares acerca das vantagens da adoção de um estilo de vida ativo, até janeiro de 2022. Esta atividade

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

foi uma das delineadas com vista alcançar o mesmo. Procedeu-se antecipadamente ao planeamento da atividade (Apêndice 12) e à elaboração dos materiais a utilizar, tal como a apresentação em PowerPoint. Foram distribuídos antecipadamente convites individuais (Apêndice 13) aos idosos, cuidadores informais/familiares. A parceria com outra aluna mestranda da área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a efetuar o mestrado na mesma UCC, revelou-se uma mais-valia na realização desta sessão, ficando responsável por ensinar as medidas de segurança na realização de atividade física e demonstrar exercícios físicos possíveis de realizar no domicílio. A Junta de Freguesia também foi contactada para a cedência do espaço físico para a realização da atividade, para as impressões dos convites e também para a aquisição de garrafas de água de 0,5ml. A sessão decorreu no dia 11/01/2022 pelas 10h30m, no espaço físico cedido pela Junta de Freguesia onde estiveram presentes as alunas mestrandas, as enfermeiras supervisoras e 33 participantes (28 idosos e 5 cuidadores informais/familiares). A sessão foi realizada inicialmente com recurso ao método expositivo, através da exposição da temática sobre a importância da atividade física. Posteriormente, a aluna mestranda da área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, através do método demonstrativo exemplificou os exercícios físicos e incentivou os idosos a realizarem os mesmos em conjunto, no qual a adesão por parte destes foi bastante positiva. Na generalidade todos os participantes mostraram interesse em participar ativamente, pois ao longo da sessão colocaram dúvidas, expuseram questões direcionadas para o tema e realizaram os exercícios físicos. Finalizando a sessão, foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos (Apêndice 14) e um questionário de avaliação da satisfação para com a sessão (Apêndice 7), ao qual todos responderam. Os participantes conseguiram mencionar dois benefícios da realização da atividade física, duas estratégias para se tornarem mais ativos, duas medidas de segurança na realização da atividade física e identificaram um exercício físico exequível no domicílio. Foi disponibilizado um panfleto informativo com as medidas de segurança na realização da atividade física e os exercícios físicos realizados na sessão, e também umas tiras de papel autocolante, também demonstradas na sessão, que funcionam como estímulo visual para ajudar na realização de exercício físico no domicílio.

Atividade nº8) Realização de uma caminhada ao ar livre: O exercício físico melhora o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação; ajuda a controlar o peso. São recomendadas atividades de intensidade leve a moderada, como caminhadas e exercícios realizados em água

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

(Duarte & Barbosa, 2018). Com o intuito de estimular e incentivar os idosos a praticarem exercício físico foi planeada uma caminhada ao ar livre (Apêndice 15) em parceria com o Professor de Educação Física da Câmara Municipal do concelho. O percurso, a duração e a intensidade da caminhada foram delineados com o professor de Educação Física indo ao encontro das capacidades da população alvo. A mesma estava prevista para ser realizada no início de janeiro de 2022, porém dada a situação pandémica que se vivia no início de 2022 e às restrições impostas pelo Governo, a mesma foi adiada para o dia 24/02/2022 pelas 15h00. Contudo, no dia 24/02/2022 dadas as condições atmosféricas de chuva e trovoada não foi possível realizar a atividade nesse dia. Foi novamente reagendada para dia 27/02/2022, com sucesso. Foram distribuídos os convites (Apêndice 16) aos idosos, cuidadores informais/familiares e colocados pósteres em locais estratégicos da comunidade. Inicialmente, no ponto de encontro selecionado, foram distribuídos os sacos de apoio à caminhada que continham uma garrafa de água 0,5ml, uma peça de fruta, um boné e uma t-shirt facultados pela Junta de Freguesia (Apêndice 17). Posteriormente, o professor de educação física realizou alguns exercícios de aquecimento seguidos posteriormente da caminhada de intensidade leve e duração de 40 minutos (Apêndice 18). No fim da caminhada a Junta de Freguesia colocou no ponto de chegada uma mesa com águas, sumos, bolos e frutas para todos os participantes. Foi um momento de convívio, descontração e de partilha de experiências.

5.2. Cronograma de atividades

Imperatori e Giraldes (1993) definem o cronograma de atividades como uma representação gráfica onde se apresenta o tempo e as atividades que constituem o projeto. Como forma de visualização conjunta das diferentes atividades que integram o projeto, foi realizado um cronograma que é um instrumento fundamental que permitiu orientar a realização e a duração do projeto ao delinear as atividades propostas no espaço temporal, de modo coerente e com sequência lógica.

O projeto iniciou-se em maio de 2021 no Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com a preparação do diagnóstico de situação. Posteriormente, o mesmo teve



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

continuidade no Estágio Final, até janeiro de 2022. Ao longo de ambos os estágios, o projeto foi desenvolvido com base na metodologia do Planeamento em Saúde, onde as diferentes fases estão identificadas no cronograma. Face à situação pandémica que se tem vivenciado nos últimos tempos, uma das atividades planeadas foi realizada à posteriori, após o término do estágio. A atividade nº8, como descrito anteriormente, estava prevista ser realizada em janeiro de 2022, porém dada a situação pandémica que se vivia no início de 2022 e as restrições impostas pelo Governo, a mesma foi adiada e realizada posteriormente dia 27/02/2022 pelas 15h00, consensualizado com a enfermeira supervisora. As restantes atividades decorreram no tempo planeado. O cronograma final encontra-se no Apêndice 19.

5.3. Comunicação e divulgação do projeto

Primeiramente, foi desenhado um logotipo (Apêndice 20) para o projeto, com o intuito de conferir uma identidade ao mesmo, tornando-o mais diferenciado e de fácil identificação.

De maneira a comunicar e divulgar o projeto foram selecionadas diversas estratégias e métodos adequados à população alvo, com o intuito de obter maior adesão ao mesmo, potenciando a envolvência nas atividades. Deste modo, foi distribuído na comunidade, junto de cada participante, uma pasta individual (Apêndice 21) que continha o poster de divulgação do projeto, o convite para a atividade nº3 e o cartão de contactos úteis. Foram afixados pósteres de divulgação em vários locais estratégicos da comunidade, permitindo assim que um maior número de pessoas tivesse conhecimento do projeto potenciando a adesão, participação e envolvimento nas atividades.

No âmbito das atividades desenvolvidas na UCC, recorreu-se às tecnologias de informação e comunicação, pelo que a comunicação e a divulgação do projeto foram realizadas em parceria com a enfermeira supervisora, através do envio de *e-mail* a todos os elementos pertencentes às equipas da UCC e USF.

5.4. Recursos humanos, materiais e físicos

Os recursos devem de ser ajustados às necessidades identificadas, uma vez que são fundamentais para dar continuidade ao projeto. Assim, para a implementação do projeto e cumprimento dos objetivos definidos, tornou-se indispensável a colaboração e o envolvimento de várias pessoas, entidades e dos parceiros. O quadro 3 contempla os recursos humanos, materiais e físicos que foram necessários para o desenvolvimento deste projeto.

Quadro 3

Recursos humanos, materiais e físicos

Recursos Humanos
-Aluna mestranda -Enfermeira supervisora/coordenadora da UCC -Professora orientadora -Equipa multidisciplinar da UCC e USF -Presidente da Junta de Freguesia -Professor de Educação Física
Recursos Materiais e Físicos
-Gabinete da UCC -Sala de reuniões do Centro de Saúde -Espaço físico disponibilizado pela Junta de Freguesia para realização de atividades -Computador -Projektor -Impressora/fotocopiadora -Viatura automóvel -Cartazes de divulgação do projeto -Panfletos -Manual de Boas Práticas – Prevenção de quedas nos idosos -Cartão de contactos úteis -Material de papelaria (folhas A4, cartolinas, cola, sacos de papel, papel autocolante, canetas, envelopes) -Garrafas de água (0,5ml)

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

-Frutas
-Sacos
-Bonés
-T-shirts
-Máscaras cirúrgicas e gel desinfetante

Fonte: Elaboração própria.

5.5. Estratégia orçamental

A implementação de um projeto de intervenção comunitária tem sempre a premissa de um custo associado aos recursos que são necessários ao longo de todas as fases do planeamento em saúde. Dado que se trata de um projeto realizado no âmbito académico o mesmo não beneficia de qualquer financiamento. Deste modo, é essencial executar previamente um orçamento dos gastos previstos. Dado isto, foi potenciada a otimização e a utilização dos recursos disponíveis, e foram planeadas atividades que dessem resposta aos objetivos delineados e que pudessem ser realizadas com os recursos disponíveis. Foi possível executar o projeto, pois todos os intervenientes participaram voluntariamente, não tendo sido contabilizadas as horas de trabalho, alguns materiais e equipamentos eram da propriedade da aluna mestrada, da UCC e dos parceiros. No quadro 4 é apresentada a estratégia orçamental do projeto de intervenção comunitária.

Quadro 4

Estratégia orçamental do projeto

Tipo de recurso	Recurso	Proveniência	Quantidade	Custo total
Informáticos	Computador	Aluna mestrada	1	500 €
	Projektor	Parceiros	1	
	Impressora	Aluna mestrada e parceiros	1	
	Internet	Aluna mestrada	1	

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Deslocação	Carro e combustível	Viatura da UCC (0,36 € /km)	200 kms	72 €
Consumíveis	Folhas A4	Parceiros	1000	9 €
	Fotocópias e impressões	Parceiros	1000	400 €
	Canetas	Aluna Mestranda	100	20 €
	Frutas, águas, bonés, t-shirts, sacos	Parceiros	100	50 €
Recursos humanos	Enfermeiros	Equipa da UCC	100 h	1000 €
	Professor de Educação Física	Parceiros	2 horas	20 €
TOTAL				2071 €

Fonte: Elaboração própria.

6. Avaliação

Finalizando, a última etapa do Planeamento em Saúde é a fase de avaliação, que para Imperatori e Giraldes (1993), consiste em comparar algo com um padrão e implica uma finalidade operativa que é corrigir. A avaliação permite utilizar a experiência adquirida durante todo o processo de intervenção, por forma a melhorar as atividades e poder planificá-las de maneira mais eficiente. A avaliação deve ser precisa, pertinente e o seu propósito é identificar o grau de sucesso na consecução de um objetivo.

A função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um determinado objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas (Tavares, 1992). É notório que existem diversas dificuldades próprias do processo de avaliação, mas é relevante que o mesmo se execute em qualquer projeto, seja em relação aos resultados que se esperam alcançar ou à sua elaboração, implementação e execução (Imperatori e Giraldes, 1993).

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Para Tavares (1992, p.212) uma avaliação correta “permite comparar os estados inicial e final da população-alvo, antes e após implementação de um projeto, relacionado as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas”.

De modo a tornar mais compreensível os objetivos delineados, as metas e as atividades executadas, para dar resposta aos mesmos, foi realizado um quadro resumo que está no Apêndice 22.

6.1. Avaliação dos objetivos

De forma a proceder à avaliação, recorreu-se às metas definidas anteriormente para cada objetivo específico (Capítulo II; quadro 2), pelo que nas tabelas seguintes (Tabelas 9 e 11) são apresentados os indicadores de resultado e de atividade definidos para cada uma das metas, assim como o resultado e avaliação das mesmas.

Objetivo Específico nº1) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda, até janeiro de 2022.

Tabela 9

Metas, indicadores de resultado/avaliação do objetivo específico nº1

Metas	Indicadores	Resultado/ Avaliação
1.1. Que 50 % dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde).	Indicador de atividade ou execução <i>$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares convocados}}$</i>	60,3% Atingida
1.2. Que os idosos, cuidadores informais/	Indicador de conhecimento demonstrado	100 %

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

<p>familiares identifiquem 2 barreiras arquitetónicas no domicílio.</p>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos, cuidadores informais/ familiares com conhecimento demonstrado}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão}} \times 100$	<p>Atingida</p>
<p>1.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 2 medidas de prevenção de queda.</p>	<p align="center">Indicador de conhecimento demonstrado</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos, cuidadores informais/ familiares com conhecimento demonstrado}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos, cuidadores informais/ familiares presentes na sessão}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>
<p>1.4. Realizar 1 visita domiciliária aos idosos para efetuar ensinios individualizados sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda.</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>
<p>1.5. Construir um Manual de boas práticas- Prevenção de quedas nos idosos.</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de documentos construídos}}{\text{n}^\circ \text{ total de documentos propostos}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>
<p>1.6. Validar o Manual de boas práticas- Prevenção de quedas nos idosos com a enfermeira supervisora.</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que validaram o Manual}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>
<p>1.7. Distribuir a todos os idosos o Manual de Boas Práticas - Prevenção de quedas nos idosos.</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de manuais distribuídos}}{\text{n}^\circ \text{ de manuais planeados distribuir}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>
<p>1.8. Construir o cartão de contactos úteis.</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de documentos construídos}}{\text{n}^\circ \text{ total de documentos propostos}} \times 100$	<p>100 % Atingida</p>



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

1.9. Validar o cartão de contactos úteis com a enfermeira supervisora.	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de enfermeiros que validaram o cartão de contactos \u00fasteis}}{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 100$	100 % Atingida
1.9. Distribuir a todos os idosos o cartão de contactos \u00fasteis.	Indicador de atividade ou execu\u00e7\u00e3o $\frac{n^{\circ} \text{ de cart\u00f5es de contacto \u00fasteis distribuidos}}{n^{\circ} \text{ de cart\u00f5es de contactos \u00fasteis planeados distribuir}} \times 100$	100 % Atingida

Fonte: Elabora\u00e7\u00e3o pr\u00f3pria.

Analisando detalhadamente, como se pode verificar na tabela 9 todas as metas propostas foram atingidas. No \u00e2mbito da atividade n\u00b03- Sess\u00e3o de Educa\u00e7\u00e3o para a Sa\u00fade “Prevenir... para n\u00e3o cair”, foi aplicado um question\u00e1rio para avaliar o grau de satisfa\u00e7\u00e3o com a sess\u00e3o. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 192), “a satisfa\u00e7\u00e3o \u00e9 uma dimens\u00e3o da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua aus\u00eancia determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a ades\u00e3o do utente”. Os resultados s\u00e3o apresentados na tabela 10.

Tabela 10

Avalia\u00e7\u00e3o da satisfa\u00e7\u00e3o da atividade n\u00b03

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulga\u00e7\u00e3o da sess\u00e3o	0%	0%	15,60%	62,60%	21,90%
Tema e conte\u00fados abordados	0%	0%	12,50%	81,25%	6,25%
Conhecimentos do formador	0%	0%	12,50%	81,25%	6,25%
Utilidade da tem\u00e1tica para a sua vida di\u00e1ria	0%	0%	15,63%	67,75%	15,63%
Recursos did\u00e1ticos utilizados	0%	0%	15,60%	62,60%	21,90%
Instala\u00e7\u00f5es	0%	0%	50%	31,25%	18,75%
Dura\u00e7\u00e3o da sess\u00e3o	0%	0%	12,50%	81,25%	6,25%

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Satisfação Geral com a sessão	0%	0%	0%	50%	50%
--------------------------------------	----	----	----	-----	-----

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar os dados referentes à satisfação para com a atividade nº3 os mesmos são bastante satisfatórios, sendo que a maioria das respostas foram direcionadas para o item “muito satisfeito”. Por fim, foram descritos pelos participantes os seguintes comentários e sugestões: “As sugestões é a continuação destes esclarecimentos que são muito importantes”; “Fiquei muito satisfeita com tudo o que se passou”; “A sessão foi útil para nos lembrarmos dos cuidados que devemos de ter para prevenir acidentes”, o que mostrou o agrado e satisfação por parte dos participantes.

Objetivo específico nº2) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares acerca das vantagens da adoção de um estilo de vida ativo, até janeiro de 2022

Tabela 11

Metas, indicadores de resultado/avaliação do objetivo específico nº2

Metas	Indicadores	Resultado/ Avaliação
2.1. Planear a sessão de Educação para a Saúde em parceria com a aluna mestranda da área de especialidade em Enfermagem de Reabilitação.	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de parcerias realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de parcerias propostas}} \times 100$	100 % Atingida
2.2. Que 50% dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde).	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão de educação para a saúde}}{N^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais / familiares convocados}}$	62,2% Atingida

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

2.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 1 exercício físico para executarem no domicílio.	Indicador de conhecimento demonstrado $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/ familiares com conhecimento demonstrado}}{n^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais/ familiares presentes na sessão}} \times 100$	100 % Atingida
2.4. Planear a atividade da caminhada atividade em parceria com o Professor de Educação Física.	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de parcerias realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de parcerias propostos}} \times 100$	100 % Atingida
2.5. Realização efetiva da atividade da caminhada.	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de caminhadas realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de caminhadas planeadas}}$	100 % Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Analisando detalhadamente, como se pode verificar na tabela 11 todas as metas propostas foram atingidas. No âmbito da atividade nº7 - Sessão de Educação para a Saúde “Exercite o seu corpo”, foi aplicado também um questionário para avaliar o grau de satisfação para com a sessão. Os resultados são apresentados na tabela 12.

Tabela 12

Avaliação da satisfação da atividade nº7

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação da sessão	0%	0%	0%	39,40%	60,60%
Tema e conteúdos abordados	0%	0%	0%	24,20%	75,80%
Conhecimentos do formador	0%	0%	0%	24,20%	75,80%
Utilidade da temática para a sua vida diária	0%	0%	0%	10%	90%
Recursos didáticos utilizados	0%	0%	0%	24,20%	75,8%
Instalações	0%	0%	0%	39,40%	60,6%

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Duração da sessão	0%	0%	0%	10%	90%
Satisfação Geral com a sessão	0%	0%	0%	10%	90%

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar os dados referentes à satisfação para com a atividade nº7 os mesmos são bastante satisfatórios, sendo que a maioria das respostas foram direcionadas para o item “muito satisfeito” e “totalmente satisfeito”. Por fim, foram tecidos pelos participantes os seguintes comentários e sugestões: “*Fico satisfeita com todas as sugestões! Muito obrigada!*”; “*Devem realizar mais ensinios como estes*”; “*As sugestões que nos foram propostas são benéficas para a saúde e ajudam o nosso dia-a-dia*”, sendo o reflexo de que a atividade foi planeada e realizada com sucesso.

6.2. Avaliação da implementação do projeto

A avaliação da implementação do projeto realizou-se utilizando uma matriz de análise SWOT (*Strenghts Weaknesses Opportunities Threats*) (quadro 5) depois do preenchimento de um questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCC.

Quadro 5

Matriz da análise SWOT

Análise SWOT	
Forças	Fraquezas
Conhecimento da população e do contexto social e de saúde Estabelecimento de relação de confiança Envolvimento e intervenção coletiva Promoção de educação para a saúde Promoção da literacia em saúde	Necessidade de investimento no projeto Resistência por parte da comunidade à mudança Disponibilidade do carro do serviço para as diferentes atividades da UCC

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Pertinência do projeto na comunidade Estratégias e atividades realizadas adequadas	
Oportunidades	Ameaças
Envolvimento positivo dos parceiros e da equipa da UCC Divulgação do projeto	Contexto pandémico Falta de tempo e disponibilidade dos idosos, cuidadores informais/familiares Arquitetura das residências (resistência à mudança e escassos recursos económicos)

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise dos contributos recolhidos, salientou-se a relevância do diagnóstico de situação, como justificação de todo o processo que daí resultou e que possibilitou estruturar o projeto de intervenção comunitária em concordância com os problemas identificados e as prioridades definidas. Ao analisar detalhadamente os mesmos, em relação às forças (*strengths*), os elementos da equipa de enfermagem da UCC descreveram que as estratégias e as atividades realizadas foram pertinentes e adequadas à população alvo. Para isto, contribuiu toda a pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática, o contexto da comunidade abrangida e as atividades desenvolvidas como a educação para a saúde, visita domiciliária, a caminhada e a distribuição de material educacional, potenciando a relação de confiança e proximidade, a promoção da literacia em saúde e a prevenção de quedas. Quanto às oportunidades (*opportunities*), salienta-se o envolvimento da equipa da UCC e dos parceiros comunitários que demonstraram sempre disponibilidade em colaborar e em contribuir para o enriquecimento do projeto.

No que concerne às fraquezas (*weaknesses*), identificou-se que poderia ter havido um maior envolvimento por parte dos idosos e cuidadores informais/familiares nas sessões de educação para a saúde e na caminhada para as quais foi solicitada a respetiva participação, contudo segundo os elementos que efetuaram esta análise, esta é uma situação transversal a outros projetos e a outras atividades desenvolvidas anteriormente. A resistência à mudança por parte da comunidade é também referenciada pelos elementos que realizaram esta análise como uma situação comum. Uma outra fraqueza identificada é a necessidade de investimento

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

económico para o projeto e também a disponibilidade horária do carro do serviço para dar resposta a todas as atividades da UCC. Nas ameaças (*threats*) do projeto evidenciou-se o contexto pandémico por Covid-19 que dificultou o planeamento das atividades e a disponibilidade dos participantes para se envolverem nas atividades, sendo referido muitas vezes por parte destes o medo de sair de casa e de estar em locais com muita afluência de pessoas. A arquitetura das habitações e os baixos recursos económicos da população do Alentejo são também uma ameaça para o projeto, dificultando a adesão, por parte dos participantes, à mudança.

6.3. Seguimento e Follow Up do projeto

Relativamente ao seguimento/follow up do projeto, a enfermeira supervisora/coordenadora da UCC ficou responsável pelo portefólio do projeto (Apêndice 23) que contém todas as atividades planeadas e desenvolvidas em formato papel e em formato digital, num dispositivo de armazenamento em massa USB, que ficou na UCC. Ficou proposto à equipa de enfermagem da UCC a expansão e a implementação do presente projeto de intervenção comunitária, a médio/longo prazo, nas restantes comunidades do concelho.

Pretende-se que o projeto tenha continuidade através da equipa de enfermagem da UCC, uma vez que toda a equipa tem conhecimento do projeto dado o seu envolvimento e interesse nas atividades realizadas ao longo dos estágios. Deste modo, foi fomentado o interesse comum da equipa de enfermagem da UCC em dar continuidade ao mesmo. Na última semana do Estágio Final, em colaboração com a equipa de enfermagem da UCC, ficou delineado que os idosos do presente projeto de intervenção comunitária com alto risco de queda iriam ser integrados num conjunto de intervenções/atividades, em colaboração com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da UCC, direcionado para a prevenção de quedas, caso fosse do interesse dos idosos.

1. Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019, p. 4744) a atribuição do título de enfermeiro especialista “pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) no artigo 4.º (OE, 2019), estão descritos os 4 domínios referentes às competências comuns: **a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

a) Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No decorrer de ambos os estágios (estágio em ECSP e o estágio final) foram respeitados os direitos humanos e foi mantida uma postura profissional onde foram respeitados os princípios éticos, legais e deontológicos inerentes à profissão. Neste sentido, “a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital” (OE, 2015, p. 95), pelo que foram respeitados os valores, os costumes e as crenças de todos os envolvidos no projeto.

A elaboração e a implementação do projeto de intervenção comunitária teve presente as normas legais, a deontologia profissional e os princípios éticos, refletindo-se através da submissão do projeto para aprovação à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo, para a Comissão de Ética da Universidade de Évora, e também para a Diretora Executiva do ACeS, sendo o parecer favorável de ambas as comissões e também da Diretora Executiva. Recorreu-se à implementação do consentimento informado livre e esclarecido, aprovado por ambas as comissões de ética, no qual consta o objetivo do projeto e da colheita de dados, a manutenção da confidencialidade e do anonimato dos participantes, tal como o carácter voluntário da sua participação e a possibilidade de recusar-se a participar em qualquer momento, sem que daí lhes advenham consequências. Todas as questões e dúvidas colocadas pelos participantes foram esclarecidas.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Primeiramente, foi validada a confirmação de resposta afirmativa por parte do participante ao consentimento informado livre e esclarecido, e após a mesma os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foram trabalhados e tratados de forma agregada e sem elementos que possibilitassem a identificação do participante, pois segundo Nunes (2013, p. 12), “os dados colhidos são tratados de forma a manter o anonimato dos participantes, a preservar a confidencialidade das fontes” tal como devem ser “tratados e analisados com rigor, de forma agregada”.

As intervenções e as atividades implementadas no decorrer dos estágios (contexto de ECCI, UCC, Centro de Vacinação COVID-19 [CVC]), como as direcionadas para o presente projeto centraram-se na relação interpessoal enfermeiro-utente/família/grupo/comunidade assente na igualdade, verdade e justiça, liberdade de escolha, solidariedade e altruísmo, respeito pelos direitos humanos, excelência no exercício da profissão e aperfeiçoamento profissional, tal como descrito no artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Importa também frisar que no presente Relatório estão ocultados todos os dados que possam identificar a comunidade e a UCC em questão. Deste modo, consideram-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.

b) Domínio da Melhoria contínua da qualidade

No domínio da Melhoria contínua da qualidade, “o enfermeiro especialista deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade “(OE, 2019, p. 4747). O presente projeto de intervenção comunitária, baseado no Planeamento em Saúde, possibilitou a análise de um contexto comunitário, através da realização de um diagnóstico de situação e posterior identificação das necessidades e problemas. Depois, foram determinadas as prioridades, fixados os objetivos, as metas a atingir e o processo de avaliação. As estratégias e as atividades implementadas foram selecionadas de acordo com as necessidades e problemas identificados. O projeto desenvolvido e implementado foi sustentado pela evidência científica mais atual e pertinente, onde foi assumido um papel de dinamização através da gestão de recursos e de atividades, com vista ao alcance dos objetivos delineados e uma postura proativa promovendo o envolvimento dos participantes, dos parceiros e da equipa da UCC.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Para o desenvolvimento desta competência faz-se referência à metodologia de trabalho utilizada pela equipa da UCC, pois as reuniões que se foram realizando ao longo dos estágios, com a enfermeira supervisora e a equipa da UCC, permitiram adquirir um conhecimento mais aprofundado dos programas de intervenção em que a unidade está inserida, tal como a realização da monitorização e respetivos indicadores de avaliação.

Destaca-se também a participação em atividades inseridas no âmbito da Saúde Escolar, na comemoração do Dia Mundial da Diabetes, onde se realizaram ações de sensibilização sobre a adoção de um estilo de vida saudável, junto dos alunos do 1º ciclo da escola primária situada na sede do concelho, onde foi realizada a leitura e a interpretação de uma história.

Em colaboração com a autarquia local, realizou-se uma atividade em Comemoração do Dia Mundial do Cuidador Informal, onde foi desenvolvida uma ação de sensibilização sobre a importância do cuidador informal, foram facultadas respostas e recursos existentes na comunidade, foi realizado um momento de partilha de experiências e, por fim, foi realizado um momento de bem-estar com uma atuação musical.

Foram realizadas práticas de qualidade, inseridas no desenvolvimento das atividades e intervenções incorporadas nos estágios, tal como no presente projeto, através do seu planeamento, liderança e avaliação, estando sempre presente o cuidado em manter um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/famílias/grupos/comunidade. Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio da Melhoria contínua da qualidade.

c) Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o acompanhamento e a colaboração com a enfermeira supervisora/coordenadora da UCC no desenvolvimento das suas funções foi de facto uma mais-valia para a aquisição de competências neste domínio. Foi extremamente importante ter contacto com as funções de gestão e de coordenação, pois exige uma grande capacidade de liderança, incentivo a um ambiente positivo e favorável à prática, e também a utilização de processos de mudança para influenciar a introdução de inovação na prática especializada. Das observações durante os estágios, foi notório, que temos que ser portadores de conhecimento e

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

estar sempre atualizados com a legislação e normas em vigor dentro da área de atuação, pelo que a enfermeira supervisora/coordenadora da UCC deu conhecimento às alunas mestrandas e a todos os elementos da equipa da UCC sempre que surgiam novas normas de atuação.

Relativamente ao projeto, as competências de gestão e implementação das atividades por parte da aluna mestranda, em consensualização com a enfermeira supervisora, foram assumidas com uma postura de liderança no que toca à sua elaboração e implementação e gestão dos recursos. A aluna mestranda liderou e geriu os recursos disponíveis - humanos, materiais e os espaços físicos disponíveis e necessários (dado que os espaços são partilhados por diversas pessoas e entidades), onde em articulação com as entidades parceiras decorreu com sucesso e conforme planeado, tendo em conta a qualidade das relações que se estabeleceram com todos os intervenientes, sendo notório o interesse participativo entre todos os elementos, conseguindo-se, desta forma, alcançar os objetivos definidos para o projeto. Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio da gestão dos cuidados.

d) Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o percurso realizado foi repleto de experiências que permitiram o desenvolvimento do autoconhecimento, não só pela exigência do percurso, como pelo contexto pandémico que trouxe uma série de incertezas e medos. Todas estas experiências vivenciadas levaram a modificações quer a nível profissional, como pessoal, a adaptações constantes que proporcionaram um empenho e um estudo constante, de modo a atuarmos de acordo com as práticas mais atuais, o que potenciou o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Foi discutido com a enfermeira supervisora e os elementos da equipa da UCC, a pesquisa bibliográfica realizada, com base na evidência científica mais atual, pelo que esta partilha de informação e discussão fomentou o crescimento pessoal e profissional.

As intervenções e as atividades realizadas foram direcionadas para adultos, com baixa literacia em saúde e também presença de analfabetos, pelo que foi essencial a pesquisa bibliográfica acerca das estratégias e atividades a desenvolver, adequadas à população alvo.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

No âmbito desta competência, importa referir que foi elaborado um artigo científico original, denominado “Antes prevenir...que cair” – Intervir para a prevenção de quedas nos idosos (Apêndice 24), sendo este um estudo descritivo, consolidado pelo enquadramento teórico realizado no Capítulo I, do presente relatório. Foi elaborado a partir dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, com o objetivo de divulgar os resultados e a promover a prática baseada em evidência no conhecimento e desenvolvimento da disciplina de enfermagem (OE, 2019). O mesmo irá ser submetido a uma revista científica com a proposta de publicação. Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio das aprendizagens profissionais.

2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Os Cuidados de Saúde Primários têm evoluído ao longo do tempo assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença e na sua prevenção (OE, 2018).

O enfermeiro especialista em ECSP é detentor das competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2019), tal como descritas no Capítulo III, secção 1, e também das competências específicas do enfermeiro especialista em ECSP, descritas em regulamento próprio (OE, 2018). O conjunto de competências comuns e específicas “visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados” (OE, 2019, p.4745).

As competências que estão inerentes aos Enfermeiros Especialistas em ECSP possibilitam a prestação de cuidados à comunidade/grupo/família/individuo de forma mais direcionada e com um “olhar” mais aprofundado, nas suas múltiplas dimensões.

No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública (n.º 428/2018) no artigo 2.º (OE, 2018), estão descritas as 4 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**

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

a) Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O projeto de intervenção comunitária realizado tem por base a metodologia do Planeamento em Saúde, onde foram seguidas todas as etapas inerentes a esta metodologia. Realizou-se um diagnóstico de situação na comunidade onde foram identificados os principais problemas e as necessidades, seguindo-se posteriormente a determinação de prioridades de intervenção. De seguida, fixou-se o objetivo geral e os específicos, tendo estes as características que lhes são inerentes - pertinentes, mensuráveis e realizáveis -, indo ao encontro das prioridades definidas. De modo a dar resposta aos objetivos traçados, foram selecionadas estratégias e atividades pertinentes e direcionadas para o fim pretendido. Foram estabelecidas parcerias com diversas entidades e também com a colaboração individual de alguns intervenientes, que demonstraram todo o interesse em envolver-se no projeto, o que enriqueceu o mesmo.

Procedeu-se a uma avaliação constante do projeto através dos indicadores de atividade ou execução e pelo conhecimento demonstrado, aplicação de questionários de satisfação para com as atividades, reuniões com a enfermeira supervisora e equipa da UCC, com o intuito de validar/reformular/otimizar as intervenções implementadas. Deste modo, considera-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio - 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

A implementação do projeto contribuiu para a capacitação de grupo e da comunidade, pois foi realizada uma intervenção contextualizada, liderada pela aluna mestranda, com o intuito de contribuir para a prevenção de quedas nos idosos de uma comunidade, informando os idosos e os cuidadores informais/familiares através das sessões de educação para a saúde, visita domiciliária e da distribuição de material educativo sobre os fatores de risco e as medidas

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

preventivas de queda. As atividades desenvolvidas decorreram conforme planeado dado que foram atingidos os objetivos delineados.

A realização das visitas domiciliárias, no contexto do projeto e no contexto da ECCEI, proporcionou o desenvolvimento desta competência, pois o facto de irmos à casa/espço dos utentes prestar cuidados possibilitou a realização de ensinamentos e educação para a saúde ao nível individual, familiar e dos cuidadores informais. Foram também delineadas estratégias comunitárias e o estabelecimento de parcerias, pelo que é evidenciado que é de extrema importância que o enfermeiro especialista em ECSP conheça a comunidade onde desenvolve a sua intervenção para que se consigam implementar estratégias e estabelecer as parcerias necessárias para a saúde da comunidade. Deste modo, considera-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O presente projeto está alicerçado na ENEAS 2017-2025, que está em linha com o PNS-revisão e extensão 2020, com os diversos programas prioritários e outros programas Nacionais de Saúde, com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS, com as Propostas de Ação de União Europeia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações, e com a Agenda 2030 (DGS, 2017).

Apesar do contexto pandémico vivido e a consequente suspensão de algumas atividades, em ambos os estágios, a aluna mestranda, teve a oportunidade de se envolver e participar em algumas atividades inseridas no âmbito de alguns planos e programas, tais como:

- Plano de Vacinação contra a COVID-19- a equipa da UCC estava envolvida no âmbito da vacinação contra a COVID-19, no qual a aluna mestranda colaborou. Foi uma experiência interessante e enriquecedora, onde teve a oportunidade de perceber as dinâmicas e os recursos que envolvem este Plano, tal como a necessidade de conhecer as normas e a legislação mais atual.



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- RNCCI - a aluna mestranda participou nos cuidados prestados no âmbito da ECCI e nas atividades realizadas em parceria com a Equipa de Coordenação Local [ECL].

- Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional para a Diabetes - Foram realizadas ações de sensibilização sobre a adoção de estilos de vida saudáveis (inseridas na saúde escolar) em comemoração do Dia Mundial da Diabetes aos alunos do 1º ciclo da escola primária situada na sede do concelho.

Relativamente aos restantes programas inseridos no PNS, a aluna mestranda manteve-se interessada em conhecer os mesmos e a enfermeira supervisora e a equipa da UCC mostrou interesse em facultar as indicações necessárias sobre o funcionamento dos mesmos. Deste modo, consideram-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio - Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Tal como já referido anteriormente, o projeto envolveu o estudo de uma comunidade inserida na área de abrangência da UCC, com o objetivo de garantir a vigilância epidemiológica dos fenómenos saúde-doença dessa área geodemográfica, onde houve intervenção de acordo com os problemas e necessidades encontradas.

Dado o contexto pandémico vivido em ambos os estágios, a vigilância epidemiológica foi uma intervenção realizada ao nível individual, familiar, grupo e comunidade, de acordo com o contexto de intervenção. Foram realizadas intervenções ao nível da vacinação, ensinamentos individualizados e em grupo sobre as medidas de prevenção de contágio e as medidas de isolamento. Deste modo, considera-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

3. Competências do Grau de Mestre



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Estão descritas no Decreto-lei n.º 63/2016 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174) as competências inerentes à obtenção do Grau de mestre, sendo elas:

- 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.

Perante estes pressupostos, tendo em conta o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária e também das atividades desenvolvidas em ambos os estágios, foi assumido um compromisso de dar resposta às necessidades de saúde de uma comunidade, através da promoção da educação para a saúde, adoção de medidas preventivas, mudança de práticas necessárias à obtenção de ganhos em saúde.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Tornou-se possível a aquisição e o desenvolvimento de competências relativas ao grau de mestre, através do aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos anteriormente. Todo o processo de elaboração e desenvolvimento do presente relatório demonstra a implementação das atividades tendo em conta as necessidades da comunidade. A elaboração do presente relatório descreve de forma explícita e esclarecedora todos os processos de aprendizagem desenvolvidos, tal como a reflexão realizada e descrita, possibilitou uma análise das aprendizagens e das competências mobilizadas e adquiridas. Deste modo, assumimos que integramos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA]. (s.d.a). Acedido em 10 de janeiro de 2022. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA]. (s.d.b). Acedido em 19 de outubro de 2021. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Paginas/Apresentacao.aspx>
- Araujo, L. (2018). Exercite o seu corpo. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords), *Manual de Envelhecimento Ativo*. (pp. 15-49). Lidel.
- Batinas, M. d. F. S. (2012). *Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Évora.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas uma abordagem global. Processo de Enfermagem por necessidades*. Lusodidacta.
- Carrasco, C., & Cárus, P. T. (2020). Envelhecimento ativo: Importância da atividade física e do exercício físico na prevenção de quedas. In Mendes, F., Pereira, C., & Bravo, J., (Coords.). *Envelhecer em Segurança no Alentejo- Compreender para Agir*. (pp. 179-212). ESACA. Évora.
- Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central [CIMAC]. (2021). Acedido em 19 de janeiro de 2022. <https://www.cimac.pt/en/>
- Câmara Municipal do Concelho [CMC]. (2019). *Carta Educativa do Concelho de [REDACTED] revisão e complemento de 2019*. Universidade Túlio Espanca. Universidade de Évora.
- [REDACTED]
- Decreto-Lei 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República Eletrónico*: 1ª série, nº38/2008, pp. 1182-1189. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Direção-Geral da saúde [DGS]. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1.ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17 a 21 de novembro de 1986*. Acedido em 11 de dezembro de 2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025- Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019- Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2018). Sinta-se seguro. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords.). *Manual de Envelhecimento Ativo* (2ª ed). Lidel.
- Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes [EVITA]. (2020). *Infográficos acidentes domésticos e de lazer- Mecanismos de lesão*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/EVITA_Infografico_BIG_1640x2321.jpg
- García, B. P., González, S. M., Muñoz, A. M. C., Antón-Solanas, I., Caballero, V. G., & Vela, R. J. (2018). Uso de medicamentos associados ao risco de quedas em idosos não institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017012603319>
- Gaspar, A. C. M., Mendes, P. A., Azevedo, R. C. d. S., Reiners, A. A. O., & Segri, N. J. (2019). Quedas: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. *Revista oficial do conselho federal de enfermagem*, 10(2), 97-103. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n2.1947>
- Henriques, M. A., Garcia, E., & Bacelar, M. (2011). A perspectiva da enfermagem comunitária na atenção básica em Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 1786-1791. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800026>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2.ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Censos 2021*. Acedido em 05 de fevereiro de 2022. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Junior, M. M. M. A., Santos, D. A., Fernandes, I. G. , Carvalho, R. F. , Silva, C. L. A. D., Rodrigues, S. M., . . . & Queiroz, A. C. C. (2020). Ocorrência de quedas em idosos da Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares. *Motricidade*, 16 (1), 85-93. <https://www.proquest.com/openview/a77040fc083d5b6466d35684800b9dba/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>
- Lopes, M. J., Mendes, F. R. P. & Silva, A. O. (2014). *Envelhecimento: estudos e perspectivas*. Martinari.
- Marzola, T. S.; Molina, N. P. F. M.; Assunção, L. M.; Tavares; D. M. S.; Rodrigues, L. R. (2019). A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(1), 78-86. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779011/497962779011.pdf>
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Mendes, F., Pereira, C. & Bravo, J., (2020). *Envelhecer em Segurança no Alentejo- Compreender para Agir*. ESACA. Évora.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República Eletrónico*, 1.ª série, N.º 176, 3159-3191. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Miranda, D. P., Santos, T. D. d., Santo, F. H. d. E., Pinho, C. L. d., & Barreto, E. A. (2019). Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 2017,120-129. <https://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.2017-n.0-art.560>
- Moita, E. (2018). *Regulamentar o funcionamento e organização da Unidade de Cuidados na Comunidade* [Relatório de estágio final]. Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre.



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde, Instituto politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (2a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n. °428/2018 – 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.º 135, 19354-19359. <https://dre.pt/application/file/a/115698536>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n. °140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série. N.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2010). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?jsessionid=7D745276808114AE166930CE1237E12D?sequence=6
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2017). *Atendimento integrado aos idosos: orientações sobre intervenções em nível comunitário para gerenciar declínios na capacidade intrínseca*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021). Acedido a 06 de fevereiro de 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019). Envelhecimento - da Epidemiologia à Fisiopatologia. In Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (Coords.), *Manual do cuidador*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- PORDATA (2019). Acedido a 05 de fevereiro de 2022. <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>.
- PORDATA. (2021). Acedido em 12 de fevereiro de 2022. <https://www.pordata.pt>
- Porto, J. M., Iosimuta, N. C. R., Coelho, A. C., & Abreu, D. C. C. d. (2020). Recomendações para a prescrição de dispositivos auxiliares de marcha em idosos. *Acta Fisiatrica*, 26(3), 171-175. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/166646/159797>
- Rodrigues, B., Marçal, D., & Paula, A. (2018). A enfermagem na prevenção do risco de quedas em idosos. *Revista Científica Univiçosa*, 10 (1), pp. 1383-1389. <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/1242>
- Rodrigues, I. I., & Alvarenga, M. R. M. (2020). Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados?. *Enfermagem Foco* 2020, 11(6), 72-77. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=04d2ddde-ba74-4909-a850-0002fdc43d5d%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=150341198>
- Santos, J. S., Morais, C. S. d., Fontes, F. L. d. L., Coelho, I. A. L., Costa, J. K. V., Avelino, J. T., . . . & Santos, T. L. d. (2018). Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família: prevenir para não cair. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23(1), 32-38. <https://www.researchgate.net/publication/331558104> Prevencao de quedas em idosos na Estrategia Saude da Familia prevenir para nao cair
- Santos, L. M., Santos, K. T., Lima, L. d. S., Morais, K. C. S. d., Reis, L. A. d., & Dutra, A. P. (2020). Queda e medo de morrer em idosos residentes na comunidade. *Fisioterapia Brasil*, 21(3), 238-243. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1337>

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2021). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 13 de janeiro de 2022. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 13 de janeiro de 2022. 

- Silva, R. M. d. O., Luz, M. D. A. d., Fernandes, J. D., Silva, L. S. d., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. d. S. R. d. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência, IV (16)*, 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Sousa, P. A. F. d. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (especial 70 anos), 884-894. <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxxvZZnqZpzt/?format=pdf&lang=pt>
- Sousa-Araújo, I. V. D., Gomes, N. C., Santos-Nascimento, J., Ribeiro, C. C. N. R., & Tavares, D. M. S. (2019). Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial. *Revista de salud pública*, 21(2), 187-194. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.70298>
- Tavares, A. (1992). *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.
- Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência.
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enfermagem*, 18(3) pp. 235-240 <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

APÊNDICES



Apêndice 1- Consentimento informado livre e esclarecido



MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE- “PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS POLIMEDICADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 75 ANOS”

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

Eu, Filipa Isabel Freira Rocha, enfermeira com a cédula profissional [REDACTED] 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 de Deus, no ano letivo 2020-2021, encontro-me neste momento a realizar o Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sob a orientação da Professora Doutora Maria Laurência Gemito e da Enfermeira Especialista [REDACTED] com início a 25 de maio 2021 até fevereiro de 2022.

Pretende-se desenvolver um Diagnóstico de Saúde de uma comunidade, seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária no preenchimento da Escala de Morse e da Grelha de Análise “Envelhecer em Segurança: prevenção de quedas no domicílio”, com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar as prioridades e fixar os objetivos. Como proposta de tema para o Projeto de Intervenção Comunitária é a “Prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a 75 anos”.

Neste projeto espera-se contribuir para a prevenção de quedas nos idosos e as suas eventuais consequências.

Filipa Isabel Freira Rocha

Filipa Isabel Freira Rocha
(na qualidade de estudante do 5º Mestrado em Enfermagem)

[REDACTED]
Enfermeira Especialista [REDACTED]
(na qualidade de Orientadora de estágio)

Maria Laurência Gemito

Professora Doutora Maria Laurência Gemito
(na qualidade de Orientadora de Estágio)

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

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

O seu consentimento é essencial para que se efetue o Diagnóstico de Saúde do grupo e a sua posterior implementação. Contudo, importa referir que a sua participação é voluntária, sem custos para o próprio, não havendo qualquer consequência caso se recuse a participar.

O Consentimento Informado Livre e Esclarecido é entregue pela Enfermeira [redacted] ou pela Enfermeira [redacted] em formato impresso e preenchido em duplicado, sendo uma via para o estudante e uma via para o participante. O tempo médio previsto para a aplicação da Escala de Morse e da Grelha de Análise “Envelhecer em Segurança: prevenção de quedas no domicílio” é de aproximadamente 15 minutos.

A entrega dos mesmos será efetuada pelos elementos que referenciam os participantes, no local que pretender- no seu domicílio, na Unidade de Saúde [redacted] ou na USF [redacted]. Caso pretenda que os mesmos sejam entregues no domicílio, tal será realizado pela Enfermeira [redacted] ou pela Enfermeira [redacted] em momento oportuno de deslocação à localidade de [redacted]. Caso pretenda deslocar-se a uma das unidades de saúde, será efetuada, sempre que possível, uma coordenação entre o participante e as enfermeiras acima referidas, para que num dos momentos de deslocação à unidade de saúde, para eventual consulta ou ato, o mesmo seja entregue, promovendo o seu conforto e minimizando as suas deslocações. Caso tal não se verifique, o utente é informado que se optar por esta possibilidade responsabiliza-se pelas despesas que daí advenham.

É deixado ao critério do participante a possibilidade de preencher sozinho e/ou aguardar questionar a investigadora principal e/ou as enfermeiras acima referidas.

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

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que necessite, durante o Estágio Final, através dos seguintes contactos: Filipa Rocha [redacted]; Enfermeira [redacted]

Para eventual esclarecimento em relação ao tratamento dos dados, poderá entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados da ARS Alentejo através do correio eletrónico: epd@alentejo.min-saude.pt; e com o Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Évora - epd@uevora.pt.

Caso pretenda apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados deverá apresentar a mesma através do seguinte correio eletrónico: geral@cnpd.pt.

Agradeço a atenção dispensada a este pedido de colaboração para o seguimento do Projeto de Intervenção Comunitária.

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

direitos. Nome legível do profissional de saúde:
_____ Data ___/___/___ Assinatura, número
de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)
Unidade de Saúde _____ Contato institucional do profissional de
saúde _____

Parte declarativa do Participante

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Data: ___/___/___

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE:

Nome: _____

Doc. Identificação n°: _____

Data ou validade: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura: _____

Autoriza que a listagem da sua medicação, identificada neste estudo, seja partilhada com a sua equipa de família (médico/a e enfermeiro/a de família)? (Coloque uma cruz no que pretender).

Sim _____

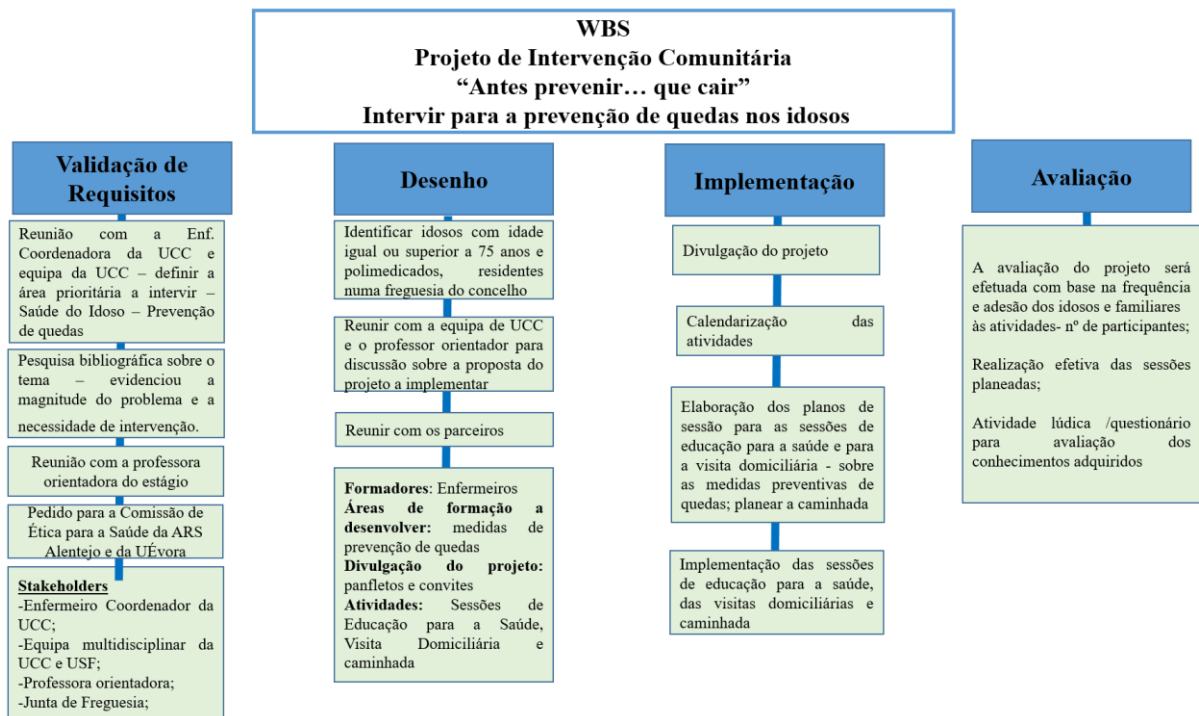
Não _____



Apêndice 2-WBS



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Apêndice 3- Planejamento das reuniões de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação



Apêndice 4- Planeamento da sessão de educação para a saúde “Prevenir... para não cair”



Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde



❖ **Título:** Sessão de Educação para a Saúde –
“Prevenir...para não cair”

❖ **Contextualização do tema:**

Atualmente, o envelhecimento é um fenómeno muito discutido e investigado em todo o mundo. A esperança de vida aumentou desde o século passado devido a fatores tais como a baixa natalidade e fertilidade, diminuição da mortalidade infantil, melhoria das condições económicas, modificações progressivas nos hábitos de vida, melhoria nos cuidados de saúde, terapêuticos e de suporte (Pinto et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está a aumentar. No ano de 2019 esta proporção correspondia a mais de 1 bilião. Estima-se que aumentará em 2030 para 1,4 biliões e em 2050 para 2,1 biliões.

De acordo com Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019) em 2019 residiam em Portugal 1 107 921 idosos, sendo que no Alentejo Central corresponde a 21 868 idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Quanto ao concelho onde está inserida a UCC do ACeS Alentejo Central, segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2021) em 2021 estão inscritos 911 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, apresentando este concelho um índice de envelhecimento de 246 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

O envelhecimento é um fenómeno complexo que envolve a diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que levam à perda de adaptabilidade e incapacidade funcional. Existe uma diminuição generalizada e progressiva da função, que resulta da perda de respostas ao stresse e num aumento do risco de doença associado com a idade (Pinto et al., 2019).

As quedas são dos incidentes que ocorrem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). Os idosos apresentam uma grande probabilidade de quedas durante o processo de envelhecimento dadas as alterações decorrentes do mesmo, como a incapacidade funcional (Santos et al., 2020).

As quedas são definidas como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção em tempo hábil, e é determinada por circunstâncias



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- Enunciar 2 fatores de risco de queda
- Referir 2 medidas preventivas de queda
- Mencionar o que fazer em caso de queda

❖ **Atividades:**

- Elaborar o plano de sessão (quadro 1)
- Contactar a Junta de Freguesia e estabelecer parceria
- Preparar a apresentação e os convites
- Elaborar o método de avaliação de conhecimentos da sessão
- Distribuir os convites de divulgação da atividade
- Preparar a sala onde irá decorrer a sessão com as medidas de segurança face ao contexto pandémico atual.



Quadro 1: Plano da sessão de Educação para a saúde

Atividade 3: Sessão de Educação para a Saúde – “Prevenir...para não cair”						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade (indicadores)	Meta
Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos idosos, cuidadores informais /familiares que queiram participar na atividade	Aluna mestranda Enfermeira Orientadora	Dia: 21/12/2021 Hora: 10h30 (duração 45 minutos)	Espaço físico facultado pela junta de freguesia – Posto de Saúde da freguesia	Método expositivo; Debate; Método ativo	-Taxa de adesão à sessão de educação para a saúde -Taxa de conhecimento demonstrado	-50% de adesão (idosos, cuidadores informais/familiares) -Que os idosos, cuidadores informais/ familiares identifiquem 2 barreiras arquitetónicas no domicílio; -Que os idosos, cuidadores informais/ familiares identifiquem 2 medidas preventivas de queda.
Divulgação: Convites fornecidos aos idosos e/ou aos seus cuidadores informais/familiares.						
Recursos materiais: Computador; projetor de imagem; apresentação em PowerPoint; internet, canetas; convites; questionário de avaliação da sessão; mascaras faciais; gel desinfetante.						
Recursos financeiros: UCC; aluna mestranda; espaço físico e despesas associadas ao mesmo a cargo da junta de freguesia.						

Apêndice 5- Convites para a atividade nº3



Sessão de Educação para a saúde
“Prevenir ... para não cair”

Temos o prazer de o convidar a participar nesta sessão de Educação para a Saúde a realizar pela Enfermeira Filipa Rocha, mestranda do V Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.



= 21 de dezembro 2021-
Terça-Feira às
10h30h

=

Organização



Apoio: Junta de freguesia

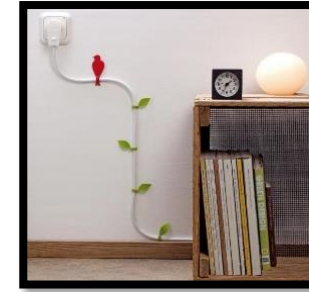
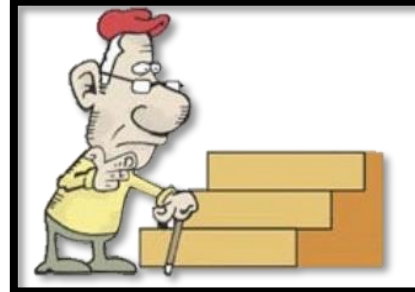


Apêndice 6-Avaliação de conhecimentos da atividade nº3



Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Prevenir.... Para não cair”

Selecione com um (X) duas (2) barreiras arquitetônicas no domicílio- que significam perigo para cair!



Selecione com um (X) duas (2) medidas de prevenção de quedas no domicílio- que podem evitar que caia!



**Muito obrigado pela sua
colaboração!**

Apêndice 7- Questionário de avaliação de satisfação das atividades



Questionário de Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: _____

Data: _____

Local: Posto de Saúde da freguesia

A sua opinião é importante para nós, pedimos que avalie a sessão de Educação para a Saúde a que assistiu. Assim, assinale com um X o quadrado correspondente à sua opinião de acordo com a escala, desde Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação da sessão					
Tema e conteúdos abordados					
Conhecimentos do formador					
Utilidade da temática para a sua vida diária					
Recursos didáticos utilizados					
Instalações					
Duração da sessão					
Satisfação Geral com a sessão					

Deixe alguns comentários ou sugestões, que nos ajudem a melhorar:


Muito obrigado pela participação!



Apêndice 8- Manual de Boas Práticas – Prevenção de quedas nos idosos



Projeto de Intervenção Comunitária
 “Antes prevenir... que cair”
 Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Prevenção de quedas nos idosos
 Manual de boas práticas

Quedas

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção em tempo hábil, e é determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade da pessoa.

INCIDENTE QUE OCORRE COM MAIOR FREQUÊNCIA NOS IDOSOS

Interferência na qualidade de vida dos idosos

Isolamento, fraturas, depressão e medo de cair

Gomes et al., 2014; Miranda et al., 2019



2

AS QUEDAS SÃO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA DEVIDO A

Sua grande incidência

Elevada morbidade

Elevada mortalidade

Redução da funcionalidade do idoso

Elevado número de hospitalizações

OMS, 2010; Gajjar et al., 2019




3

Como podemos prevenir e evitar as quedas?

✓ Alimentação Saudável e Equilibrada

• O que é?
 Comer de forma razoável, equilibrada, variada e completa de acordo com as necessidades do nosso organismo.



• Vantagens da alimentação saudável


- ✓ Fornecimento de energia e nutrientes para o bom funcionamento do organismo
- ✓ Permite manter um peso saudável
- ✓ Previne o aparecimento de doenças, tais como a obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e colesterol elevado

4

• Regras para uma alimentação saudável

- ✓ Comer a horas certas e não saltar refeições
- ✓ Efetuar entre 5 a 6 refeições diárias: pequeno-almoço; lanche a meio da manhã; almoço; lanche a meio da tarde; jantar e ceia
- ✓ Incluir de forma equilibrada os alimentos inseridos nos diversos grupos da roda dos alimentos

Os grupos com maiores porções são aqueles que se deve ingerir mais alimentos por dia.



5

✓ Opte por...

- ✓ Alimentos cozidos, grelhados ou estufados
- ✓ Carnes magras (frango e peru) e peixe
- ✓ Queijo, iogurtes, leite
- ✓ Frutas e legumes
- ✓ Massas e pão
- ✓ Água ou chá (1,5 L/dia)

✗ Evite ingerir...


- ✗ Sumos (refrigerantes)
- ✗ Bolos e doces
- ✗ Fritos e gorduras
- ✗ Carnes gordas
- ✗ Batatas fritas; pizzas



6

✓ Prática de Exercício físico

Praticar exercício físico ao longo da vida contraria o curso normal do envelhecimento; ajuda a manter a funcionalidade dos músculos e articulações.



• Vantagens do exercício físico

- ✓ Melhor qualidade de vida
- ✓ Fortalece os músculos
- ✓ Ativa a circulação
- ✓ Diminui a sua tensão arterial e os níveis de açúcar no sangue
- ✓ Ajuda na perda de peso. O exercício físico, aliado a uma alimentação saudável, é a forma mais eficaz de perder peso;
- ✓ Melhora o humor e a autoconfiança, durante o exercício são libertadas hormonas responsáveis pela sensação de bem-estar. Vai sentir-se mais bem-disposto!
- ✓ Melhora o nível de colesterol e triglicéridos;
- ✓ Ajuda a fixar o cálcio aos ossos
- ✓ Prevenção e tratamento de artroses

7

• Dicas para ser ativo!

- ✓ Andar muito a pé em vez de ir de carro
- ✓ Fazer caminhadas, 3xsemana durante 30 a 45 minutos
- ✓ Andar de bicicleta
- ✓ Planear atividades com os seus amigos e familiares
- ✓ Executar e ajudar nas atividades de casa e do jardim
- ✓ Passear o seu animal de estimação
- ✓ Fazer um plano semanal de atividades



8

✓ Mais dicas para prevenir que sofra uma queda!

- ✓ Utilizar meios para compensar a visão, audição, auxiliares de marcha adequados, se necessário!
- ✓ Manter o esquema de medicação prescrito. **Não automedicar-se!**
- ✓ Socializar com os amigos e familiares



9




“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- ✓ Usar calçado bem aderente aos pés e ao chão 
- ✓ Usar roupa confortável e que não prenda os movimentos 
- ✓ Organização dos espaços da habitação 
- ✓ Não consumir bebidas alcoólicas 
- ✓ Evitar subir escadotes e bancos- pode cair! 

10

- ✓ Organizar a sua habitação para corrigir as armadilhas que podem originar quedas!
- ✓ Boa iluminação em toda a casa 
- ✓ Evitar tapetes e alcatifas 
- ✓ Fios elétricos e de telefone fixos à parede 

11





- ✓ Escadas 
 - Presença de corrimão
 - Mascar o primeiro e último degrau
 - Piso antiderrapante
- ✓ Telefone e telemóvel de fácil acesso 
- ✓ Contactos de emergência sempre disponíveis! 

12

- ✓ Casa de banho 

- ✓ Barras de apoio na sanita, duche e lavatório
- ✓ Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes
- ✓ Manter o chão sempre seco
- ✓ Piso antiderrapante
- ✓ Tapetes antiderrapantes dentro e fora da zona do duche
- ✓ Levar o telemóvel portátil
- ✓ Manter o espaço livre

13

- ✓ Quarto 
- ✓ Ter acesso ao interruptor da luz quando está deitado 
- ✓ Ter uma cadeira ou poltrona para se sentar (apoio para vestir e calçar) 
- ✓ A cama deve ter a altura adequada para chegar com os pés ao chão quando sentado 

14

- ✓ Prateleiras com acesso fácil
- ✓ Organizar as roupas e objetos pessoais de modo a que chegue com facilidade aos mesmos
- ✓ Ter acesso ao telefone ou telemóvel quando deitado
- ✓ Móveis fixos ao chão e/ou parede para não deslizarem quando se sentar

15

- ✓ Sala de estar 

- ✓ Sofás confortáveis (evitar sofás moles e muito depressíveis)
- ✓ Evitar esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes
- ✓ Remover os tapetes e alcatifas
- ✓ Espaço livre para facilitar a movimentação
- ✓ Piso antiderrapante

16

- ✓ Cozinha 

- ✓ Armários com altura adequada de modo a que consiga chegar aos mesmos com facilidade
- ✓ Guardar os objetos que mais usa nos armários inferiores
- ✓ Eletrodomésticos que mais usa mantê-los com acesso fácil
- ✓ Piso antiderrapante
- ✓ Não ter o chão molhado e/ou húmido

17

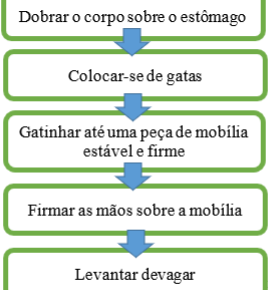
- ✓ O que fazer se cair?
 - 1º Pedir ajuda 
 - Chamada pelo telemóvel
 - Chamar os familiares ou vizinhos
 - Fazer barulho com objetos para chamar a atenção
 - Não gritar! É muito cansativo! Gasta muita energia! 

18



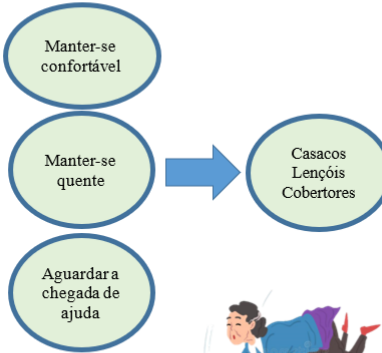
“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

- O que fazer se acho que consigo levantar-me?



19

- O que fazer se não conseguir levantar-me?



20

Vamos colocar estas medidas de prevenção em prática?

Manual de boas práticas – Prevenção de quedas nos idosos



Elaborado pela Enfermeira Filipa Rocha (aluna do V mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública) no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Antes prevenir... que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade







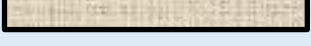



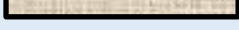















Referências Bibliográficas:
-Amujo, L. (2018). Exercite o seu corpo. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords), *Manual de Envelhecimento Ativo*. (pp. 15-49). Lidel.
-Góspur, A. C. M., Mendes, P. A., Azevedo, R. C. d. S., Reiners, A. A. O., & Segri, N. J. (2019). Quedas: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. *Revista oficial do conselho federal de enfermagem*, 10(2), 97-103. <https://doi.org/10.21675/2587-7079.v20i19.n10.a21947>
-Miranda, D. P., Santos, T. D. J., Santos, F. H. d. E., Pinho, C. L. d., & Barros, E. A. (2019). Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Actual In Deuse*, 20(17), 120-129. <https://doi.org/10.31011/revad.2017.v.20i17.n.0-art.560>
-Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019). *Envelhecimento - da Epidemiologia à Fisiopatologia*. In Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (Coords.), *Manual de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Apêndice 9- Cartão de contactos úteis



Cartão de contactos  

Local		Contacto
	Número de emergência	112
	Linha de apoio Saúde 24	808242424
	Bombeiros voluntários 	
	Hospital 	
	Centro de saúde 	
		

Local		Contacto
	Extensão de saúde de  	
	Posto de medicamentos de  	
	Junta de Freguesia de  	
	GNR 	
	CIAV- Centro de informação antivenenos	

Apêndice 10- *E-mail* enviado para a Junta de Freguesia com os cartões de contactos úteis



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

← Responder ↶ Responder a todos → Reencaminhar 📁 Arquivar 🗑 Eliminar 🏷 Definir sinalizador ⋮

Envio dos Cartões de Contatos uteis- distribuição à população

FR

filipa Rocha [REDACTED]
26/12/2021 17:00

Para: Junta Freguesia d [REDACTED]

[Guardar todos os anexos](#)



cartão de contactos- frente e...
438,67 KB



cartão de contactos.docx
1,06 MB

**Exma Sra. Presidente da Junta de
Freguesia de [REDACTED]**

Eu, Filipa Rocha, venho por este meio tal como combinado após a realização da Sessão de Educação para a Saúde no dia 21/12/2021, enviar os cartões de contactos uteis disponibilizados no âmbito do projeto de intervenção comunitária “ Antes prevenir.. que cair” – Intervir na prevenção de quedas nos idosos, para os mesmos ficarem disponíveis para distribuição à população [REDACTED] dado que o feedback dos participantes do projeto sobre os mesmos foi bastante positivo e será sem dúvida uma mais valia para toda a comunidade.

Agradeço a atenção, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,
Atenciosamente,
Filipa Isabel Rocha



Apêndice 11- Planeamento da atividade nº6 - Visita Domiciliária



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Atividade nº6: Realizar 1 visita domiciliar aos idosos para efetuar ensinamentos individualizados sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda.						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade (indicadores)	Meta
Realizar uma visita domiciliar aos idosos para informar sobre as medidas preventivas de queda e apresentação e entrega do Manual de Boas Práticas – Prevenção de quedas nos idosos	-Aluna Mestranda -Enfermeira orientadora	Entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022.	Domicílio dos idosos	Método expositivo e ativo	-Realização efetiva das visitas domiciliares	-Realizar uma visita domiciliar a cada idoso
Divulgação: Os idosos serão informados uma semana antes da previsão do agendamento da visita domiciliar, de modo a estabelecermos o dia e a hora mais conveniente. Neste contacto será divulgado o objetivo da visita domiciliar.						
Recursos materiais: Manual de Boas práticas – Prevenção de quedas nos idosos; Equipamentos de Proteção Individual; Carro da UCC para deslocação aos domicílios.						
Recursos financeiros: UCC; aluna mestranda.						

Apêndice 12 - Planeamento da atividade nº7 - Sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”



Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde



Título: Sessão de Educação para a Saúde – “Exercite o seu corpo”

Contextualização do tema:

O envelhecimento é um fenómeno complexo que envolve a diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que levam à perda de adaptabilidade e incapacidade funcional. Existe uma diminuição generalizada e progressiva da função, que resulta da perda de respostas ao stress e num aumento do risco de doença associado com a idade (Pinto et al., 2019).

As quedas são dos incidentes que ocorrem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). Os idosos apresentam uma grande probabilidade de quedas durante o processo de envelhecimento dadas as alterações decorrentes do mesmo, como a incapacidade funcional (Santos et al., 2020).

As quedas são definidas como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção em tempo hábil, e é determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade da pessoa (Gomes et al., 2014; Miranda et al., 2019). Estas são consideradas um problema de saúde pública pela sua grande incidência, morbidade e mortalidade, redução da funcionalidade e hospitalizações na população acima dos 60 anos (OMS, 2010; Gaspar et al., 2019).

Quanto à incidência de quedas, pode-se referir que aumenta significativamente com o avançar da idade, e em mulheres e idosos com 75 anos de idade ou mais, o risco de ocorrência de queda é maior. Este fenómeno pode ser explicado por uma maior fragilidade das mulheres, maior prevalência de patologias crónicas, consumo de medicação e longevidade das mulheres em relação aos homens (Rodrigues & Alvarenga, 2020).

Cerca dos 50 anos o volume de massa muscular tende a diminuir acentuadamente. Resulta na perda de força muscular e também numa lentificação dos movimentos. A



que 34% das quedas ocorreram devido a desequilíbrio. Da totalidade, 45,3% dos idosos referem ter dificuldades em caminhar e 39,6% utilizam auxiliares de marcha.

Deste modo, após realizada atividade nº3- sessão de educação para a saúde onde se abordaram todos os fatores de risco de queda e as medidas de prevenção, torna-se imprescindível desenvolver esta atividade com o intuito de incentivar os idosos a tornarem-se mais ativos, informando os mesmos sobre as vantagens de adotarem as medidas de preventivas de queda, neste caso em específico, a realização de exercício físico e de atividades que promovam a sua mobilização, fortalecendo os seus músculos e articulações.

Objetivo específico nº 2 do projeto: Informar os idosos, cuidadores informais/familiares acerca das vantagens da adoção de um estilo de vida ativo, até janeiro de 2022

Objetivos específicos da sessão:

- Mencionar 2 benefícios da realização de atividade física
- Mencionar 2 estratégias para se tornarem mais ativos
- Enumerar 2 medidas de segurança na realização de atividade física
- Identificar 1 exercício físico possível de realizar no domicílio
- Mencionar como planear as atividades o dia-a-dia

Atividades:

- Elaborar o plano de sessão (quadro 1)
- Contactar a Junta de Freguesia e estabelecer parceria
- Preparar a apresentação e os convites
- Filmar os exercícios físicos para serem apresentados na sessão
- Fotografar os exercícios físicos para elaboração de um panfleto
- Elaborar o método de avaliação de conhecimentos da sessão
- Elaborar o questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde
- Distribuir os convites de divulgação da atividade
- Preparar a sala onde irá decorrer a sessão com as medidas de segurança face ao contexto pandémico atual.



Quadro nº1: Plano da sessão

Atividade 7: Sessão de Educação para a Saúde – “Exercite o seu corpo”						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade (indicadores)	Meta
Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos idosos, cuidadores informais/familiares	Alunas mestrandas (aluna mestranda na área de enfermagem comunitária e de saúde pública e aluna mestranda na área de enfermagem de reabilitação)	Dia:11/01/2022 Hora:10h30 (duração 45 minutos)	Espaço físico facultado pela junta de freguesia- Posto de Saúde da freguesia	Método expositivo e demonstrativo	-Taxa de adesão à sessão de Educação para a Saúde -Taxa de conhecimento demonstrado	-50% de adesão -Que os idosos consigam identificar 1 exercício físico para executarem no domicílio
Divulgação: Convites fornecidos aos idosos e/ou cuidador informal/familiar.						
Recursos materiais: Computador; projetor de imagem; apresentação em PowerPoint; internet; canetas; método de avaliação de conhecimentos da sessão; questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde; panfletos; garrafas de água 0,5L; tiras de papel autocolante-estímulo visual para ajudar na realização de exercício físico no domicílio; mascaras faciais; gel desinfetante.						
Recursos financeiros: UCC; alunas mestrandas; espaço físico e despesas associadas ao mesmo a cargo da junta de freguesia.						

Apêndice 13 – Convites- atividade nº7 - Sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”



Sessão de Educação para a saúde “Exercite o seu corpo”

Temos o prazer de o convidar a participar nesta sessão de Educação para a Saúde a realizar pela Enfermeira Filipa Rocha e Enfermeira [redacted] - mestrandas do V Mestrado em Enfermagem, áreas de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem de Reabilitação.



Organização



⇒ 11 de janeiro de 2022-
às 10h30h (terça-feira)
⇒ Posto de Saúde de

Apoio: Junta de freguesia



Apêndice 14 – Ficha de avaliação de conhecimentos da atividade nº7



Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “Exercite o seu corpo”

•Identifique um (1) exercício físico que pode realizar em segurança em sua casa!

Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3



Imagem 4



Apêndice 15-Planeamento da atividade nº 8 – caminhada



Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde

❖ **Título:** Manter-se ativo e saudável – caminhada



❖ **Contextualização do tema:**

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 da 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 [ONU], 2015). 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.

O envelhecimento é um fenómeno complexo que envolve a diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que levam à perda de adaptabilidade e incapacidade funcional. Existe uma diminuição generalizada e progressiva da função, que resulta da perda de respostas ao stress e num aumento do risco de doença associado com a idade (Pinto et al., 2019).

A atividade física é uma das ações mais importantes para promover um envelhecimento ativo. Com o envelhecimento há uma redução da massa magra em cerca de um terço, o que reduz a força muscular. O realizar de exercícios, quando desenvolvidos de forma continua, aumentam a capacidade de resistência, a força muscular, o equilíbrio, facilitam a mobilidade, reduzindo o risco de lesão e de queda (Araújo, 2018).

Importa referir que a prática de exercício físico, a alimentação saudável, um esquema terapêutico ajustado e adequado às necessidades e a participação ativa em atividades sociais, são de igual modo importantes para diminuir o risco de queda (Duarte & Barbosa, 2018). O exercício físico melhora o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação; ajuda a controlar o peso. São recomendadas atividades de intensidade leve a moderada, como caminhadas e exercícios realizados em água (Duarte & Barbosa, 2018).

Quadro nº1 -Plano de sessão da atividade nº8

Atividade nº6: Caminhada						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade (indicadores)	Meta
Realização de uma caminhada	-Alunas mestradas -Professor de educação física -Enfermeira supervisora	27/02/2022	Percurso pedestre na freguesia	Orientação da atividade feita pelo professor de educação física	Realização efetiva da atividade da caminhada	Realizar uma caminhada
Divulgação: Distribuição de convites aos idosos, cuidadores informais/ familiares.						
Recursos materiais: Sacos de apoio à caminhada (bonés, camisolas, águas, fruta); Lanche fim de caminhada (sumos, fruta, bolos, copos, guardanapos); mascaras faciais; álcool gel.						
Recursos financeiros: UCC; aluna mestrada.						

❖ **Referências Bibliográficas:**

- Araujo, L. (2018). Exercite o seu corpo. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords), *Manual de Envelhecimento Ativo*. (pp. 15-49). Lidel.
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2018). Sinta-se seguro. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords.). *Manual de Envelhecimento Ativo* (2ª ed). Lidel.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=7D745276808114AE166930CE1237E12D?sequence=6
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2015). *World population ageing 2019 highlights*. www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf
- Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019). Envelhecimento - da Epidemiologia à Fisiopatologia. In Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (Coords.), *Manual do cuidador*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Apêndice 16- Convites para a caminhada





**Venha caminhar connosco!
Mantenha-se ativo e saudável**

CAMINHADA



**Domingo
27/02/2022
Pelas 15h00
Ponto de encontro no**



Apêndice 17- Kits de apoio à caminhada





Apêndice 18- Caminhada





Apêndice 19- Cronograma



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

ANO	2021				2022		
	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.
Atividades							
Diagnóstico de situação							
Determinação de prioridades							
Fixação de objetivos							
Seleção de estratégias							
Preparação operacional							
Atividade nº1) Reunião de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação à equipa da UCC e da UFS							
Atividade nº2) Reunião de apresentação do projeto e dos resultados do diagnóstico de situação aos parceiros							
Atividade nº3) Realização de sessão de educação para a saúde “Prevenir... para não cair”							
Atividade nº4) Elaboração de um Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos							
Atividade nº 5) Elaboração de um cartão de contactos úteis							
Atividade nº 6) Realização de visita domiciliária							
Atividade nº 7) Realização de sessão de educação para a saúde “Exercite o seu corpo”							
Atividade nº8) Realização de uma caminhada ao ar livre							
Avaliação do projeto							
Elaboração de um artigo para divulgação do diagnóstico da situação							
Elaboração e entrega do relatório final de estágio							

Apêndice 20- Logotipo do projeto





Apêndice 21- Pasta individual de divulgação do projeto



Projeto de Intervenção Comunitária
“Antes prevenir... que cair”
Intervir para a prevenção de quedas nos idosos



Apêndice 22- Quadro com os objetivos delineados, as metas e atividades

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Objetivos Específicos	Atividades	Metas	Indicadores
Nº1) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda, até janeiro de 2022.	Realização de uma sessão de educação para a saúde direcionada para os fatores de risco de queda e medidas preventivas de queda (Atividade nº3)	1.1. Que 50% dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde) 1.2. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 2 barreiras arquitetónicas no domicílio 1.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 2 medidas preventivas de queda	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão de educação para a saúde}}{N^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares convocados}}$ Indicador de conhecimento demonstrado $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares com conhecimento demonstrado}}{n^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão}} \times 100$
	Realização de visita domiciliária (Atividade nº 6)	1.4. Realizar 1 visita domiciliar aos idosos para efetuar ensinamentos individualizados sobre os fatores de risco de queda e as medidas preventivas de queda	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de visitas domiciliárias realizadas}}{n^{\circ} \text{ de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$
	Elaboração um Manual de boas práticas – Prevenção de quedas nos idosos (Atividade nº 4)	1.5. Construir o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos 1.6. Validar o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos com a enfermeira supervisora 1.7. Distribuir a todos os idosos o Manual de Boas Práticas- Prevenção de quedas nos idosos	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de documentos construídos}}{n^{\circ} \text{ total de documentos propostos}} \times 100$ Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de enfermeiros que validaram o Manual}}{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 100$ Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de manuais distribuídos}}{n^{\circ} \text{ de manuais planeados distribuir}} \times 100$
Elaboração de um cartão de contactos úteis (em caso de necessidade de ajuda) (Atividade nº 5)	1.8. Construir o cartão de contactos úteis 1.9. Validar o cartão de contactos úteis com a enfermeira supervisora 1.10. Distribuir a todos os idosos o cartão de contactos úteis	Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de documentos construídos}}{n^{\circ} \text{ total de documentos propostos}} \times 100$ Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de enfermeiros que validaram o cartão de contactos úteis}}{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 100$	

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

			<p align="center">Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de cartões de contacto úteis distribuídos}}{n^{\circ} \text{ de cartões de contactos úteis planeados distribuir}} \times 100$</p>
<p>Nº2) Informar os idosos, cuidadores informais/familiares acerca das vantagens da adoção de um estilo de vida ativo, até janeiro de 2022.</p>	<p>-Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre exercício físico, até janeiro de 2022. (Atividade nº 7)</p>	<p>2.1. Planear a sessão de educação para a saúde em parceria com a aluna mestranda da área de especialidade em Enfermagem de Reabilitação 2.2. Que 50% dos idosos, cuidadores informais/familiares participem na atividade (sessão de educação para a saúde) 2.3. Que os idosos, cuidadores informais/familiares identifiquem 1 exercício físico para executarem no domicílio</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de parcerias realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de parcerias propostas}} \times 100$</p> <p align="center">Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão de educação para a saúde}}{N^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares convocados}}$</p> <p align="center">Indicador de conhecimento demonstrado $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos, cuidadores informais/familiares com conhecimento demonstrado}}{n^{\circ} \text{ total de idosos, cuidadores informais/familiares presentes na sessão}} \times 100$</p>
	<p>-Realização uma caminhada ao ar livre, até janeiro de 2022. (Atividade nº9)</p>	<p>2.4. Planear a atividade da caminhada em parceria com o Professor de Educação Física 2.5. Realizar efetiva da atividade da caminhada</p>	<p align="center">Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de parcerias realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de parcerias propostos}} \times 100$</p> <p align="center">Indicador de atividade ou execução $\frac{n^{\circ} \text{ de caminhadas realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de caminhadas planeadas}}$</p>

Apêndice 23- Portefólio do projeto de intervenção comunitária





Apêndice 24- Resumo do artigo científico



“Antes prevenir... que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

"Better to prevent... than fall" - Intervene to prevent elderly from falling

Autores

Filipa Rocha, *Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; aluna do Mestrado em Enfermagem em associação – Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; fifrocha@hotmail.com*

Laurência Gemito, *Doutora em Sociologia, Prof. Coordenadora na ESESJD da Universidade de Évora*

Resumo

Introdução: Os episódios de queda nos idosos são considerados um problema de saúde pública. As alterações fisiológicas, comportamentais e ambientais, tais como as barreiras arquitetónicas, são os principais fatores de risco para a ocorrência de episódios de quedas nos idosos. O objetivo é avaliar o risco de queda em idosos polimedicados, com idade igual ou superior a 75 anos, numa freguesia da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, onde se aplicou uma grelha de análise/observação “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” e a Escala de Quedas de Morse a 53 idosos.

Resultados: Dos 53 idosos, 33 já sofreram episódios de queda e o principal motivo foi o desequilíbrio. Todos os idosos são polimedicados, ingerido pelo menos 4 medicamentos diferentes por dia. Quanto aos problemas de saúde atuais os mais prevalentes são os problemas de visão (50), hipertensão arterial (46), as doenças reumáticas (37) e problemas ao nível da audição (20). Em relação ao ambiente físico, no domicílio, verificou-se a presença de inúmeros fatores de risco- barreiras arquitetónicas- que podem potenciar a ocorrência de quedas e também um défice de conhecimento perante os mesmos.



Conclusão: Conclui-se que é necessário estabelecer estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a promoção da saúde e prevenção de quedas, contribuindo para a capacitação e consciencialização dos idosos na adoção de medidas preventivas de queda.

Palavras-chave: idosos; quedas; fatores de risco; polimedicação

ANEXOS



Anexo 1 - Escala de Quedas de Morse (Versão portuguesa) (DGS, 2019)



Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

c) A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação ^{6,7} em (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação B):

- i. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);
- ii. Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);
- iii. Alto risco (≥ 51 pontos).

Anexo 2 - Grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” (Batinas, 2012)



PARTE 1

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA

Nº Cód. □□□

1. Idade? _____

2. Género?

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil?

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a) / união de facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a) / separado (a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>

4. Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
1.º ciclo (até 4.º ano)	<input type="checkbox"/>
2.º ciclo (5.º e 6.º ano)	<input type="checkbox"/>
3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (10.º, 11.º e 12.º ano)	<input type="checkbox"/>
Curso profissional	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Curso Superior	<input type="checkbox"/>

5. Profissão (antes da reforma)? _____

6. Com quem vive?

	SIM	NÃO
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com o cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com filho (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Com sobrinho (s)		
Com neto (s)		
Com irmão (s)		

Outros? Quem? _____

Parte 2

ESTADO DE SAÚDE ACTUAL

7. Ingere quatro ou mais medicamentos por dia? Sim Não

7.1 Que medicamentos ingere?

	SIM	NÃO
Diuréticos ou com efeitos diuréticos		
Anti-hipertensores ou depressores do sistema nervoso central		
Medicação que aumenta a motilidade gastrointestinal		

8. Problemas de saúde atuais

	SIM	NÃO
Obesidade		
Diabetes		
Hipertensão arterial		
Doenças reumáticas		
Osteoporose		
Problemas de visão		
Problemas de audição		

Outro (s)? Qual (quais)? _____

9. Se tem diminuição da visão usa meios para a corrigir? Sim Não

10. Se tem diminuição da audição usa meios para a corrigir? Sim Não



PARTE 3

MOBILIDADE

11. Consegue caminhar sem dificuldade? Sim Não

12. Necessita de auxiliares para caminhar? Sim Não

12.1. Se sim, quais?

	SIM	NÃO
Bengala		
Muletas		
Andarilho		
Cadeira de rodas		
Tripé		

13. É incapaz de se levantar de uma cadeira, sem utilizar o apoio de, pelo menos, um dos braços? Sim Não

14. Tem problemas de equilíbrio? Sim Não

15. Já sofreu alguma queda? Sim Não

15.1. Se sim, quantas vezes?

1	
2	
3	
4	
5 ou mais vezes	

15.1. Há quanto tempo deu a última queda?

Menos de um mês	
Entre 1 a 6 meses	
Entre 6 meses a 1 ano	
Há mais de 1 ano	

15.3 Em que local caiu?

	SIM	NÃO

“Antes prevenir...que cair” - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos

Escadas		
Quarto		
Casa de banho		
Cozinha		
Sala		
Corredor		
Quintal		
Outro		

15.4. Qual o motivo da queda?

	SIM	NÃO
Tonturas		
Desequilíbrio		
Tropeção		

Outro (s)? Qual (quais)? _____

16. Após a queda teve necessidade de ser internado? Sim Não

16.1. Se sim, que consequências resultaram? _____



Parte 4
AMBIENTE FÍSICO
CASA DE BANHO

	SIM	NÃO
Tem tapete de borracha no chuveiro?		
Tem barras de segurança no chuveiro?		
Tem assento fixo para lavar os pés?		
Tem tapete anti-derrapante junto ao chuveiro?		
Tem porta toalhas e suporte para produtos de higiene e de fácil acesso?		
Tem barras de apoio junto à sanita?		
Tem boa iluminação?		
Tem piso anti-derrapante?		
Tem luz de emergência?		
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS	

QUARTO

	SIM	NÃO
Quando sentado na cama consegue apoiar os pés no chão?		
O mobiliário está fixo ao chão?		
Consegue aceder a interruptores da luz sem se levantar da cama?		
Tem tapetes?		
Tem fios elétricos soltos?		
Tem luz de emergência?		



INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS

COZINHA

	SIM	NÃO
Os armários são muito altos para si?		
O piso é anti-derrapante?		
Tem tapetes?		
Tem boa iluminação?		
Tem fios eléctricos soltos?		
Tem luz de emergência?		
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS	

SALA

	SIM	NÃO
As cadeiras têm braços de apoio?		
Os assentos dos sofás são macios e depressíveis?		
Os sofás têm apoios laterais?		
Tem boa iluminação?		
Tem fios eléctricos soltos?		
Tem luz de emergência?		
As mobílias estão fixas?		
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS	



ESCADAS/DEGRAUS

		SIM	NÃO
Têm corrimão?			
Tem boa iluminação?			
Tem tapetes junto ao 1.º e último degrau?			
Tem dificuldade em subir/descer?			
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS		



Anexo 3 – Autorização da autora da Grelha de observação/análise - “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”



Re: Pedido de autorização para utilizar o questionário- "Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio"



[Redacted]
03/06/2021 16:26



Para: Filipa Rocha

Boa tarde,

Sim, pode utilizar o questionário em questão.
Algo mais disponha.

Bom trabalho!

Cumprimentos

Fátima Batinas

No dia 01/06/2021, às 19:38, Filipa Rocha [Redacted]

Boa tarde Enfermeira Maria de Fátima Batinas,

Sou a Filipa Rocha, enfermeira, neste momento a frequentar o Mestrado em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora) e pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária- no âmbito da prevenção de quedas em idosos polimedicados. Venho por este meio solicitar a sua autorização, a fim de poder utilizar o questionário que desenvolveu- "Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio" em 2012 – no projeto que irei desenvolver. Envio o mesmo em anexo que consultei na Web. Informo também que a minha orientadora pedagógica é a Professora Doutora Laurência Gemitto.

Muito obrigado pela sua atenção,
Cumprimentos,

Filipa Rocha

<Questionário- Enf. Mª Fatima Batinas.pdf>

Anexo 4- Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora





Documento 2 1 0 7 8

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: “*O tema do Projeto de Intervenção Comunitária a desenvolver é a Prevenção de quedas em idosos polimedicados. O título será selecionado posteriormente.*”, pela mestranda **Filipa Isabel Freira Rocha** sob a supervisão da Prof.ª Doutora Maria Laurência Gemitto (responsável académica).

Universidade de Évora, 06 de dezembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.ª Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Anexo 5- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo



02.08.2021
Processo 21/CE/2021
Parecer 11/CE/2021
(Favorável Condicionado ao ponto B.5. a B.6)
Informação 20/INFCE/2021 – satisfação das condições



ENT/ARSA/ 8908

3 SET. 2021

Handwritten signature: *Paula Ribeiro Marques*

3-9-2021

Paula Ribeiro Marques
Vogal do Conselho Directivo



Informação 20/INFCE/2021

Sobre o estudo *Prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a 75 anos*

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 21/2021/CE**, sobre o projeto “*Prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a 75 anos*”, da investigadora Filipa Isabel Freira Rocha, com Orientadora: Professora Doutora Laurência Gemito e Enfermeira Supervisora Especialista em Enfermagem Comunitária [redacted]. O projeto de intervenção na comunidade enquadra-se no Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e no Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco.....

Foi dado início ao **Processo 21/2021/CE** em 17.06.2021 e, emitido em 05.08.2021, Parecer favorável à autorização deste estudo, **Parecer 11/2021/CE** condicionado aos pontos:

B.5. *Esta CES considera necessário o envio a esta CE do CV da Supervisora Clínica, antes do início da colheita de dados;.....*

B.6. *Esta CES considera importante recomendar a menção na parte explicativa do modelo de consentimento Informado, Livre e Esclarecido, à possibilidade de o participante poder escolher o local onde lhe será entregue o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (domicílio ou na Unidade de Saúde [redacted] [redacted] na USF [redacted]. Caso seja no domicílio, tal será realizado pela Enfermeira [redacted] ou pela Enfermeira [redacted] em momento oportuno de deslocação à localidade de [redacted]. Caso seja numa das*

unidades de saúde, será efetuada, sempre que possível, uma coordenação entre o participante e as enfermeiras acima referidas, para que num dos momentos de deslocação à unidade de saúde, para eventual consulta ou ato, o mesmo seja entregue, promovendo o conforto do utente e minimizando as suas deslocações. Caso tal não se verifique, o utente é informado que se optar por esta possibilidade responsabiliza-se pelas despesas que daí advenham (texto que consta do protocolo)

Em 19.08.2021 foi recebido o CV da Supervisora Clínica - [REDACTED] em 27.08.2021 foi recebido o modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido contemplando o acima proposto.....

Após análise e discussão esta CE delibera por unanimidade considerar satisfeitas as condições expressas nos pontos B.5 e B.6 e emitir a **Informação 20/INFCE/2021**, deixando o Parecer Favorável de estar condicionado.....

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 6- Parecer da Diretora Executiva do ACeS



DECLARAÇÃO

Maria do Céu da Cruz Canhão, Diretora Executiva do ACES AC, declara que o Projeto de Investigação *“Prevenção de quedas em idosos polimedicados com idade igual ou superior a 75 anos”* proposto por Filipa Isabel Freira Rocha, no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, apresenta relevância e pertinência e cumpre as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Informa-se que este estudo decorrerá na UCC  ACES AC e não implica qualquer custo para a Unidade Funcional.

Évora, 16 de junho de 2021

A Diretora Executiva

(Maria do Céu Canhão)