



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

**OS IDOSOS E AS QUEDAS**

Helena Maria Guerra da Silva Chuço

**Orientador:**

Professora Laurência Gemito

Julho de 2011

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

## **OS IDOSOS E AS QUEDAS**

Helena Maria Guerra da Silva Chuço

**Orientador:**

Professora Laurência Gemito

“

Julho de 2011

## **RESUMO**

### **OS IDOSOS E AS QUEDAS**

O fenómeno do envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento progressivo da população idosa em detrimento da população jovem e em idade activa. Este fenómeno é característico dos países desenvolvidos, ao qual Portugal não ficou alheio, sendo o Alentejo a Região mais envelhecida do país.

O envelhecimento é um processo progressivo, ao longo do qual vão ocorrendo modificações fisiológicas, desencadeando maior vulnerabilidade e perda gradual da capacidade de adaptação ao meio.

A principal causa de acidentes domésticos nos idosos são as quedas, que a partir dos 75 anos aumentam para 90%.

Nos idosos, as quedas têm consequências graves, tanto a nível físico como psicológico.

Tendo subjacente esta problemática, é fundamental a implementação de um projecto de intervenção comunitária desta natureza, cujo tema é: “Os Idosos e as Quedas”. Pretende-se prevenir as quedas nos idosos de Foros do Arrão, com 75 e mais anos; identificar factores de risco de queda nos domicílios e informar acerca das medidas de prevenção de quedas.

## **ABSTRACT**

### **SENIORS AND FALLS**

The phenomenon of aging is characterized by a progressive increase of the elderly population relatively to the working-age young population. This phenomenon is characteristic of developed countries, to which Portugal has not been apart, and the more aged Alentejo Region of the country.

Aging is a progressive process, in which physiological changes occur, causing greater vulnerability and gradual loss of ability to adapt to the environment.

The leading cause of home accidents are falls in the elderly, that increases 90%, after 75 years old.

In older people falls have serious consequences, both physically and psychologically.

Having this underlying problem is fundamental to implement a community outreach project of this nature, whose theme is: "Seniors and Falls ". It is intended to prevent falls in elderly Foros do Arrão, with 75 and more years, to identify risk factors of falls at home and inform about the measures to prevent falls.

“Envelhecer ainda é a única forma conhecida de viver muito tempo”

Charles Saint-Beuve

## **AGRADECIMENTOS**

À minha Orientadora, Prof. Laurência Gemitó,

A todas as Professoras do Mestrado em Enfermagem Comunitária,

À responsável do Centro de Saúde de Montargil, Dr.<sup>a</sup> Gracinda Rodrigues, à Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe Constança Matos e aos colegas do serviço pelo apoio,

A todos os idosos que colaboraram,

Às Sras. Enfermeiras Hélia Santos, Paula Belo e Lurdes Ribeiro que foram companheiras, amigas e sempre tiveram uma palavra de incentivo,

A todos os familiares que sempre me acompanharam neste percurso,

Ao meu marido que sempre me apoiou e se demonstrou disponível para colaborar nas actividades domésticas,

E por fim, mas sempre os primeiros, aos meus queridos filhos, pelo apoio incondicional e pela compreensão que demonstraram perante algum mau humor da mãe.

## **SIGLAS**

ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada

AVDs – Actividades de Vida Diárias

CS – Centro de Saúde

DR – Diário da República

FA – Foros do Arrão

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PSF – Programa de Saúde da Família

SINUS – Agendamento e marcação de consultas, dados estatísticos

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VD – Visitação Domiciliaria

## **ABREVIATURAS**

cm – Centímetros

Dr. – Doutor

ed. – Edição

Fig. – Figura

hab. – Habitante

km<sup>2</sup> – quilómetro quadrado

m – Metro

nº – Número

Pág. – Página

s.d. – Sem data

## **SÍMBOLOS**

% – Percentagem

X – Produto

/ – Divisão

$\geq$  - Superior ou igual

1<sup>a</sup> – Primeira

2<sup>a</sup> – Segunda

3<sup>a</sup> – Terceira

4<sup>a</sup> – Quarta

## ÍNDICE

|                                                                               | Pág.      |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>                                                   | <b>13</b> |
| <b>2 – ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>                                           | <b>17</b> |
| 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....          | 17        |
| 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS                         | 18        |
| 2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 19        |
| <b>3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....</b>                                  | <b>21</b> |
| 3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....                          | 21        |
| 3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....              | 25        |
| 3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO.....        | 30        |
| 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO.....                                     | 32        |
| <b>4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS.....</b>                         | <b>33</b> |
| 4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....                             | 33        |
| 4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO.....                          | 34        |
| <b>5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....</b>                       | <b>36</b> |
| 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....                                     | 36        |
| 5.2 – METODOLOGIAS.....                                                       | 48        |
| 5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS.....                  | 51        |
| 5.4 – RECURSOS MATERIAIS, HUMANOS E FINANCEIROS ENVOLVIDOS.....               | 53        |

|                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS...                                      | 54        |
| 5.6 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....                                                         | 55        |
| <b>6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....</b>                   | <b>56</b> |
| 6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS.....                                                          | 56        |
| 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....                                            | 58        |
| 6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS..... | 59        |
| <b>7- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....</b>                 | <b>61</b> |
| <b>8 - CONCLUSÃO.....</b>                                                                    | <b>63</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                                                                     | <b>65</b> |
| <b>APÊNDICES</b>                                                                             |           |
| <b>APÊNDICE 1 – Pedido de autorização para implementação do projecto.....</b>                | <b>71</b> |
| <b>APÊNDICE 2 – Questionário.....</b>                                                        | <b>73</b> |
| <b>APÊNDICE 3 – Convite à População.....</b>                                                 | <b>79</b> |
| <b>APÊNDICE 4 – Planificação da Sessão de Educação para a Saúde.....</b>                     | <b>81</b> |
| <b>APÊNDICE 5 – Folheto sobre “Os idosos e as quedas.....</b>                                | <b>83</b> |
| <b>APÊNDICE 6 – Consentimento Informado.....</b>                                             | <b>86</b> |
| <b>APÊNDICE 7 – Cronograma de Actividades.....</b>                                           | <b>88</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                           | Pág |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>FIGURA 1</b> – Concelho de Ponte de Sôr.....                                                           | 17  |
| <b>FIGURA 2</b> – Pirâmide etária dos utentes inscritos no CS de Montargil.....                           | 21  |
| <b>FIGURA 3</b> – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Montargil e Extensão de Foros do Arrão.....     | 22  |
| <b>FIGURA 4</b> – Género dos idosos.....                                                                  | 22  |
| <b>FIGURA 5</b> – Estado civil dos idosos.....                                                            | 23  |
| <b>FIGURA 6</b> – Distribuição dos idosos viúvos segundo o género.....                                    | 23  |
| <b>FIGURA 7</b> – Idosos que sabem ler e escrever.....                                                    | 24  |
| <b>FIGURA 8</b> – Distribuição dos idosos analfabetos segundo o género.....                               | 24  |
| <b>FIGURA 9</b> – Idosos que vivem sós.....                                                               | 24  |
| <b>FIGURA 10</b> – Distribuição dos idosos que vivem sós segundo o género.....                            | 24  |
| <b>FIGURA 11</b> – Factores extrínsecos ou ambientais que afectam o risco de quedas no domicílio.....     | 29  |
| <b>FIGURA 12</b> – Distribuição dos idosos que caíram segundo o género.....                               | 37  |
| <b>FIGURA 13</b> – Distribuição dos idosos que já sofreram quedas, segundo a idade.....                   | 38  |
| <b>FIGURA 14</b> – Há quanto tempo ocorreu a última queda.....                                            | 38  |
| <b>FIGURA 15</b> – Distribuição dos idosos que caíram e tiveram daí consequências, segundo o género ..... | 39  |
| <b>FIGURA 16</b> – Consequências das quedas nos idosos.....                                               | 39  |
| <b>FIGURA 17</b> – Risco doméstico para quedas: tapetes.....                                              | 40  |
| <b>FIGURA 18</b> – Risco doméstico para quedas: mobília.....                                              | 41  |
| <b>FIGURA 19</b> – Risco doméstico para quedas: pavimento.....                                            | 41  |
| <b>FIGURA 20</b> – Risco doméstico para quedas: casa de banho.....                                        | 42  |
| <b>FIGURA 21</b> – Risco doméstico para quedas: escadas.....                                              | 43  |
| <b>FIGURA 22</b> – Risco doméstico para quedas: corredores.....                                           | 43  |
| <b>FIGURA 23</b> – Risco doméstico para quedas: vestuário/calçado.....                                    | 44  |
| <b>FIGURA 24</b> – Risco doméstico para quedas: áreas exteriores.....                                     | 44  |
| <b>FIGURA 25</b> – Distribuição das Sessões de Educação para a Saúde.....                                 | 46  |

## 1 - INTRODUÇÃO

Durante a Idade Média e até ao século XVIII a proporção de idosos era reduzida, realçando assim, uma sociedade maioritariamente jovem. Este facto devia-se às condições precárias de vida do ser humano e às suas debilidades perante as doenças.

A partir do século XX ocorreram bastantes transformações na estrutura da pirâmide etária, descrevendo esta a existência de um duplo envelhecimento, isto é, o envelhecimento na base que corresponde à acentuada diminuição dos jovens e o envelhecimento no topo que diz respeito ao aumento progressivo dos idosos. Este aumento deve-se aos avanços da medicina, à adopção de hábitos vida mais saudáveis e ao controlo de doenças infecciosas, entre outros. Daqui resultam consequências demográficas, sociais, económicas, políticas e ao nível da saúde.

Esta transição demográfica está relacionada com o declínio da mortalidade e da natalidade e com o aumento da esperança média de vida. Desta forma, pode caracterizar-se o “século XXI, como sendo o século do envelhecimento” (MOURA, 2005, p.29).

Segundo o INE (2009) na população portuguesa tem-se vindo a verificar um contínuo envelhecimento demográfico, como consequência do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. O índice de envelhecimento passou de 102.2 em 2000, para 115.5 em 2008, sendo o Alentejo a Região que apresenta um Índice de Envelhecimento mais elevado (173.2).

Ainda segundo o INE (2009) o aumento da população idosa, com idade igual ou superior a 75 anos, em 2000 era de 694667 (homens e mulheres) e em 2008 passou a ser 868717 (homens e mulheres). Também é visível a diferença relativamente ao género; em 2000 existiam 264732 homens e 429935 mulheres com idade igual ou superior a 75 anos e em 2008 passaram a existir 332025 homens e 536692 mulheres.

Nas projecções do INE (2009) a população portuguesa continuará a aumentar até 2034, a partir deste ano começará a diminuir e em 2053 a população será menor que em 2008. Relativamente à população idosa, em 2060 passará de 17.9% para 32.3%. Ainda de acordo com estas projecções o Índice de

Envelhecimento que era em 2009 de 118 idosos por cada 100 jovens, poderá atingir um valor de 271 idosos por cada 100 jovens em 2060.

O envelhecimento do ponto de vista individual, apesar de ser universal, é um processo pessoal, complexo e único.

De acordo com a OMS (2002), um idoso é uma pessoa com 65 e mais anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. A pessoa é considerada velha, por decisão administrativa.

*“Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico”* (MORATO, s.d., cit. in IMAGINÁRIO, 2004, p.41).

Contudo, o número crescente de pessoas activas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais adequados a esta realidade. Desta forma, existem vários pressupostos em relação aos diversos grupos etários, no final do ciclo da vida. Assim, para ELIOPOULOS (2005, p.31) as pessoas com mais de 65 anos podem ser agrupadas da seguinte forma:

- Idoso jovem (65 a 75 anos);
- Idosos (75 a 85 anos);
- Idoso idoso (85 a 100 anos);
- Idoso de elite (> a 100 anos).

De facto, o grupo de pessoas com 65 e mais anos não é de todo homogéneo.

A velhice, por sua vez, é uma etapa da vida que se inicia aos 65 anos e que em consequência do aumento da longevidade, abarca cada vez mais anos. Por outro lado, o envelhecimento, para FONSECA (2004, p.53) é um “ processo bio-psico-social de cariz individual...” e o mesmo “... nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas e sociais que lhe estão inerentes”.

Para IMAGINÁRIO (2004, p. 13) o envelhecimento biológico define-se “como a alteração progressiva de adaptação do corpo, verificando-se, consequentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónicas-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim da vida.”

Apesar de idoso não ser sinónimo de doente, vão ocorrendo várias modificações fisiológicas ao longo do processo de envelhecimento, desencadeando maior vulnerabilidade e perda gradual da capacidade de adaptação ao meio ambiente.

Os acidentes domésticos e de lazer, em Portugal, são monitorizados pelo Observatório Nacional de Saúde, que organiza um sistema de recolha de dados, denominado ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada. O relatório publicado por este organismo, em 2005, indica que 15% dos acidentes ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, sendo três vezes superiores nas mulheres do que nos homens. Cerca de 75 % dos acidentes com idosos acontecem nas suas próprias casas e em alojamentos colectivos (casas de repouso, lares e outras instituições de acolhimento), assim como no ambiente circundante. Ainda com base no referido relatório, a principal causa de acidentes domésticos nos idosos são as quedas. Cerca de 76% dos idosos entre os 65-74 anos, sofrem quedas no domicílio e a partir dos 75 anos esta percentagem aumenta aproximadamente para 90% (RABIAIS; NUNES e CONTREIRAS, 2006).

Segundo STUDENSK e WOLTER (2002), a queda pode ser definida como um deslocamento não-intencional do corpo para um grau inferior à posição inicial, com incapacidade de rectificação em tempo hábil, motivado por circunstâncias multifactoriais que comprometem a estabilidade. Esses eventos estão relacionados com a diminuição da capacidade funcional, por exemplo, para a execução das actividades de vida diária (AVDs), destacando-se a ocorrência de quedas, temida pela maioria das pessoas idosas, devido às suas consequências.

Segundo a European Network for Safety Among Elderly (2005), na UE-27, ocorreram cerca de 40000 mortes em pessoas idosas, devido a quedas.

SANTOS e PEREIRA (2003) referem a existência de diversos factores, intrínsecos e extrínsecos, que perturbam o alinhamento entre o centro de massa corporal e a base de suporte, elementar ao equilíbrio, ou que modificam os mecanismos de compensação do desequilíbrio, o que frequentemente resulta em quedas.

As alterações verificadas ao nível das estruturas familiares, concorre para que cada vez mais, os idosos permanecem sozinhos no domicílio, por várias horas ou até mesmo dias. O número de pessoas idosas a viver só tem vindo a aumentar significativamente, assim, o risco de isolamento dos idosos é cada vez maior. Segundo o INE (2001), em Portugal, 19% dos idosos vivem sós. Desta forma, é

fundamental que se realize uma cuidada avaliação das condições domiciliárias do idoso, de forma a poder identificar perigos potenciadores de quedas no domicílio. Após esta avaliação, o profissional de saúde deve desenvolver com o idoso e respectivos familiares, quando tal é possível, estratégias que possam minimizar ou preferencialmente anular tais perigos, podendo assim salvaguardar a segurança e o bem-estar do mesmo.

A realização deste Relatório cujo tema é “Os Idosos e as Quedas” surge no âmbito da concretização do Mestrado em Enfermagem Comunitária, realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora.

O mesmo resultou da implementação do projecto de intervenção comunitária com o mesmo nome, na Extensão de Saúde de Foros do Arrão.

Assim, foram definidos os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Prevenir as quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos da Extensão de Saúde de Foros do Arrão.

Objectivos específicos:

- Identificar os factores de risco de queda nos domicílios dos idosos;
- Informar os idosos acerca das medidas para a prevenção de quedas.

Este relatório inicia-se com a análise do contexto; segue-se a análise da população/utentes, definição de objectivos, análise reflexiva que engloba a fundamentação das intervenções e as metodologias utilizadas. Posteriormente, é efectuada a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo e por último a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e alcançadas.

A análise e tratamento de dados foi efectuada através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 18.0. Para efectuar os gráficos e quadros recorreu-se ao *Microsoft Office Excel 2007*.

Este relatório está organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora. Foi utilizada a Norma Portuguesa para a elaboração do mesmo.

## 2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

Para IMPERATORI e GERALDES (1986, p.86) projecto “é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”.

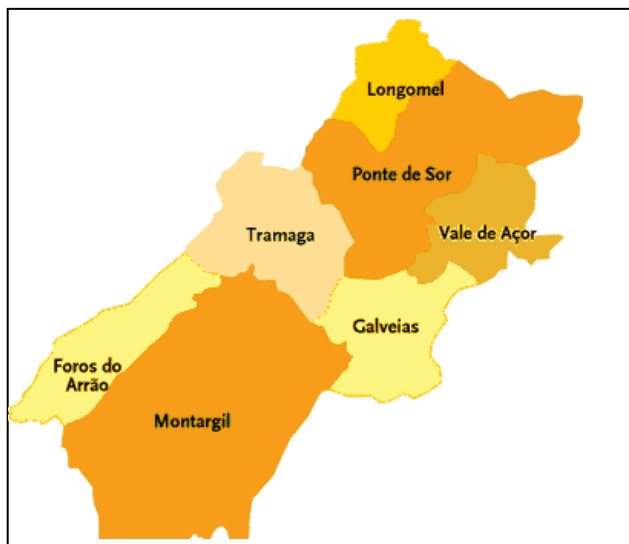
O projecto de intervenção comunitária foi direccionado para a população com idade igual ou superior a 75 anos, inscrita na Extensão de Saúde de Foros do Arrão, pertencente ao Centro de Saúde de Montargil.

### 2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Centro de Saúde de Montargil pertence à ULSNA (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano) e situa-se na vila de Montargil, concelho de Ponte de Sôr.

A área de influência do Centro de Saúde de Montargil abrange as Freguesias de Montargil (sede) e Foros do Arrão (FA), também freguesias do Concelho de Ponte de Sôr, tal como se pode observar na Fig. 1.

**Fig. 1 - Concelho de Ponte de Sôr**



Fonte: <http://www.flickr.com/photos/9480263@N02/3790054090/>

As suas características indicam uma influência predominantemente rural, apesar de sazonalmente e, muito devido à vertente turística, nos períodos estivais e festivos existir um aumento da população oriunda de outros locais.

Foros do Arrão é uma freguesia com 83,71 km<sup>2</sup> de área e 1 037 habitantes (Censos 2001). A densidade populacional é de 12,4 hab/km<sup>2</sup>. É uma pequena aldeia alentejana, localizada numa ponta do distrito de Portalegre e que faz fronteira com o distrito de Santarém, situando-se a sul da freguesia do Chouto e a norte de Montargil. A aldeia fica a cerca de 18 km de Montargil e da sua Barragem e a 32 km da sede de concelho, Ponte de Sôr. Julga-se que a sua origem se situa entre 1910 e 1920, através de foros cedidos pela Herdade do Arrão.

A Extensão de Saúde de Foros do Arrão está inserida dentro do aglomerado populacional e é de fácil acessibilidade.

As intervenções médicas e de enfermagem na Sede e na Extensão de Saúde, são realizadas 5 dias por semana e abrangem os seguintes programas:

- Saúde do Adulto;
- Saúde Infantil;
- Vacinação;
- Saúde Materna e Planeamento Familiar.

As parcerias existentes no Centro de Saúde de Montargil, na área da saúde, efectuam-se com o Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre e o Hospital Dr. Manoel Constâncio de Abrantes. Ao nível da área social as mesmas ocorrem com a Santa Casa da Misericórdia de Montargil e Juntas de Freguesia de Montargil e Foros do Arrão.

Atendendo à dispersão geográfica de Foros do Arrão, os residentes usufruem de transporte da Junta de Freguesia para se deslocarem.

## 2.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A equipa de pessoal que exerce funções no Centro de Saúde de Montargil é constituída por:

- Cinco Enfermeiros, três destes Enfermeiros com a Especialidade em Enfermagem Comunitária;
- Dois Médicos;
- Três assistentes operacionais;

- Um Motorista;
- Quatro Assistentes técnicos (uma encontra-se na Extensão de Saúde dos Foros do Arrão).

O CS de Montargil também conta com alguns profissionais do Centro de Saúde de Ponte de Sôr, tais como:

- Um Psicólogo (às Quartas-feiras no período da manhã);
- Uma Dietista (às Terças-feiras à tarde);
- Uma técnica de Serviço Social (às Sextas-feiras no período da tarde);
- Uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna para Preparação Profilática para o Parto (às quartas e sextas-feiras no período da manhã).

Um dos enfermeiros desloca-se diariamente da sede (Montargil) para a Extensão de Saúde de FA, onde presta os cuidados de enfermagem necessários aos utentes, esse enfermeiro também é o responsável pela realização da Visitação Domiciliária.

A extensão rural dos Foros do Arrão é constituída por:

- Uma sala de espera;
- Uma secretaria;
- Um gabinete médico;
- Um gabinete de enfermagem;
- Duas casas de banho (um para os utentes e outra dentro do gabinete médico);
- Uma sala de arrumação, que tem acesso pelo gabinete de enfermagem.

De acordo com as características da população, os recursos existentes dão resposta às necessidades da mesma.

## 2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) a definição das competências do Enfermeiro Especialista tem por base os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais. Assim, o conjunto de

competências clínicas especializadas, advém do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a sua área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A certificação destas competências clínicas especializadas atesta que o Enfermeiro Especialista é detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua prática clínica e que lhe permitem identificar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas e a todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, publicadas no Diário da Republica, 2ª serie – Nº. 35 - 18 de Fevereiro de 2011, regulamento nº. 128/2011, no artigo 4º são as seguintes:

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

*b)Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*

*c)Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;*

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

Cada vez mais os enfermeiros têm adoptado o desenvolvimento de novas e diferenciadas formas de actuação, com vista a respeitar os interesses e necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, tendendo para a excelência em matéria de cuidados especializados de enfermagem.

Poderemos então concluir que o Projecto “Os Idosos e as Quedas” permitiu a mobilização de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nos diferentes domínios, como também competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

### 3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

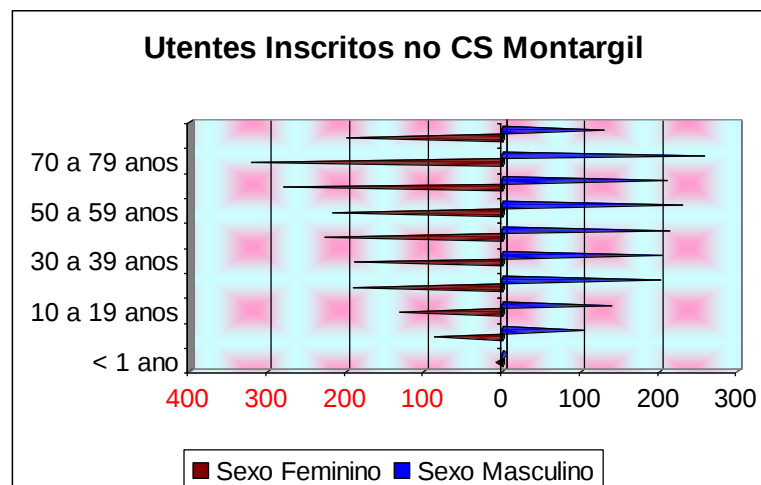
Para FORTIN (1999, p.41) a “ população compreende todos os (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

A população alvo deste projecto são os idosos com idade igual ou superior a 75 anos, que se encontram inscritos e residentes na Extensão de Saúde de Foros do Arrão, sendo seleccionados através do programa informático SINUS.

#### 3.1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Com base nos dados do INE (2009) o Índice de Envelhecimento em Portugal aumentou de 109 idosos para 118 idosos por cada 100 jovens, entre 2004 e 2009. O Alentejo constitui-se como a Região mais envelhecida de todo o território nacional, detendo a maior percentagem de idosos (22.3%) e em simultâneo a taxa mais baixa de jovens (13.7%). Também a população inscrita no Centro de Saúde de Montargil não é excepção, tal como se pode observar na pirâmide etária, sendo visível o duplo envelhecimento da população (Fig. 2).

**Fig. 2 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no CS de Montargil**



Fonte: Plano de Actividades do Centro de Saúde de Montargil, 2010

Segundo dados da ONU (2002), a população idosa mundial está a crescer 2% a cada ano. O grupo dos idosos com 80 anos e mais, é o que mais cresce.

No Centro de Saúde de Montargil existem 3430 utentes inscritos, dos quais 476 apresentam idade  $\geq$  a 75 anos.

Do total de idosos com idade  $\geq$  a 75 anos (476), 66.2% encontram-se na sede e 33.8% na extensão de saúde de FA, como se pode verificar pela Fig. 3.

**Fig. 3 - Utentes inscritos no Centro de Saúde de Montargil e Extensão de Foros do Arrão**

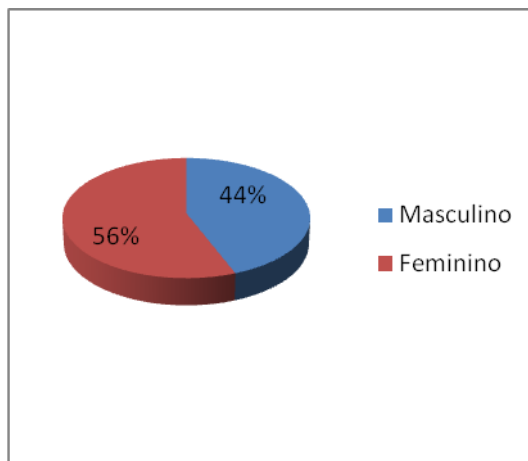
| Localidade<br>Utentes                                  | Montargil |      | Foros do Arrão |      | Total |     |
|--------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|------|-------|-----|
|                                                        | Nº        | %    | Nº             | %    | Nº    | %   |
| Nº Total de utentes inscritos                          | 2576      | 75.1 | 854            | 24.9 | 3430  | 100 |
| Nº Total de utentes inscritos com idade $\geq$ 75 Anos | 315       | 66.2 | 161            | 33.8 | 476   | 100 |

Fonte: Programa informático SINUS

De toda a população abrangida pelo referido projecto, os idosos com idade  $\geq$  a 75 anos, residentes na extensão de saúde de FA (161), verifica-se que 56% são do sexo feminino e 44% do sexo masculino, como nos indica a Fig. 4.

Esta maior predominância do sexo feminino também se verifica em Portugal, pois segundo o INE (2009) existiam 890608 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, dos quais 340654 eram do género masculino e 549954 do género feminino.

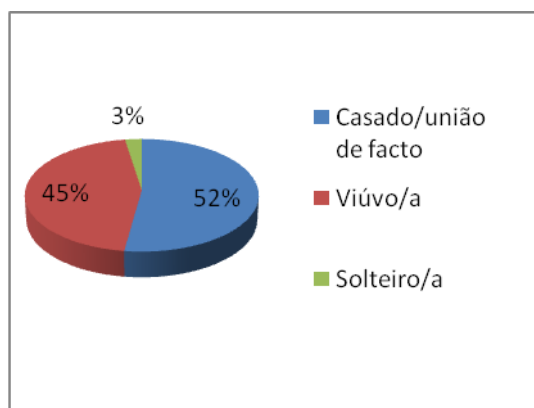
**Fig. 4 – Género dos idosos**



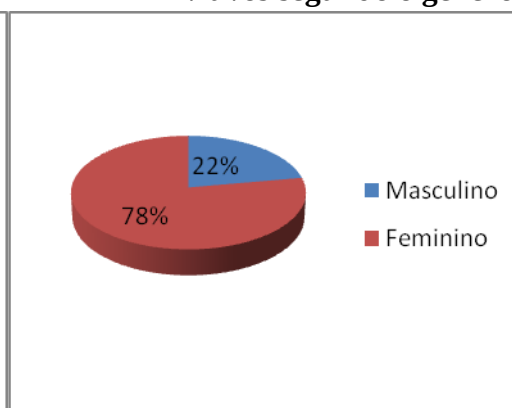
Fonte: Questionário aplicado à população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Em relação ao estado civil dos idosos 52% são casados/união de facto, 45% são viúvos/as, e 3% são solteiros, verificando-se uma grande proximidade entre a percentagem de casados e de viúvos. Salienta-se que a maioria dos viúvos são do sexo feminino (78%), o que pode estar relacionado com a maior longevidade da mulher, enquanto que os viúvos do sexo masculino correspondem a 22%, tal como se pode observar pelas Fig. 5 e 6. Como se pode verificar pelos dados do INE (2010), em Portugal, a viuvez afecta principalmente as mulheres; por cada 100 viúvos, 82 são mulheres e 18 são homens, sendo que a maior percentagem de mulheres viúvas se encontram no Alentejo (13.3%) e no Centro (11.6%) com valores acima dos de Portugal (10.4%). Estas são também as regiões mais envelhecidas do país.

**Fig. 5 – Estado Civil dos idosos**



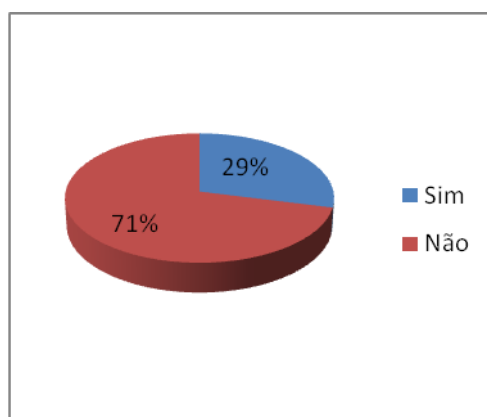
**Fig. 6 – Distribuição dos idosos viúvos segundo o género**



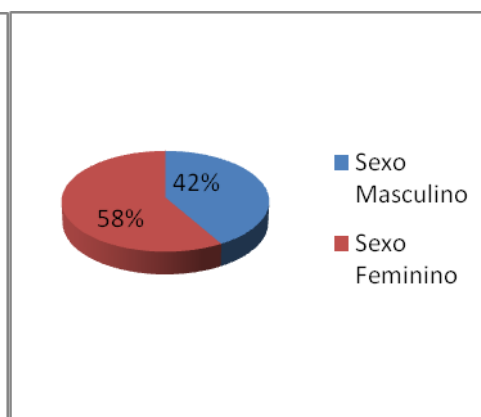
Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Relativamente à taxa de analfabetismo verifica-se que 71% dos idosos não sabe ler nem escrever, sendo 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino, como se pode verificar nas Fig. 7 e 8. Também em Portugal, segundo os dados do INE (2001) a taxa de analfabetismo é superior nas mulheres (11.5%) e inferior nos homens (6.3%).

**Fig. 7 – Idosos que sabem ler e escrever**



**Fig. 8 - Distribuição dos idosos analfabetos segundo o género**

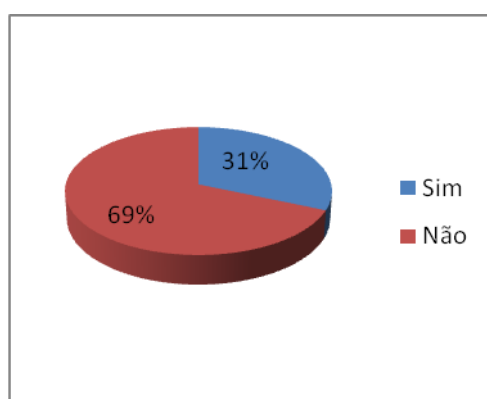


Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

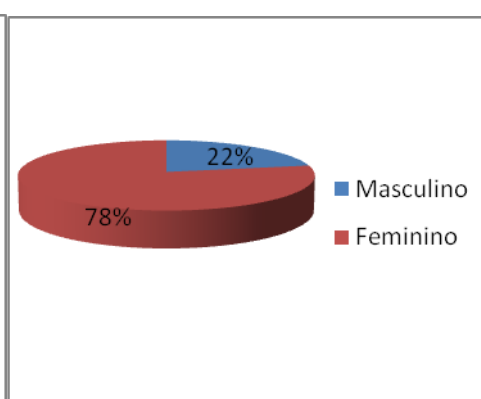
Em relação aos idosos que vivem sós (31%), verifica-se que 78% são do sexo feminino e 22% são do sexo masculino, como nos mostram as Fig. 9 e 10.

É visível a existência de mais utentes idosos do sexo feminino que vivem sós, no entanto, também em Portugal, com base nos dados do INE (2009) a percentagem de mulheres que vivem sós corresponde a 65%, das famílias unipessoais, e com idade superior a 65 anos representam 40% dessas famílias.

**Fig. 9 - Idosos que vivem sós**



**Fig.10 – Distribuição dos idosos que vivem sós segundo o género**



Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

### 3.2 - CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

O envelhecimento é um processo progressivo, ao longo do qual vão ocorrendo modificações fisiológicas, desencadeando maior vulnerabilidade e perda gradual da capacidade de adaptação ao meio.

VANALIS (1992), citado por STANHOPE e LANCASTER (1999, p. 682) refere que a vulnerabilidade se reporta a “ um subgrupo da população que tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado da exposição ao risco, ou a ter piores consequências destes problemas de saúde do que a população em geral.”

Segundo os mesmos autores, risco é quando existe uma maior probabilidade de uma pessoa, relativamente a outras, desenvolver um problema de saúde. Abrange certos aspectos da fisiologia e do meio ambiente, hábitos pessoais, meio social e meio físico, que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver problemas específicos.

Os grupos vulneráveis podem partilhar certas características fisiológicas e de desenvolvimento que os predispõem a riscos únicos, das quais há a realçar a idade.

As pessoas mais idosas manifestam muitas vezes vulnerabilidade resultante tanto da idade, como das muitas doenças crónicas, pelo que é fundamental uma atenção particular, uma vez que segundo ADELIA (2005), dos idosos entre os 65-74 anos, 76% caem no domicílio, aumentando esta percentagem para 90% nos idosos a partir de 75 anos. LIMA (2006, p.581) refere que “...ao longo da vida estão presentes as quedas, porém são mais encaradas como um problema na idade mais avançada...”.

A queda pode ser definida como um evento descrito pela vítima ou uma testemunha, em que a pessoa inadvertidamente vai ter ao chão ou a outro local num nível mais baixo do que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência ou lesão (BRITO e COSTA, 2001) ou como refere SIMPSOM (2000) a falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo durante o movimento no espaço.

Para GUIMARÃES e CUNHA (2004) nos idosos as quedas recorrentes são sinais evidentes de uma situação clínica de debilidade, imobilidade, instabilidade e, muitas vezes, de doenças agudas, ou crónicas não correctamente

diagnosticadas. As quedas frequentemente contribuem para o declínio funcional, em decorrência das lesões ósseas e musculares resultantes, para a limitação da actividade física diária, para o receio que o indivíduo tem de sofrer novas quedas e para a perda de mobilidade e independência necessárias à realização das tarefas habituais e básicas da vida diária.

Para SANTOS e PEREIRA (2003) existem muitos factores, intrínsecos e extrínsecos, que perturbam o alinhamento entre o centro de massa corporal e a base de suporte, fundamental ao equilíbrio, ou que alteram os mecanismos de compensação do desequilíbrio, o que frequentemente resulta em quedas.

Segundo os mesmos autores os factores intrínsecos são aqueles que abrangem as características inerentes ao idoso, particularmente alterações mentais e físicas características da idade, presença de doenças crónicas e degenerativas, comportamentos adoptados pelos idosos, exacerbações agudas de doenças e problemas agudos de saúde. De entre os factores intrínsecos que podem propiciar quedas nos idosos, os autores anteriormente citados evidenciam:

- Diminuição da acuidade auditiva: a audição é um sentido basilar para o desenvolvimento geral e para o relacionamento humano. É através deste sentido que se reconhece, localiza e distingue os sons, sendo que a sua integridade anatomo-fisiológica é imprescindível, para que o idoso fique alerta e se possa defender dos perigos que possam surgir. Com o avançar da idade, o idoso tem tendência a diminuir de uma forma gradual e progressiva a sua sensibilidade auditiva em ambos os ouvidos, bem como, uma diminuição da percepção das frequências mais agudas. O centro de equilíbrio situa-se no ouvido interno, com o avançar da idade é natural que esta estrutura sofra alterações, o que irá afectar o equilíbrio do idoso, provocando tonturas, vertigens e dificuldade em equilibrar-se;
- Diminuição da acuidade visual: com o processo de envelhecimento o idoso vai diminuindo a sua capacidade visual, para além disto, o idoso também apresenta uma diminuição regular da capacidade de adaptação à luminosidade fraca. É ainda de realçar que grande parte da população idosa apresenta cataratas, o que também aumenta a possibilidade da ocorrência de mais quedas nesta faixa etária;
- Perda da capacidade mental: com a idade, o idoso tende a perder algumas das suas capacidades mentais, sobretudo o seu sentido de orientação pode ser lesado, a sua capacidade de reacção também fica diminuída, bem como

alguns reflexos neurológicos tendem a ficar mais lentos. Em alguns casos, com o avançar da idade, podem surgir os primeiros estados de confusão mental e em casos extremos podem surgir algumas demências como o Alzheimer e o Parkinson, que aumentam a possibilidade de ocorrência de quedas;

- Alterações da mobilidade: verifica-se que com a idade vão surgindo alterações nas actividades diárias o que pode levar a quedas, isto porque, com o passar dos anos, os músculos perdem a elasticidade, a força muscular fica diminuída, os ossos ficam mais frágeis e a calcificação destes é prejudicada, para além de que, os idosos tendem a ter maior instabilidade na postura e na marcha. Também se verifica que doenças como a osteoporose e a artrite podem potenciar a ocorrência de quedas, sendo que, a osteoporose é mais característica no sexo feminino;
- Hipotensão ortostática: nos idosos são frequentes alterações da pressão sanguínea, nomeadamente a sua diminuição - hipotensão, particularmente nas mudanças de posição, de deitado para sentado, sentindo tonturas, suores, fraqueza, o que pode induzir a acidentes;
- Alterações urinárias: com a idade os idosos sofrem alterações no controlo urinário, é frequente sentirem necessidade de urinar mais vezes durante a noite e é nestas deslocações entre o quarto e a casa de banho que ocorrem algumas quedas;
- Sedentarismo: o idoso deve manter-se activo, uma vez que, o sedentarismo favorece a perda da força, da flexibilidade articular e da massa muscular. O idoso que pratique de uma forma regular actividade física, tem menor predisposição para sofrer quedas;
- Medicação: é frequente que muitos dos idosos tomem medicamentos, algumas das quedas ocorrem devido a alterações na terapêutica habitual do idoso e em alguns casos pelo uso indiscriminado dos mesmos. Os hipnóticos e os ansiolíticos, são considerados os medicamentos que mais favorecem a ocorrência de quedas nesta faixa etária;
- Consumo de álcool: a ingestão de álcool pode provocar quedas, uma vez que, interfere com a acção dos medicamentos e também porque influencia o equilíbrio e as capacidades funcionais e cognitivas dos idosos;
- Alterações neurológicas e cardiovasculares: com o envelhecimento é normal que o sistema nervoso, bem como o sistema cardíaco, sofram

alterações, podendo em muitos dos casos serem afectados. Verifica-se que actualmente, os enfartes e os acidentes vasculares cerebrais são muito comuns nesta faixa etária, o que pode também predispor à ocorrência de quedas.

Os factores extrínsecos ou ambientais compreendem os perigos existentes no meio que envolve o idoso, neste caso, o seu domicílio, bem como os factores que estão relacionados com as actividades desenvolvidas.

Uma percentagem significativa de quedas ocorre quando os idosos desempenham as suas actividades de vida diária, são provocados por riscos domésticos comuns e por barreiras arquitectónicas existentes, de entre os quais se destacam:

- Pisos molhados e escorregadios;
- Chão desnivelado;
- Fios do telefone ou da electricidade soltos pelo chão;
- Móveis e objectos colocados inadequadamente e no meio do caminho;
- Má iluminação;
- Calçado e vestuário inadequado;
- Escadas com degraus de tamanhos diferentes;
- Inexistência de corrimão ou de barras de segurança.

STANHOPE e LANCASTER (1999) determinam como factores extrínsecos ou ambientais os seguintes: iluminação, soalho, escadas, cozinha, casa de banho, pátios e entradas, instituições e calçado. As mesmas autoras apresentam algumas recomendações no sentido da prevenção de quedas, tal como se pode observar na Fig. 11.

**Fig. 11 - Factores extrínsecos ou ambientais que afectam o risco de quedas no domicílio**

| Factor ambiental        | Objectivos e recomendações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Iluminação</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de clarões intensos e de sombras;</li> <li>- Interruptores acessíveis à entrada dos quartos;</li> <li>- Luz de presença no quarto de dormir e no hall da casa de banho.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Soalhos</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocação de antiderrapantes para criar aderência nos tapetes;</li> <li>- Orlas das carpetes presas ao chão;</li> <li>- Carpetes com pêlo raso;</li> <li>- Cera antiderrapante nos soalhos;</li> <li>- Fios eléctricos longe dos sítios de passagem;</li> <li>- Não deixar objectos espalhados pelo chão.</li> </ul>                                                                          |
| <b>Escadas</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iluminação suficiente, com interruptores no cimo e ao fundo das escadas;</li> <li>- Corrimãos bilaterais seguramente fixados e afastados da parede;</li> <li>- Sinalizar a parte superior e inferior dos degraus com fita brilhante;</li> <li>- Degraus com altura máxima de 15,3 cm;</li> <li>- Degraus em bom estado de conservação;</li> <li>- Degraus sem objectos espalhados.</li> </ul> |
| <b>Cozinha</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Artigos arrumados de forma que não seja necessário esticar-se nem curvar-se;</li> <li>- Existência de um escadote seguro para o caso de ser necessário;</li> <li>- Mesa firme e imóvel.</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| <b>Casa de Banho</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar barras na banheira, chuveiro e sanita;</li> <li>- Aplicações ou tapete de borracha antiderrapante na banheira ou chuveiro;</li> <li>- Cadeira de chuveiro com mangueira de duche manual;</li> <li>- Elevação do assento da sanita;</li> <li>- Encerramento das portas com distância de forma a assegurar acesso em caso de emergência.</li> </ul>                                     |
| <b>Pátio e entradas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reparação de fendas no pavimento, buracos no relvado;</li> <li>- Remoção de pedras e utensílios;</li> <li>- Caminhos bem iluminados, sem gelo nem folhas secas;</li> <li>- Escadas e degraus como anteriormente descritos.</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| <b>Instituições</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os anteriormente descritos;</li> <li>- Cama com altura adequada;</li> <li>- Sempre que haja derramamentos no chão limpar imediatamente;</li> <li>- Uso adequado de auxiliares da marcha e cadeiras de rodas.</li> </ul>                                                                                                                                                                 |
| <b>Calçado</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solas dos sapatos sólidas, antiderrapantes, sem atritos;</li> <li>- Saltos baixos;</li> <li>- Evitar andar em meias ou chinelos largos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                            |

Fonte: Stanhope e Lancaster – Enfermagem Comunitária. Quarta edição, 1999. Pág. 643

Segundo FERRÃO (s.d.) (<http://www.medicoassistente.com/saude-do-idoso/as-quedas-no-idoso>) as quedas, no idoso, têm frequentemente consequências mais graves do que nos outros grupos etários, quer a nível físico, quer a nível psicológico.

Segundo o mesmo autor, estas podem provocar uma série de alterações físicas, sendo as consequências mais graves os traumatismos cranianos, as fracturas e as luxações. Uma das complicações mais frequentes e graves é a fractura do colo do fémur que ocorre quase sempre depois dos 70 anos, em mais de 90% dos casos resultante de uma queda. A fractura do colo do fémur, para além de levar a longos períodos de hospitalização (com elevados custos

económicos), tem complicações frequentes, consequentes da imobilização prolongada, sendo uma causa importante de mortalidade e de diminuição da qualidade de vida

As quedas podem afectar a qualidade de vida dos idosos também pelas consequências psicossociais que daí advêm, provocando sentimentos de medo, fragilidade, desânimo, perda de controlo e medo de passarem a ser dependentes de terceiros. O sentimento de medo e falta de confiança constituem, muitas vezes, o ponto de partida para uma progressiva deterioração do estado geral do idoso, através da redução da mobilidade, função e diminuição das actividades sociais e recreativas.

Desta forma, atendendo às causas e consequências das quedas nos idosos, sobretudo com 75 e mais anos, a necessidade de as prevenir e o planeamento de cuidados adequados a esta situação é inquestionável.

### 3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

No decorrer da pesquisa bibliográfica verificou-se a existência de alguns estudos no âmbito desta problemática.

ADEBIYI (2009) realizou um estudo numa zona rural da Nigéria sobre “Quedas e o seu resultado nas pessoas com 65 e mais anos, nas habitações rurais”. Este estudo permitiu visualizar a prevalência de quedas nos idosos e como ocorreram. Para tal, foi aplicado um questionário semi-estruturado a 210 idosos com 65 e mais anos. Os resultados demonstram que a incidência das quedas foi de 21,4%. Dos que caíram, 86,7% estavam a caminhar e 11,1% estavam sentados. A causa das quedas em 44,4% foi por tropeçar; 35,6% escorregou e 17,8% bateu em objectos. Como consequências mais frequentes, 48,9% tiveram dor; 22,2% apresentavam hematomas; 13,3% apresentavam escoriações e 11,1% fracturas. Neste estudo também se verificou que as mulheres caem mais que os homens e os seus ferimentos são também mais graves.

SILVA [et al] (2007), realizaram um estudo sobre “A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos”. Foi um estudo exploratório, descritivo, cujo objectivo era caracterizar as situações de quedas em idosos numa comunidade, no Programa de Saúde da Família (PSF) de Goiânia. Os

dados foram recolhidos através de entrevistas e a análise dos dados foi qualitativa. Participaram 20 idosos na faixa etária dos 60 aos 86 anos. As situações de queda ocorreram com maior frequência (70%) no ambiente domiciliário, demonstrando a vulnerabilidade do idoso. Como consequências prevaleceram a dor, ferimentos e alteração na mobilidade física. Os dados revelam a necessidade de planejar acções para a prevenção de quedas, no idoso. Segundo os autores, compete à equipe de Saúde da Família avaliar os modos de intervenção na comunidade, a partir do conhecimento dessa realidade, a fim de reduzir este facto significativo na população idosa.

SANTANA (2007) da Universidade Católica de Goiás realizou um estudo sobre a “Avaliação dos possíveis factores de risco para quedas em domicílios de idosos”. O objectivo deste trabalho foi evidenciar os possíveis factores de risco nos domicílios de 95 idosos que participavam no Programa da Saúde da Família, no Distrito Leste do Município de Goiânia. Para a colheita de dados foi utilizada a entrevista, um teste de equilíbrio – “Timed Up and Go”- e a observação do ambiente domiciliário. Neste estudo, evidenciou-se que o corredor, a casa de banho, a sala e o quarto dos idosos foram os ambientes que mais apresentaram possíveis factores de risco para quedas, podendo no entanto, estes factores ser eliminados ou minimizados.

MACHADO, T. R. [et al] (2003) realizaram um estudo acerca da “Avaliação da presença de risco para queda em idosos”. O objectivo era a avaliação dos factores de risco para quedas presentes num grupo de idosos, de acordo com o diagnóstico de enfermagem “Risco para quedas” e determinar o grau de susceptibilidade aumentado para quedas nos idosos, segundo a “Escala de risco de quedas de Downton”. Foi um estudo descritivo, realizado com 24 idosos, no período de Janeiro a Julho de 2003, realizado no Centro de Saúde de Fortaleza. Salientaram-se os seguintes factores de risco: a ausência de material antiderrapante (95,8%), antecedentes de quedas (87,5%); o quarto não familiar (62,5%).

O processo de envelhecimento provoca inúmeras alterações no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer mudanças no seu quotidiano ao longo do tempo, como a necessidade de ajuda para realizar as actividades de vida diária.

As quedas neste grupo etário devem ser consideradas como factores significativos de advertência, de forma a evitar sequelas físicas e emocionais decorrentes desses factos.

De uma forma geral, pode concluir-se que as situações de queda ocorrem com maior frequência no ambiente domiciliário, demonstrando a maior vulnerabilidade do idoso. Como consequência das quedas prevaleceram a dor, ferimentos e alteração na mobilidade física.

O corredor, a casa de banho, a sala e o quarto dos idosos são os ambientes que apresentam mais factores de risco para quedas, podendo, no entanto, estes factores ser eliminados ou minimizados.

Também as dificuldades visuais, a medicação, o facto de o quarto não ser familiar e a ausência de material antiderrapante são factores de risco.

Devido à existência dos vários riscos para a ocorrência de quedas e pelas consequências daí provenientes serem graves, é fundamental a implementação de um projecto desta natureza, na comunidade de FA.

### 3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

O recrutamento da população-alvo realizou-se através da identificação dos utentes inscritos na Extensão de Saúde de Foros do Arrão, com idade igual ou superior a 75 anos, através do programa informático “SINUS”.

A selecção deste grupo etário é justificada pelo facto de ser aquele em que ocorrem mais quedas. LIMA (2006, p.581) refere que “...ao longo da vida estão presentes as quedas, porém são mais encaradas como um problema na idade mais avançada...” Para PEREIRA (2000, p.23) “As quedas são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais e constituem a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos”.

Após a identificação dos utentes que reuniam os critérios para integrar o projecto, foi solicitada autorização aos mesmos para a realização da visita domiciliária, telefonicamente ou pessoalmente. Neste primeiro contacto foi apresentado o projecto e a importância para a sua saúde e marcada a primeira visita domiciliária, onde se preencheu um questionário, constituído por duas partes, sendo a 1ª parte referente à identificação dos idosos e a 2ª parte destinada à observação do domicílio dos mesmos, tal como mais à frente será aprofundado.

#### 4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

IMPERATORI e GIRALDES (1986, p.45) referem “ o objectivo de um problema de saúde como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, que altera em princípio a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.”

Para TAVARES (1990, p.113) os objectivos “correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos.”

O mesmo autor refere ainda a existência de características do tipo estrutural que devem ser tidas em conta na elaboração de um objectivo, nomeadamente, deve ser:

- Pertinente, ajustando-se às situações que promoveram a intervenção;
- Preciso, contendo em si o rigor da trajectória a atingir e descrevendo o novo estado desejado;
- Realizável, não pode ser um objectivo muito ambicioso, tem de ser concretizável;
- Mensurável, possibilitando uma avaliação correcta à posteriori.

##### 4.1 - OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O projecto de intervenção comunitária “Os idosos e as quedas” foi implementado na Extensão de Saúde de FA. Tal como já foi referido, foi considerado necessário por ser uma população onde existem 33.8% de idosos com idade igual ou superior a 75 anos, sendo nesta faixa etária que se verifica um aumento da prevalência de quedas.

Com base no relatório ADELIA (2005) na União Europeia (27 países), aconteceram cerca de 40.000 mortes de idosos originados por quedas. Os idosos

com idade igual ou superior a 80 anos apresentam uma taxa de mortalidade devido a quedas 6 vezes superior aos idosos entre os 65 e 79 anos. Segundo o mesmo relatório, isto sucede por caírem mais vezes mas, também por serem mais débeis. Aponta também como principal causa de acidentes domésticos nos idosos as quedas, em que cerca de 76% dos idosos entre os 65-74 anos sofrem quedas no domicílio e a partir dos 75 anos, esta percentagem aumenta aproximadamente para 90%.

Neste contexto, o objectivo geral definido para o referido projecto foi:

- Prevenir as quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos da Extensão de Saúde de Foros do Arrão.

Para concretizar este objectivo foi necessário criar as condições necessárias, nomeadamente pelo envolvimento de toda a equipa. A apresentação do projecto e a justificação da sua pertinência foram cruciais, tal como a mobilização dos parceiros da comunidade. Estas são condições fundamentais para a continuidade do projecto, no sentido de realizar todas as actividades previstas no cronograma. A actualização e aprofundamento de conhecimentos acerca desta temática constituíram-se como uma necessidade.

#### 4.2 - OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Segundo a DGS (2005) cerca de 75 % dos acidentes com idosos acontecem nas suas próprias casas. No entanto, estes acidentes com idosos acontecem não só em casa, mas também em alojamentos colectivos (casas de repouso, lares e outras instituições de acolhimento), assim como no ambiente circundante. As principais causas de quedas nos idosos são acidentais e consagram-se pela inexistência de condições de segurança no ambiente domiciliário (degraus gastos, soalhos encerados e escorregadios, irregularidades no pavimento, tapetes soltos, mobiliário inadequado, banheiras sem tapete e sem apoios, escadas sem corrimão, objectos colocados em locais altos e de difícil acesso, etc.).

Por vezes, uma queda é suficiente para ter consequências graves sobre a integridade física. Por isso, é fundamental informar os profissionais de saúde, sempre que ocorrer uma queda, por mais casual que pareça, por forma a fazer-se o

despiste de eventuais problemas de saúde, os quais podem ter desencadeado a queda.

Parece consensual que as quedas podem ser alvo de prevenção. Também é ponto assente que se vão reflectir no dia a dia do idoso, contribuindo para a diminuição da sua qualidade de vida e comprometimento da sua independência e autonomia.

Desta forma, o enfermeiro deve apostar na prevenção das quedas nos idosos, identificando em primeiro lugar os factores de risco, de forma a corrigir os que são passíveis de ser corrigidos. O enfermeiro deve conhecer a casa dos idosos, para poder sugerir as modificações necessárias para adaptação do ambiente domiciliário às alterações decorrentes do envelhecimento e, se necessário, fazer o encaminhamento para outras instituições parceiras da comunidade, na procura de resolução destas situações.

Também a família, sempre que possível, deve ser envolvida neste processo, de forma a poder adaptar o ambiente domiciliário, às limitações inerentes ao próprio processo de envelhecimento. Deste modo, também contribui para que o idoso tenha uma vida com qualidade e seja autónomo e independente o maior tempo de vida possível.

Perante estas constatações foram definidos como objectivos específicos:

- Identificar os factores de risco de queda nos domicílios dos idosos;
- Informar os idosos acerca das medidas para a prevenção de quedas.

## 5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Para MARTIN e SCHEET (1992) referidos por STANHOPE e LANCASTER (1999, p.213) “intervenção é uma acção ou actividade desenvolvida para gerir um problema específico do cliente e para promover, manter e restabelecer a saúde ou prevenir a doença.”

Para a prossecução deste projecto foram planeadas algumas intervenções, as quais vão ser de seguida apresentadas.

### 5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A primeira questão que se levantou foi a pertinência e continuidade do projecto. Desta forma, houve necessidade de reunir com os Responsáveis do Centro de Saúde de Montargil (médica e enfermeira) de forma a validar a necessidade e pertinência do mesmo. Foi feita a apresentação do projecto e respectivo pedido de autorização (Apêndice 1) para a sua implementação. Estes acharam que seria bastante pertinente a implementação de um projecto desta natureza, devido às características da população.

Esta reunião ocorreu no dia 1 Outubro de 2010 e foi muito proveitosa pois o projecto foi considerado como uma mais valia para a instituição, dada a pertinência e actualidade do tema. Foi também dada autorização para a identificação dos utentes que reuniam os critérios definidos.

O passo seguinte foi a identificação da população-alvo, os idosos com 75 e mais anos, inscritos na Extensão de Saúde de Foros do Arrão, através do programa informático “SINUS”.

Foram identificados 161 utentes, no entanto, 2 encontravam-se ausentes e 28 eram casais, o que correspondia a 131 domicílios, onde iria ocorrer a visita domiciliária.

Elaborou-se então um questionário de aplicação directa (Apêndice 2), para utilizar na VD, composto por 2 partes, a primeira referente à identificação do idoso e a segunda destinada à recolha de dados, por forma a identificar os factores

de risco de queda no domicílio destes idosos e em simultâneo informar acerca das medidas preventivas de quedas.

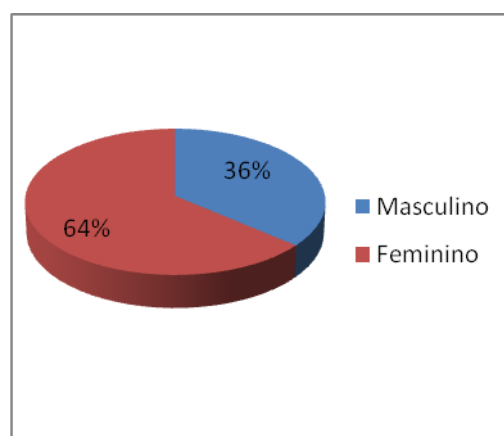
Nesta altura e estruturado que estava o projecto foi realizada uma segunda reunião com os responsáveis pelo Centro de Saúde, todos os enfermeiros e a técnica de serviço social para uma apresentação mais detalhada do mesmo. Esta reunião ocorreu em 22 de Outubro de 2010.

Pretendeu-se o envolvimento de todos, aspecto este também facilitador da implementação e continuidade do projecto.

Estava chegada a altura de ir para o terreno. Foi então planeada a VD com o intuito de detectar os riscos existentes no domicílio de cada idoso, ocorrendo as mesmas em Novembro e Dezembro de 2010. Programou-se ainda uma segunda VD a ocorrer em Julho de 2011, com a finalidade de verificar se as alterações sugeridas na primeira foram efectuadas e, se o não foram, perceber o motivo e mobilizar os recursos necessários, por forma a resolver a situação.

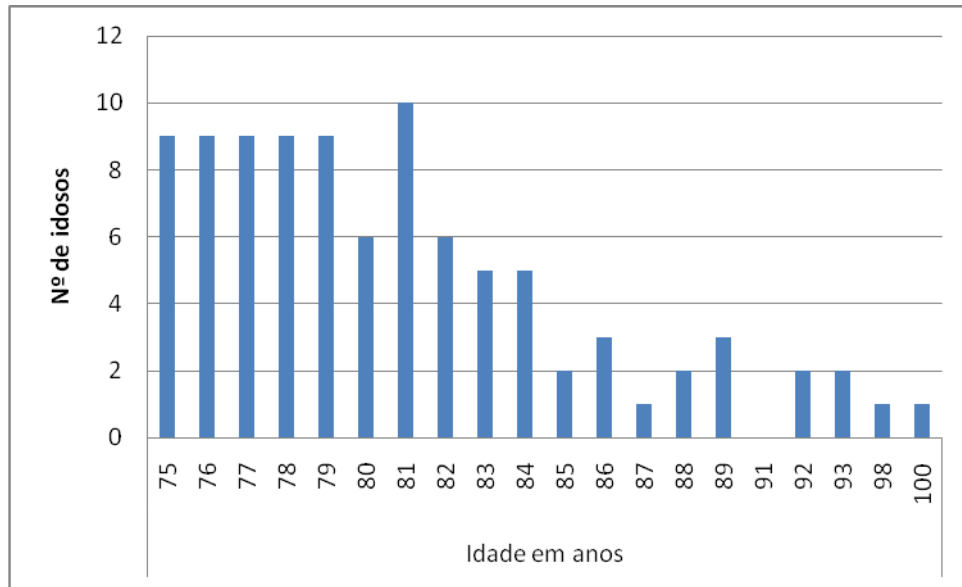
Após a recolha de dados nos 131 domicílios visitados, onde residiam os 159 idosos que constituíram a nossa população, pode concluir-se que 94 (59.11%) já tinham sofrido quedas, 64% do sexo feminino e 36% do sexo masculino. O maior número de quedas ocorreu em idosos com 81 anos, verificando-se também um valor elevado nos idosos dos 75 aos 79 anos. Quando questionados sobre o tempo que decorreu desde a última queda, na maior parte das vezes ocorreu entre um e dois anos (37,23%), em segundo lugar entre dois e três anos (27.66%). Saliente-se que 20.21% caíram pela última vez há menos de um ano e mais de metade dos idosos caíram nos últimos 2 anos, tal como se pode observar nas Fig. 12, 13 e 14.

**Fig. 12 - Distribuição dos idosos que caíram segundo o género**



Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

**Fig. 13 – Distribuição dos idosos que já sofreram quedas segundo a idade**



Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

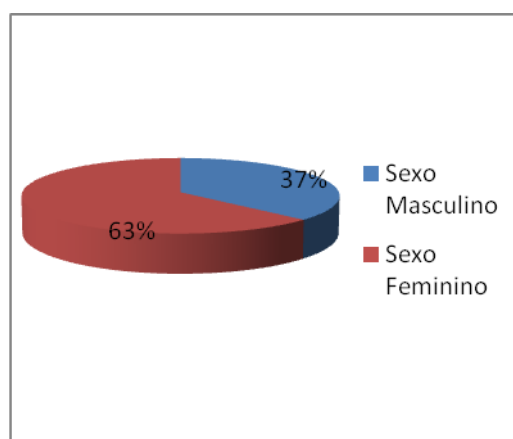
**Fig.14 – Há quanto tempo ocorreu a última queda**

| Há quantos anos caiu | Nº        | %          |
|----------------------|-----------|------------|
| [0-1]                | 19        | 20.21      |
| ]1-2]                | 35        | 37.23      |
| ]2-3]                | 26        | 27.66      |
| ]3-4]                | 8         | 8.51       |
| Mais de 4            | 4         | 4.26       |
| Não se recorda       | 2         | 2.13       |
| <b>Total</b>         | <b>94</b> | <b>100</b> |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Relativamente aos 94 que já caíram, 54 desses idosos (57.44%) referiram que daí lhes advieram consequências, sendo 63% do sexo feminino e 37% do sexo masculino, conforme Fig. 15.

**Fig. 15– Distribuição dos idosos que caíram e tiveram daí consequências, segundo o gênero**



Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Conclui-se assim que nos FA as mulheres caem mais e que daí lhes advêm consequências, tal como acontece a nível nacional, como se verifica pelo Relatório do Observatório Nacional de Saúde de 2005.

Em relação às consequências das quedas, dos 54 idosos que caíram e que daí resultaram consequências, é de realçar os hematomas (29.63%), as escoriações (25.93%), as fracturas em geral (16.67%), as fracturas do colo do fémur (14.81%), os traumatismos cranianos (7.40%) e por último as luxações (5.56%), tal como se pode verificar pela Fig. 16. Conclui-se que as lesões dos tecidos moles (escoriações e hematomas) são as mais frequentes, tal como se pode verificar nos dados apresentados pela DGS (2000).

**Fig. 16 – Consequências das quedas nos idosos**

| Consequências das quedas  | Nº        | %          |
|---------------------------|-----------|------------|
| Escoriações               | 14        | 25.93      |
| Traumatismos cranianos    | 4         | 7.40       |
| Fracturas em geral        | 9         | 16.67      |
| Fractura do colo do fémur | 8         | 14.81      |
| Hematomas                 | 16        | 29.63      |
| Luxações                  | 3         | 5.56       |
| <b>Total</b>              | <b>54</b> | <b>100</b> |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Relativamente ao risco doméstico para quedas, observa-se que 97.48% dos idosos não usa materiais aderentes na superfície inferior dos tapetes, 62.89% tem tapetes pequenos em casa, 50.94% tem carpetes soltas ou com dobras e 45.91% tem as bordas dos tapetes dobrados, como se pode verificar pela Fig. 17.

Segundo o Decreto-lei 163/2006, publicado no Diário da República (DR), 1ª série, Nº152 de 8 de Agosto de 2006, no caso de se utilizarem tapetes, passadeiras ou alcatifas, estes devem ser fixos, as suas bordas devem estar fixas ao chão com uma calha em todo o seu comprimento, de forma a não formar rugas.

**Fig. 17 – Risco doméstico para quedas: tapetes**

| <b>Tapetes</b>                                                     | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Presença de tapetes pequenos                                       | 100       | 62.89    |
| Carpetes soltas ou com dobras                                      | 81        | 50.94    |
| Uso de materiais não aderentes, na superfície inferior dos tapetes | 155       | 97.48    |
| Bordas dos tapetes, principalmente dobrados                        | 73        | 45.91    |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

No que concerne ao mobiliário existente em casa é de realçar que 92.45% dos idosos não usam cadeiras com braços; 91.19% dos idosos têm móveis com arestas aguçadas; 88.67% dos idosos têm cadeiras, sofás e camas muito altos ou muito baixos; 23.27% dos idosos tem móveis fora do lugar que dificultam a circulação; 5.66% têm os objectos muito altos, de difícil acesso, de forma que para chegar a esses objectos têm de subir a uma cadeira ou banco; 3.77% dos idosos têm os móveis instáveis e 1.27% dos idosos tem cadeiras com rodas (cadeiras de escritório), como se observa na Fig. 18.

Com base no Diário da República de 24 de Julho de 1984, I Série, Nº170, o Despacho Normativo nº 130/84, a norma XIV referente ao mobiliário, sabe-se que:

- a) Os sofás e cadeiras de braços devem garantir conforto, não podem ser muito baixos e fundos, de forma a proporcionarem o apoio dos pés e a facilitar os movimentos de levantar e sentar.

Deve ter-se sempre em conta a estatura do idoso.

**Fig. 18 – Risco doméstico para quedas: mobília**

| <b>Mobília</b>                                                                                    | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Móveis com rodas;                                                                                 | 2         | 1.27     |
| Móveis instáveis;                                                                                 | 6         | 3.77     |
| Móveis fora do lugar (dificultam a circulação);                                                   | 37        | 23.27    |
| Cadeiras, sofás e cama muito baixos ou muito altos;                                               | 141       | 88.67    |
| Arestas aguçadas;                                                                                 | 145       | 91.19    |
| Cadeiras sem braços                                                                               | 147       | 92.45    |
| Objectos colocados em lugares de difícil acesso, (sobe-se uma cadeira ou banco para os alcançar). | 9         | 5.66     |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Em relação ao pavimento da casa, 46.54% dos idosos têm o chão desnivelado; 28.30% têm objectos espalhados pela casa; 27.67% têm os fios eléctricos soltos pelo chão e 8.80% apresentam o piso escorregadio, como se pode verificar na Fig. 19.

Com base no Decreto-lei 163/2006, publicado no DR, 1ª serie - Nº152 de 8 de Agosto de 2006, secção 4.7.1 e 4.8, o piso e o seu revestimento deve ser: estável; durável; firme e contínuo. No caso de existir desnível não superior a 0.005m podem ser verticais sem tratamento do bordo; para uma não altura superior a 0.02m, podem ser verticais e com os bordos boleados ou chanfrados com uma inclinação não superior a 50%; com uma altura superior a 0.02m devem ser construídas rampas ou um mecanismo de elevação.

**Fig. 19 – Risco doméstico para quedas: pavimento**

| <b>Pavimento</b>                                          | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Pisos escorregadios (por exemplo, encerados)              | 14        | 8.80     |
| Fios soltos no chão (eléctricos ou não)                   | 44        | 27.67    |
| Objectos deixados no chão (sapatos brinquedos, roupas...) | 45        | 28.30    |
| Chão desnivelado                                          | 74        | 46.54    |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Relativamente à casa de banho, 98.12% dos idosos não tem corrimãos ou barras de apoio ao pé da sanita, assim como nos chuveiros ou banheiras; 80.50%

dos idosos têm assentos sanitários baixos; 28.30 % não tem tapetes antiderrapantes; 3.77% têm as portas do chuveiro ou da banheira em vidro, tal como se pode verificar pela Fig.20.

O Decreto-lei 163/2006, publicado no DR, 1ª serie Nº152 de 8 de Agosto de 2006, refere que a altura do piso ao bordo superior do assento da sanita deve ser de 0.45 m, com uma tolerância de mais ou menos 0.01m, as barras de apoio devem ser dos dois lados e rebatíveis na vertical. A altura do piso ao bordo superior da banheira deve ser de 0.45m, admitindo-se uma tolerância de 0.01m. Deve utilizar um assento na banheira, que pode ser móvel mas na altura do uso deve estar fixo de forma a não deslizar. O assento deve ter uma superfície impermeável e antiderrapante, mas não excessivamente abrasiva, os seus bordos devem ser arredondados. Junto ao lavatório e banheira/chuveiro devem existir barras de apoio.

**Fig.20 - Risco doméstico para quedas: casa de banho**

| <b>Casa de Banho</b>                                                                      | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Ausência de tapetes de borracha antiderrapantes                                           | 45        | 28.30    |
| Portas do chuveiro ou banheira em vidro                                                   | 6         | 3.77     |
| Assentos sanitários baixos                                                                | 128       | 80.50    |
| Falta de corrimãos ou barras de apoio ao pé da sanita e também nos chuveiros ou banheiras | 156       | 98.12    |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Durante a VD verificou-se que apenas 59 residências tinham escadas e todas elas de acesso ao sótão. Nenhuma destas escadas tem sinalização do fim das mesmas; 94.91% não tem degraus antiderrapantes; 91.52% das escadas não tem corrimãos; em 69.49% das escadas não existe sinalização de término dos degraus; 40.67% têm objectos nas escadas; 33.89% tem iluminação inadequada; em 20.33% os degraus são irregulares em altura e largura; 8.47% das escadas têm tapetes e nenhuma das escadas tem o piso muito desenhado, como se observa na Fig. 21.

Com base no Decreto-lei 163/2006, publicado no DR, 1ª serie, Nº152 de 8 de Agosto de 2006 os degraus devem ter uma profundidade não inferior a 0.28m; e uma altura não superior a 0.18m, as arestas do focinho devem ser boleadas e as faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0.04

m. O corrimão das escadas deve de ser dos dois lados, devem ser contínuos ao longo dos vários lanços de escada e no topo da escada deve prolongar-se pelo menos 0.3m, para além do último degrau.

**Fig. 21 – Risco doméstico para quedas: escadas**

| <b>Escadas</b>                                                              | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Iluminação inadequada                                                       | 20        | 33.89    |
| Ausência de corrimãos                                                       | 54        | 91.52    |
| Falta de sinalização do fim das escadas                                     | 59        | 100.00   |
| Uso de tapetes                                                              | 5         | 8.47     |
| Ausência de degraus antiderrapantes                                         | 56        | 94.91    |
| Degraus irregulares em altura e largura                                     | 12        | 20.33    |
| Degraus sem sinalização de término                                          | 41        | 69.49    |
| Objectos nas escadas                                                        | 24        | 40.67    |
| Escadas com piso muito desenhado (dificulta a visualização de cada degrau). | 0         | 0        |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Em relação aos corredores 42.13% têm carpetes pequenas, 40.88% têm mobília que dificulta a circulação e 4.40% apresentam iluminação inadequada, como nos ilustra a Fig. 22.

O Decreto-lei 163/2006, publicado no DR, 1ª série, Nº152 de 8 de Agosto de 2006, refere que os corredores devem ter uma largura não inferior a 1.2 m e sem mobília, de forma a facilitar a circulação.

**Fig. 22 – Risco doméstico para quedas: corredores**

| <b>Corredores</b>                  | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|-----------|----------|
| Carpetes pequenas                  | 67        | 42.13    |
| Iluminação inadequada              | 7         | 4.40     |
| Mobília que dificulta a circulação | 65        | 40.88    |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Concluiu-se ainda que em relação ao vestuário/calçado, 81.13% dos idosos usam chinelos, sapatos mal atados ou com sola escorregadia e 1.88% dos idosos usa roupa de dormir demasiado comprida, como se verifica pela Fig. 23.

**Fig. 23 – Risco doméstico para quedas: vestuário/calçado**

| <b>Vestuário/Calçado</b>                                      | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Uso de chinelos, sapatos mal atados ou com sola escorregadia. | 129       | 81.13    |
| Roupas de dormir compridas (arrastando pelo chão).            | 3         | 1.88     |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

Nas áreas exteriores, 33.33% dos idosos têm o pavimento irregular; 31.44% têm animais, entulho e lixo em locais inapropriados; 8.17% têm pavimento escorregadio e em 4.40% dos locais a luminosidade é inadequada, como mostra a Fig. 24.

**Fig. 24 – Risco doméstico para quedas: áreas exteriores**

| <b>Áreas Exteriores</b>                          | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------|-----------|----------|
| Luminosidade inadequada                          | 7         | 4.40     |
| Pavimento irregular                              | 53        | 33.33    |
| Pavimento escorregadio                           | 13        | 8.17     |
| Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados | 50        | 31.44    |

Fonte: Questionário aplicado a população com idade  $\geq$  a 75 anos, de FA

De uma forma geral após análise das condições das habitações visitadas, no que concerne à prevenção de quedas, salienta-se que na grande maioria os idosos têm carpetes soltas e tapetes pequenos não aderentes. Relativamente à mobília, a mesma tem maioritariamente arestas e os assentos e camas são muito altos ou muito baixos, sendo que as cadeiras também não têm braços. Relativamente ao pavimento da casa a maior dificuldade é que o mesmo é desnivelado. Quanto à casa de banho, é notória a falta de corrimãos ou barras de apoio e os assentos sanitários baixos. As escadas existem apenas em um terço das habitações e são de acesso a sótãos, pouco utilizadas. De todo o modo, a quase totalidade não tem corrimãos, não tem degraus antiderrapantes e não tem o fim dos mesmos sinalizados. Os corredores são menos problemáticos mas, apesar de

tudo, quase metade tem carpetes pequenas e mobília que dificulta a circulação.

Os problemas que maior realce tiveram relativamente às áreas exteriores, são o pavimento irregular e a presença de animais e acumulação de entulho e lixo em locais inapropriados. De salientar também que a grande maioria destes idosos usam calçado inadequado.

Com base nesta recolha de dados, foram feitas algumas sugestões, de forma a diminuir o risco de queda, a confirmar a sua implementação aquando da segunda VD, entre as quais:

- A substituição de alguns degraus por rampas, que poderão ser de alvenaria ou em madeira, desde que estejam fixos;
- Remoção de tapetes e quando não for possível fixá-los;
- Utilização de cadeiras com braços e com altura adequada;
- Aquisição do prolongamento do assento sanitário e acento para banho;
- Colocação de corrimãos, pelo menos de um lado das escadas e, no caso de alterações da mobilidade, colocar barras de apoio ao pé da sanita e do chuveiro;
- Substituição do calçado que não apresente sola antiderrapante ou esteja gasto.

Através da visita domiciliária podem obter-se benefícios para os indivíduos, família e sociedade. Os indivíduos continuam no seu meio e com assistência, podendo ainda recorrer à família, estrutura excepcional de apoio afectivo, colaborando também na promoção do auto-cuidado e manutenção da independência. A mesma constitui-se como uma mais-valia pois mostrou-se como um recurso essencial quando os idosos não tinham capacidade para assumir as sugestões efectuadas.

No sentido de dar resposta ao segundo objectivo foram planeadas e realizadas Sessões de Educação para a Saúde. A divulgação destas foi feita no Fórum da Associação Nova Cultura e afixaram-se panfletos (Apêndice 3) nas superfícies comerciais com o objectivo de convidar a população a participar nas referidas sessões.

Os idosos que constituíam a população-alvo foram convocados telefonicamente e pessoalmente para assistir às sessões planeadas, no entanto, achou-se pertinente alargar o convite à população em geral que demonstrasse interesse em assistir.

Planificaram-se então e realizam-se 4 Sessões de Educação para a Saúde na comunidade, Casa do Povo e Centro Dia de Foros Arrão, cujo tema foi “Os Idosos e as Quedas” e tiveram a duração de 45’ cada (Apêndice 4).

Definiram-se como objectivos:

- Enumerar 4 factores de risco de queda no domicílio
- Referir 4 medidas de prevenção de quedas
- Mencionar 4 medidas a tomar no caso de ocorrer uma queda

As temáticas abordadas foram:

- Definição de queda;
- Factores de risco de queda no domicílio;
- Medidas de prevenção das quedas;
- O que fazer no caso de ocorrer uma queda.

Foram marcadas as 4 Sessões de Educação para a Saúde, onde compareceram 84.27% dos idosos convocados e ainda outros que tiveram conhecimento das sessões pela divulgação feita e que se interessaram pela temática, como nos mostra a Fig. 25.

**Fig. 25- Distribuição das Sessões de Educação para a Saúde**

| Sessões de Educação para a Saúde | Local           | Data       | Nº idosos convocados | Nº de idosos convocados que compareceram | Nº total de idosos que compareceram |
|----------------------------------|-----------------|------------|----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1ª sessão                        | Casa do Povo FA | 09/12/2010 | 40                   | 34                                       | 37                                  |
| 2ª sessão                        | Centro Dia FA   | 16/12/2010 | 40                   | 33                                       | 36                                  |
| 3ª sessão                        | Casa do Povo FA | 06/01/2011 | 40                   | 30                                       | 33                                  |
| 4ª sessão                        | Casa do Povo FA | 11/01/2011 | 39                   | 37                                       | 42                                  |
| <b>Total de idosos</b>           |                 |            | <b>159</b>           | <b>134</b>                               | <b>148</b>                          |

Fonte: Planificação das Sessões de Educação para a Saúde

Os métodos/estratégias utilizados nas Sessões de Educação para a Saúde foi expositivo/directivo e através da interacção com os participantes ao longo de toda a sessão. No final da sessão foi entregue a todos os participantes um folheto (Apêndice 5) alusivo à temática abordada, elaborado em Dezembro de 2010. Estes mesmos folhetos também foram distribuídos na Extensão de Saúde de FA.

Na avaliação das Sessões de Educação para a Saúde foi utilizado o debate, tendo-se denotado uma participação activa dos idosos com partilha das suas experiências pessoais e clarificação das dúvidas. Aquando do debate foi perceptível que foram atingidos os objectivos propostos no início da sessão. Desta forma, pode considerar-se que os resultados foram bastante positivos, pois os utentes conseguiram identificar factores de risco de queda no domicílio, medidas de prevenção das mesmas e caso ocorram quais as medidas a tomar. Pensamos deste modo poder contribuir para a promoção da saúde destes idosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) a Saúde é um conceito altamente positivo, um recurso quotidiano que implica “um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade”.

Para CARVALHO (1996), o conceito de Promoção da Saúde é o ponto fulcral da nova saúde pública e é determinado pela primeira vez em termos de políticas e estratégias, representando um avanço em relação à filosofia subjacente à Declaração de Alma-Ata (1978) que preconiza a responsabilização da população pelas questões que dizem respeito à sua saúde (www.opas.org.br/, 2010).

FERRAZ (1994) refere que a Carta de Ottawa (1986) alargou o conceito de Promoção da Saúde, aliando a importância e o impacto das dimensões socioeconómicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. As três estratégias para a Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa são:

- Defesa da saúde para criar as condições básicas;
- Habilitar todas as pessoas para alcançarem todo o seu potencial de saúde;
- Mediar entre os diferentes interesses da sociedade na busca de saúde.

As estratégias referidas anteriormente são sustentadas por cinco áreas de acção prioritárias, que são os instrumentos básicos para a Promoção da Saúde:

- Construir uma política de saúde pública;
- Criar envolvimento sustentadores de saúde;
- Fortalecer a acção da comunidade para a saúde;
- Desenvolver competências pessoais;
- Reorientar os serviços de saúde

Além destas, outras conferências contribuíram para a importância da Promoção de Saúde. As Recomendações de Adelaide (1988)

([www.saudepublica.web.pt/](http://www.saudepublica.web.pt/), 2010), orientadas para as políticas de saúde saudáveis, reafirmaram as estratégias já estabelecidas nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa.

A OMS refere que, qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, é um comportamento de saúde, independentemente da sua eficácia. Mas, quase todos os comportamentos de um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde, por isso é importante distinguir entre os que são propositadamente adoptados para promover ou proteger a saúde, dos que podem ser adoptados indiferentemente das consequências para a saúde.

Actualmente reconhece-se que as campanhas de Educação para a Saúde, sobretudo para a prevenção de comportamentos de risco, que se evidenciam apenas na propagação de informação, sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos, não obtêm os resultados esperados em termos de impacto na mudança de comportamentos de saúde (SCRIVEN, 1996). Os programas de Educação para a Saúde visam ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais essenciais à preferência de comportamentos saudáveis.

Os factores psicossociais e ambientais revestem-se de especial importância, contribuindo directamente para o *empowerment*, na tomada de decisões para estilos de vida saudáveis e para evitar comportamentos de risco de saúde. O *empowerment*, tanto individual como colectivo, constitui um objectivo chave da Educação e Promoção da Saúde (TONES, 1991).

É fundamental investir na Educação para a Saúde, pois esta, parece ser uma pedra basilar na Promoção da saúde e na Prevenção da doença. Se a saúde diz respeito a cada um de nós, é impreterível que cada um contribua activamente para tal, isso só é possível se houver motivação e comunicação, daí a importância das actividades que ajudam os indivíduos a tomar decisões conscientes.

## 5.2 - METODOLOGIAS

Para TAVARES (1990) planear em saúde é um método contínuo de previsão de recursos indispensáveis, de forma a atingir os objectivos definidos,

segundo a ordem de prioridade determinada, permitindo escolher resultados excelentes entre as diversas alternativas.

Para IMPERATORI e GIRALDES (1986), o planeamento em saúde deve ser percebido como um processo dinâmico e contínuo que engloba sete fases:

1ª Fase – diagnóstico da situação: deve possibilitar a identificação dos principais problemas de saúde, assim como os factores condicionantes. Tem que ser aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser claro e perceptível a qualquer elemento da população.

2ª Fase – definição de prioridades: selecção dos problemas de saúde que serão resolvidos. São utilizados diversos critérios: a dimensão do problema; a importância social e económica; a sua vulnerabilidade.

3ª Fase – fixação de objectivos: em relação aos problemas definidos como prioritários, requer a determinação da evolução natural dos problemas e da sua tendência. O objectivo é o enunciado do resultado desejável do problema, modificando a tendência da sua evolução.

4ª Fase – selecção de estratégias: permite a escolha de técnicas específicas de forma a atingir um objectivo. Nesta fase serão estudadas estratégias alternativas para alcançar o mesmo objectivo, onde deve constar um orçamento dos custos, uma avaliação e adequação dos recursos futuros.

5ª Fase - elaboração de programas e projectos: consiste numa análise pormenorizada das actividades imprescindíveis à execução total ou parcial de uma estratégia, que pretende atingir um ou vários objectivos. Por vezes, nesta fase, há necessidade de se fazer uma revisão das fases do planeamento anteriores, de forma a adaptar os recursos necessários aos recursos existentes.

6ª Fase – preparação da execução: esta fase é fundamental para o sucesso de um programa ou projecto. É aqui que serão especificadas as responsabilidades da execução das entidades envolvidas, deve existir um único serviço que seja o principal responsável. Também é nesta fase que se definem os calendários de execução, os cronogramas e se selecciona o responsável pelo seu acompanhamento.

7ª Fase – avaliação: aqui será feita a identificação dos principais indicadores de controlo da execução, tanto em termos materiais e financeiros, escolhem-se ainda os circuitos e os impressos adequados.

Quando a avaliação terminar, voltar-se-á a primeira fase do planeamento, de forma a actualizar o diagnóstico, melhorando assim a informação disponível.

O Planeamento permite aperfeiçoar o desempenho, otimizar a produção e aumentar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de protecção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Neste contexto, considerou-se pertinente a implementação de um projecto de intervenção comunitária. Tendo subjacente a filosofia de projectos desta natureza, o envolvimento de outras parcerias e das próprias pessoas é crucial. Desta forma, pretendeu-se responsabilizar o indivíduo pela sua saúde. Para tal, as suas decisões devem ser tomadas de forma informada, responsável e consciente.

Ao seleccionarem-se os instrumentos de colheita de dados, foi tido em conta os dados que se pretendiam colher, assim como os objectivos do projecto. Para tal, recorreu-se à observação *in loco*, à aplicação de um questionário aos idosos com idade igual ou superior a 75 anos, inscritos na Extensão de Saude de FA.

Para GIL (1989, p.105) a observação *in loco* é um tipo de observação na qual “(...) o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, observa de forma espontânea os factos. É mais um espectador que um actor”.

Ao utilizar-se a observação directa, caracterizou-se o ambiente físico onde os idosos vivem, pois, segundo FORTIN (1999) a observação directa visa descrever os comportamentos de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc.).

De forma a conseguir-se recolher a informação necessária, optou-se por construir um questionário, constituído por duas partes, a primeira parte referente à caracterização individual do idoso, a segunda serve essencialmente para observação e registo dos factores que podem constituir risco de queda no domicílio dos idosos.

Segundo QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), o questionário permite-nos conhecer as condições, modos de vida, comportamentos e opiniões de uma população, tal como permite uma análise de um determinado fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão.

A construção do questionário de aplicação directa, foi baseada na bibliografia consultada e nos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional de cuidados na comunidade.

O questionário foi, tal como anteriormente referido, aplicado aos idosos com 75 e mais anos de FA, nos meses de Novembro e Dezembro de 2010.

Segundo FORTIN (1999), a aplicação do questionário carece de verificação através do pré-teste, detectando-se os problemas que possa apresentar, de modo a ser melhorado. Esta etapa é imprescindível e o seu principal objectivo consiste em avaliar a eficácia, pertinência e operacionalidade do mesmo.

Optou-se por realizar um pré-teste a seis idosos, com características semelhantes às da população seleccionada, tendo a sua aplicação ocorrido em Montargil. Verificou-se com a realização do pré-teste a necessidade de reformular 2 questões, no sentido de as tornar mais claras e objectivas.

Antes da aplicação dos questionários foi solicitado aos idosos que dessem o seu Consentimento Informado (Apêndice 6), tendo este sido precedido de um pequeno esclarecimento sobre a sua finalidade. Todos os idosos estiveram disponíveis para responder às questões, tendo o seu preenchimento demorado em média 1 hora.

Na pesquisa bibliográfica utilizaram-se fontes de informação documentais, fontes de informação *online* e fontes institucionais (Instituições e Organizações).

Atendendo à natureza e âmbito do projecto e ainda à população envolvida, parece-nos que esta metodologia foi adequada.

### 5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

IMPERATORI e GIRALDES (1986, p.65) definem estratégias de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo”.

A escolha de estratégias é basilar, uma vez que permite seleccionar um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objectivo, estudar estratégias alternativas e estimar os seus custos, face aos recursos existentes (TAVARES, 1990). A escolha das estratégias depende dos objectivos definidos anteriormente, assim como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho que deseja desenvolver uma actividade.

Houve necessidade de se estabeleceram vários contactos com os agentes da comunidade, com o objectivo de promover parcerias na implementação do projecto. É essencial motivar as entidades a cooperarem num projecto desta natureza, promovendo um plano de trabalho em parceria, de forma a articular os recursos dos parceiros, procurando respostas que favoreçam a optimização desses mesmos recursos.

Um projecto mais facilmente terá continuidade se permanecerem outras entidades envolvidas, pelo que houve necessidade de envolver as seguintes:

- ULSNA;
- Centro de Saúde de Montargil;
- Centro de Saúde de Ponte de Sôr;
- Centro de Dia de Foros do Arrão;
- Junta de Freguesia de Foros do Arrão;
- Junta de freguesia de Montargil;
- Grupo Sociocultural de Montargil;
- Associação Nova Cultura.

Para TAVARES (1990) a articulação entre os diferentes organismos do sector da saúde e as instituições não pertencentes a este sector, estabelece um aspecto relevante a ser levado em conta na preparação de um projecto. Ao abranger outros organismos contribui-se para uma maior aceitabilidade do projecto entre a população beneficiária. Tais organismos são agentes promotores e facilitadores da implementação do projecto.

Com a finalidade de encontrar os factores de risco de queda nos domicílios, tal como já foi referido, foram efectuadas 131 VD a 159 idosos.

Segundo STANHOPE e LANCASTER (1999, p.532) “ *as visitas domiciliárias proporcionam uma colheita de dados mais exacta sobre a estrutura familiar, o ambiente natural ou habitacional e o comportamento neste ambiente. As visitas domiciliárias também proporcionam oportunidades para identificar quer as barreiras quer os apoios para atingir os objectivos da promoção da saúde da família.*”

A visita domiciliária de enfermagem representa uma modalidade que garante, para além de outros aspectos, proximidade, interacção, cuidados e interesse. A mesma deve ser compreendida como uma das estratégias de intervenção dos enfermeiros na prestação de cuidados.

Assim, a visitação domiciliária garante um momento importante na promoção e educação para a saúde, tendo em conta a proximidade que pode oferecer, facultando e ajudando o contacto e interacção entre os intervenientes, não podendo ser apenas associados e descritos como cuidados prestados em casa.

A VD também apresenta benefícios para a sociedade, já que a realização da mesma diminui o número de internamentos nos hospitais e noutras instituições, reduzindo custos consequentes desses internamentos.

De forma a informar os idosos acerca das medidas de prevenção das quedas foram realizadas 4 Sessões de Educação para a Saúde. As mesmas foram divulgadas no Fórum da Associação Nova Cultura e afixaram-se panfletos nas superfícies comerciais a convidar a população a participar. Os idosos que integravam o projecto, foram convocados telefonicamente e pessoalmente.

A promoção da saúde consiste no incentivo de práticas e de estratégias que visem a manutenção ou melhoria da saúde, de modo a habilitar as pessoas a controlá-la com o propósito de garanti-la ou melhorá-la e ainda de impedir o aparecimento de doenças (MATOS e CARVALHOSA, 2001). A prevenção implica então uma participação activa na alteração do ambiente, no qual a pessoa está inserida.

Parece-nos que as estratégias accionadas permitiram atingir os objectivos previamente definidos.

#### 5.4 - RECURSOS MATERIAIS, HUMANOS E FINANCEIROS ENVOLVIDOS

Para TAVARES (1990, p.71) a “identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de Planeamento.”

Os recursos materiais mobilizados para a concretização deste projecto foram os seguintes:

- 1 Resma de papel A<sub>4</sub>;
- 1 Conjunto de tinteiros a cores;
- 1 Computador;
- 1 Projector;
- 1 Impressora a cores;
- Esferográficas, lápis e borracha.

Os consumíveis foram financiados pela Junta de Freguesia de Foros do Arrão e pelo Centro de Saúde de Montargil. Os equipamentos foram emprestados pela Junta de Freguesia de Montargil e Associação Nova Cultura.

Os recursos humanos necessários foram:

- Enfermeira;
- Técnica de Serviço Social.

Relativamente aos espaços, os mesmos foram cedidos pela Casa do Povo e Centro de Dia de FA.

Os custos mais importantes são os atribuídos ao tempo utilizado nas VD, atendendo a que se gastou em média uma hora por visita e o total das mesmas foi 131, além do tempo utilizado nas sessões e na preparação e operacionalização de todo o projecto.

## 5.5- CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Para TAVARES (1990) a articulação entre os diferentes organismos do sector da saúde e outros não pertencentes a este sector, estabelece um aspecto relevante a ser levado em conta na preparação de um projecto, permitindo uma maior aceitabilidade do mesmo. Tais organismos também são agentes promotores e facilitadores da implementação do projecto.

De forma a concretizar o projecto estabeleceram-se vários contactos e diligências, com a finalidade de se conjugarem esforços, facilitadores da implementação e continuidade do mesmo.

Estes, foram feitos com as instituições de saúde, nomeadamente, ULSNA; Centro de Saúde de Montargil; Centro de Saúde de Ponte de Sôr, que autorizaram a implementação do projecto, proporcionaram a identificação da população e forneceram materiais consumíveis. As autarquias envolvidas foram, a Junta de Freguesia de Montargil; Junta de Freguesia de Foros do Arrão que contribuíram com algum material consumível e a cedência de algum equipamento. As associações parceiras foram o Centro de Dia de FA, Casa do Povo de FA com a cedência do espaço e ainda o Grupo Sociocultural de Montargil e a Associação Nova Cultura, que facilitaram e promoveram a divulgação do projecto.

## 5.6 - CUMPRIMENTO CRONOGRAMA

Para IMPERATORI e GIRALDES (1986) os cronogramas, são gráficos de duas dimensões onde está representado no eixo das abcissas o tempo (dias, meses) e no eixo das ordenadas as actividades que constituem o projecto.

Para TAVARES (1990) o cronograma permite a representação de todas as actividades e acontecimentos de um projecto, num determinado período de tempo de forma controlar o desempenho das actividades programadas, por isso a sua importância.

O cronograma faz parte integrante do planeamento, onde estão registadas detalhadamente as actividades a serem executadas num determinado período de tempo.

Elaborou-se então um cronograma de actividades (Apêndice 7) de forma a permitir uma avaliação contínua do projecto.

De todas as actividades delineadas todas cumpriram os tempos programados.

## **6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO**

A fase da avaliação é considerada a última etapa do planeamento em saúde e se for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico, no decorrer do projecto.

TAVARES (1990) citando a OMS (1981) refere que a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência, de forma a melhorar a actividade em curso e a planificar mais eficazmente.

Para IMPERATORI e GIRALDES (1986, p. 127) “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir”.

A avaliação deve ser baseada em informações importantes, sensíveis e fáceis de obter, de forma a decidir cuidadosamente as situações para poder chegar a conclusões reflectidas e propostas úteis. Deverá ser efectuada através de indicadores, estabelecendo a ponte entre o passado e o futuro.

Assim, a avaliação tem como finalidade aperfeiçoar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar as actividades já realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

### **6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS**

Para IMPERATORI e GIRALDES (1986, p.43) um indicador é “sempre uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.”

O projecto “Os Idosos e as Quedas”, cujo objectivo geral é “Prevenir as quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos da Extensão de Saúde de Foros do Arrão” tem como objectivos específicos:

- Identificar os factores de risco de queda nos domicílios dos idosos;
- Informar os idosos acerca das medidas para a prevenção de quedas.

Para lhes dar resposta foram planeadas e realizadas as visitas domiciliárias aos idosos que integravam o projecto, no sentido de identificar factores de risco de queda no domicílio dos mesmos. Da mesma forma, foram realizadas as sessões de educação para a saúde com a finalidade de contribuir para a prevenção de quedas.

Na avaliação efectuada utilizaram-se indicadores de actividade ou de execução pois, pretende-se medir as actividades desenvolvidas.

Relativamente às sessões de educação para a saúde, como se pode observar de seguida, todas elas foram realizadas.

Nº de sessões de educação para a saúde realizadas X 100

Nº de sessões de educação para a saúde programadas

$$4 / 4 \times 100 = 100\%$$

Ainda no que concerne às sessões de educação para a saúde podemos constatar que, tendo sido convocados 159 idosos, compareceram às mesmas 148 logo, houve uma participação bastante elevada.

Nº de idosos que assistiram X 100

Nº de idosos convocados

$$148 / 159 \times 100 = 93.08\%$$

Saliente-se que dos 159 idosos convocados (integravam o projecto) compareceram 134 aos quais se juntaram 14 que compareceram por iniciativa própria, após terem conhecimento, resultante da divulgação efectuada, o que perfaz um total de 148.

No que diz respeito às VD planeadas, relativamente às realizadas, tal como se pode observar todas elas foram realizadas.

Nº de visitas domiciliárias realizadas X 100

Nº de visitas domiciliárias programadas

159 /159 X 100 =100%

Concluiu-se, portanto, que foram realizadas todas as Sessões de Educação para a Saúde e todas as VD que estavam programadas.

## 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Para Tavares (1990 p. 165) um Programa é “um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia.”

Tal como foi referido, foi construído o questionário que permitiu a avaliação dos riscos de queda nos domicílios dos idosos. Este questionário voltará a ser aplicado passados 6 meses, para verificar se as alterações sugeridas foram, de facto, efectuadas. Tal como já foi referido efectuaram-se todas as VD programadas. Da primeira VD há a realçar que os factores de risco que foram encontrados maioritariamente, foi a falta de utilização de materiais antiderrapantes; cadeiras sem braços; ausência de corrimãos e barras de apoio e falta de sinalização do fim das escadas.

Foram sugeridas aos idosos as alterações a efectuar. Em 11 situações verificou-se a necessidade de envolver a família, nomeadamente os filhos, pelo que os mesmos foram informados acerca das medidas correctivas.

Tal como já foi referido, em Julho de 2011, será realizada nova VD para verificar se foram ou não introduzidas as alterações. Caso não tenham ocorrido deve perceber-se o porquê e redefinir as estratégias.

De acordo com o planeado foram realizadas as 4 Sessões de Educação para a Saúde previstas. Todas elas obedeceram a um planeamento, tendo no final sido solicitado aos idosos que colocassem questões. Estas foram bastantes participadas,

tendo resultado num debate muito interessante que permitiu perceber que no final da sessão os objectivos foram alcançados.

Mudar algo a que se está habituado, há muito, é sempre difícil, mas não impossível, desde que exista persistência e que as pessoas compreendam as razões e a necessidade de se alterarem determinados comportamentos e hábitos.

Este será um projecto ao qual se pretende dar continuidade, aquando da implementação da Unidade de Cuidados na Comunidade, daí também a importância da avaliação pois, permite ir aferindo algumas estratégias.

No final pretende reunir com todos os parceiros envolvidos, para apresentar os resultados do projecto e recolher contributos para a continuidade do mesmo.

### 6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

A pertinência da avaliação intermédia justifica-se pelo facto de por vezes existir necessidade de se fazerem alterações das actividades planeadas, de forma a atingir os objectivos programados.

A realização e implementação deste projecto, permitiu fazer uma breve caracterização sócio-demográfica dos idosos com idade igual ou superior a 75 anos, inscritos na Extensão de Saúde de Foros do Arrão e conhecer os factores de risco de quedas nos seus domicílios, através da aplicação do instrumento de colheita de dados utilizado na VD.

Sublinha-se que os resultados mais pertinentes encontrados na 1ª VD foram:

- Os idosos com idade igual ou superior a 75 anos são maioritariamente mulheres;
- A maioria casados;
- A percentagem de viuvez é mais elevada mas mulheres;
- Analfabetismo elevado;
- A percentagem de idosos que vivem sós é elevada e são maioritariamente mulheres;
- Mais de metade dos idosos já caíram, sobretudo nos últimos 2 anos;

- Mais de metade dos idosos que já caíram sofreram alterações na sua integridade física.

Tal como já foi referido, com base na recolha de dados, foram feitas algumas sugestões. Estas serão alvo de verificação aquando da segunda VD. Os idosos, na sua maioria, aceitaram e compreenderam a necessidade de fazer alterações no seu domicílio, no sentido de prevenirem quedas. No caso de não se verificarem as alterações sugeridas é necessário perceber porquê e redefinir estratégias ou mobilizar outros recursos. Até ao momento não houve necessidade de se envolverem outros parceiros, uma vez que os idosos referiram que tinham condições para a implantação das medidas correctivas e, aqueles que manifestaram algumas dificuldades foram apoiados pela família, nomeadamente os filhos.

No final de cada VD era questionado aos idosos se compreendiam a importância de fazer as alterações sugeridas, se tinham possibilidades de as concretizar e se viam alguma utilidade nesta VD. Todos eles referiram a importância de prevenir as quedas e muitos mencionaram também que desconheciam até agora a forma de o fazer. Acharam muito útil esta visita e de imediato manifestaram o interesse e a importância de uma nova visita para verificar se tinham percebido tudo. A mesma está prevista para Julho.

No final da primeira sessão de educação para a saúde, foi questionado aos idosos se os conteúdos eram interessantes e se viram esclarecidas as suas dúvidas. De uma forma geral foram da opinião que tanto os conteúdos como a metodologia utilizados foram interessantes e muito claros. A este aspecto pode juntar-se a participação activa dos idosos na sessão.

Considerou-se por esta avaliação intermédia não haver necessidade de introduzir medidas correctivas, pois os resultados encontrados eram bastante positivos e davam resposta aos objectivos do projecto.

## 7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Ao longo da nossa trajectória profissional enumeras são as alterações que vão ocorrendo, novos conhecimentos científicos vão surgindo, exigindo uma busca incessante de informação e formação por forma a que nos possamos manter actualizados e inseridos num mundo em constante evolução. Este é um grande desafio que se coloca, inquestionável para o crescimento pessoal e profissional, modelando a forma de ser e estar na profissão e o modo como se prestam cuidados de qualidade. Daí a necessidade de encarar a formação contínua como uma mais valia no aperfeiçoamento de competências profissionais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolve e mobiliza competências comuns ao enfermeiro especialista, e competências específicas da sua área de formação definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, publicadas no Diário da República, 2ª série – N.º. 35 - 18 de Fevereiro de 2011, Regulamento nº 128/2011, no artigo 4º, alínea *a* refere que o enfermeiro “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.” Com este projecto foi possível estabelecer prioridades numa comunidade específica, nomeadamente com os idosos com 75 e mais anos da Extensão de Saúde de Foros do Arrão, depois de elaborado o diagnóstico da situação e encontradas as necessidades dessa mesma população, utilizando para tal a metodologia do planeamento em saúde.

O mesmo Regulamento na sua alínea *b* refere que o enfermeiro “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”. No projecto desenvolvido, evidencia-se a importância da educação para a saúde na prevenção de situações de risco, através da informação, tendo em vista ajudar as pessoas a desenvolverem competências essenciais, neste caso, acerca da prevenção de quedas no domicílio, através do *empowerment*, na tomada de decisões para estilos de vida mais saudáveis.

Ainda com base no Regulamento referido anteriormente, na alínea c, o enfermeiro “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde”. Tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 uma das estratégias para obter mais saúde para todos, consiste numa abordagem centrada na família e no ciclo de vida, de forma a promover um envelhecimento activo. Considera o plano que os cuidados são inadequados às necessidades dos idosos e que existe uma insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e independência e insuficiência de ambientes capacitadores dessa mesma autonomia e independência. As orientações estratégicas prendem-se com a necessidade de adequar as necessidades específicas dos idosos. O mesmo plano considera fundamental promover e desenvolver, intersectorialmente, os ambientes de autonomia e independência dos idosos, sendo primordial informar a população alvo e orientar tecnicamente os profissionais de saúde quanto à detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas.

Tendo subjacente estas orientações, o projecto incide sobre situações de maior vulnerabilidade, como seja o risco de quedas e a informação da população idosa, sobre medidas de prevenção de quedas.

## 8 - CONCLUSÃO

Refere NAZARETH (2009) que a partir do século XX ocorreram bastantes transformações na estrutura da pirâmide etária, descrevendo esta a existência de um duplo envelhecimento, isto é, um envelhecimento da base e do topo.

Esta transição demográfica deve-se ao declínio das taxas de mortalidade, ao aumento da esperança média de vida e à diminuição das taxas de natalidade entre outros, o que nos leva a pensar no século XXI, como o século do envelhecimento.

Para IMAGINÁRIO (2004, p. 13) o envelhecimento biológico define-se “como a alteração progressiva de adaptação do corpo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónicas-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim da vida.”

O envelhecimento é um processo progressivo, que ocorre ao longo da vida, único, durante o qual vão ocorrendo modificações fisiológicas, conducentes a uma maior vulnerabilidade e perda gradual da capacidade de adaptação ao meio, sobretudo dos mais idosos, pelo que ficam mais susceptíveis às quedas.

Com base no relatório publicado pelo Observatório Nacional de Saúde (2005) concluiu-se que a principal causa de acidentes domésticos nos idosos são as quedas e, estas ocorrem maioritariamente a partir dos 75 anos. Para PEREIRA (2000, p.23) “As quedas são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais e constituem a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos”.

As quedas nos idosos podem provocar uma série de alterações, sendo as consequências mais graves os traumatismos cranianos, as fracturas e as luxações. Uma das situações mais frequentes e graves é a fractura do colo do fémur, que ocorre quase sempre depois dos 70 anos em consequência, em mais de 90% dos casos, de uma queda.

Como se pode verificar as quedas nos idosos têm consequências graves, que poderiam ser diminuídas através de medidas de prevenção.

Tendo subjacente, tanto as consequências das quedas nos idosos como a constatação de que em alguns casos estas situações poderiam ser prevenidas, foi desenvolvido o referido projecto, com os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Prevenir as quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos da Extensão de Saúde de Foros do Arrão.

Objectivos específicos:

- Identificar os factores de risco de queda nos domicílios dos idosos;
- Informar os idosos acerca das medidas para a prevenção de quedas.

Outro aspecto considerado importante num projecto de intervenção comunitária é o envolvimento de outras instituições parceiras que não apenas do âmbito da saúde, nomeadamente associações culturais e autarquias. Para TAVARES (1990) a articulação entre os diferentes organismos do sector da saúde e as instituições não pertencentes a este sector, estabelece um aspecto relevante a ser levado em conta na preparação de um projecto. Ao abarcar outros organismos contribui-se para uma maior aceitabilidade do projecto e permite a rentabilização dos recursos, tornando-se numa mais-valia para a população abrangida pelo mesmo. Houve então necessidade de se estabeleceram vários contactos com os agentes da comunidade, com o objectivo de se obterem contributos. É essencial motivar as entidades a cooperarem, estimulando o trabalho em parceria e procurando respostas que permitam a optimização dos recursos existentes.

É fundamental também envolver as pessoas nas questões que dizem respeito à sua saúde, este é um dos aspectos cruciais da intervenção comunitária. Desta forma, tanto as sessões de educação para a saúde, como o assumir das responsabilidades e escolhas informadas por parte dos idosos, com a finalidade de suprimir os riscos de quedas no domicílio, constitui-se crucial e por si só já é uma garantia de sucesso.

Este, será um projecto para dar continuidade com a criação da Unidade de Cuidados na Comunidade, visto que a prevenção da doença e a promoção da saúde trará muitos benefícios para o idoso, os seus familiares, a sociedade e a saúde pública, mas sobretudo, evitará as graves consequências que advêm das quedas, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. De que vale viver muitos anos se não forem vividos com qualidade?

## BIBLIOGRAFIA

ADEBIYI, A. – Falls and Autcomes Amongst Old Peoples in Rural Dwellings. Pós-Graduação em Medicina. Vol. 7 Nº. 2 Dezembro, 2009. Disponível em <http://www.ajol.info/index.php/aipm/article/view/64082/51882> acedido a 29 de Janeiro de 2011.

BRITO, F.C; COSTA, S.M.N. – **Quedas - Urgências em geriatria**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Edição Atheneu, 2001.

CARTA de OTTAWA, disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>, acedido em 27 de Novembro de 2010 .

CARVALHO, A. – **Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciência e Saúde Colectiva**. São Paulo: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. Vol 1. nº.1, 1996.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, acedido em 27 Novembro de 2010 .

DECRETO-LEI nº. 128/2011. D.R. II Serie – Nº. 35, artigo 4º – (2011-02-18), disponível em <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866708669.pdf> acedido dia 22 de Fevereiro de 2011.

DECRETO-LEI nº 130/84. D.R. I Serie, Nº170 (1984-07-24), o Despacho Normativo, XIV.

DECRETO-LEI nº163/2006. D.R. I Serie Nº152 (2006-08-08), disponível em [http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl\\_163\\_2006.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_163_2006.htm), acedido dia 15 de Novembro de 2010.

DECRETO-LEI n.º 247/2009, no artigo 9º (22-09-2009), disponível em [http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2009\\_dl\\_247\\_22\\_09.pdf](http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2009_dl_247_22_09.pdf), acedido a 18 de Setembro de 2010.

ELIOPOULOS, C.- **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

EUNESE - **European network for safety among elderly (2005)**. Disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action3/docs/2003\\_3\\_13\\_inter\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter_en.pdf) acedido dia 14 de Janeiro de 2011.

FERRÃO, A. - **As quedas no idoso**. Disponível em <http://www.medicoassistente.com/saude-do-idoso/as-quedas-no-idoso>, acedido dia 14 de Janeiro de 2011.

FERRAZ, S. – **Estratégia para adopção de "Cidades Saudáveis" no Brasil. Saúde em Debate**. Nº. 41, 1994.

FONSECA, A. M.– **O envelhecimento – Uma Abordagem Psicológica**. Lisboa Universidade Católica Portuguesa, 2004.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Processo Investigação: da concepção a realização**. Loures: Lusociência, 1999.

GIL, A. – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1989.

GUIMARÃES, R.M; CUNHA; U.G.V. – **Sinais e sintomas em Geriatria**. São Paulo, 2ª Edição, editora Athneu, 2004.

IMAGINÁRIO, Cristina - **O Idoso Dependente – Em Contexto Familiar**. Coimbra: Formasau, 2004.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. – **Metodologias do Planeamento de Saúde**. 2º ed. Lisboa: Obras Avulsas, 1986.

INE - **Anuário Estatístico de Portugal – 2009**. Ano de Edição: 2010. Disponível em

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=104996740&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=104996740&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2) Acedido a 11 de Fevereiro de 2011.

INE- **Estatísticas Demográficas – 2009**. Ano de Edição: 2010. disponível em

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=102638621&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102638621&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2) acedido a 11 de Fevereiro de 2011.

LIMA, Roberto Attilio - **Ortopedia e traumatologia**. 1ª Edição, Rio de Janeiro Editora Roca, p. 581, 2006.

MACHADO TR [et al.] - **Avaliação da presença de risco para queda em idosos**. Revista Electrónica de Enfermagem [Internet]. 2009;11(1):32-8. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>. acedido a 29 de Janeiro de 2011.

MATOS, M.; CARVALHOSA, S. – A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa: SPPS. Vol.2, nº.2 (2001), ISSN 1645-0086.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas**. Direcção Geral de Saúde – Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/idosos/prev-eniracidentesidosos.htm> acedido a 18 de Fevereiro de 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Orientações estratégicas. Vol. II disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf), acedido a 15 de Outubro de 2010.

MOURA C. – **Século XXI: Século do Envelhecimento**. 1ª Edição. Loures: Luso-Ciência, 2005.

NAZARETH, J. Manuel - **Crescer e Envelhecer: Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico**, Lisboa: Editorial Presença, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Envelhecimento activo: uma política de saúde**. Madrid; Espanha, 2002.

PEREIRA, Paula - Quedas em idosos. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**, Vol. XIII, nº125, Maio, 2000, p.23

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Portugal: Gradiva, 1998.

RABIAIS, Sara; NUNES, Baltazar; CONTREIRAS, Teresa - **Observatório Nacional da Saúde. ADELIA 2005 – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório**. Lisboa, 2006. Disponível em [https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/PT\\_proj\\_adelia\\_rel-at-final-2005\\_onsa.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/PT_proj_adelia_rel-at-final-2005_onsa.pdf) acedido a 26 de Outubro de 2010.

RECOMENDAÇÕES DE ADELAIDE, disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Adelaide.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm), acedido em 27-11-2010.

SANTANA, Valdimar - **Avaliação dos possíveis factores de risco para quedas em domicílios de idosos**. Universidade Católica de Goiás. Dissertação de mestrado. 2007. Disponível em

[http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=344](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=344) acessado a 29 de Janeiro de 2011.

SANTOS. T. e ; PEREIRA, J.A - Quedas quando e porque? **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**, Vol. XV, nº154, p 70, Junho 2003.

SCRIVEN, A. - **The impact of recent government policy on the provision of health education in schools**. In Health promotion – professional perspectives. London: Macmillan Press, 1996.

SILVA, Tatiana Magalhães [et al.] - **A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos**. Revista Electrónica de Enfermagem [Internet]. 2007, Vol 9, Nº1, p. 64-78. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7136> acessado a 29 de Janeiro de 2011.

SIMPSON, J. M.. **Instabilidade Postural e Tendência às Quedas**. In.: PICKLES B. et. al.. **Fisioterapia na 3ª idade**. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2000

STANHOPE, M. e LANCASTER, J - **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª ed. Lusociência, Lisboa, 1999. ISBN 972-8383

STUDENSK S, WOLTER L. **Instabilidade e quedas**. In: Duthie, EH, Katz PR, organizadores. **Geriatría práctica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

TAVARES, A. – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990.

TONES, K. – Saúde Positiva. **Nursing**. Lisboa: Pedro Serra Pinto. Ano 4, nº.44, 1991, p.8-11. ISSN 0871-6196.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

Pedido de autorização para implementação do projecto

Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Responsável do

Centro de Saúde de Montargil

Dr.<sup>a</sup> Gracinda Rodrigues

Helena Maria Guerra da Silva Chuço, enfermeira com a especialidade em Enfermagem Comunitária, a exercer funções no Centro de Saúde de Montargil, encontrando-se actualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, vem por este meio apresentar o projecto que se propõe desenvolver e solicitar autorização para a implementação do mesmo.

O projecto intitula-se “*Os Idosos e as Quedas*”, a população alvo são os utentes inscritos na Extensão de Saúde de Foros do Arrão, com idade igual ou superior a 75 anos.

O objectivo geral é prevenir as quedas nos idosos.

Como objectivos específicos pretende identificar os factores de risco de quedas nos domicílios dos idosos e informar os idosos acerca das medidas para a prevenção de quedas.

As intervenções previstas são:

- Identificação dos idosos com idade igual ou superior a 75 anos inscritos na Extensão de Saúde e residentes em FA;
- Realização de Sessões de Educação e Promoção da Saúde na comunidade (Casa do Povo e Centro Dia Foros Arrão);
- Elaboração de panfletos sobre prevenção de quedas nos idosos;
- Planeamento e realização da 2.ª Visitas Domiciliárias, a 1.ª em Novembro/Dezembro de 2010 e a 2.ª em Julho de 2011.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

Aguarda deferimento

Montargil, 26 de Outubro de 2010

Helena Chuço

## **APÊNDICE 2**

### **Questionário**

# CENTRO DE SAÚDE DE MONTARGIL

Extensão de Saúde de Foros do Arrão (Visita Domiciliária)

1- Nº de Processo\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_

2- Sexo

| Masculino | Feminino |
|-----------|----------|
|           |          |

3- Data nascimento\_\_\_\_\_

4- Idade em Anos\_\_\_\_\_

5- Escolaridade

| Escolaridade        | Sim | Não |
|---------------------|-----|-----|
| Sabe ler e escrever |     |     |

6- Estado civil

| Estado civil          | 1ª VD | 2ª VD |
|-----------------------|-------|-------|
| Casado/união de facto |       |       |
| Viúvo/a               |       |       |
| Solteiro/a            |       |       |
| Divorciado/a          |       |       |

7- Situação familiar

| Situação familiar | 1ª VD |     | 2ª VD |     |
|-------------------|-------|-----|-------|-----|
|                   | Sim   | Não | Sim   | Não |
| Vive sozinho      |       |     |       |     |

8- Já sofreu quedas?

| 1ª VD |     | 2ª VD |     |
|-------|-----|-------|-----|
| Sim   | Não | Sim   | Não |
|       |     |       |     |

8.1-Há quanto tempo ocorreu a última queda? \_\_\_\_\_

8.2-Consequências? \_\_\_\_\_

9 - Risco Doméstico para quedas

| 9.1 Tapetes                                                         | Sim | Não | Alterações sugeridas | Alterações efectuadas |
|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------------------|-----------------------|
| Presença de tapetes pequenos;                                       |     |     |                      |                       |
| Carpets soltas ou com dobras;                                       |     |     |                      |                       |
| Uso de materiais não aderentes, na superfície inferior dos tapetes; |     |     |                      |                       |
| Bordas dos tapetes, principalmente dobrados.                        |     |     |                      |                       |

| <b>9.2 Mobília</b>                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Móveis com rodas;                                                                                 |            |            |                             |                              |
| Móveis instáveis;                                                                                 |            |            |                             |                              |
| Móveis fora do lugar (dificultam a circulação);                                                   |            |            |                             |                              |
| Cadeiras, sofás e cama muito baixos ou muito altos;                                               |            |            |                             |                              |
| Arestas aguçadas;                                                                                 |            |            |                             |                              |
| Cadeiras sem braços;                                                                              |            |            |                             |                              |
| Objectos colocados em lugares de difícil acesso, (sobe-se uma cadeira ou banco para os alcançar). |            |            |                             |                              |

| <b>9.3 Pavimento</b>                                       | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Pisos escorregadios (por exemplo, encerados);              |            |            |                             |                              |
| Fios soltos no chão (eléctricos ou não);                   |            |            |                             |                              |
| Objectos deixados no chão (sapatos brinquedos, roupas...); |            |            |                             |                              |
| Chão desnivelado.                                          |            |            |                             |                              |

| <b>9.4 Casa de Banho</b>                                                                   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ausência de tapetes de borracha antiderrapantes;                                           |            |            |                             |                              |
| Portas do chuveiro ou banheira em vidro;                                                   |            |            |                             |                              |
| Assentos sanitários baixos;                                                                |            |            |                             |                              |
| Falta de corrimãos ou barras de apoio ao pé da sanita e também nos chuveiros ou banheiras. |            |            |                             |                              |

| <b>9.5 Escadas</b>                                                          | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Iluminação inadequada;                                                      |            |            |                             |                              |
| Ausência de corrimãos;                                                      |            |            |                             |                              |
| Falta de sinalização do fim das escadas;                                    |            |            |                             |                              |
| Uso de tapetes;                                                             |            |            |                             |                              |
| Ausência de degraus antiderrapantes;                                        |            |            |                             |                              |
| Degraus irregulares em altura e largura;                                    |            |            |                             |                              |
| Degraus sem sinalização de término;                                         |            |            |                             |                              |
| Objectos nas escadas;                                                       |            |            |                             |                              |
| Escadas com piso muito desenhado (dificulta a visualização de cada degrau). |            |            |                             |                              |

| <b>9.6 Corredores</b>                  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações Sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|----------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Carpets pequenas;                      |            |            |                             |                              |
| Iluminação inadequada;                 |            |            |                             |                              |
| Mobiliária que dificulte a circulação. |            |            |                             |                              |

| <b>9.7 Vestuário/Calçado</b>                                  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Alterações Sugeridas</b> | <b>Alterações efectuadas</b> |
|---------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Uso de chinelos, sapatos mal atados ou com sola escorregadia. |            |            |                             |                              |
| Roupas de dormir compridas (arrastando pelo chão).            |            |            |                             |                              |



### **APÊNDICE 3**

#### Convite à População



## *Convite*

*A aluna Helena Maria Guerra da Silva Chuço, que se encontra a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, tem o prazer de convidar a população, para a apresentação de Sessões de Educação e Promoção da Saúde, subordinadas ao tema “Os Idosos e as Quedas”.*

*A iniciativa terá lugar às 10h, na Casa do Povo de Foros do Arrão, nos dias: 9 De Dezembro de 2010;*

*06 De Janeiro de 2011;*

*11 De Janeiro de 2011*

*E no Centro de Dia de Foros do Arrão, no dia 16 de Dezembro de 2010.*

*Esta apresentação pretende alertar para o risco de quedas no domicílio, assim como informar acerca das medidas para a sua prevenção.*

*Muito obrigado, pela sua colaboração*

*Helena Chuço*

## **APÊNDICE 4**

### **Planificação da Sessão de Educação para a Saúde**

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Os Idosos e as Quedas

**Quem:** Enfermeira que se encontra a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Data:** 09/12/2010

**Local:** Casa do Povo de Foros do Arrão

16/12/2010

Centro Dia de Foros Arrão

06/01/2011

Casa do Povo de Foros do Arrão

11/01/2011

Casa do Povo de Foros do Arrão

**Hora:** 10h

**Duração:** 45 minutos

**População Alvo:** Utentes inscritos na Extensão de Saúde de FA com idade igual ou superior a 75 anos

**Objectivos:**

- Enumerar 4 factores de risco de queda no domicílio
- Referir 4 medidas de prevenção de quedas
- Mencionar 4 medidas a tomar no caso de ocorrer uma queda

| <b>Etapas</b>          | <b>Tempo</b> | <b>Conteúdos</b>                                                                                                                                                                           | <b>Métodos /Estratégias</b>                                                                                      |
|------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Introdução</b>      | 5`           | -Apresentação da prelectora<br>- Apresentação do tema<br>- Apresentação dos objectivos                                                                                                     | Expositivo                                                                                                       |
| <b>Desenvolvimento</b> | 25`          | - Definição de queda<br>- Factores de risco de queda no domicílio<br>- Prevenção das quedas<br>- Adaptar o ambiente<br>- Adequação dos objectos pessoais<br>- O que fazer em caso de queda | Expositivo/Directivo<br><br>Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão                                |
| <b>Conclusão</b>       | 15`          | - Síntese das principais ideias.<br>- Esclarecimento de dúvidas.<br>- Debate                                                                                                               | Expositivo/Directivo<br>Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão<br>Entrega de folheto informativo. |

## **APÊNDICE 5**

Folheto sobre “Os idosos e as quedas”

### Outros cuidados:

- Use sapatos com sola anti-derrapante, preferivelmente com saltos baixos;
- Evite andar descalço pela casa;
- Caminhe sem pressa;
- Use apoios (canadianas, andarilhos) com ponta de borracha;
- Informe o médico ou enfermeira se tiver tonturas, problemas de visão ou de equilíbrio;
- Faça uma avaliação periódica da sua visão.



Centro de Saúde de Montargil

Rua Manuel Falcão de Sousa

7425—Montargil

Tel: 242900000

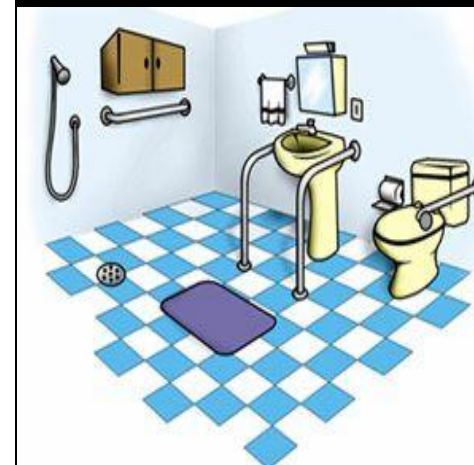
Fax: 242901135



Centro de Saúde de Montargil

Tel: 242900000

## OS Idosos e as Quedas



## Elimine os perigos da sua residência como:

- Ambientes com pouca luminosidade;
- Tapetes que escorregam;
- Fios de telefone ou electricidade soltos;
- Obstáculos no caminho: objectos, brinquedos espalhados pelo chão;
- Prateleiras muito altas ou muito baixas;
- Falta de corrimãos nas escadas.



## Casa de banho



### Acrescente medidas de segurança:

- Coloque barras de apoio fixas no chuveiro/banheira, lavatório e sanita;
- Instale um assento elevador para a sanita (suporte que aumenta a altura da sanita);
- Utilize piso antiderrapante e deixe-o sempre seco;
- Utilize sempre tapetes antiderrapantes ou com ventosas.

## Sala

- Utilize cores claras nas paredes, para aumentar a luminosidade;
- Retire os móveis que são um obstáculo à passagem;
- Fixe os móveis, assim poderão ser utilizados como apoio no caso de escorregar;
- Utilize cadeiras e sofás com braços.



## Quarto



A cama de ser larga. Não deve ser muito alta ou muito baixa, para que possa apoiar os pés no chão quando sentado. Deve ter cabeceira, para permitir que se possa recostar; o colchão deve ter densidade adequada ao seu peso.

---

Centro de Saúde de Montargil

Rua Manuel Falcão de Sousa

7425—Montargil

Tel: 242900000

Fax: 242901135

## **APÊNDICE 6**

### Consentimento Informado

## FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Exmo. (a) Senhor (a):**

O presente questionário destina-se à recolha de dados, imprescindíveis para a elaboração de um Projecto de Intervenção Comunitária no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora.

Pretende-se fazer um levantamento do risco de quedas existente no domicílio de cada utente, com idade igual ou superior a 75 anos, residentes em Foros do Arrão.

Garante-se o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a sua utilização no âmbito restrito da realização e divulgação deste projecto.

A sua colaboração é essencial de forma a atingir os objectivos propostos, pelo que solicito que responda a todas as questões e que permita a realização da visita ao seu domicílio. A sua participação é totalmente voluntária, podendo a qualquer momento desistir.

Para formalizar o seu consentimento livre e informado, solicitamos que assinale com uma cruz o quadrado seguinte:

Fui informado dos objectivos e âmbito do questionário e aceito participar no mesmo ☐

Grata pela colaboração

A aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

Helena Chuço

## **APÊNDICE 7**

### **Cronograma de Actividades**

## Cronograma de actividades

[illegible]



| <div> <div>Meses(2010/2011)</div> <div>Quinzenas</div> <div>Actividades</div> </div> | Out. |    | Nov. |    | Dez. |    | Jan. |    | Fev. |    | Mar. |    | Abr. |    | Mai. |    | Jun. |    | Jul. |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|
|                                                                                      | 1º   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1º   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª | 1ª   | 2ª |
| Elaboração do Relatório Final do Mestrado em Enfermagem                              |      |    |      | X  | X    | X  | X    | X  | X    | X  | X    |    |      |    |      |    |      |    |      |    |
| Entrega do Relatório Final do Mestrado em Enfermagem                                 |      |    |      |    |      |    |      |    |      |    |      | X  |      |    |      |    |      |    |      |    |

