



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

**Contributo do enfermeiro na prevenção do risco de queda
nas famílias idosas, em ambiente doméstico**

Nurse's Contribution to Preventing the Risk of Falls in Elderly Families, in
a Home Environment

Anexos e Apêndices

Isabel Maria Miranda Ribeiro

**Lisboa
2024**

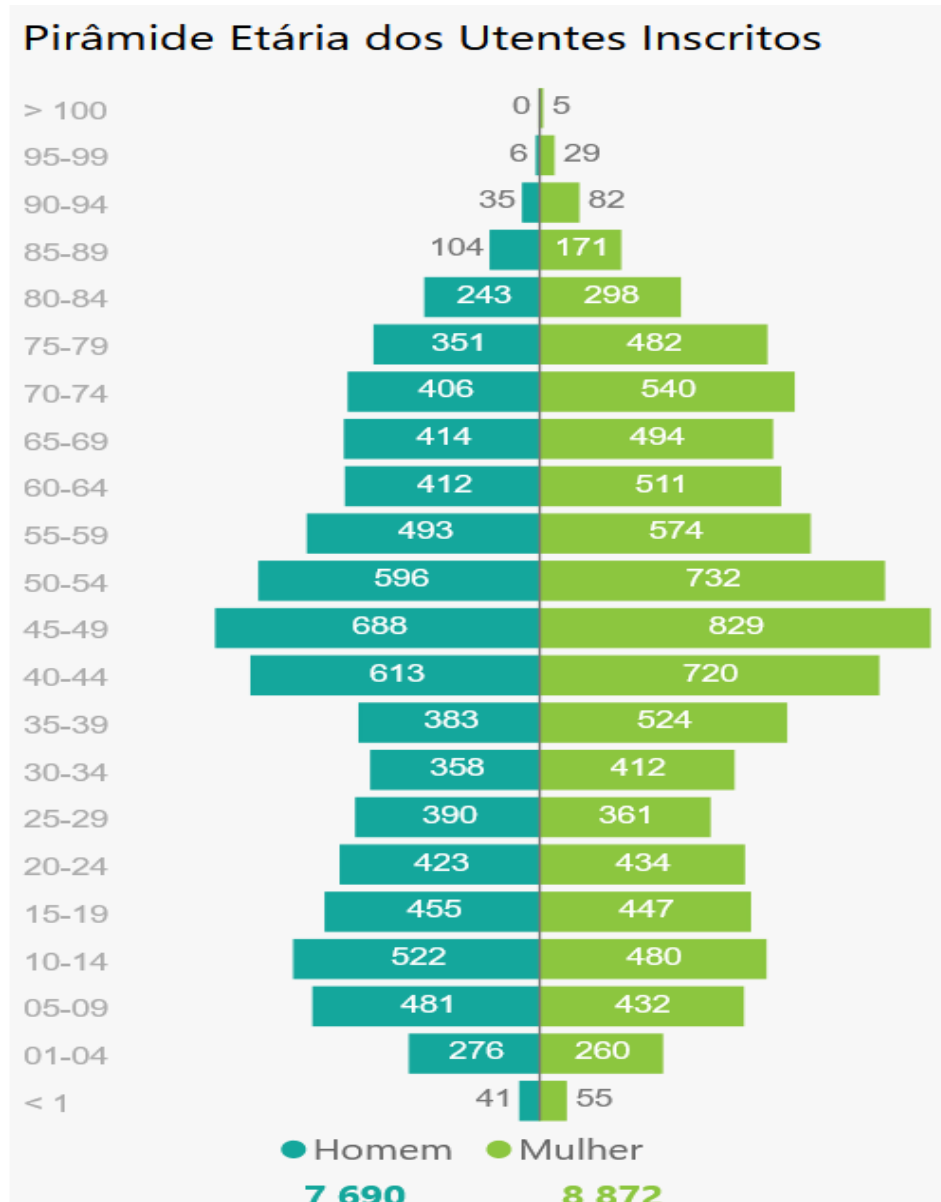
ANEXOS

Anexo I

Pirâmide demográfica dos utentes inscritos na USF

Pirâmide demográfica dos utentes inscritos na USF

População inscrita na USF e sua distribuição de acordo com a faixa etária e o sexo.



Fonte: BI-CSP, acedido em janeiro de 2024

Anexo II

Autorização do Coordenador da USF

Declaração do responsável da Unidade de Saúde Familiar

Ao Coordenador da Unidade de Saúde Familiar
Exmo. Sr. Doutor Luís Manuel Coelho Guerreiro Martins

Eu, Isabel Maria Miranda Ribeiro, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.^a que se digne autorizar a realização de um estudo de investigação na USF e acordo quanto às condições estruturais e de logística para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no mesmo.

O tema definido para o estudo é "Risco de queda no ambiente doméstico das famílias idosas: contributos do Enfermeiro de Família", cujo objetivo geral é prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a prevenção, promoção da saúde, bem-estar e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Será orientado pela Sr.^a Professora Laura Viegas e pela Sr.^a Enfermeira Especialista em Comunitária Ana Paula Santos.

Esta investigação constará do meu relatório de estágio que irá decorrer de 25/09/2023 a 9/02/2024.

Esta autorização será enviada, em anexo, ao pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Contacto:
E-Mail – i.ribeiro@campus.esel.pt
Telemóvel – 916 623 186

Subscrito a de grande interesse
para a USF

Coordenador da USF
Dr. Luis Martins

06/07/2023

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

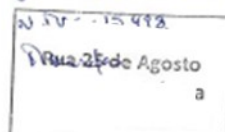
Data

06-07-2023

Assinatura

Isabel Maria Miranda Ribeiro

Reg. n.º 242 de 06/07/2023



Anexo III

Autorização do Diretor Executivo do ACES

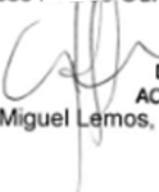
DECLARAÇÃO

Na qualidade de Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde _____
_____, declaro que autorizo a realização do estudo de investigação com o título
"Risco da queda no ambiente doméstico das famílias idosas: contributos do
enfermeiro de família".

Mais informo que o ACES _____ reúne as condições estruturais e logísticas
necessárias para a realização do mesmo.

Sacavém, 07 de julho de 2023

O Diretor Executivo do
Aces I _____


Miguel Lemos
Diretor Executivo
ACES I
Miguel Lemos, Dr.

Anexo IV

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Isabel Maria Ribeiro

i.ribeiro@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6335/CES/2023	

Assunto: Contributo do enfermeiro de família na prevenção do risco de queda das famílias idosas em ambiente doméstico.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe na reunião da secção de investigação do dia 15.12.2023, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo

LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, L.P.

Anexo V

Autorização para a utilização da escala *HOME FAST-Brasil*
pelos seus autores



jarbasmf@hotmail.com

para mim ▾

sexta, 28/07/2023, 23:27



Olá Isabel,

Fico feliz em saber que utilizará o HOME FAST na sua pesquisa.

Quanto mais profissionais utilizarem mais idosos se beneficiarão para reduzir seus riscos de quedas domiciliares.

Autorizo o uso,

Você encontrou o arquivo do questionário home fast no link no final do artigo? Caso não tenha encontrado me avise que te envio o questionário.

Sucesso,

Jarbas



Anexo VI

Certificado da coautoria e da apresentação do póster "O enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio" no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Certificado da coautoria e da apresentação do póster "O enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio" no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar.



Anexo VII

Certificados das formações frequentadas

Certificados das formações frequentadas





CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Isabel Maria Miranda Ribeiro

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua do Alameda
n.º Cruz de Malpique n.º 115, 2.º Dt
4460-203 Matosinhos



Certificado

Declara-se que **Isabel Ribeiro** participou no Webinar "Investigação na prática clínica do Enfermeiro" que decorreu no dia 16 de novembro de 2023, das 15h às 17h00.

Lisboa, 22 de novembro de 2023

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa



Certificado

Certifica-se a presença de

Isabel Maria Miranda Ribeiro

No *Webinar Gratuito "Intervenção Sistémica à Família"* realizado no dia 16 de janeiro de 2024, num total de 2 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização

CERTIFICADO

Certifica-se que Isabel Ribeiro participou no Webinar "Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária na Promoção da Saúde da Criança, Jovem e Pessoa Idosa" que decorreu online, no dia 6 de fevereiro de 2024, com a duração de 2 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL


Professora Doutora Carla Nascimento

APÊNDICES

Apêndice I

Estudo de caso



**Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Familiar**

Unidade curricular
Estágio
(Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)
1º Ano – 2º Semestre

**Família Portugal: Apreciação e intervenção do
Enfermeiro de Família**

Isabel Maria Miranda Ribeiro

—
Lisboa
Junho 2023



**Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Familiar**

Unidade curricular
Estágio
(Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)
1º Ano – 2º Semestre

**Família Portugal: Apreciação e intervenção do
Enfermeiro de Família**

Isabel Maria Miranda Ribeiro

Professora Regente:
Ana Paula Fernandes das Neves
Professora Orientadora:
Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa
Junho 2023**

Lista de Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a prática de enfermagem

CML – Camara Municipal de Loures

DGS – Direção Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da saúde

EEESF – Enfermeiro especialista de Enfermagem de saúde familiar

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Índice

Introdução	6
1 – A Família Portugal	9
1.1 - Apresentação da família Portugal	9
1.2 - Os determinantes sociais de saúde de <i>Dahlgren</i> e <i>Whitehead</i> e Políticas de Saúde na família Portugal	10
1.3 - A teoria das transições de <i>Meleis</i> e a família Portugal	12
1.4 - Avaliação familiar da família Portugal	13
1.5 - Diagnósticos e intervenção de enfermagem	18
1.6 - Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar	19
Conclusão	20
Referencias Bibliográficas	21

Anexos

Anexo 1 – Modelo de *Dahlgren* e *Whitehead*

Anexo 2 - Dimensões do MDAIF

Anexo 3 - Respostas e Prestações sociais da segurança social

Apêndices

Apêndice 1 - Escala de *Graffar* adaptada da Família Portugal

Apêndice 2 - Escala de *Katz* da Família Portugal

Apêndice 3 - Escala de *Lawton & Brody* da Família Portugal

Apêndice 4 - Escala de Marcha de *Holden* da Família Portugal

Apêndice 5 - Escala de Quedas de *Morse* Adaptada da Família Portugal

Apêndice 6 - Escala de Readaptação Social de *Holmes* e *Rahe* da Família Portugal

Apêndice 7 - APGAR Familiar de *Smiklstein* da Família Portugal

Apêndice 8 - FACES II da Família Portugal

Apêndice 9 – Diagnósticos e intervenção de enfermagem

Apêndice 10 - Recursos de Apoio Social e Comunitário Identificados na Comunidade da Família Portugal

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma da Família Portugal

Figura 2 – Ecomapa da Família Portugal

Figura 3 – Mapa da rede social da família Portugal

Figura 4 – Psicofigura de *Mitchel* da Família Portugal

Índice de quadros

Quadro 1 – Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem

Introdução

No âmbito do estágio que decorreu de 9 de maio a 2 de junho de 2023, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, foi proposto a elaboração de um trabalho individual sobre o estudo de um caso de um sistema familiar a vivenciar uma situação complexa. A escolha recaiu sobre um casal de idosos, que será nomeado como **família Portugal** de forma a manter o seu anonimato. Esta, deu o consentimento oral para se poder aceder à sua informação clínica e para poder ser utilizada para o estudo, sendo respeitados todos os princípios éticos.

A **família Portugal** é constituída por um casal, ambos com 80 anos, que vivencia uma situação complexa porque estão presentes múltiplas variáveis (processo de envelhecimento, doenças crónicas, limitações físicas, reduzido suporte familiar, social e económico, entre outras) com conexões diversas entre si, fora do seu controle, o que cria incerteza/variabilidade e conduzindo a várias opções de adaptação a uma nova realidade, que têm de ser geridas para se encontrar o equilíbrio através do caos (*Morin, 2005*).

A pertinência da seleção do estudo desta família resulta da expressão que o envelhecimento assume a nível mundial, devido ao aumento crescente da população idosa estimando-se que entre 2020 e 2050, os maiores de 60 anos dupliquem e os maiores de 80 anos tripliquem (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2022). Portugal não é exceção, no Censos de 2021 os dados revelam que a população com 65 anos ou mais de idade aumentou 20,6% nos últimos 10 anos, representando 23,4% da população portuguesa, sendo o índice de envelhecimento atual de 182 idosos por cada 100 jovens; o que contrasta com 128 idosos por cada 100 jovens, em 2011; e 102 idosos por cada 100 jovens, em 2001 (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2022). Também, no concelho de residência da **família Portugal**, entre 2011 e 2019, houve um aumento do número de pessoas acima dos 80 anos, que se fixou nos 60% (Camara Municipal de Loures - CML, 2021).

O envelhecimento atinge todos os indivíduos, sendo afetado por diversos fatores, (biológicos, políticos, económicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros), atribuindo

a cada indivíduo idoso peculiaridades próprias (Souza et al., 2007). O envelhecimento é um processo que faz parte do ciclo vital, é dinâmico, variável de indivíduo para indivíduo, originando declínio cognitivo, físico e funcional bem como alterações nos papéis e posições sociais (OMS, 2022). Este processo influencia a sua capacidade de adaptação ao ambiente que o rodeia, originando maior vulnerabilidade a doenças e impactando na sua qualidade de vida (Souza et al., 2007).

Atualmente, há um número considerável de indivíduos idosos incapazes de promoverem o seu autocuidado, priorizando-se a família para a prestação da maior parte dos seus cuidados (CML, 2021), apesar das alterações que têm ocorrido no seio destas (estrutura e organização familiar) (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011). Assim a abordagem familiar é basilar para a compreensão das famílias, de forma a identificar os seus pontos fortes e problemas, para delinear, de uma maneira esquemática, o plano de cuidados para os mesmos (Wright & Leahey, 2011).

A família pode ser definida como um sistema dinâmico complexo, autodeterminado, único, que coabita, unido por vínculos afetivos, em constante interação entre si e o ambiente que a envolve. Esta, evolui ao longo do ciclo vital familiar em consonância com a sua finalidade, ajustando as suas funções e papéis às transições normativas e acidentais decorrentes. Também, é considerada como uma unidade básica da sociedade, com forte influência na saúde e bem-estar dos seus membros e vice-versa. Neste contexto, o foco de intervenção dos cuidados de enfermagem à família deve assentar numa abordagem sistémica considerando a sua unicidade bem como os subsistemas individuais que dela fazem parte, dando ênfase à dinâmica entre estes (Figueiredo, 2012) e não esquecendo que esta faz parte de suprassistemas mais amplos (Hanson, 2005). Portanto, a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF) considerando os padrões de interação familiares fomentadores do seu fortalecimento ligados à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento concebe cuidados de enfermagem assentes na tomada de decisão, colaborativamente com a família, após identificação dos seus problemas de saúde, necessidades, recursos para posteriormente planear e implementar intervenções de enfermagem que promovam alterações que permitam o seu funcionamento na promoção, manutenção da saúde e bem estar familiar (OE, 2023).

Assim, este trabalho tem como objetivo geral realizar a apreciação e intervenção à **família Portugal**, delineando-se os seguintes objetivos específicos: identificar os principais riscos de saúde que a família enfrenta e relacioná-los com os determinantes sociais da saúde (DSS), tendo por base o modelo de *Dahlgren* e *Whitehead*; avaliar a família de acordo com os referenciais teóricos dos Modelos Circumplexo e Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); identificar as necessidades da família, aplicando instrumentos de avaliação familiar; elaborar diagnósticos de enfermagem, com base na CIPE; propor intervenções de enfermagem prioritárias, mobilizando as unidades de competência do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar; e avaliar o impacto das intervenções de enfermagem junto a família.

Este Trabalho estrutura-se em três partes, nesta primeira parte, justifica-se a pertinência da escolha da família no fim de vida e os objetivos do trabalho. Na segunda parte, apresenta-se a **família Portugal**, faz-se a sua apreciação, elaboram-se diagnósticos e propõem-se intervenções de enfermagem e sua avaliação. Na conclusão, realiza-se uma reflexão com base nos objetivos propostos com a realização deste trabalho.

Este trabalho foi elaborado de acordo com a APA, 7.ª Edição, cumprindo o acordo ortográfico da língua portuguesa em vigor.

1 – A Família Portugal

1.1 - Apresentação da família Portugal

A família Portugal é constituída pelo Sr. Porto e pela Sra. Lisboa, considerando-se este tipo de família a mais predominante entre idosos, em que metade vive na companhia de pessoas da mesma faixa etária (Moreira, 2020). São reformados, ambos com 80 anos, casados e com o 1º ciclo de escolaridade, ou seja, com baixa literacia o que potencializa uma maior dificuldade em promover a sua saúde (Machado et al., 2021). A família Portugal refere passar a maior parte do seu tempo sentada dentro de casa ou no terraço, vendo por períodos, televisão.

O Sr. Porto tem antecedentes pessoais de diabetes *mellitus* tipo 2 com diminuição da acuidade visual, internamento hospitalar por reação medicamentosa (não sabendo especificar o fármaco) com reinternamento após alta hospitalar, por fratura de colo do fémur após queda no exterior do domicílio. Não se consegue aceder a outra informação clínica, mas da sua medicação diária, também, constam medicamentos para a hipercolesterolemia e função cardíaca. Na sua aldeia, foi pastor de rebanhos e após cumprimento do serviço militar obrigatório, ficou a residir na capital exercendo a profissão de motorista até a sua reforma. A Sra. Lisboa tem antecedentes pessoais de Lupus Eritematoso sistémico, sarcoidose, depressão, vertigens e diabetes *mellitus* tipo 2 e com acompanhamento em diferentes especialidades em Hospital. Apresenta limitações na sua mobilidade após queda recente na rua. As questões de saúde que afetam o casal estão em sintonia com Moreira (2020) que refere que a tendência será para se viver mais anos, sem qualidade de vida. Após o casamento veio residir para a capital, onde trabalhou numa fábrica, confeccionando tapetes em teares, que responsabiliza pelo aparecimento da sarcoidose. É responsável pela gestão financeira e doméstica. Tem algum apoio da sua irmã Beja, da inquilina e, esporadicamente, do filho Tomar e nora Sela. Todos eles residem em proximidade.

Ambos apresentam polimedicação, sendo esta preparada pela farmacêutica, em monodoses, uma vez por semana e recolhida pela Beja.

Tiveram dois filhos, o Barreiro, que faleceu com um ano de vida com meningite, e o Tomar, atualmente com 62 anos que vive maritalmente com a Sela, de 63 anos. Tem

uma neta com 32 anos, sem qualquer contato desde os seus 12 anos, responsabilizando **Tomar** por tal e com acentuada labilidade emocional quando falam desta. Também, culpabilizam **Sela** pelo afastamento do **Tomar**.

O primeiro contato com o casal ocorreu na UCSP, por necessidade de tratamento a úlcera diabética no 1º dedo do pé esquerdo do Sr. **Porto** e administração de medicação analgésica injetável a Sra. **Lisboa** (por algias dorsais após queda recente). Nas últimas semanas, esta apresenta maior debilidade física pelo que se constitui a figura índice. Não usufruem de apoio comunitário (com exceção da farmacêutica), referem uma relação muito tensa com o **Tomar** e **Sela**. Apresentam um fâcies triste e um discurso de desilusão com esta fase da sua vida. Não têm médico de família, mas são assistidos na UCSP pela equipa de enfermagem.

1.2 - Determinantes sociais de saúde de *Dahlgren* e *Whitehead* e Políticas de Saúde na família Portugal

Os DSS aludem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que influenciam sua saúde.

Tendo como referencial o modelo de *Dahlgren* e *Whitehead*, o envelhecimento da **família Portugal** depende da sua genética, das suas escolhas, mas também é fortemente imputado ao ambiente físico e social de que faz parte, a obstáculos/estímulos que influenciam as oportunidades, decisões e comportamentos no decorrer da sua vida e impactam na sua saúde (Fernandes, 2017). Assim, é importante considerar fatores como o nível socioeconómico, educação, acesso a habitação adequada, rede de apoio social, entre outros, pois estes afetam a sua saúde e o bem-estar, potencializando a ocorrência de um problema. Tal, implica a mobilização de todos de forma a salvaguardar a família, minimizando fenómenos de pobreza, violência, discriminação, carência de cuidados de saúde e de proteção social, isolamento, falta de apoio familiar e exclusão social (Machado, 2020).

Pelo exposto, é importante considerar cada uma das camadas do modelo (anexo 2) para orientar a intervenção do EEESF na **família Portugal**. Assim a nível dos fatores individuais (genéticos e biológicos) considera-se a idade do casal, o seu sexo, a perda progressiva da autonomia e a presença de doenças; a nível proximal - Estilos de vida,

observam-se os comportamentos que afetam a sua saúde, como a inatividade física e uma alimentação deficiente por dificuldade económicas; a nível intermédio - Redes sociais e comunitárias, constata-se que a rede de suporte social incluindo familiares e vizinhos, é diminuta e não adaptada as necessidades desta família. Não participam em grupos de convivência, não há praticamente uso da rede comunitária (incluindo médico de família); a nível das Condições de vida e de trabalho, a baixa escolaridade do casal é um fator a ter em consideração pois pode influenciar as oportunidades de participação social e na compreensão da informação partilhada. O Rendimento que auferem não é suficiente para fazer face a todas as necessidades de saúde do casal, incluindo o suporte material, acesso a cuidados de saúde e a uma alimentação equilibrada.

Tal origina a necessidade de intervir a todos os níveis dos DSS, de forma a diminuir as desigualdades e as injustiças, para assegurar que esta família possa ter uma vida mais autónoma e independente possível (Duque, 2019). Nesse sentido, tem que se ter em consideração as políticas, programas e projetos elaborados para dar resposta as necessidades das pessoas idosas e a criação dos seus direitos sociais. Atualmente, estas promovem o envelhecimento saudável e ativo e consideram o domicílio como o espaço privilegiado para vivenciar o seu envelhecimento, autonomia/independência, identidade e dignidade. Na **família Portugal**, devem ser consideradas políticas como: o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; o Programa Nacional para a Diabetes; o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2023); o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, 2019); a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021); os direitos e benefícios no âmbito da segurança social (Direção-Geral da Segurança Social, 2022); o Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde do Concelho de Loures 2021/2025, elaborado no contexto do Programa Rede Social com a finalidade de promover a solidariedade social, rentabilizar as capacidades de resposta, adaptar as políticas sociais (locais e nacionais) e fomentar o desenvolvimento de projetos locais que compõem uma resposta que ajuda na resolução dos problemas sociais (Camara Municipal de Loures - CML, 2021); entre outros. No entanto devido ao complexo panorama não se têm conseguido responder às necessidades desta população (CML, 2021), devido principalmente à lentificação com que ocorre a mudança na cultura institucional na área da saúde. A carência de apoios, quer sociais quer de saúde, ameaçam o bem-estar e a

qualidade de vida desta família, bem como de outros idosos, originando desequilíbrios de saúde e económicos (Polaro et al., 2013).

1.3 - A teoria das transições de Melais e a família Portugal

A teoria das transições de *Afaf Meleis* tendo em consideração as transições que decorrem nesta fase da vida, nomeadamente a perda progressiva da autonomia que origina maior suscetibilidade a doença e dificuldade de adaptação ao meio, permite consciencializar a família para o processo, identificando forças e oportunidades de crescimento e de mudança. A identificação dos pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida possibilita antecipar cuidados, intervindo na capacitação e preparação da família para futuras transições. Neste âmbito é importante analisar a dinâmicas entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde para influenciar mudanças relacionadas com a autonomia da pessoa idosa e que impactam no funcionamento do sistema familiar.

A família Portugal está a passar por transições simultâneas, de desenvolvimento, associadas a mudanças relacionadas com o ciclo de vida da família, situacionais, relacionadas com alteração de papéis previamente desempenhados e de saúde/doença, porque ocorre a mudança do estado saudável para um de doença, pertencendo à enfermeira apoiar a família a lidar com este processo e a melhorar a sua saúde e bem-estar. Estas transições que a família vivência são influenciadas por condições facilitadoras/inibidores de transições saudáveis: individuais e/ou família envolvida; comunitárias (recursos disponíveis para a família); sociais (a sociedade pode facilitar/dificultar o processo de transição) (*Meleis*, citado em Machado, 2013).

No sentido de facilitar este processo, devem ocorrer intervenções terapêuticas de enfermagem, que correspondem a ações de intervenção e ocorrem durante o processo de transição, facultando conhecimento e capacidade à família Portugal, de forma a estimular respostas positivas às transições, originando o restabelecer da sensação de bem-estar.

1.4 - Avaliação familiar da família Portugal

A avaliação da família deve ser baseada no pensamento sistémico, considerando a sua dinâmica, estrutura e o processo de interação com os outros sistemas com quem interage. Esta avaliação permite identificar os seus elementos, as interações presentes, a sua força e as necessidades (Figueiredo, 2012). Neste sentido, utilizaram-se o MDAIF e o modelo Circumplexo de *Olson*, recorrendo-se a diferentes fontes de informação como a entrevista, a observação, processo clínico e diversos instrumentos complementares de avaliação da família. O MDAIF baseia-se no fundamento teórico que envolve o conceito de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Permite colher dados de três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada dimensão é subdividida em categorias e subcategorias (anexo 3) que são necessárias para uma avaliação mais correta, devendo o enfermeiro selecionar as subcategorias que mais se adequam à família em estudo (Figueiredo, 2012).

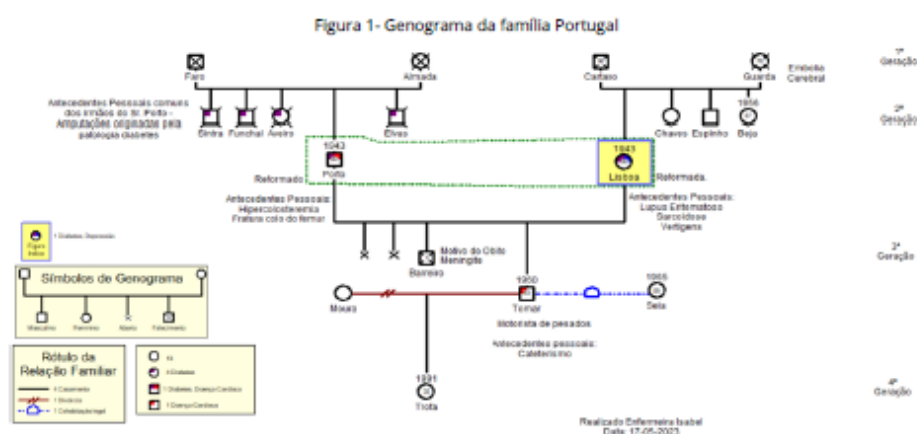
Dimensão estrutural

Esta dimensão incide sobre a estrutura da família, com o objetivo de saber quem a compõe, os vínculos que existem entre os seus elementos e com os outros subsistemas. Foca-se em áreas como o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico (Figueiredo, 2012). Os dados colhidos nesta dimensão permitiram conhecer alguns dos DSS desta família, que potencialmente poderão ser considerados positivos (ou não) para ajudar a atravessar momentos de transição e facilitar a autorregulação. Nesta dimensão utilizaram-se como instrumentos de avaliação familiar: o genograma - representação gráfica do sistema familiar podendo ser identificados problemas de saúde e alguns padrões comportamentais; o ecomapa - representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive e dá a conhecer os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o ambiente; e a escala de *Graffar* adaptada - dá a conhecer a classe social e avalia as condições de risco social (Figueiredo, 2012).

Composição Familiar: A composição da família Portugal pode ser observada no genograma em baixo (Figura 1) onde estão representadas quatro gerações. Na primeira, estão representados os pais, já falecidos do casal, com quem sempre mantiveram um

bom relacionamento. Na segunda, estão representados o casal e a sua fratria, tendo já falecido todos os irmãos do Sr. Porto. Na terceira, representa-se a descendência do casal, podendo-se constatar que houve dois abortos, e na quarta, a neta.

No genograma, pode-se verificar um padrão de repetição no que diz respeito a patologia da diabetes no ramo familiar do Sr. Porto.



Tipo de família: A família Portugal é uma família nuclear constituída por dois elementos que coabitam (Caniço et al, 2010), sendo este tipo de família a predominante em Portugal (INE, 2022). Ambos com 80 anos. Casados. A figura índice é a Sra. Lisboa, por agravamento da sua debilidade funcional.

Família extensa: Como se pode ver pelo genograma (Figura 1), é composta pelo Tomar (filho), Sela (companheira deste), Trofa (neta), Chaves, Espinho e Beja (três irmãos da Sra. Lisboa). Não se relacionam com dois dos irmãos, apesar de viverem na mesma rua, não querendo referir o motivo.

O tipo de contacto é pessoal, com frequência muito irregular (Tomar e Sela) e diário (Beja). A função das relações é de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, ajuda material e de serviço (Beja). O Tomar e Sela (ajuda esporádica de serviços), promotores de ansiedade, receio e por vezes agressão verbal segundo a Sra. Lisboa. Também se constata, pelas entrevistas, relação conflituosa entre a Beja e o Tomar.

Sistemas mais amplos: como se pode ver no ecomapa (figura 2), mantêm uma relação forte e muito próxima com a **Beja**, com a inquilina que dá apoio frequente (às vezes leva-lhes refeições e duas vezes na semana dá-lhes o banho), a filha da inquilina (companhia social e por vezes prepara-lhes o lanche) referindo que quando bebé esta por vezes, dormia com eles. Também, apresentam uma relação com uma vizinha que pontualmente lhes leva comida (sobretudo quando **Beja** não tem disponibilidade), com a UCSP, na figura do enfermeiro de família, e com o hospital de referência. Relação conflituosa e irregular com **Tomar** e **Sela** e sem qualquer relação com a neta, **Trofa**.

Figura 2 – Ecomapa da família Portugal

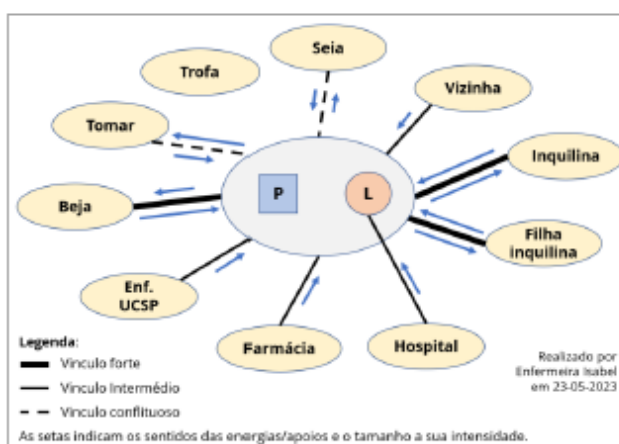
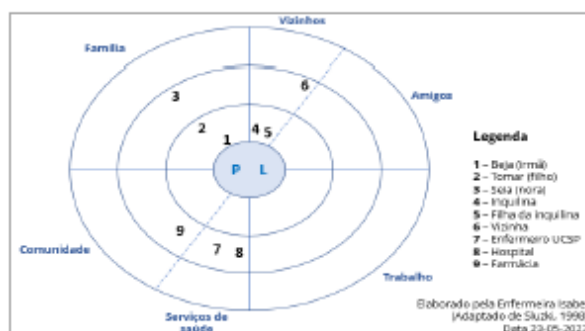


Figura 3 – Mapa da rede social da família Portugal



Neste caso, é importante avaliar o mapa da rede social da família, que como se constata na figura 3, é uma rede pequena, logo potencialmente menos efetiva perante uma situação de crise.

Classe Social: A família Portugal pertence à classe média, de acordo com a aplicação da Escala de *Graffar* adaptada (apêndice 1) estando ambos reformados, auferindo uma reforma de cerca de 300 Euros cada, que acresce mais 300 euros da renda paga pela inquilina. É a Sra. Lisboa que gere o dinheiro que recebem. No entanto, refere que o filho por vezes lhe “tira todo o dinheiro da carteira” (sic).

Edifício residencial, Sistema de Abastecimento e Ambiente Biológico: O casal vive numa zona rural, habitando num andar térreo, de uma vivenda sua, com dois quartos, uma casa de banho com banheira sem barras de apoio, e um espaço amplo partilhado entre cozinha e sala de estar. O chão da sala e do quarto apresentam um tapete de tecido. Tem um pequeno terraço, onde costumam passar uma parte do seu tempo. O acesso ao andar é feito por uma rampa com ligeira inclinação e um pequeno degrau, não tendo nenhum corrimão para apoio. Apesar de terem fogão, raramente o utilizam, recorrendo ao micro-ondas para aquecimento da comida, que por vezes lhes trazem confeccionada. A casa tem boas condições de higiene e habitabilidade, aquecimento por aquecedor elétrico, abastecimento de gás de botija, água da rede pública e escoamento de resíduos para fossa séptica. Não têm animal doméstico. Também tem uma extensa horta, atualmente não tratada, com diversas árvores de fruta.

Dimensão de desenvolvimento

Esta dimensão permite conhecer os fenómenos relacionados com o crescimento da família, identificando o ciclo vital desta e o percurso evolutivo do seu crescimento, permitindo antecipar os cuidados de forma a promover a capacitação da família para as tarefas necessárias a cada etapa e preparando-a para as transições.

Etapa do Ciclo Vital Familiar - o casal encontra-se no estágio do fim de vida - Estádio ciclo vital 6. Aqui, o foco de atenção centra-se nas tarefas relacionadas com o ajuste à perda de parentes (irmãos), à reorganização da vida por parte do casal devido a deterioração da sua capacidade física, das doenças que os afetam, da dependência para além de haver menor possibilidade de haver relacionamentos para proporcionar ajuda ou substituir perdas pelo afastamento dos idosos da vida social, a preparação para institucionalização e morte (Carter et al.,1995). Também, tem de se considerar as modificações na relação pais/filho e a negociação/interligação dos modelos familiares (Cervený & Berthoud, 2002).

A família Portugal demonstra uma profunda tristeza devido ao relacionamento irregular e tenso com Tomar e Sela, chegando mesmo a referir existir "ameaça verbal por parte deste". Mostram abertura para se explorar os recursos comunitários existentes no que diz respeito ao apoio domiciliário, no entanto não querem ser institucionalizados ou hospitalizados. Sela, na última visita domiciliária através de contacto telefónico refere que o trabalho não permite que apoiem o casal.

Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual: o casal não manifesta insatisfação nesta matéria, referindo ambos que se apoiam mutuamente.

No que diz respeito a união do casal, estes têm uma ligação muito forte e não conflituosa como se pode observar pela Psicofigura de *Mitchel* (Figura 4).

Figura 4 - Psicofigura de *Mitchel* da família Portugal



Dimensão Funcional

A dimensão funcional permite conhecer os padrões de interação na família, o desempenho de papéis e tarefas, a partir da complementaridade funcional e dos seus valores (Figueiredo, 2012).

Nesta família, foram avaliados o papel de prestador de cuidados e o processo familiar, em complementaridade com outros instrumentos, nomeadamente as escalas de *Katz*, de *Lawton & Brody*, de *Marcha de Holden*, de *Quedas de Morse Adaptada*, de *Readaptação Social de Holmes e Rahe*, o *APGAR Familiar de Smilkstein* e o *Faces II*, para melhor compreensão das suas necessidades.

Membro da família dependente - a família Portugal apresenta dependência no autocuidado: higiene, comer, gestão do regime terapêutico e autovigilância. Nas atividades básicas de vida diária ambos tem uma dependência ligeira (score 5) (apêndice 2), nas instrumentais, o Sr. Porto apresenta uma dependência completa (score 0) e a Sra. Lisboa uma dependência grave (score 2) (apêndice 3), na marcha, o Sr. Porto com uma marcha independente e a Sra. Lisboa com marcha independente em superfície plana, com recurso esporádico a andarilho e uso incorreto (apêndice 4). Esta, também, apresenta um alto risco de queda (score 55) e o Sr. Porto sem risco (score 15), pela aplicação da Escala de *Quedas de Morse* (apêndice 5).

Papel de Prestador de Cuidados - Identifica-se como cuidadora Beja, que apresenta o conhecimento necessário para o desempenho do papel. No entanto, não há consenso, há conflito e saturação do papel pois Beja refere que quem devia assumir este papel era Tomar e Sela, pois ela já "tem algumas limitações físicas, tem a sua própria família para cuidar e o sobrinho não valoriza o seu trabalho, chegando a culpabilizá-la de

tirar o dinheiro dos pais” (sic). Tal reflete-se nos cuidados que prestam ao casal, nomeadamente na irregularidade do fornecimento das refeições e apoio nas restantes dimensões.

Processo Familiar - Na comunicação emocional é a **Sra. Lisboa** quem expressa mais os sentimentos, estando ambos satisfeitos com a comunicação familiar existente entre ambos. No *Coping* familiar, a **família Portugal** recorre a recursos externos na resolução de problemas que vão surgindo sendo o seu grande apoio a **Beja**. Quem desempenha o papel familiar de provedor são ambos os elementos do casal, pois os rendimentos provenientes da reforma são iguais. O papel de gestão financeira e cuidado doméstico é assumido pela **Sra. Lisboa** apesar de ter muitas dificuldades para a execução dos mesmos. Em relação ao papel recreativo e de parente, são assumidos por ambos.

Crenças Familiares - São católicos, acreditando na família como unidade. Regem-se pelos padrões da cultura portuguesa. No que diz respeito aos profissionais de saúde valorizam os cuidados que estes lhes prestam estando insatisfeitos por não terem médico de família.

Na avaliação do stress social e a probabilidade de vir a sofrer de doença psicossomática, de acordo com o modelo de Readaptação Social de Holmes e Rahe, o casal tem uma menor probabilidade de incidência de doenças (ambos com Score 138) (apêndice 6).

Na avaliação da Adaptação intrafamiliar, da Participação/comunicação, Crescimento/desenvolvimento, do Afeto e da Resolução/dedicação ou decisão, de acordo com o Apgar Familiar de Smilkstein, pode-se constatar que percebem a família como altamente funcional (ambos com score 9) (apêndice 7).

Na aplicação do FACES II, o casal apresenta uma coesão familiar ligada (score 70) com uma adaptabilidade flexível, com o **Sr. Porto** com score 48 e a **Sra. Lisboa** com score 46, que transpondo para o modelo circunplexo classifica a família como equilibrada (apêndice 8)

1.5 - Diagnósticos e intervenção de enfermagem

Decorrente da avaliação familiar realizada, identificaram-se diagnósticos de enfermagem e objetivou-se um plano de cuidados personalizado, priorizado e negociado

com a família, com base na taxonomia CIPE, e que se sintetiza no quadro 1 (apêndice 9). Na elaboração deste plano, salienta-se o respeito pela vontade do casal de “não se falar mal do filho” (*sic*) sendo identificado o diagnóstico de falta de apoio familiar em substituição do de negligência ou abandono.

1.6 - Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar

No domínio das competências gerais, a abordagem da família foi assente numa prática profissional segura, ética e legal garantido que as práticas de cuidados fossem baseadas nas responsabilidades profissionais e nos direitos humanos (de acesso à informação, confidencialidade, privacidade, valores, crenças e práticas, direito à escolha de cuidado especializado e do consentimento); foi realizada uma gestão adequada dos recursos nos diversos contextos promovendo a qualidade dos cuidados; e colaborou-se com a equipa na prestação de cuidados, nomeadamente através da partilha de conhecimento e na reflexão sobre os processos de tomada de decisão assente em normas e evidências científicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No domínio das competências específicas: de forma a compreender o sistema familiar da **família Portugal** procedeu-se a uma análise do seu histórico familiar (relações, estado de saúde e padrões de resposta em situações complexas), mobilizando diversos instrumentos de avaliação familiar, tendo em consideração a sua etapa de desenvolvimento familiar/individual, bem como crenças, fatores ambientais e recursos familiares de maneira a identificar os seus pontos fortes e fracos. Tal permitiu, desenvolver um plano de cuidados personalizado, de forma colaborativa com a família, num ambiente seguro para se discutir temas difíceis e ajudar a encontrar maneiras de lidar com emoções e reduzir os efeitos negativos na sua saúde. Para o implementar, analisou-se os recursos existentes (adequados às necessidades da família), facilitou-se o seu acesso, ajudando a gerir/promover a colaboração interdisciplinar com referência para outros colegas, sempre que necessário e com a autorização da família. Em todo o processo, fez-se a avaliação das intervenções de enfermagem, no sentido de fazer as mudanças preconizadas pela família e para a eficácia da consecução dos seus objetivos (Lei nº 428/2018, 2018).

Conclusão

A **família Portugal**, a vivenciar uma situação complexa (isolamento social, rede de apoio comunitária, social e familiar diminuta, limitações associadas ao processo de doença/envelhecimento), pertence a um grupo populacional de maior risco que necessita de um leque alargado e contínuo de cuidados, de proximidade e preferencialmente no domicílio.

Na avaliação familiar, foi essencial o recurso ao MDAIF e a outros instrumentos de avaliação familiar permitindo uma apreciação aprofundada da família. Trata-se de uma família nuclear, a experienciar vivências da etapa final do ciclo de vida. Apresenta limitações de mobilidade, rede social e familiar diminuta, com deficiente recurso a apoios comunitários. Após identificadas as suas necessidades, foram formulados diagnósticos, elaborado plano de cuidados e executadas intervenções de enfermagem de forma colaborativa, priorizada, dirigida e personalizada às suas necessidades. Algumas das intervenções foram direcionadas para questões relacionadas com a falta de apoio social e familiar, risco de quedas, capacidade de tomar conta e comunicação. Para se atingir os objetivos propostos, foi necessário mobilizar recursos existentes na comunidade, gerir e envolver outros profissionais de saúde de forma a facilitar a continuidade de cuidados. Após a intervenção foi possível validar que os objetivos propostos no plano de cuidados só foram atingidos parcialmente, motivado pelo curto espaço de tempo em que decorreu o estágio. No entanto, deu-se início ao processo de transição da família de forma a contribuir para o seu bem-estar e ganhos em saúde. O EEESF assumiu um papel fundamental, pois as suas ações visaram a melhoria do funcionamento da **família Portugal**, que se encontra numa fase da vida cujas necessidades se tornam mais frequentes e intensas, em que a manutenção dos vínculos afetivos, do apoio familiar e comunitário pode contribuir para melhoria da qualidade de vida.

Terminando, a elaboração deste trabalho permitiu mobilizar as competências do EEESF, com finalidade de capacitar a família a vivenciar uma situação complexa para manter o bom funcionamento, restaurar a saúde, reduzir o efeito da doença e ser a detentora dos cuidados.

Referencias. Bibliográficas

Câmara Municipal de Loures (2021). Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde do Concelho de Loures 2021-2025. CML.

<https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20210728145237126.pdf>

Caniço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E., & Carvalho, A. (2010). Novos tipos de família. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cervený, C. & Berthoud, C. (2002). Visitando a família ao longo do ciclo vital. Casa do Psicólogo.

Carter, B., McGoldrick, M. & Colb. (1995). As mudanças no Ciclo de Vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar. 2ª edição. Artimed editora.

Despacho n.º 9390/2021(2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 – 103

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Segurança Social (2022). Proteção Social – Pessoas Idosas. DGSS

[https://www.seg-](https://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e)

[social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/](https://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e)

[d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e](https://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e)

Direção Geral de Saúde (2023).

<https://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde (2019). Norma 008/2019 de 09/12/2019 - Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (*Braden Q*).

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Duque, A. M. (2019). Determinantes sociais da saúde e envelhecimento: uma abordagem espacial e temporal da realidade do Brasil e de Sergipe. (Tese de Doutoramento, Universidade Federal de Sergipe). <http://ri.ufs.br/ispui/handle/riufs/13078>

Fernandes, S. (2017). Insegurança alimentar em idosos a viver na comunidade em Portugal. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Repositório Universidade Nova.

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/31037/1/RUN%20%20Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Simone%20Fernandes.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência

Hanson, S.M.H. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação (2ª ed.). Lusociência

Instituto Nacional de Estatística (2022) - Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos. INE, 2022.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACAOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2

Lei n.º 100/2019 (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Assembleia da República. Diário da República, I serie (Nº 171 de 06-09-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714>

Lei nº 428/2018 (2018). Procede à regulamentação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018),19354-19359. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Machado, D., Mota, M., Brás, M. & Anes, E. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista de Psicologia International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 2, 501-508.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25269/1/Artigo%20-%20PROGRAMAS%20E%20RESPOSTAS%20c3%80%20SA%c3%99DE%20DO%20IDOSO%20EM%20PORTUGAL%20-%20INFAD%202021.pdf>

Machado, P. (2013). Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.

<https://repositorio.ucp.pt/h>

Moreira, M. J. G. (2020). Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

[https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020 como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020%20como%20envelhecem%20os%20portugueses%20envelhecimento%20saude%20idadismo.pdf.pdf)

Morin, E. (2005). Introdução ao pensamento complexo. Editora Meridional.

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) (s.d.). Avaliação Geriátrica. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Olson, D. (2000). *Circumplex model of marital and family systems. Journal of family therapy*, 22(2), 144-167. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-6427.00144>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 Da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária – Referencial em enfermagem de saúde familiar. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem comunitária.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Organização Mundial de Saúde (2022). Envelhecimento e saúde.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Polaro, S., Gonçalves, L. Nassar, S., Lopes, M., Ferreira, V. & Monteiro, H. (2013). Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Revista Brasileira de Enfermagem, 66, 228-233.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5FtG7MxpvYBX6ndnthzZ3kR/?format=pdf&lang=pt>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Souza, R., Skubs, T. & Brêtas, A. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 60, 263-267.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/HKKBbZccVwpk4BQ4HFY4ssM/?format=pdf&lang=pt>

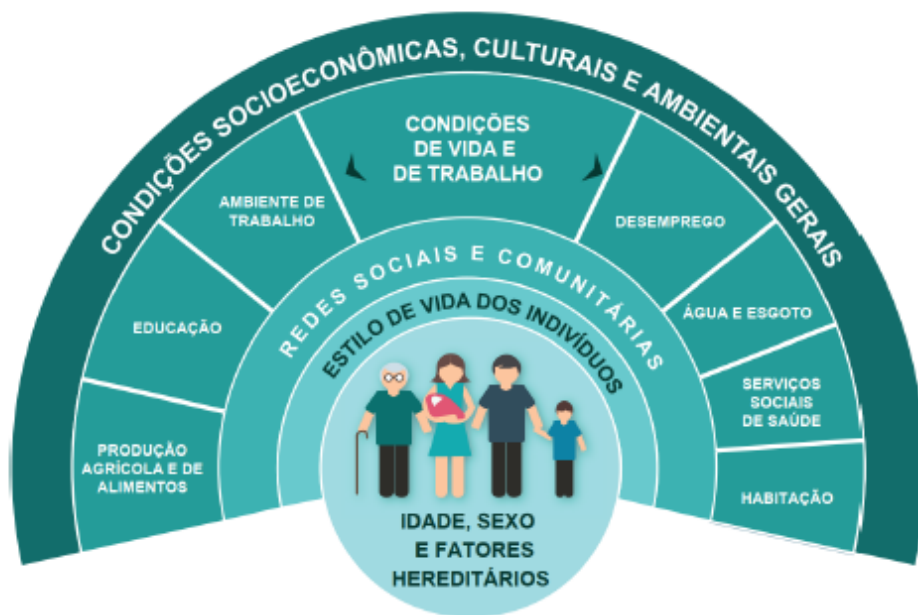
Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família (5ª ed.). Roca.

Anexos

Anexo 1

Modelo de *Dahlgren e Whitehead*

Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Sucupira et al., 2014

Anexo 2
Dimensões do MDAIF

Dimensões do MDAIF

Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação.



Fonte: Figueiredo, 2012

Anexo 3

Respostas e Prestações sociais da segurança social

Respostas e Prestações sociais da segurança social

Tabela 1: Prestações sociais da Segurança Social por situação de reforma.

PRESTAÇÃO	DESCRIÇÃO
Pensão de velhice	Prestação mensal de natureza contributiva destinada a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.
Pensão social de velhice	Prestação mensal, atribuída a partir da idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral, destinada a pessoas que não se encontrem abrangidas por qualquer regime de proteção social obrigatório ou não satisfaçam os períodos de garantia definidos para acesso à pensão de velhice.
Complemento por cônjuge a cargo	Prestação mensal atribuída aos pensionistas de velhice e de invalidez do regime geral da segurança social com cônjuge a cargo sem rendimentos. Valor mensal é de 38,67 €. Caso o cônjuge tenha rendimentos e estes sejam inferiores a este valor, apenas tem direito à diferença.
Complemento solidário para idosos (CSD)	Apoio mensal pago aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice. Recursos do requerente têm de ser inferiores a 5 258,63 €/ano. Se casado e/ou em união de facto, recursos do casal têm de ser inferiores a 9 202,60€/ano.
Acréscimo vitalício de pensão	Prestação atribuída a antigos combatentes que pagaram contribuições à Segurança Social para que lhes fosse contado, para efeitos de pensão, o tempo de serviço militar bonificado. Não pode ser acumulada com o Suplemento especial de pensão ou o complemento especial de pensão. É paga uma vez por ano, inclui 12 mensalidades.
Complemento especial de pensão	Prestação anual atribuída aos antigos combatentes que recebam uma pensão rural, social, ou prestação social para a inclusão. Corresponde a uma percentagem do valor da pensão social a qual varia em função do tempo de serviço militar. É paga uma vez por ano e inclui 14 mensalidades. Não pode ser acumulada com o acréscimo vitalício de pensão ou o suplemento especial de pensão.
Suplemento especial de pensão	Prestação anual paga aos antigos combatentes beneficiários da pensão de velhice ou de invalidez do regime geral da Segurança Social. Varia entre 75-150€, consoante o n.º de meses de bonificação do tempo de serviço. Não pode ser acumulada com o Complemento especial de pensão ou Acréscimo vitalício de pensão.

Tabela 1: Prestações sociais da Segurança Social por situação de reforma. Fonte: DGSS¹¹.

Fonte: Observatório nacional luta contra a pobreza, 2020.

Tabela 2: Respostas sociais de apoio ao envelhecimento.

RESPOSTA SOCIAL	DESCRIÇÃO
Acolhimento familiar	Resposta social que visa integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.
Centro de convívio	Equipamento social que visa apoiar as atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.
Centro de dia	Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 ou mais anos, e que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.
Centro de noite	Equipamento de acolhimento noturno dirigido a pessoas idosas com autonomia que, embora durante o dia permaneçam no seu domicílio, por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança necessitam de acompanhamento durante a noite.
Centro de férias e lazer	Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.
Serviço de apoio domiciliário (SAD)	Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços personalizados no domicílio a indivíduos e/ou famílias que, por motivo de doença, situação de dependência física e /ou psíquica ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária.
Estrutura residencial para idosos (ERPI)	Equipamento destinado ao alojamento de idosos, de forma temporária ou permanente, em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia ou cuja situação social, familiar e económica não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida.

Tabela 2: Respostas sociais de apoio ao envelhecimento. Fonte: DGSS¹¹.

Fonte: Observatório nacional luta contra a pobreza, 2020.

Apêndices

Apêndice 1

Escala de *Graffar* adaptada da Família Portugal

Escala de *Graffar* adaptada da Família Portugal

A Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado), avalia as condições socioeconómicas da família para identificar a classe social. De acordo com as características da família irão colocá-la num dos cinco graus dos itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Ao grau 1 corresponde a pontuação 1, ao grau 2 a pontuação 2 e assim sucessivamente, sendo que o somatório destas pontuações vai incluir a família numa das seguintes classes sociais: Classe alta - 5 a 9 pontos; Classe média alta - 10 a 13 pontos; Classe média - 14 a 17 pontos; Classe média baixa - 18 a 21 pontos; Classe baixa - 22 a 25 pontos. De referir ainda, que a pontuação pode ser obtida a partir do somatório de 5 itens, 4 itens e 3 itens (Figueiredo, 2012).

A família Portugal, obteve um Score de 13 pontos, a partir do somatório de 4 itens, sendo classificada como família da classe média.

GRAU	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						a/5 itens	c/4 itens	d/3 itens	
1	- Dirigentes e Comendatários - Diretores de loja do sector público ou privado (p. NRE emprego) - Profissões Liberais (sem Doutoramento) - Dirigentes (Sector Público) - Profissões liberais de alto nível - Altos dirigentes públicos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedade - Honorários - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA: / /
2	- Médicos Industriais e Comendatários - Dirigentes de médias empresas - Agentes / Preparatistas - Dirigentes Intermediários e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Profissões Em Secundário - Profissões Intermediárias (p. Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior de duração ≤ 3 anos	- Altos rendimentos e honorários (p. 15 anos e estudos no estrangeiro)	- Casa ou andar bastante espaços e confortável	- Bem local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA: / /
3	- Pés. Industriais e Comendatários - Quadros técnicos, Chefes de Secção - Emp. Escalares (p. 1) - Médicos agendados - Sargentos e equipados	- 12º Ano - Nível ou mais anos de escolaridade	- Rendimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cómoda e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona Intermediária	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 10 X	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: 26/05/2022
4	- Pés. Agrícolas/Fundação (Emp. Escalares (p. 4)) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das FA, ou militares de nível 4	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações p. ao salário mínimo nacional - Pensões ou Reformas - Versaltes iniciais	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 10	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: / /
5	- Assistentes operários - Trabalhadores não qualificados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RND	- Imóvel (semos, andar no chão) - Coabitação de várias famílias em situação de precariedade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	10 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA: / /

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillon de population" Courser, Septembre, 1986, Vol. 10 - nº 9 Marcal Dufray, pp. 430 - 439 Adaptado em 1990 e actualizado em 2007 pelo Dr. Filipe Anjo.

Adaptado de Figueiredo, 2012.

Apêndice 2

Escala de *Katz* da Família Portugal

Escala de Katz da Família Portugal

A escala de Katz avalia as atividades básicas da vida diária. O índice tem uma pontuação de: zero (considerado totalmente independente); de um a dois dependência grave; de três a quatro dependência moderada; cinco dependência ligeira; e seis dependência total e avalia funções como banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência (GERMI, s.d.)

Na família Portugal ambos pontuaram um score de 5, ou seja, apresentam uma dependência ligeira.

	1-BANHO	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)
	2- VESTIR	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)
	3- UTILIZAÇÃO DA SANITA	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)
	4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)
	5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (controlo completo da micção e defecação)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)
	6- ALIMENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Independente (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
Porto Lisboa		<input type="checkbox"/> Dependente (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

Adaptado do GERMI, s.d.

Apêndice 3

Escala de *Lawton & Brody* da Família Portugal

Escala de *Lawton & Brody* da Família Portugal

Escala de *Lawton e Brody* avalia as atividades instrumentais da vida diária, avaliando atividades como usar o telefone, transporte, fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, manuseio de medicação e de dinheiro. Possui uma pontuação que varia de zero - maior nível de dependência total, a oito pontos (cinco pontos, no homem) - independência (GERMI, s.d.).

Nas atividades instrumentais da vida diária, o Sr. Porto apresenta dependência completa com um score de 0 e a D. Lisboa dependência grave por score 2.

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE	5- LAVAGEM DA ROUPA
<input checked="" type="checkbox"/> Utiliza o telefone por iniciativa própria	<input checked="" type="checkbox"/> Lava sozinho toda a sua roupa
<input checked="" type="checkbox"/> É capaz de marcar bem alguns números familiares	<input checked="" type="checkbox"/> Lava sozinho pequenas peças de roupa
<input checked="" type="checkbox"/> É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar	<input type="checkbox"/> A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
<input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone	
2- FAZER COMPRAS	6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE
<input checked="" type="checkbox"/> Realiza todas as compras necessárias independentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
<input type="checkbox"/> Realiza independentemente pequenas compras	<input checked="" type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
<input type="checkbox"/> Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra	<input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
<input type="checkbox"/> É totalmente incapaz de comprar	<input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES	<input type="checkbox"/> Não viaja
<input checked="" type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente	7- MANEJO DA MEDICAÇÃO
<input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos	<input checked="" type="checkbox"/> É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
<input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada	<input type="checkbox"/> Toma a medicação se a dose é preparada previamente
<input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	<input type="checkbox"/> Não é capaz de administrar a sua medicação
4- TAREFAS DOMÉSTICAS	8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS
<input checked="" type="checkbox"/> Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)	<input checked="" type="checkbox"/> Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
<input checked="" type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama	<input checked="" type="checkbox"/> Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
<input checked="" type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza	<input type="checkbox"/> Incapaz de manusear o dinheiro
<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	
<input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica	

Adaptado da GERMI, s.d.

Apêndice 4

Escala de Marcha de *Holden* da Família Portugal

Escala de Marcha de *Holden* da Família Portugal

Escala de marcha de *Holden* avalia a autonomia da marcha. Possui seis categorias que varia de zero (marcha ineficaz) a cinco (marcha independente) e categoriza o idoso na que mais se aproxima da sua capacidade de marcha (GERMI, s.d.).

Sr. Porto tem uma marcha independente e a Sra. Lisboa apresenta marcha independente em superfície plana recorrendo a ajuda do andarilho.

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana) Lisboa - usa andarilho	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente Porto	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Adaptado da GERMI, s.d.

Apêndice 5

Escala de Quedas de *Morse* Adaptada da Família Portugal

Escala de Quedas de *Morse* Adaptada da Família Portugal

A escala de Quedas de *Morse* é composta por seis itens: história anterior de queda; existência de um diagnóstico secundário; ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no andar e na transferência; e estado mental. É atribuída uma classificação de 0 a 125 pontos e as pessoas são classificadas em função da sua pontuação: Sem risco (0 e \leq 24 pontos); baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos); e alto risco (\geq 51 pontos) (DGS, 2019).

A família Portugal apresenta os seguintes resultados: o Sr. Portugal com score de 15 não apresenta risco de queda e a Sra. Lisboa com score de 55 tem um alto risco de queda.

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

Adaptado da DGS (Norma nº 008/2019), 2019

Apêndice 6

Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* da Família Portugal

Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* da Família Portugal

A escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* avalia, a partir da valorização de determinados eventos de stress/crise, que ocorreram no último ano, as dificuldades que a família esteve sujeita, determinando assim a probabilidade de vir ou não a desenvolver uma doença psicossomática. A cada evento é atribuída uma pontuação 11 a 100, quando o somatório do resultado é superior a 300 pontos existe a probabilidade de 80% de ocorrência de doença psicossomática (Figueiredo, 2012).

A família Portugal tem baixa probabilidade de desenvolver uma doença psicossomática, pois ambos obtiveram um score de 138.

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor	Medio
1	Morte de cônjuge	100	
2	Divórcio	73	
3	Separação conjugal	65	
4	Saída da escola	63	
5	Morte de um familiar próximo	53	
6	Acidente ou doença grave	Porto 53	Lisboa
7	Casamento	50	
8	Despedimento	47	
9	Reconciliação conjugal	45	
10	Reforma	45	
11	Doença grave de família	Porto 44	Lisboa
12	Gravidez	40	
13	Problemas sexuais	39	
14	Aumento do agregado familiar	39	
15	Readaptação profissional	39	
16	Mudança da situação económica	38	
17	Morte de um amigo íntimo	37	
18	Mudança no tipo de trabalho	36	
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35	
20	Contrair um grande empréstimo	31	
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29	
23	Filho que abandona o lar	29	
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29	
25	Acentuado sucesso pessoal	27	
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26	
27	Início ou fim de escolaridade	26	
28	Mudança nas condições de vida	Porto 25	Lisboa
29	Alteração dos hábitos pessoais	24	
30	Problemas com o patrão	23	
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20	
32	Mudança de residência	20	
33	Mudança de escola	19	
34	Mudança de diversões	18	
35	Mudança de actividades religiosas	19	
36	Mudança de actividades sociais	Porto 18	Lisboa
37	Contrair uma pequena dívida	17	
38	Mudança nos hábitos de sono	16	
39	Mudança no número de reuniões familiares	15	
40	Mudança nos hábitos alimentares	15	
41	Férias	13	
42	Natal	12	
43	Pequenas transgressões à lei	11	
TOTAL		Porto 138	Lisboa

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

Adaptado de Figueiredo, 2012.

Apêndice 7

APGAR Familiar de *Smiklstein* da Família Portugal

APGAR Familiar de *Smilkstein* da Família Portugal

O APGAR Familiar de *Smilkstein* é um instrumento de avaliação da funcionalidade da família, constituído por cinco variáveis: adaptação que compreende a partilha de recursos familiares quando é necessária a assistência e a satisfação daí resultante; participação que avalia a satisfação da reciprocidade das comunicações familiares e da solução de problemas; o crescimento que se refere à disponibilidade da família para mudanças de papéis e concretização do desenvolvimento individual; o afeto que inclui a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e a decisão associada à satisfação inerente a partilha do tempo, espaço e recursos no contexto familiar. É seleccionada uma das 3 respostas a qual é atribuída uma pontuação: 2 pontos – quase sempre; 1 ponto – algumas vezes; e 0 pontos – quase nunca. O resultado final, sobre a percepção do grau de funcionamento da família, advém da pontuação total que é atribuída a cada pergunta: pontuação de 7 a 10 pontos – Altamente funcional; 4 a 6 pontos – moderadamente disfuncional; e 0 a 3 pontos – disfunção acentuada (Figueiredo, 2012)

A família Portugal, obteve um score 9 – altamente funcional.

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Porto Lisboa		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		Porto Lisboa	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de executar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Porto Lisboa		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afecção e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Porto Lisboa		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Porto Lisboa		
TOTAL:	9		

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final: 9

7 a 10 – Família altamente funcional 4 a 6 – Família com moderada disfunção 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Adaptado de Figueiredo, 2012.

Apêndice 8

FACES II da Família Portugal

FACES II da Família Portugal

A FACES II avalia a percepção sobre o funcionamento familiar recorrendo a um questionário individual, de autoavaliação, através de uma escala tipo *Likert*, que é constituída por 30 questões, classificadas de: 1 (quase nunca); 2 (de vez em quando); 3 (às vezes); 4 (muitas vezes); e 5 (quase sempre). Destas, 16 pertencem à dimensão coesão e 14 à dimensão adaptabilidade. Em separado, faz-se a cotação da subescala coesão e da subescala adaptabilidade. Seguidamente é usado um registo linear onde as famílias são categorizadas em 4 tipos: extremas, intermedias, moderadamente equilibradas e equilibradas.

A família Portugal foi categorizada como uma família equilibrada.

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em caso algum nos vemos aos outros quando temos dificuldades.					Porto Lisboa
2. Na nossa família cada um pode exprimir livremente a sua opinião.					Porto Lisboa
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	Porto Lisboa				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	Porto Lisboa				
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					Porto Lisboa
6. Em nossa casa os pais nos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					Porto Lisboa
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			Porto Lisboa		
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimos-nos bem com as soluções encontradas.				Porto Lisboa	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	Porto Lisboa				
10. As responsabilidades da nossa casa repartem-se por vários elementos da família.	Lisboa		Porto		
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					Porto Lisboa
12. É difícil saber quais são as normas que regem a nossa família.	Porto Lisboa				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião aos outros.				Porto Lisboa	
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					Porto Lisboa
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.		Porto Lisboa			
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				Porto Lisboa	
17. Na nossa família sentimos-nos muito chegado aos uns aos outros.					Porto Lisboa
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					Porto Lisboa
19. Sentimo-nos mais chegado a pessoas que não da família do que a elementos da família.			Porto Lisboa		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		Porto Lisboa			
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					Porto Lisboa
22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.					Porto Lisboa
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					Porto Lisboa
24. É difícil manter as normas que regem a nossa família.					Porto Lisboa

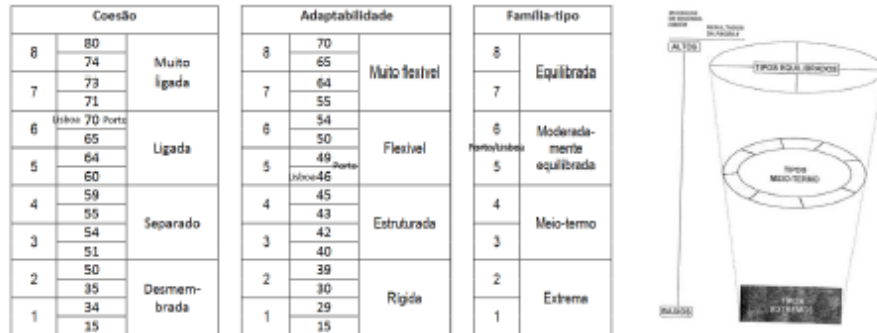
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					Porto Lisboa
26. Quando há problemas surgem todos fazemos esforços.				Porto Lisboa	
27. Na nossa família aproveitamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					Porto Lisboa
28. Em nossa casa temos muito a dizer aquilo que pensamos.			Porto Lisboa		
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		Porto Lisboa			
30. Temos atividades e passatempos em comum uns com os outros.					Porto Lisboa

Nota:

1. Quase nunca
2. De vez em quando
3. Às vezes
4. Muitas vezes
5. Quase sempre

Adaptada de Fernandes, 1995.

Interpretação Linear e Modelo Circumplexo tridimensional adaptado à família Portugal



Adaptado de Fernandes, 1995

Modelo Circumplexo de Olson adaptado a família Portugal



Adaptado de Olson et al., 1979

Apêndice 9

Diagnósticos e intervenção de enfermagem

Quadro 1 - Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem

Dimensão	Data	Diagnóstico de enfermagem	Resultados Esperados	Instrumento de avaliação	Intervenções de enfermagem/Domínio	Avaliação
Estrutura e Funcional	23/05/2023	<u>Risco de Queda</u> (Código 10015122) <u>Cliente: casal</u> Estrutura - Barreiras arquitetônicas (degrau, rampa de acesso e banheira) Funcional - alterações de mobilidade e ocorrência de quedas recentes	Diminuição do Risco de queda	-Entrevista -Observação -Escala de Morse	-Avaliar ambiente doméstico, com o consentimento do casal (Domínio cognitivo); -Avaliar o conhecimento sobre prevenção de quedas (Domínio cognitivo); -Ensinar a família sobre segurança doméstica e prevenção de quedas (Domínio cognitivo); -Demonstrar como prevenir a queda (Domínio Comportamental/cognitivo); -Incentivar o uso de recursos que facilitem a locomoção (Domínio comportamental); -Orientar sobre o tipo de calçado adequado (Domínio cognitivo); -Implementar medidas preventivas de quedas e adaptações no domicílio, conforme acordado com o casal (Domínio comportamental).	<u>30/05/2023</u> -Observa-se a inexistência de tapetes em casa. <u>No futuro pretende-se que:</u> -Instalação de barras de apoio na banheira e corrimão no acesso entrada de casa. -Aplicar a Escala de Morse.
Desenvolvimento	16/05/2023	<u>Falta de apoio social</u> (Código 1002753) <u>Cliente: Casal</u> Observada pela ausência de serviços comunitários e sociais	Apoio social	-Entrevista -Observação -Mapa de Rede Social	-Avaliar o conhecimento sobre serviços comunitários (Domínio Cognitivo); -Identificar os equipamentos sociais e comunitários existentes, no concelho onde o casal reside (apêndice 10) (Domínio cognitivo); -Informar o casal e cuidadora sobre as Respostas e Prestações sociais da segurança social existentes (anexo 2) (Domínio Cognitivo); -Orientar sobre recursos comunitários disponíveis, de acordo com preferência do casal (Domínio cognitivo); -Encaminhar para equipe multiprofissional (Domínio comportamental); -Referenciar para assistente social, conforme acordado com o casal (Domínio comportamental); -Incentivar a comunicação expressiva das emoções (Domínio afetivo);	<u>30/05/2023</u> -Entrevista, decorreu no domicílio, entre a assistente social, o casal, a Beja e o enfermeiro orientador e a Aluna do mestrado de enfermagem de saúde familiar <u>No futuro pretende-se que:</u> -Apoio domiciliário presente (higiene pessoal e habitacional, alimentação conforme acordado com o casal) -Aplicar Mapa de Rede Social

Quadro 1 - Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem (continuação)

Dimensão	Data	Diagnóstico de enfermagem	Resultados Esperados	Instrumento de avaliação	Intervenções de enfermagem/Domínio	Avaliação
Desenvolvimento	17/05/2023	<u>Falta de apoio da família</u> (código 10022473) <u>Cliente: casal</u> Apoio diminuído e irregular de Tomar e Seta (referindo a última, indisponibilidade por motivos laborais).	Apoio da família	-Entrevista -Observação -Ecomapa.	-Promover a comunicação expressiva das emoções (Domínio Afetivo); -Estimular o apoio da família, conforme acordado com o casal (Domínio Afetivo); -Informar sobre as responsabilidades filiais (Domínio cognitivo); -Informar sobre prestação de serviços na comunidade (Domínio cognitivo); -Informar sobre recursos da comunidade (Domínio cognitivo); -Referenciar para a Assistente Social, conforme negociado com o casal (Domínio comportamental).	<u>18/05/2023</u> Contato com filho e nora muito esporádico. <u>30/05/2023</u> Contato diário, muito breve, com o filho. <u>No futuro pretende-se que:</u> -O filho compareça a reunião agendada para 12-06-2023, com a assistente social de forma a delimitarem-se estratégias de apoio aos pais. -Apoio a família efetivo. -Caso se mantenha situação de negligência, referenciar para a APAV.
Funcional	16/05/2023	<u>Úlcera diabética</u> (código 10042181) <u>Cliente: Sr. Ivete</u> Presença de úlcera diabética no 1º dedo pé esquerdo	Sem Úlcera diabética	-Observação	-Promover a comunicação expressiva das emoções (Domínio Afetivo); -Facilitar acesso ao tratamento (Domínio comportamental); -Colaborar com a equipa interprofissional nos cuidados a ferida (Domínio comportamental); -Executar cuidados a ferida (Domínio comportamental); -Ensinar sobre cuidados a Úlcera diabética (Domínio cognitivo); -Ensinar a família sobre prevenção de infeção (Domínio cognitivo); -Ensinar família sobre comportamento de procura de saúde (Domínio cognitivo); -Ensinar sobre padrão alimentar (Domínio cognitivo); -Solicitar apoio de médica de "recurso", para observação da ferida por infeção (Domínio comportamental); -Monitorizar glicemia (Domínio comportamental).	<u>18/05/2023</u> -Úlcera diabética no 1º dedo pé esquerdo apresenta tecido devitalizado sem sinais de infeção. Sem avaliação da glicemia. <u>28/05/2023</u> -Úlcera diabética no 1º dedo pé esquerdo apresenta tecido devitalizado com sinais de infeção (rubor, edema, exsudado purulento e dor aumentada). Solicitado a médica de recurso medicação ajustada a situação reportada. Inicia antibioterapia oral. Glicemia capilar de 300. Mantem uma alimentação inadequada a patologia diabetes. <u>30/05/2023</u> -Úlcera diabética no 1º dedo pé esquerdo apresenta tecido devitalizado com sinais de infeção (diminuição do rubor, edema, exsudado purulento e dor). Mantem antibioterapia oral. Glicemia capilar de 300. Mantem uma alimentação inadequada a patologia diabetes. <u>No futuro pretende-se que:</u> -Através da observação, a ferida se apresente cicatrizada. -Alimentação ajustada a patologia diabetes.

Quadro 1 - Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem (continuação)

Intervista	Data	Diagnóstico de enfermagem	Resultados Esperados	Instrumento de avaliação	Intervenções de enfermagem/Domínio	Avaliação
Funcional	16.05.2023	<u>Baixa de capacidade para tomar conta comprometida</u> (Código 10032270) <u>Cliente: Beja</u> Expressa pela saturação, conflito e não consenso de papel da Beja	Cuidador capaz de tomar conta	-Entrevista -Observação	-Incentivar a comunicação expressiva das emoções (Domínio afetivo); -Apoiar o cuidador (Domínio afetivo); -Bogiar o cuidador (Domínio afetivo); -Referenciar para Assistente Social ou serviço comunitário, conforme negociado com o casal (Domínio comportamental); -Orientar sobre recursos comunitários disponíveis, de acordo com o interesse do casal e cuidador (Domínio cognitivo); -Encaminhar ao serviço social, conforme acordado com o casal e cuidador (Domínio comportamental)	<u>30.05.2023</u> -Entrevista, decorreu no domicílio, entre a assistente social, o casal, a Beja e o enfermeiro orientador e a Aluna do mestrado de enfermagem de saúde familiar. <u>Não futuro pretende-se que:</u> -Em entrevista, o cuidador não expresse saturação, conflito e não consenso do papel. -Apoio domiciliário presente. -Aplicar a escala de Zarit (Sobrecarga do Cuidador) a Beja.
Funcional	17.05.2023	<u>Comunicação comprometida</u> (Código 10023570) <u>Cliente: Família alargada e casal</u> Expressa pelo casal pela forma como Tomar os trata. Expressa pela Beja, o discurso acusatório do Tomar	Comunicação efetiva	-Entrevista -Observação -Ecomapa	-Incentivar a comunicação expressiva das emoções (Domínio afetivo); -Promover apoio emocional (Domínio afetivo); -Promover o envolvimento da família/amigos e vizinhos, conforme negociado com o casal (Domínio afetivo); -Ensinar sobre comunicação efetiva (Domínio cognitivo); -Coordenar conferência familiar, se os envolvidos manifestarem interesse (Domínio comportamental);	<u>30.05.2023</u> -Não foi possível reunir com o filho e nora por indisponibilidade destes. <u>Não futuro pretende-se que:</u> -Agilizar conferência familiar para família discutir em meio seguro as suas preocupações, limitações e encontrar estratégias que respondam as necessidades do casal -Aplicar Ecomapa
Funcional	23.05.2023	<u>Ingestão de alimentos deficiente</u> (código 10000607) <u>Cliente: casal</u> Ingestão de alimentos irregular motivado pelas dificuldades económicas, em confeccionar a refeição e irregularidade no fornecimento desta.	Ingestão de alimentos adequada (no mínimo 3x/dia)	-Entrevista -Observação	-Promover a comunicação expressiva das emoções (Domínio Afetivo); -Encorajar maior envolvimento nos intervenientes da confeção alimentar (Domínio Comportamental); -Monitorizar a ingestão de alimentos (realizar no mínimo 3 refeições por dia); -Ensinar sobre a importância de padrão alimentar adequado; -Informar sobre prestação de serviços na comunidade; -Informar sobre recursos da comunidade. -Referenciar para a Assistente Social, conforme negociado com o casal e cuidadora (Domínio comportamental); -Orientar sobre recursos comunitários disponíveis, de acordo com o interesse do casal e cuidadora (Domínio cognitivo); -Encaminhar ao serviço social, conforme acordado com o casal e cuidadora (Domínio comportamental)	<u>30.05.2023</u> -Através da entrevista constata-se que o casal mantém uma alimentação inadequada (frequência não adaptada a patologia diabetes) <u>Não futuro pretende-se que:</u> -Através da observação e entrevista, o casal faça pelo menos 3 refeições ao dia e adaptadas a sua condição de saúde. -Apoio domiciliário presente -Aplicar o Mini Nutritional Assessment: MNA®

Apêndice 10

Recursos de Apoio Social e Comunitário Identificados na
Comunidade da Família Portugal

Recursos de Apoio Social e Comunitário Identificados na Comunidade da Família Portugal

Para assegurar o anonimato do casal não foram identificadas as instituições, em alternativa identifica-se o número e tipologia de serviços presente. Os dados foram retirados da Carta Social online que integra os equipamentos com respostas sociais das redes pública, solidária e privada-lucrativa.

Respostas sociais nas 18 freguesias que pertencem ao Concelho da família Portugal	Respostas Sociais na Freguesia da residência da família Portugal
Centro de Convívio -7	
Centro de dia -21	Centro de dia -1
Centro de Noite - 0	
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência - 39	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência - 1
Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos) - 28	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos) - 1
Unidade Cuidados de Saúde Personalizado - 7	Unidade Cuidados de Saúde Personalizado - 1
Unidade Saúde Familiar - 11	
Hospital - 1	
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - 1	
Unidade de Cuidados na Comunidade - 1	
Atendimento Complementar - 1	
Banco de Ajudas Técnicas (Plataforma de empréstimo ou doação de equipamentos como cadeiras de rodas, camas articuladas, andarilhos ou outros artigos) - 1	

Apêndice II

Projeto de estágio



**Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar**

Unidade curricular
Estágio
1º Ano – 2º Semestre

**Contributo do enfermeiro de família na prevenção do
risco de queda das famílias idosas em ambiente
doméstico**

Isabel Maria Miranda Ribeiro

**Lisboa
Julho 2023**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar**

Unidade curricular
Estágio
1º Ano – 2º Semestre

**Contributo do enfermeiro de família na prevenção do
risco de queda das famílias idosas em ambiente
doméstico**

Isabel Maria Miranda Ribeiro

Professora Orientadora:
Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa
Julho 2023**

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAIR - PQI RAM - Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEESF – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FI – Família Idosa

Home FAST - Home Falls an Accidents Screening Tool

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICo – Participantes, Condição, Contexto

PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução	5
1 - Enquadramento conceitual	11
1.1. A pessoa Idosa e o envelhecimento	11
1.2. As quedas	12
1.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa e o referencial teórico	14
1.4. Revisão da literatura: Scoping Review	16
2. Metodologia	18
2.1. Desenho do estudo	18
2.1.1. Tipo de estudo	18
2.1.2. Procedimentos de seleção de amostra	18
2.1.3. Instrumentos de colheita de dados	19
2.1.4. Metodologia de recolha e tratamento de dados, recursos técnicos e humanos	20
2.1.5. Questões éticas	21
2.2. Avaliação dos resultados	22
3. Possíveis diagnósticos e propostas de intervenção de enfermagem	23
4. Considerações finais	24
Referências bibliográficas	25
ANEXOS	
Anexo I - Escala Mini-Cog Test	
Anexo II - Escala de Barthel	
Anexo III - Escala de Morse	
Anexo IV - Escala Home Falls an Accidents Screening Tool (Home FAST)	
APÊNDICES	
Apêndice I - Prisma Flow Diagram	
Apêndice II - Quadro de revisão de Scoping Review	
Apêndice III - Cronograma de atividades	
Apêndice IV - Instrumento de Colheita de Dados - Questionário	
Apêndice V - Pedido de autorização ao Coordenador da USF	
Apêndice VI - Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES	
Apêndice VII - Pedido de autorização dirigido à Comissão de ética da ARSLVT	
Apêndice VIII - Consentimento Informado	
Apêndice IX - Pedido de autorização de uso de escala Home FAST	

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, foi solicitado a elaboração do desenho de um projeto de intervenção de enfermagem de saúde familiar a famílias em situação complexa.

A metodologia de projeto de intervenção centra-se na resolução de um problema/necessidade, estando ligada à investigação e associada a uma determinada perspectiva de intervenção para a resolução eficaz desse problema/necessidade. Deste modo, o investigador ao ser confrontado com um problema real inicia um processo reflexivo, baseado na evidência científica e através do planeamento, execução de estratégias e intervenções direcionadas, procura resolver o problema inicial e os objetivos a que se propõe. A elaboração deste projeto passa pelo desenho de um plano após a identificação de um problema/necessidade, que define e orienta a ação futura, ou seja, é a elaboração do planeamento de todas as etapas a serem realizadas na execução do projeto (Xavier et al., 2018).

Assim, este trabalho tem dois objetivos. Por um lado, desenhar o projeto de intervenção de saúde familiar que se vai desenvolver no estágio com relatório no 3º semestre e por outro, desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF).

Num primeiro momento, foi realizada uma pesquisa e reflexão acerca da pertinência de uma temática que teve como foco a prevenção de quedas nas famílias idosas (FI).

O envelhecimento demográfico é uma realidade das sociedades atuais, que resulta da baixa natalidade e do aumento da longevidade, e que continua com tendência a aumentar de forma significativa (Instituto nacional de estatística [INE], 2021).

A nível mundial, em 2019 o número de pessoas com 60 anos ou mais, era de cerca de mil milhões e estima-se que duplique em 2050. Este aumento, que ocorre a um ritmo sem precedentes, prevê-se que acelere nas próximas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023).

Em Portugal, o número de pessoas com 65 ou mais anos, passou de 16,4% em 2001, para 23,4% em 2021, ultrapassando atualmente dois milhões de pessoas. Também, o índice de envelhecimento – idosos por 100 jovens - passou de 101,55% em 2001, para 183,5% em 2022 (PORDATA, 2023).

Esta tendência também é sentida no concelho onde se realiza o estágio, onde a população nesta faixa etária representava 12% em 2001 e 21,9% em 2021, tendo o índice de envelhecimento passado de 81,1% em 2001, para 138,4% em 2021 (PORDATA, 2023).

Na unidade de saúde familiar (USF) onde se realiza o estágio, esta realidade expressa-se pelo aumento da percentagem desta população, situando-se atualmente nos 21,4%.

O envelhecimento implica alterações progressivas nas estruturas biopsicossociais dos indivíduos, que se iniciam antes do nascimento e ocorrem durante todo o ciclo de vida (Direção Geral de Saúde [DGS], 2006), assumindo uma maior expressão na sua fase mais tardia (Quaresma e Ribeirinho, 2016). Por isso, o envelhecimento não deve ser visto como um problema, mas sim como uma das etapas do ciclo de vida, sendo desejável que este seja vivido com autonomia e de uma forma saudável (DGS, 2006).

A grande maioria dos problemas de saúde que afetam as pessoas mais velhas resultam de doenças crónicas que podem ser prevenidas se forem adotados/mantidos estilos de vida saudáveis. Também, outros problemas de saúde podem ser prevenidos ou controlados se forem identificados precocemente (OMS, 2015). A queda, é um deles.

A nível mundial, as quedas são a segunda causa de morte por lesões não intencionais. Cerca de 684.000 pessoas morrem de quedas a cada ano sendo os maiores de 60 anos, os mais afetados. Em cada ano, existem 37,3 milhões de quedas que requerem atenção médica (OMS, 2021).

Em Portugal, no ano de 2019, na tipologia de acidentes domésticos e de lazer reportados, foram as quedas os acidentes que ocorreram com maior frequência em ambiente doméstico, num total de 112 988 portugueses que necessitaram de recorrer ao serviço de urgência, dos quais 74% foram mulheres e 62%, homens. Em todos os grupos etários houve uma elevada incidência de acidentes por queda, superior a 49%, destacando-se os grupos etário dos 65 e mais anos com 88% e destas quedas, 48% ocorreram em casa (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020).

Na população idosa, as quedas têm um impacto negativo no estado físico, psicológico e socioeconómico, comprometendo a autonomia destas nas Atividades da Vida Diária (*Kuptniratsaikul et al., 2011*). Também, a organização mundial de saúde (OMS) (2007) refere que as lesões relacionadas com os eventos de queda são dos maiores responsáveis de dor, incapacidade, perda da autonomia funcional, danos psicológicos, redução da qualidade de vida, institucionalização e morte prematura.

Os principais fatores de risco para a ocorrência de queda nos idosos resultam das alterações biológicas, comportamentais, socioeconómicas e ambientais, tais como as barreiras arquitetónicas (OMS, 2021).

Existem evidências de que a estrutura do ambiente físico pode aumentar a probabilidade de uma pessoa mais velha cair (OMS, 2021). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (DGS, 2006) e estudos resultantes da investigação sobre esta problemática identificam o ambiente domiciliar como o local onde ocorrem a maioria dos eventos de queda, sendo as características deste ambiente influenciador de tais eventos. Considerando que a maioria dos idosos envelhece nas suas próprias casas (Fonseca, 2020) é importante que a intervenção na pessoa idosa, seja prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (DGS, 2006). Efetivamente, o meio físico pode influenciar o nível de independência das famílias idosas. Aquelas que habitam em ambientes seguros ou sem barreiras físicas, poderão estar menos vulneráveis ao isolamento, depressão, diminuição da atividade física e serem menos afetados por problemas de mobilidade contribuindo para a sua qualidade de vida (Fonseca, 2020).

Esta realidade, tem evidenciado a importância do desenvolvimento de programas de prevenção que envolvam o idoso/família/comunidade. Neste sentido, o PNSPI (2006) pretende através da operacionalização das suas estratégias contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, criar respostas adequadas às necessidades da população idosa, estimular as suas capacidades e a sua participação ativa na promoção da saúde, autonomia e independência. Um dos seus três pilares, assenta na promoção e desenvolvimento de ambientes capacitadores com recomendações para a deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas e a prevenção de acidentes domésticos e de lazer, tais como a queda. Também, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, perfilado com o anterior Programa Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020, juntamente aos diversos programas prioritários e outros programas

Nacionais de Saúde, com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS, com as Propostas de Ação de União Europeia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações, e com a Agenda 2030, aborda no seu eixo estratégico sobre a segurança, o forte impacto que os ambientes físicos exercem na segurança das pessoas idosas e a importância da sua adaptação às necessidades e limitações destas, de forma a aumentar a sua capacidade funcional e prevenir riscos de quedas (DGS, 2017). O plano nacional para a segurança dos utentes 2021/2026, reforça que é necessário promover e consolidar a segurança incluindo no contexto domiciliário, mantendo práticas seguras em ambientes seguros e dando continuidade às intervenções desenvolvidas no anterior plano, cuja estratégia de prevenção privilegiava a educação, o treinamento, a criação de ambientes mais seguros e a priorização da pesquisa no que dizia respeito às quedas (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Neste sentido, a OMS (2021) alerta para a necessidade de implementação de estratégias de prevenção de queda que devem basear-se na educação, na formação, na criação de ambientes seguros, priorizando a investigação relacionada com a queda e instituir políticas eficazes para reduzir o seu risco.

A mesma refere que a prevenção de quedas pode ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ligados à saúde e bem-estar e a cidades seguras e inclusivas. E, também, que a comunidade deve procurar ativamente oportunidades para reduzir os danos, sofrimento e perdas resultantes das quedas (OMS, 2021a).

Para a Ordem dos enfermeiros (OE) e as próprias comissões de acreditação, cair é um importante indicador e critério de qualidade quer na prestação dos cuidados de saúde quer do exercício profissional. Assim a queda é um fenómeno que os enfermeiros devem valorizar, necessitando que se monitorize o risco e adote medidas de prevenção de quedas (Lamas, 2012).

Assim, urge que os enfermeiros implementem medidas que capacitem os idosos, a família e a comunidade na prevenção das quedas (Rocha, 2022). Aqui, o EEESF desempenha um papel importante no diagnóstico e na implementação de estratégias personalizadas à família, que minimizem/eliminem o impacto dos fatores de risco em estreita cooperação com esta, reforçando os seus pontos fortes e agilizando processos de mudança com o objetivo prevenir a queda, promover a saúde e ambientes seguros,

melhorar a sua qualidade de vida e promover a sua capacitação na manutenção/restauração do equilíbrio familiar (Regulamento n.º 428/2018).

Neste contexto, este projeto nasce da inexistência de estudos que retratem a realidade deste acontecimento nesta USF e que permitam a implementação de intervenções baseadas em evidência pelos seus profissionais, apesar dos enfermeiros serem confrontados regularmente com este diagnóstico e, por outro lado, da forte motivação pessoal pelo estudo nesta área que advém do respeito e da consideração pela população idosa e pela convicção sobre os efeitos negativos das quedas nesta etapa da vida.

Face ao exposto, surgiu a questão inicial para o estudo: **Quais são os fatores de risco de queda nas famílias Idosas da Unidade de saúde Familiar, no seu ambiente doméstico?**

Foi com base nos pressupostos explanados, que emergiu a proposta do projeto – **Contributo do enfermeiro de família na prevenção do risco de queda das famílias Idosas em ambiente doméstico**, a ser implementada numa USF da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, durante o estágio que decorrerá entre os meses de setembro 2023 a fevereiro de 2024, sendo definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Prevenir quedas em FI no seu ambiente doméstico.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar as FI;
- Avaliar o risco de queda nas FI;
- Identificar os fatores de risco, no ambiente doméstico, nas FI;
- Implementar intervenções preventivas da queda nas FI no seu ambiente doméstico;
- Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas.

Este Trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde a esta introdução onde se justifica a pertinência do projeto e do tema, são apresentados os objetivos e é abordada a estrutura interna do projeto. No segundo

capítulo realiza-se um enquadramento concetual do tema, onde se procede à revisão da literatura com o objetivo de enquadrar a problemática, a intervenção do EEESF e o modelo teórico que sustenta a intervenção. O terceiro capítulo aborda a metodologia utilizada onde se procederá à descrição do projeto, bem como a todos os fundamentos e pressupostos organizativos, nomeadamente o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Por fim, na conclusão é realizada uma reflexão sobre a realização deste projeto, das suas limitações e das competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Familiar.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL, baseado *American Psychological Association*, 7.ª Edição, cumprindo o acordo ortográfico da língua portuguesa em vigor.

1 - Enquadramento concetual

Neste capítulo é realizada uma breve abordagem ao conceito de envelhecimento, a queda e sua caracterização e ao papel do enfermeiro de família.

1.1. A pessoa idosa e o envelhecimento

Ao longo do ciclo de vida, cada família apresenta um desenvolvimento único a par do desenvolvimento dos seus indivíduos, caracterizando-se a última etapa por múltiplas transformações nomeadamente declínio funcional, limitações e riscos que afetam a saúde, aparecimento de doenças e mudanças dos papéis sociais relacionados com o afastamento dos idosos da vida social, as alterações nas relações entre as gerações, as configurações e a funcionalidade familiar (Carter e Mc.Goldrick, 1995).

A nível individual, o envelhecimento sucede de forma natural e é acompanhado por alterações fisiológicas, cognitivas e progressivas do organismo humano, que limitam a capacidade do indivíduo idoso em suas atividades funcionais (Lopes et al., 2019)

Este processo é díspar para cada indivíduo e influenciado por fatores genéticos, fisiológicos, estado de saúde, estilos de vida, género, cultura, educação e condições socioeconómicas (Curopos, 2021)

Importa referir que a par da disparidade do envelhecimento, também a definição da idade a partir da qual se considera um indivíduo idoso, é variável. A OMS (2023) identifica como idoso, todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No entanto, a idade convencionada pelo PNSPI (DGS, 2006), pelo INE (INE, 2021) e na abordagem prática adotada dentro do envelhecimento da Europa (União Europeia, 2020) consideram idoso, todo o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (sendo esta a abordagem adotada para este trabalho).

1.2. As quedas

Segundo a OMS (2021), a **queda** é definida como um evento em que o indivíduo vai inadvertidamente ao chão ou a um nível inferior. Estas situações são mais comuns em indivíduos com idade mais avançada interferindo com as suas atividades de vida diária e com a qualidade de vida (Aoyama et al., 2011). As quedas ocorrem quando há alteração na capacidade de equilíbrio por causa de um estímulo externo (Seo et al., 2012).

As quedas podem ser classificadas como: fisiológicas previstas, quando ocorrem nas pessoas com risco de queda (com alterações da marcha, uso de dispositivos médicos de locomoção e pessoas confusas, desorientadas no tempo e/ou espaço; acidentais, quando ocorrem nas pessoas que não apresentam riscos de queda, ou; fisiológicas imprevistas, se ocorrem em quem não tem risco de queda. As duas primeiras podem ser evitadas, mas as quedas fisiológicas imprevistas causadas por alterações do equilíbrio e perda de consciência, são difíceis de prevenir e como tal nem sempre podem ser evitadas (Morse, 2009).

A gravidade do **Impacto das quedas** está relacionada com a elevada frequência de eventos em conjunto com uma maior suscetibilidade de ocorrência de lesões que advém da elevada incidência de morbilidades na população idosa. Nesta faixa etária, as lesões relacionadas com os eventos de queda são dos maiores responsáveis por dor, incapacidade, perda da autonomia funcional, redução da qualidade de vida, institucionalização e morte prematura. Este tipo de lesões tem um impacto negativo a nível pessoal, familiar e social e originam custo elevados para os serviços de saúde (OMS, 2007).

É prioritário investigar as causas e possíveis intervenções preventivas no que respeita às quedas, porque a velocidade de declínio pode ser alterada em qualquer idade, através de medidas individuais e públicas (OMS, 2007).

Os **fatores de risco de queda** podem ser definidos como condições, que aumentam a probabilidade de ocorrência do evento queda (Hendrich et al., 2003).

Podemos classificar os fatores de riscos para a queda como fatores biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos (OMS, 2007).

Os fatores de risco biológicos incluem características intrínsecas da pessoa, como a idade, o gênero e a raça. Também, estão incluídas as alterações que se devem ao envelhecimento e ao declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas (OMS, 2007).

Os fatores de risco comportamentais incluem as ações humanas, as emoções e as escolhas diárias. Estes fatores podem ser modificados, como por exemplo a polimedicação, o excesso de álcool e o sedentarismo (OMS, 2007).

Os fatores de risco ambientais incluem a relação entre as condições físicas e do ambiente envolvente, que abrange os perigos domésticos (OMS, 2007).

Os fatores de risco socioeconômicos relacionam-se com os baixos rendimentos, o nível baixo de escolaridade, as habitações inapropriadas, a pouca interação social e o acesso limitado à saúde e à assistência social e como estes influenciam as condições sociais e económicas da população com mais idade (OMS, 2007).

Há uma crescente evidência da importância de **avaliar o risco de queda** da população mais idosa, e em simultâneo existe a necessidade de melhorar a identificação e a avaliação dos fatores de risco implementando uma estratégia multidisciplinar de intervenção (OMS, 2007).

Esta avaliação deve fazer parte da avaliação global da pessoa idosa e incluir a saúde física e mental, a capacidade funcional, os recursos sociais e económicos e o ambiente em que o indivíduo vive, de forma a identificar situações de vulnerabilidade (OMS, 2007).

Os indivíduos idosos devem ser questionados se já experienciaram algum evento de queda e em caso afirmativo averiguar o contexto em que o mesmo ocorreu, a frequência e as circunstâncias; avaliar se têm alterações de equilíbrio; e realizar uma avaliação de risco de queda multifatorial a todos os indivíduos que reportem queda e/ou dificuldades de locomoção e/ou de equilíbrio.

A avaliação de risco de queda deve incluir o histórico de quedas, a medicação, história de fatores de risco relevantes, o exame físico, a avaliação funcional e a avaliação ambiental (Montero-Odasso et al., 2022)

Ao longo dos anos foram desenvolvidos **Instrumentos de avaliação** para identificar indivíduos em risco de cair. Os instrumentos de avaliação do risco de queda a considerar dependem da população e do contexto do local, pois o peso de cada fator de risco e a eficácia de cada intervenção variam de forma significativa (Todd & Skelton, 2004).

Para a **modificação dos fatores de risco de queda** nos cuidados de saúde primários onde o grosso da população é idosa, reveste-se de extrema importância a existência de programas de formação que incluam conhecimento e competências na prevenção do risco de quedas. Aqui, os enfermeiros devem ser conhecedores do diagnóstico e gestão de quedas, de forma a prevenirem estes eventos (OMS, 2007).

A saúde, o ambiente, a avaliação dos fatores de risco e as intervenções assentes nos resultados teve impacto expressivo na diminuição de quedas nas pessoas com idades mais elevadas (OMS, 2007).

As abordagens devem envolver a equipa multidisciplinar, ser direcionadas para os que têm historial de quedas ou fatores de risco conhecidos, ser multifatoriais e incluir o equilíbrio e treino de marcha, o uso adequado de produtos de apoio, avaliação dos riscos ambientais e a sua modificação, avaliação de medicamentos e a sua modificação, gestão de problemas visuais, proporcionar educação e formação, abordar problemas nos pés e calçado e tratar a hipotensão (OMS, 2007).

Uma importante medida para reduzir a ocorrência de novos eventos de queda são as intervenções nas casas de pessoas com historial. Estas frequentemente apresentam custo reduzido e incluem pequenas reparações como instalação de corrimões nas escadas, colocação de chão ou tapetes antiderrapantes, iluminação adequada, colocação de barras de apoio na casa de banho, entre outros (OMS, 2007).

1.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa e o referencial teórico

Os cuidados de enfermagem às FI devem ter como premissa a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida e para isso é necessário que o EEESF identifique as necessidades das famílias, defina estratégias de intervenção, execute as atividades e avalie os planos em interligação com toda a equipa multidisciplinar e envolvendo em todo o processo a família (Regulamento n.º 428/2018).

No âmbito das Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na prevenção de quedas nas FI, o EEESF, compreende um conjunto de

conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permite ajudar as famílias a maximizar o seu potencial e independência.

O Regulamento de Competências Específicas do EEESF define que este: (i) Cuida a família como um todo e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis dos diferentes tipos de prevenção; (ii) Identifica diagnósticos de enfermagem, do domínio familiar, recorrendo a entrevista familiar e aplicando instrumentos de avaliação; (iii) Deve promover ambientes seguros e saudáveis para as famílias, abrangendo a diminuição de fatores de risco ambientais que estão relacionados com a saúde; (iv) Desenvolve plano de cuidados personalizado, em estreita colaboração com a família, para a capacitar; (v) Desenvolve competências de gestão e liderança que permitem a mobilização e articulação dos recursos necessários para prestar cuidados a família (Regulamento n.º 428/2018).

Uma enfermagem de família implica que o EEESF utilize uma abordagem coerente e sistémica quando está a trabalhar com as famílias. Esta abordagem designa-se por processo de enfermagem de família e inicia-se com uma avaliação-recolha que, posteriormente, evolui para um diagnóstico, seguido do planeamento, posteriormente da intervenção e por último da avaliação dos resultados (*Hanson, 2005*).

O uso de uma abordagem sistemática baseada em teoria coloca o enfermeiro numa posição privilegiada para exercer influencia na vida das famílias idosas ajudando-as física e psicologicamente (*Hanson, 2005*).

Durante a prática da enfermagem de família é imperativo o uso de modelos teóricos que orientem na avaliação e intervenção de enfermagem de forma a se conceber cuidados orientados quer para a colheita de dados quer para o planeamento das intervenções (*Figueiredo, 2012*).

Assim, o EEESF deve escolher o modelo teórico que melhor se adequa à sua prática. Neste sentido, e tendo em conta os participantes deste projeto recorreremos ao modelo de sistemas de *Neuman* como referencial teórico. Aqui, o EEESF baseia a sua avaliação nos três eixos que compõem o sistema como um todo: a FI, os *stressores* e a resposta da FI aos mesmos. A sua intervenção é orientada pela interação ambiente/FI selecionando estratégias que incidem na diminuição dos *stressores* e fortalecimento das linhas de defesa do sistema FI, tendo como objetivo o equilíbrio do sistema em qualquer dos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Ao nível da prevenção primária,

o EEESF tenta que os *stressores* não penetrem a linha flexível de defesa contribuindo para o bem-estar da FI e aumento dos fatores de resistência. A nível secundário, visa a proteção do core após a penetração dos *stressores* através do tratamento de forma a recuperar a estabilidade. E na terciária vai atuar nas linhas de resistência e processos de ajustamento de forma a atingir a sua reconstituição e os fatores de manutenção que fazem a FI voltar ao nível de prevenção primária (Neuman & Fawcett, 2011).

1.4. Revisão da literatura: *Scoping Review*

A investigação faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista, contribuindo para a melhoria da prática de enfermagem.

A investigação tem um papel preponderante para orientar a prática de cuidados (Fortain, 1999). Esta guia-se por um conjunto de etapas, sendo fulcral na sua fase conceptual uma revisão sistemática da literatura (RSL). A RSL fornece uma base de conhecimentos científicos existente em relação a uma determinada problemática, uma delineação mais eficaz do problema, uma melhor definição dos conceitos e a reconhecer a teoria que se adequa (Fortain, 1999).

Neste trabalho, optou-se por uma revisão *Scoping*, que tem como objetivo identificar e mapear toda a evidência disponível sobre um determinado assunto em contextos particulares (Peters et al, 2020).

Assim, tendo em vista a temática escolhida para a elaboração deste projeto é pertinente conhecer a evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro especialista em saúde comunitária (EESC) na prevenção da queda das famílias idosas no seu ambiente doméstico.

Para isso, formulou-se a seguinte questão norteadora desta revisão *scoping* que foi estruturada no uso do acrónimo *participants, concept e context* (PCC):

“Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária que previnem a ocorrência de quedas (C) nas famílias idosas (P) no seu ambiente doméstico (C)?”

Os descritores utilizados após validação no *MeSH*, e interligados pelo booleano OR e AND conjugando a seguinte estratégia de pesquisa, são os seguintes: (*Accidental Falls* or

Fall Risk or risk Factors) and (Aged or Elderly) and (Home environment) and (Nurs or Nurs* intervention).*

Seguidamente, com a intenção de orientar a pesquisa e de escolher os artigos pertinentes, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Critérios de inclusão: Pesquisa em base de dados científica da Plataforma EBSCO Host (CINAHL Complete, MEDLINE Complete). Foi definido um friso temporal entre os anos de 2018 a 2023. As restantes opções selecionadas foram: artigos integrais; resumo; idiomas em inglês, português, espanhol; participantes com idade igual ou superior a 65 anos, independentes e sem patologia cognitiva ou específicas; em contexto ambiente doméstico, e estudos primários.

Critérios de exclusão: artigos repetidos e/ou artigos que exijam pagamento para consulta.

De forma a garantir a qualidade metodológica, utilizou-se o instrumento proposto pelo Joanna Briggs Institute - Prisma 2020 Flow Diagram (Peters et al, 2020), procedendo-se à extração dos dados (Apêndice 1).

Inicialmente a seleção dos artigos foi realizada com base na leitura do título, seguida da análise do resumo e, posteriormente, será realizada uma leitura integral dos textos selecionados. Posteriormente, será realizada a avaliação da amostra incluída na revisão, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento em quadro, conforme modelo em Apêndice 2.

2 - Metodologia

A fase da metodologia refere-se a como o fenómeno em análise será implementado num plano de trabalho que orientará as atividades necessárias à realização da investigação, ou seja, é o desenho da investigação (Fortin, 1999).

2.1. Desenho do estudo

Com este projeto pretende-se realizar uma avaliação e intervenção, segundo o modelo de sistemas de Neuman, dos fatores de risco do ambiente doméstico das FI inscritas na USF, com a finalidade de prevenir as suas quedas.

Este projeto irá ser desenvolvido na USF onde decorre o estágio, da ARSLVT, em contexto domiciliário das FI com idade igual ou superior a 65 anos, no período temporal de setembro de 2023 a fevereiro 2024, estando o cronograma de atividades explanado no apêndice 3.

2.1.1. Tipo de estudo

Propõe-se realizar um estudo descritivo primário baseado em dados quantitativos com o intuito identificar e descrever as características de determinada população e/ou fenómeno e os fatores de risco da população em estudo (Fortin, 1999). Neste sentido, importa ressaltar que não se trata de um estudo de investigação com a metodologia de um trabalho de pesquisa quantitativa, que exige a formulação de questão de investigação e de hipóteses para serem validadas através de testes estatísticos.

2.1.2. Procedimentos de seleção da amostra

Opta-se por selecionar famílias em que todos os membros do agregado familiar tenham idade igual ou superior a 65 anos, sejam compostas por subsistema conjugal e/ou paternal e/ou fraternal e inscritas na USF. No entanto, na impossibilidade de fazer uma avaliação a todas as FI inscritas nesta unidade, devido ao constrangimento imposto pela

duração do estágio, opta-se por uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 20 FI que recorram a USF, pertencentes a um ficheiro medico/enfermeiro de família e que reúnam os seguintes critérios de inclusão:

- Famílias em que todos os membros do agregado familiar tenham idade igual ou superior a 65 anos, em que pelo menos um não tenha défice cognitivo e seja autónomo nas atividades de vida diária (AVD) e inscritos na USF;
- Não estar acamado;
- Não estar institucionalizado;
- Residir na freguesia da USF;
- Ter uma consulta de enfermagem na unidade, durante o período temporal de duas semanas (será estipulado o primeiro dia à posteriori);
- Ter capacidade de interagir e responder ao questionário;
- Aceitarem participar de forma livre e esclarecida no estudo;
- Compreender português, na forma oral e escrita.

2.1.3. Instrumentos de colheita de dados

A evidência refere que as estratégias de prevenção de queda, devem ser baseadas em intervenções multifatoriais que permitem eliminar/minimizar o efeito dos fatores de risco (*Stressores*). Neste sentido, com o objetivo de recolher dados foi elaborado um questionário composto por três partes (apêndice 4):

- A primeira parte foi elaborada com o intuito de avaliar sumariamente o estado cognitivo – aplicando a escala *Mini-Cog Test*, (anexo 1), avaliar o grau de dependência nas atividades de vida diária – através da escala de *Barthel*, (anexo 2) e avaliar o risco de queda – pela aplicação da escala de Quedas de *Morse* (anexo 3)
- A segunda parte é constituída por questões que pretendem obter dados de forma a caracterizar a amostra segundo a dimensão biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental dos fatores de risco da queda, e;
- A terceira parte pretende avaliar a presença de fatores do ambiente doméstico que podem estar na origem de uma queda através da aplicação da escala *Home Falls an Accidents Screening Tool (Home FAST)* (Comissão de Avaliação para

Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira [CAIR – PQI RAM], 2019) (anexo 4).

Importa referir que as escalas *Mini-Cog Test*, *Barthel* e de Quedas de *Morse* que vão ser utilizadas estão integradas na aplicação SClínico® do SNS.

2.1.4. Método de recolha e tratamento de dados, recursos técnicos e humanos

Para a recolha de dados é definida a seguinte estratégia de atuação, a ser realizada em três momentos:

- 1º momento prevê-se uma consulta de enfermagem, onde se explicita o estudo, os objetivos, onde se procede ao esclarecimento de dúvidas e se solicita o consentimento informado. Seguidamente, aplica-se a primeira parte do questionário - escala *Mini-Cog Test* e a escala de *Barthel* (para determinar critérios de inclusão). Nas famílias que reunirem critérios de inclusão no estudo, será posteriormente aplicada a escala de *Morse* e a segunda parte do questionário. E, por último, agenda-se uma visita domiciliária;
- 2º momento prevê-se uma visita domiciliária onde será preenchida a terceira parte do questionário - a escala *Home FAST* com a finalidade de identificar fatores de risco associados ao ambiente doméstico que contribuem para as quedas e propostas estratégias para a sua eliminação/minimização;
- 3º momento prevê-se uma segunda visita domiciliária, para avaliar os resultados das intervenções de enfermagem realizadas, com o intuito de avaliar a existência de alterações relacionadas com os fatores de risco existentes associados ao ambiente doméstico que contribuem para as quedas, com nova aplicação da escala *Home FAST*.

De referir, que está previsto o preenchimento da primeira e terceira parte do questionário pela mestranda e a segunda parte pelo utente. Caso este apresente dificuldades em responder ao questionário, será a mestranda a proceder ao seu preenchimento com base nas respostas deste.

No que concerne ao tratamento de dados, projeta-se realizar uma análise descritiva das variáveis contempladas no instrumento de colheita de dados, prevendo-se

que a análise seja efetuada com recurso ao *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, com a finalidade de caracterizar a amostra e fazer os diagnósticos para se proceder as intervenções de enfermagem, com base na revisão da literatura e outros contributos baseados na evidencia que se encontrem.

Relativamente aos recursos humanos a envolver no estudo, a equipa será constituída pela investigadora (mestranda), a orientadora clínica (USF) e a orientadora pedagógica (ESEL). Médicos, assistente social e outros recursos humanos do ACES/comunidade estão dependentes das necessidades/problemas que emerjam do estudo. Quanto aos recursos materiais previstos, estes incluem o uso de computador (redação do relatório, análise de dados e preparação de apresentações), impressora, papel A4 branco (impressão de documentos, como questionário para colheita de dados e formulários de consentimento informado), canetas (para o preenchimento do instrumento de colheita de dados, assinatura do formulário de consentimento informado e organização das informações) e viatura (da mestranda ou táxi) utilizada para deslocação para as visitas domiciliarias. Esses recursos serão suportados pela mestranda e não acarretarão custos adicionais para a instituição.

2.1.5. Questões éticas

Qualquer investigação realizada com pessoas origina questões morais e éticas. Neste sentido, o Código de Nuremberga e os códigos deontológicos preconizam que sejam respeitados os princípios ou direitos fundamentais nomeadamente da autodeterminação, da intimidade, do anonimato e a confidencialidade, a proteção contra desconfortos e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin e al, 1999).

De acordo com Lei nº 156/2015 (2015) no artigo 100.º, nas alíneas a), c) e e), o enfermeiro deve cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, protegendo e defendendo a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum e manter o seu conhecimento permanentemente atualizado.

De forma a cumprir estes deveres e de acordo com as exigências de um trabalho de investigação, solicita-se ao Coordenador da USF (apêndice V), à Direção Executiva do

ACES (apêndice VI), e à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (apêndice VII) a autorização para a realização do mesmo. Também, será solicitado o consentimento informado escrito (apêndice VIII) aos participantes do estudo, após o primeiro contacto com cada pessoa onde se explicará de forma clara e concisa o objetivo da investigação e esclarecerá todas as questões dos participantes. De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas de cada um dos participantes, estes serão apenas identificados com números

2.2. Avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados é um processo contínuo que deve ser baseado quer nos objetivos definidos quer nos critérios identificados para a formulação dos diagnósticos. A avaliação dos resultados obtidos pelas famílias, reflete-se na mudança dos juízos de diagnóstico e se traduzem em ganhos para a saúde (Figueiredo, 2012).

Desta forma definiram-se os seguintes indicadores de avaliação:

- % de famílias elegíveis para o estudo com caracterização efetuada - meta 90%
- % de famílias elegíveis para o estudo com avaliação do risco de queda efetuada - meta 100%
- % das famílias elegíveis para o estudo com domicílio avaliado - meta 80%
- % de fatores de risco ambientais (domicílio interior e exterior) passíveis de modificação eliminados/minimizados - 50%
- % de visitas domiciliárias efetuidas - 100%

3. Possíveis diagnósticos e propostas de intervenções de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem resulta da avaliação dos *stressores* na interação com a FI, assim o EEESF planeia intervenções de forma a fortalecer as linhas de defesa e de resistência através de níveis de prevenção primária, secundária ou terciária (Tomey & Alligood, 2004).

Nesta etapa, devem ser assegurados princípios fundamentais tais como a validação com a família das forças e fatores de stress, a priorização dos problemas de acordo com a ordem de importância percebida pela família e o estabelecimento dos principais objetivos da mudança acordados com a família (Figueiredo, 2012).

Com base nos fatores de risco para a ocorrência de quedas consoante os fatores biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais (*stressores*) poderão emergir diagnósticos de enfermagem tais como risco de queda presente, conhecimento sobre a queda não demonstrado e conhecimento sobre estratégias de adaptação a barreiras arquitetónicas não demonstrado.

No sentido de fortalecer as FI (sistema) é necessário que o EEESF as capacite, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as suas respostas ao stress. A implementação de intervenções de enfermagem terá como objetivo sensibilizar, aumentar o conhecimento e originar a adoção de medidas que eliminem/minimizem os fatores de risco de queda nestes quatro domínios (fortalecer as linhas de defesa), através da visita domiciliar educativa para a saúde sobre o ambiente doméstico de forma a conseguir o retorno à estabilidade das FI.

4. Considerações finais

A elaboração deste projeto demonstrou ser de grande importância numa fase preparatória para o estágio, sendo um instrumento de orientação que organiza as atividades a desenvolver face aos objetivos definidos.

Este processo iniciou-se com a identificação de uma área problemática, seguida da seleção do processo metodológico que possibilitou o planeamento das estratégias e atividades a implementar de modo a evidenciar o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE para o EEESF. Também, permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais integrando no planeamento do projeto de enfermagem de saúde familiar a investigação e a evidência clínica.

A evidência demonstra que a prevenção das quedas deve ter uma abordagem multifatorial, e aqui o EEESF tem um papel importante na implementação de estratégias que minimizem/eliminem o impacto dos fatores de risco do ambiente doméstico (*Stressores*), em estreita cooperação com a família, reforçando os seus pontos fortes e agilizando processos de mudança com o objetivo prevenir a doença, promover a saúde, melhorar a sua qualidade de vida e promover a sua capacitação na manutenção e restauração do estabilidade familiar.

A realização deste trabalho deu resposta aos objetivos definidos para a sua elaboração através da descrição, análise e problematização da área de estudo que pretende desenvolver.

Referências bibliográficas

Alzheimer's Association (2023, julho 19). Mini-Cog™ – Quick Screening for Early Dementia Detection. <https://mini-cog.com/>

Aoyama, M., Suzuki, Y., Onishi, J. & Kuzuya, M. (2011). Physical and functional factors in activities of daily living that predict falls in community-dwelling older women. *Geriatric Gerontology Inc.*, 389-357.

Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira (2019). Processo Assistencial Integrado da Prevenção de Quedas do Idoso no Domicílio. CAIR-PQI RAM. <https://www.sesaram.pt/infosaude/ficheiros/html/2019vs2020/PAIPQ.pdf>

Curopos, L. (2022). Quedas em idosos-conhecer para prevenir. Tese de Doutoramento. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5512/1/L%C3%A9nia%2BCuroposPDFA.pdf>

Despacho n.º 9390/2021(2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2016-2025 (Despacho nº 12427/2016)

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência

Fonseca, A. M. (2020). *Aging in place*, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-39

<https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/91/95>

Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª edição. Lusociência.

Hendrich, A., Bender, P. & Nyhuis, A. (2003). - *Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing Research*. Vol. 16, p. 9-21

https://www.academia.edu/20391868/Validation_of_the_Hendrich_II_Fall_Risk_Model_A_large_concurrent_case_control_study_of_hospitalized_patients

- INSA (2020). Acidentes Domésticos e de Lazer – Mecanismos de Lesão. Infográfico <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P (2021). Censos 2021 Resultados Definitivos. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=586659861&att_displ ay=n&att_download=y
- Kuptniratsaikul, V., Praditsuwan, R., Assantachij, P., Ploypetch, Udompunturak S. & Pooliam, J. (2011). Effectiveness of simple balancing training program in elderly patients with history of frequent falls. Clinical Interventions, 111-117.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095557/>
- Lamas, B.F.S. (2012). Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9370/1/TESE_Barbara_FINAL_2.pdf
- Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, I Série, nº 181, pp. 8059-810. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lopes, D., Santos, S., Souza, S., Silva, E. & Santos W. (2019). Fatores relacionados a quedas em idosos. Revista de Iniciação Científica e Extensão, 2(3), 131-138. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/247/187>.

Mackenzie, L., Byles, J. & Higginbotham, N. (2000). *Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): selecting the items*. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(6), 260-269.

https://www.researchgate.net/profile/Lynette-Mackenzie/publication/233670126_Designing_the_Home_Falls_and_Accidents_Screening_Tool_HOME_FAST_selecting_the_items/links/53f47daa0cf2fceacc6e838f/Designing-the-Home-Falls-and-Accidents-Screening-Tool-HOME-FAST-selecting-the-items.pdf

Montero-Odasso, M., Velde, n., Martin, F., Petrovic, M., Tan, M., Ryg, R., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N., Becker, C., Blain, B., Bourke, R., Cameron, I., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S., ... Masud, T. (2022). *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. *Age and Ageing*, Volume 51, Issue 9. <https://www.bgs.org.uk/wfg>

Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. Springer Publishing Company.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. 5ª edição. Pearson.

Organização Mundial da Saúde (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52046/retrieve>

Organização Mundial da Saúde (2015). *O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Resumo)*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.

Organização Mundial da Saúde – WHO (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Mackenzie, L., Byles, J. & Higginbotham, N. (2000). *Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): selecting the items*. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(6), 260-269.

https://www.researchgate.net/profile/Lynette-Mackenzie/publication/233670126_Designing_the_Home_Falls_and_Accidents_Screening_Tool_HOME_FAST_selecting_the_items/links/53f47daa0cf2fceacc6e838f/Designing-the-Home-Falls-and-Accidents-Screening-Tool-HOME-FAST-selecting-the-items.pdf

Montero-Odasso, M., Velde, n., Martin, F., Petrovic, M., Tan, M., Ryg, R., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N., Becker, C., Blain, B., Bourke, R., Cameron, I., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S., ... Masud, T. (2022). *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. *Age and Ageing*, Volume 51, Issue 9. <https://www.bgs.org.uk/wfg>

Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. Springer Publishing Company.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. 5ª edição. Pearson.

Organização Mundial da Saúde (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52046/retrieve>

Organização Mundial da Saúde (2015). *O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Resumo)*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.

Organização Mundial da Saúde – WHO (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organização Mundial da Saúde (2021a). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.*

<https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>

Organização Mundial da Saúde (2023). *Ageing.*

https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). *Scoping Reviews (2020 version), Chapter 11.* Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020.

<https://jbi-global->

[wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews](https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews)

PORDATA (2023). Estatística sobre Portugal e Europa.

<https://www.pordata.pt/portugal>

Quaresma, M. & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29-49.

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018, 19354-19359.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

União Europeia (2020). *Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU*. Edição 2020. Eurostat.

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

Seo, B.D., Kim, B.J. & Singh, K. (2012). *The comparison of resistance and balance exercise on balance and falls efficacy in older females*. *European Geriatric Medicine*, 312-316

Todd, C. & Skelton, D. (2004). *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?: World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363812>

Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência.

Xavier, S., Sampaio, C., Gomes, A., Nascimento, R., & Esperidião, M. (2019). *Projetos de intervenção em saúde: construindo um pensamento crítico*.

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29837/1/Artigo%20Rita%20Nascimento.%202018.pdf>

ANEXOS

Anexo I
Escala Mini-Cog Test

Mini-Cog Test

É um teste que avalia sumariamente a existência ou não de deficit cognitivo.

A informação resulta da realização de duas tarefas pelo idoso. Na primeira, solicita-se que decore três palavras, seguidamente que desenhe um relógio com a hora exata que lhe foi indicada. Após a realização do desenho solicita-se que repita as três palavras que se lhe pediu para decorar. Atribui-se a pontuação de 1 ponto por cada palavra decorada e 2 pontos se o desenho do relógio estiver correto. A pontuação final resulta da soma atribuída a cada tarefa e é interpretada da seguinte forma: entre 3 a 5 pontos – sem deficit cognitivo e; entre 0 a 2 pontos – deficit cognitivo presente (*Alzheimer's Association, 2023, julho 19*).

A escala a usar esta inserida na aplicação SClinico® do SNS.

PARÂMETROS DA ESCALA	
ID	VALOR

GRUPOS DE SCORE	
GRUPO	score

Score total:

Fonte: Aplicação SClinico®

Anexo II

Escala de *Barthel*

Escala de Barthel

O índice de *Barthel* é uma escala que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez actividades básicas de vida: alimentação, transferência, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir e controlo de esfíncteres intestinal e urinário .

A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas (DGS, 2011).

A escala a usar está inserida na aplicação SClínico®.

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registo Histórico

Data: 04-07-2023 Hora: 15:12

Item	Pontuação
Alimentação	
Transferências	
Toalete	
Utilização de WC	
Banho	
Mobilidade	
Subir e Descer Escadas	
Vestir	
Controlo Intestinal	
Controlo Urinário	

Resultado: Dependência Grave Total: 0

Fonte: Aplicação SClínico®

Anexo III
Escala de *Morse*

Escala de Quedas de *Morse*

A escala de Quedas de *Morse* é composta por seis itens: história de queda; existência de um diagnóstico secundário; ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no andar e transferência; e estado mental. É atribuída uma classificação de 0 a 125 pontos e as pessoas são classificadas em função da sua pontuação: Sem risco (0 e \leq 24 pontos); baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos); e alto risco (\geq 51 pontos) (DGS, 2019).

A escala a usar esta inserida na aplicação SClínico®.

Item	Valor

Grupo	Risco

Score total:

Fonte: Aplicação SClínico®

Anexo IV

Escala Home Falls an Accidents Screening Tool (Home FAST)

Home Falls an Accidents Screening Tool (Home FAST)

Este instrumento avalia os fatores do ambiente doméstico que podem originar uma queda (*Mackenzie et al., 2000*).

É composto por 25 questões subdivididas por zonas ou situações, que abordam os diferentes riscos domiciliares:

Pisos – questões 1, 2, 3 e 4;

Mobília – questões 5 e 6;

Iluminação – questões 7, 8 e 9;

Casa de banho – questões 10 a 15;

Armazenamento – questões 16 e 17;

Escadas/Degraus – questões 18 a 22 e

Mobilidade que incluiu as questões 23, 24 e 25 (*Mackenzie et al., 2000*).

Cada questão pontuada com uma resposta "Sim" corresponde 0 riscos/risco não presente, no caso de uma resposta "Não" é atribuído 1 ponto, que significa a existência de um risco domiciliar. A pontuação final poderá oscilar entre o valor 0 – sem nenhum risco identificado – até uma pontuação máxima de 25 – em estão presentes 25 riscos domiciliares e assim um maior risco de queda (*Mackenzie et al., 2000*). De acordo com a pontuação obtida assim será estratificado o risco de queda: inferior a 8 fatores de risco identifica um baixo risco; entre 9-16 fatores de risco indica um risco moderado, e; entre 17-25 fatores de risco indica um alto risco (CAIR – PQI RAM, 2019).

Definição: Entende-se por casa tanto o interior como o exterior da área residencial de uma pessoa. Dado que a lista de verificação será usada para visitas durante o dia, as respostas devem ser igualmente consideradas como o mesmo ambiente familiar, durante a noite.

Questão	SIM	NÃO
<p>1 - As passagens estão livres de cabos, fios e outros obstáculos? Definição: Sem cabos ou obstáculos (por exemplo: caixas, jornais, objetos) invadindo as passagens ou as entradas. Inclui móveis e outros itens, que obstruam portas e corredores; objectos atrás das portas impedindo que estas se abram completamente e caixilhos elevados nas portas.</p>		
<p>2 - Os revestimentos para pavimentos encontram-se em boas condições? Definição: Carpetes lisas e sem saliências; Sem azulejos partidos, gastos/duídos ou ausentes - incluindo revestimentos nas escadas.</p>		
<p>3 - Os pavimentos são antiderrapantes? Definição: Responda se não observa azulejos no chão da cozinha, casa de banho, lavanderia e outras divisões, além de qualquer piso polido. Só deve considerar sim, se observa que a cozinha, casa de banho e outras divisões da casa apresentam pisos ou superfícies antiderrapantes.</p>		
<p>4 - Os tapetes soltos encontram-se devidamente fixos no chão? Definição: Na parte de trás dos tapetes estes possuem um suporte eficaz antiderrapante ou ficam aderentes ao chão, ou ausência de tapete.</p>		
<p>5 - A pessoa consegue entrar e sair da cama, com facilidade e em segurança? Definição: A cama apresenta altura e firmeza adequadas, não necessitando de se erguer apoiado no mobiliário.</p>		
<p>6 - A pessoa consegue levantar-se da cadeira, com facilidade e em segurança? Definição: A cadeira apresenta altura adequada à pessoa, os assentos de braços são acessíveis para erguer-se, a almofada do assento é firme.</p>		
<p>7 - Tem iluminação suficiente para permitir à pessoa ver claramente? Definição: O quarto tem iluminação suficiente (paredes pintadas com cores leves e sem cortinados pesados)? Verifique se não há zonas com menos iluminação em toda a área do quarto. Existe uma adequada iluminação nas escadas e com bom contraste com o corrimão?</p>		
<p>8 - A pessoa pode ligar a luz facilmente, junto à sua cama? Definição: A pessoa não tem que sair da sua cama para ligar uma luz à noite – tem uma lanterna ou luz na mesa-de-cabeceira. Tem iluminação suficiente durante a noite nos corredores.</p>		
<p>9 - Os espaços exteriores são bem iluminados à noite? Definição: existe iluminação suficiente em todas as partes e nas passagens usadas mais frequentemente. As paredes são pintadas com cores claras.</p>		
<p>10 - A pessoa é capaz de usar a sanita, facilmente e com segurança? Definição: A sanita tem a altura adequada, a pessoa não precisa segurar-se ao suporte do papel/pia/toalha. Existe uma barra de apoio, se necessário.</p>		
<p>11 - A pessoa é capaz de entrar e sair da banheira, facilmente e com segurança? Definição: A pessoa é capaz de entrar sem risco e pode se baixar-se /levantar-se sem necessidade de se agarrar à louça sanitária (ou se usa bancos ou apoio no chuveiro sem risco).</p>		
<p>12 - A pessoa é capaz de entrar/sair do poliban facilmente e com segurança? Definição: A pessoa consegue entrar/sair sem ter que se apoiar ou segurar.</p>		
<p>13 - Há uma barra de apoio acessível e resistente no chuveiro ou ao lado da banheira? Definição: Existe uma barra de apoio fixa firmemente à parede, que não o suporte da toalha, e que</p>		

pode ser alcançada facilmente.		
14 - Existem tapetes antiderrapantes usados no banho/banheiro/chuveiro? Definição: Existe antiderrapante ou tiras antiderrapantes na base da banheira ou chuveiro.		
15 - O WC é próximo do quarto? Definição: Não mais de que 2 portas de distância (incluindo a porta do quarto) – não implica sair do espaço ou mesmo da casa, nem destrancar portas para lá chegar.		
16 - A pessoa alcança facilmente objetos na cozinha, que são usados regularmente, sem ter se subir cadeiras ou baixar-se comprometendo o seu equilíbrio? Definição: Os armários são acessíveis a uma altura entre o ombro e o joelho, não sendo necessário para alcançar os objetos cadeiras ou degraus de altura (escadote).		
17 - É possível a pessoa transportar as refeições facilmente e com segurança da cozinha para o espaço habitual de refeição? Definição: As refeições podem ser transportadas com segurança ou transportados usando um carrinho para o espaço habitual de refeição.		
18 - As escadas interiores têm um corrimão acessível/resistente estendendo-se ao longo do comprimento total das escadas? Definição: O varão deve ser firmemente fixo, suficientemente robusto e disponível em todo o comprimento da escadaria		
19 - As escadas ao ar livre têm um corrimão acessível e seguro, estendendo-se ao longo do comprimento da escadaria? Definição: Escadas – mais de 2 degraus irregulares e com desnível. O varão deve ser acessível, fixo e disponível em toda a extensão da escadaria.		
20 - A pessoa pode, facilmente e com segurança, subir e descer os degraus/escadas, no interior/ exterior da casa? Definição: Os degraus não são muito altos, estreitos ou desnivelados permitindo um apoio firme aos pés (dentro e fora de casa). A pessoa não fica cansada ou ofegante usando os degraus/escadas. Não apresenta uma alteração clínica que comprometa a sua segurança (pé pendente, perda de sensibilidade nos pés, perturbações do movimento, etc).		
21 - Os limites dos degraus são facilmente identificados? Definição: Ausência de padrões ou pintura que escondam o limite do degrau.		
22 - A pessoa pode usar as portas de entrada, com segurança e facilidade? Definição: As fechaduras e trincos podem ser usados sem que a pessoa tenha de se curvar ou baixar, colocando-a em desequilíbrio. Existe uma soleira na porta.		
23 - Os caminhos em redor da casa estão em bom estado e livres de obstáculos? Definição: Pavimento intacto, sem irregularidades, sem plantas/ervas daninhas, árvores pendentes, raízes ou mangueiras que bloqueiem o percurso.		
24 - A pessoa usa chinelos e sapatos adequados? Definição: se a pessoa usa apcio, calçado com salto baixo e sola antiderrapante ou chinelos que apoiam o pé.		
25 - Se existem animais de estimação, a pessoa pode cuidar deles sem se baixar e em risco de cair? Definição: Animais de estimação = todos os animais que a pessoa tem à sua responsabilidade e que se encontram soltos na área de deambulação		

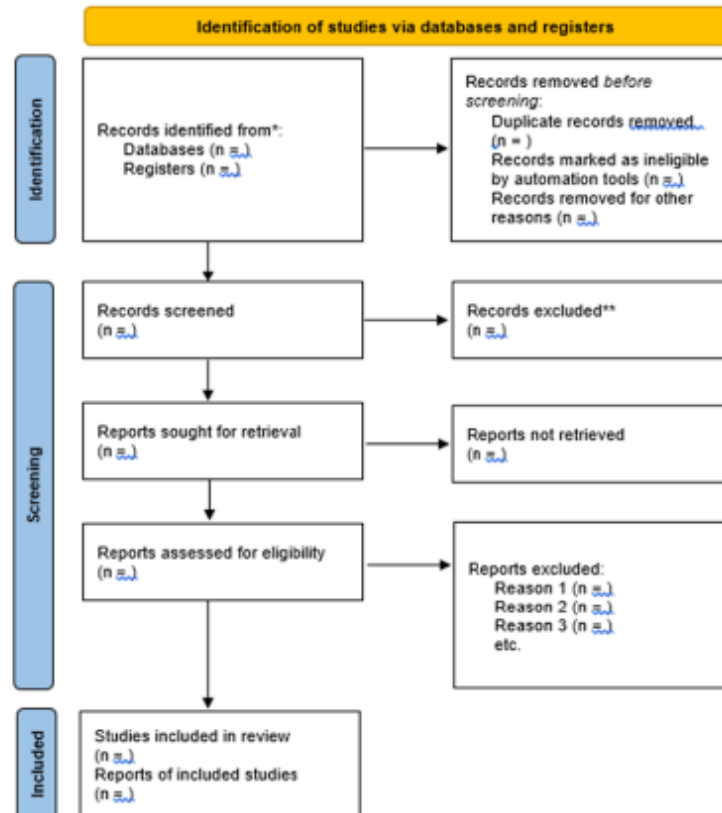
Fonte: Versão traduzida da Comissão de Avaliação para Implementação de Recomendações para Prevenção de Quedas de Idosos na Região Autónoma da Madeira (CAIR-PQI RAM)

APÊNDICES

Apêndice I

Prisma Flow Diagram

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Adaptado: PRISMA 2020 statement

Apêndice II

Quadro de revisão de *Scooping Review*

Quadro de revisão de *Scoping Review*

Autor/ano		Artigo/Base de Dados	Metodologia	Resultados
E1				
E2				
...				

Quadro 1. Artigos sobre prevenção de quedas em idosos e os cuidados de enfermagem

Apêndice III

Cronograma de atividades

Apêndice IV

Instrumento de Colheita de Dados - Questionário

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nº do questionário

Caro(a) Utente

Este questionário está inserido num estudo que decorre do âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o qual pretendemos contribuir para a prevenção de quedas nas famílias em que os seus elementos tenham uma idade igual ou superior a 65 anos.

O questionário está dividido em **três** partes:

- **1ª parte** - composta por três escalas, em que uma avalia o estado cognitivo, a outra o nível de dependência (aplicadas para determinar critérios de inclusão do estudo) e a outra avalia o risco de queda
- **2ª parte** - composta por várias questões para identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais, biológicos e ambientais do utente, e;
- **3ª parte** - composta por uma escala que avalia os fatores de risco de queda associados ao ambiente doméstico do utente.

A 1ª e a 2ª parte serão preenchidas no decorrer desta consulta e a 3ª parte nas duas visitas domiciliárias previstas.

Solicito a sua colaboração para responder às questões apresentadas. A sua participação é deveras importante, comprometendo-me desde já a cumprir rigorosamente os pressupostos da confidencialidade, anonimato e consentimento informado.

Encontro-me inteiramente disponível para qualquer esclarecimento pelo email

l.ribeiro@campus.esel.pt.

Muito obrigada pela sua participação!

Parte I

A preencher pela enfermeira mestranda

Escala de Barthel

Item	Pontuação
Alimentação	
- Independente	10
- Precisa de alguma ajuda	5
- Dependente	0
Transferências	
- Independente	15
- Precisa de alguma ajuda	10
- Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
- Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
Toalete	
- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
- Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Utilização do WC	
- Independente	10
- Precisa de alguma ajuda	5
- Dependente	0
Banho	
- Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
- Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Mobilidade	
- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
- Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
- Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
- Imóvel	0

Escala de Barthel (continuação)

Subir e descer escadas - Independente sem ajudas técnicas - Precisa de ajuda - Dependente	10 5 0
Vestir - Independente - Com ajuda - Impossível	10 5 0
Controlo intestinal - Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar - Acidente ocasional - Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10 5 0
Controlo urinário - Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho - Acidente ocasional (máximo uma vez na semana) - Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho	10 5 0
Pontuação total	

Grau de dependência	Pontuação
Totalmente dependente	100 pontos
Dependência grave	50 pontos
Independente	0 pontos

Fonte: Aplicação SCInica®

Mini-Cog Test

1. Pedir para repetir as palavras "vila", "cozinha", "bebê" e memorizá-las

2. Teste do relógio - Entregar uma folha com um círculo e pedir para desenhar um relógio, seguindo a seguinte orientação:

- a) Colocar os números na sua posição correta dentro do círculo
- b) Fazer os ponteiros marcarem 11h10min

3. Ao terminar de desenhar, pedir para repetir as três palavras

Número de palavras lembradas <input type="text"/> pontos	1 ponto por cada palavra lembrada
Desenho do relógio <input type="text"/> pontos	Relógio normal = 2 pontos. Os números estão todos corretamente colocados ou próximo da sua posição normal e não há repetição dos mesmos. Os ponteiros apontam para as 11h10. Não consegue cumprir os critérios ou recusa desenhar o relógio = 0 pontos.
Pontuação total <input type="text"/>	Pontuação total inferior a 3, significa déficit cognitivo

Fonte: Aplicação [SClinice®](#)

Escala de Morse

Questão	Pontuação
Histórico de quedas; neste internamento Urgência/ou nos últimos 3 meses - Sim - Não	25 0
Diagnóstico Secundário - Não - Sim	0 15
Ajuda para caminhar - Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/ acamado/cadeira de rodas - Muletas/Canadianas/bengala/Andarilho - Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
Terapia intravenosa - Não - Sim	20 0
Postura no andar e transferência - Normal, acamado, imóvel - Debitado - Dependente de ajuda	0 10 20
Estado Mental - Consciente das suas capacidades - esquece-se das suas limitações	0 15
Pontuação total	

Risco	Pontuação
Boixo risco	0-24
Medio risco	25-50
Alto risco	≥ 51

Fonte: Aplicação [SClinico®](#)

Parte II
A preencher pelo utente

1 - FATORES BIOLÓGICOS E SOCIO-ECONOMICOS

1 - Idade (anos): _____ **2** - Sexo: - Feminino - Masculino

3 - Habilitações Literárias:

- Só sabe ler e escrever
- 1º ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano/ Antiga 4ª classe)
- 2º ciclo do ensino básico (5º ao 6º ano/ Antiga 6ª classe/ Ciclo preparatório)
- 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano/ Curso geral dos liceus)
- Ensino Secundário (10º ao 12º ano/ Curso complementar dos liceus)
- Curso Superior - Outros Qual? _____

4 - Estado Civil

- Solteiro(a) - Casado(a) / união de facto - Viúvo(a)
- Divorciado(a)/separado(a) - Outro Qual? _____

5 - Com quem mora

- Sozinho - Conjugue (Marido / Mulher) - Pais
- Filhos - Outros Quem? _____

6 - O seu rendimento atual

- Permite viver confortavelmente - Dá para viver - É muito difícil

7 - Situação perante o trabalho

- Reformado
- Não reformado Qual a profissão? _____

8 - Sofre de alguma doença? Indique qual ou quais:

- Doença Cardiovascular - Doença Gastrointestinal
- Doença Respiratória - Doença Endócrina - Diabetes
- Alterações do equilíbrio - Doença Músculo-Esquelética
- Problemas Visuais - Problemas Auditivos
- Outra Quais? _____

9 - Por favor indique a quem costuma recorrer quando tem algum problema ou dificuldade:

- Com quem vive - Outros familiares
 - Amigos - Vizinhos
 - Instituições Quais? _____
 - Outros Quais? _____

II - FATORES COMPORTAMENTAIS

10 - Toma medicação regularmente? - Sim - Não

10.1 - Se sim, que tipo de medicamentos toma?

- Anti-hipertensivos - Antidiabéticos - Psicofármacos
 - Analgésicos e Anti-inflamatórios - Anticoagulantes - Colesterol
 - Outros Quais? _____

11 - Pratica exercício físico? - Sim - Não

11.1 - Se sim, quantas vezes por semana? _____X

12 - Ingere bebidas alcoólicas? - Não - Sim

12.1 - Se sim: Às refeições Fora das refeições

III - FATORES AMBIENTAIS

13 - Vive em?

- Apartamento - Vivenda - Outro _____

13.1 - Onde vive tem

- Escadas - Elevador

14 - Calu no último ano?

- Não - Sim Quantas vezes? _____X

14.1 - Se sim, onde caiu?

- Casa - Rua - Outro local _____

14.2 - Se foi em casa, onde?

- Casa de banho - Corredor ou hall entrada - Cozinha
 - Quarto - Sala - Outro _____

14.3 - Qual a causa da queda?

- Calçado ou vestuário inadequado - Fios soltos e espalhados
 - Iluminação insuficiente em casa - Tapetes soltos na casa
 - Chão molhado/ escorregadio - Moveis em excesso
 - Problemas de saúde - Animal de estimação
 - Ausência antiderrapante na banheira ou poliban
 - Outros _____

14.4 - Necessitou de cuidados de saúde?

- Sim - Não

Parte III

A preencher pela enfermeira mestranda na visita domiciliar

Escala Home Falls an Accidents Screening Tool (Home FAST)

Questão	1ª Visita		2ª Visita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1 - As passagens estão livres de cabos, fios e outros obstáculos? <i>Definição:</i> Sem cabos ou obstáculos (por exemplo: caixas, jornais, objetos) invadindo as passagens ou as entradas. Inclui móveis e outros itens, que obstruam portas e corredores; objetos atrás das portas impedindo que estas se abram completamente e calçilhos elevados nas portas.				
2 - Os revestimentos para pavimentos encontram-se em boas condições? <i>Definição:</i> Carpetes lisas e sem saliências; Sem azulejos partidos, gastos/puidos ou ausentes - incluindo revestimentos nas escadas.				
3 - Os pavimentos são antiderrapantes? <i>Definição:</i> Responda se não observa azulejos no chão da cozinha, casa de banho, lavanderia e outras divisões, além de qualquer piso polido. Só deve considerar sim, se observa que a cozinha, casa de banho e outras divisões da casa apresentam pisos ou superfícies antiderrapantes.				
4 - Os tapetes soltos encontram-se devidamente fixos no chão? <i>Definição:</i> Na parte de trás dos tapetes estes possuem um suporte eficaz antiderrapante ou ficam aderentes ao chão, ou ausência de tapete.				
5 - A pessoa consegue entrar e sair da cama, com facilidade e em segurança? <i>Definição:</i> A cama apresenta altura e firmeza adequadas, não necessitando de se erguer apoiado no mobiliário.				
6 - A pessoa consegue levantar-se da cadeira, com facilidade e em segurança? <i>Definição:</i> A cadeira apresenta altura adequada à pessoa, os assentos de braços são acessíveis para erguer-se, a almofada do assento é firme.				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>7 - Tem iluminação suficiente para permitir à pessoa ver claramente?</p> <p><i>Definição:</i> O quarto tem iluminação suficiente (paredes pintadas com cores leves e sem cortinados pesados)? Verifique se não há zonas com menos iluminação em toda a área do quarto. Existe uma adequada iluminação nas escadas e com bom contraste com o corrimão?</p>				
<p>8 - A pessoa pode ligar a luz facilmente, junto à sua cama?</p> <p><i>Definição:</i> A pessoa não tem que sair da sua cama para ligar uma luz à noite - tem uma lanterna ou luz na mesa-de-cabeceira. Tem iluminação suficiente durante a noite nos corredores.</p>				
<p>9 - Os espaços exteriores são bem iluminados à noite?</p> <p><i>Definição:</i> existe iluminação suficiente em todas as partes e nas passagens usadas mais frequentemente. As paredes são pintadas com cores claras.</p>				
<p>10 - A pessoa é capaz de usar a sanita, facilmente e com segurança?</p> <p><i>Definição:</i> A sanita tem a altura adequada, a pessoa não precisa segurar-se ao suporte do papel/pia/toalha. Existe uma barra de apoio se necessário.</p>				
<p>11- A pessoa é capaz entrar e sair da banheira, facilmente e com segurança?</p> <p><i>Definição:</i> A pessoa é capaz de entrar sem risco e pode se baixar-se/ levantar-se sem necessidade de se agarrar à louça sanitária (ou se usa bancos ou apoio no chuveiro sem risco).</p>				
<p>12 - A pessoa é capaz de entrar/sair do poliban facilmente e com segurança?</p> <p><i>Definição:</i> A pessoa consegue entrar/sair sem ter que se apoiar ou segurar.</p>				
<p>13 - Há uma barra de apoio acessível e resistente no chuveiro ou ao lado da banheira?</p> <p><i>Definição:</i> Existe uma barra de apoio fixa firmemente à parede, que não o suporte da toalha, e que pode ser alcançada facilmente.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>14 - Existem tapetes antiderrapantes usados no banho/ banheiro /chuveiro?</p> <p><i>Definição:</i> Existe antiderrapante ou tiras antiderrapantes na base da banheira ou chuveiro.</p>				
<p>15 - O WC é próximo do quarto?</p> <p><i>Definição:</i> Não mais de que 2 portas de distância (incluindo a porta do quarto) — não implica sair do espaço ou mesmo da casa, nem dastrancar portas para lá chegar.</p>				
<p>16 - A pessoa alcança facilmente objetos na cozinha, que são usados regularmente, sem ter de subir cadeiras ou baixar-se comprometendo o seu equilíbrio?</p> <p><i>Definição:</i> Os armários são acessíveis a uma altura entre o ombro e o joelho, não sendo necessário para alcançar os objetos cadeiras ou degraus de altura (escadote).</p>				
<p>17 - É possível a pessoa transportar as refeições facilmente e com segurança da cozinha para o espaço habitual de refeição?</p> <p><i>Definição:</i> As refeições podem ser transportadas com segurança ou transportados usando um carrinho para o espaço habitual de refeição.</p>				
<p>18 - As escadas interiores têm corrimão acessível/resistente estendendo-se ao longo do comprimento total das escadas?</p> <p><i>Definição:</i> O varão deve ser firmemente fixo, suficientemente robusto e disponível em todo o comprimento da escadaria.</p>				
<p>19 - As escadas ao ar livre têm um corrimão acessível e seguro, estendendo-se ao longo do comprimento da escadaria?</p> <p><i>Definição:</i> Escadas = mais de 2 degraus irregulares e com desnível. O varão deve ser acessível, fixo e disponível em toda a extensão da escadaria.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>20 - A pessoa pode, facilmente e com segurança, subir e descer os degraus/escadas, no interior/ exterior da casa?</p> <p>Definição: Os degraus não são muito altos, estreitos ou desnivelados permitindo um apoio firme aos pés (dentro e fora da casa). A pessoa não fica cansada ou ofegante usando os degraus/escadas. Não apresenta uma alteração (clínica que comprometa a sua segurança (pé pendente, perda de sensibilidade nos pés, perturbações do movimento, etc.).</p>				
<p>21 - Os limites dos degraus são facilmente identificados?</p> <p>Definição: Ausência de padrões ou pintura que escondam o limite do degrau.</p>				
<p>22 - A pessoa pode usar as portas de entrada, com segurança e facilidade?</p> <p>Definição: As fechaduras e trinco podem ser usados sem que a pessoa tenha de se curvar ou baixar, colocando-a em desequilíbrio. Existe uma soleira na porta.</p>				
<p>23 - Os caminhos em redor da casa estão em bom estado e livres de obstáculos?</p> <p>Definição: Pavimento intacto, sem irregularidades, sem plantas/ervas daninhas, árvores pendentes, raízes ou mangueiras que bloqueiem o percurso.</p>				
<p>24 - A pessoa usa chinelos e sapatos adequados?</p> <p>Definição: se a pessoa usa apolo, calçado com salto baixo e sola antiderrapante ou chinelos que apoiem o pé.</p>				
<p>25 - Se existem animais de estimação, a pessoa pode cuidar deles sem se baixar e em risco de cair?</p> <p>Definição: Animais de estimação = todos os animais que a pessoa tem à sua responsabilidade e que se encontram soltos na área de deambulação.</p>				

Apêndice V

Pedido de autorização ao Coordenador da USF

Pedido de autorização ao Coordenador da USF

Declaração do responsável da Unidade de Saúde Familiar

Ao Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Ramada
Exmo. Sr. Doutor Luis Manuel Coelho Guerreiro Martins

Eu, Isabel Maria Miranda Ribeiro, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.ª que se digne autorizar a realização de um estudo de investigação na USF Ramada e acordo quanto às condições estruturais e de logística para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no mesmo.

O tema definido para o estudo é "Risco de queda no ambiente doméstico das famílias idosas: contributos do Enfermeiro de Família", cujo objetivo geral é prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a prevenção, promoção da saúde, bem-estar e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Será orientado pela Sr.ª Professora Laura Viegas e pela Sr.ª Enfermeira Especialista em Comunitária Ana Paula Santos.

Esta investigação constará do meu relatório de estágio que irá decorrer de 25/09/2023 a 9/02/2024.

Esta autorização será enviada, em anexo, ao pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Contacto:
E-Mail – lribeiro@campus.esel.pt
Telemóvel – 916 623 186

De acordo com o meu interesse
por a USF Ramada
Coordenador da USF Ramada
Dr. Luis Martins
06/07/2023

Reg. n.º 242 de 06/07/2023

USF Ramada
Rua João Agostinho
8ª, Sítio da Várzea
2620 - 257 Ramada

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Data

06-07-2023

Assinatura

ISABEL MARIA MIRANDA RIBEIRO

Apêndice VI

Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES

Pedido de autorização dirigido ao diretor executivo do ACES Loures/Odivelas

Declaração do Diretor de Serviço/Diretor Executivo do ACES

Exmo. Sr. ^o Diretor Executivo do ACES Loures/Odivelas

Nome Diretor

Isabel Maria Miranda Ribeiro, mestranda do 1^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio requerer a Vossa Ex.^a que se digne autorizar a realização de um estudo de investigação na USF Ramada que constará no seu relatório de estágio e que vai decorrer no período de 25/09/2023 a 9/02/2024.

O ACES Loures/Odivelas/USF Ramada dispõe de condições logísticas e humanas que asseguram a realização do estudo em condições éticas adequadas.

O tema definido para o estudo é "Risco de queda no ambiente doméstico das famílias idosas: contributos do enfermeiro de família", cujo objetivo geral é a prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a promoção da saúde, bem-estar e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Será orientado pela Sr.^a Professora Laura Viegas e pela Sr.^a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Ana Paula Santos da USF Ramada.

Esta autorização será enviada, em anexo, ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Contatos:

E-Mail - i.ribeiro@campus.esel.pt

Telemóvel - 916 623 186

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Data:

03-07-2023

Assinatura:

Apêndice VII

Pedido de autorização dirigido à Comissão de ética da ARSLVT

Pedido de autorização dirigido à Comissão de ética da ARSLVT

1. REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA APRECIÇÃO DE PROJETO

Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética para a Saúde da
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Exmo. Senhor Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Dr. António Manuel Nuncio Faria Vaz

Isabel Maria Miranda Ribeiro, enfermeira a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a Vossa Exª., a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer para a implementação de um projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar na Unidade de Saúde Familiar (USF) Ramada do ACES Loures/Odivelas, que decorrerá no período de estágio de 25/09/2023 a 9/02/2024 como forma de dar resposta ao requisito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do referido Curso.

O tema definido para o estudo é "Contributo do enfermeiro de família na prevenção do risco de queda das famílias idosas em ambiente doméstico", cujo objetivo geral é prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a prevenção, a promoção da saúde, o bem-estar das famílias idosas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Terá como orientadora pedagógica a Sr.ª Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas, docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e como orientadora clínica a Sr.ª Enfermeira Ana Paula Branquinho Faria Coimbra dos Santos, Especialista em Enfermagem Comunitária, a exercer funções na USF Ramada.

Para o devido efeito anexa-se toda a documentação referida nas instruções aos requerentes da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos

Data

Assinatura

Apêndice VIII
Consentimento Informado

**Consentimento Informado, Livre e esclarecido para participação em
Investigação**

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: "Contributo do enfermeiro de família na prevenção do risco de queda das famílias idosas em ambiente doméstico"

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na USF Ramada, pela mestranda, a Sr.ª Enfermeira Isabel Maria Miranda Ribeiro, sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Laura Viegas e da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Paula Santos.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a prevenção, promoção da saúde, bem-estar e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para a execução deste estudo, é necessário preencher um questionário que é constituído por 3 partes:

1ª parte - composta por três escalas, uma avalia o estado cognitivo, a outra o nível de dependência e a outra o risco de queda (preenchida pela mestranda na consulta de enfermagem);

2ª parte - composta por um questionário para determinação dos fatores sociodemográficos, comportamentais, biológicos e ambientais do utente (preenchido pelo utente ou, em caso de dificuldade, pela mestranda na consulta de enfermagem)

3ª parte - composta por uma escala que avalia os fatores de risco de queda associados ao ambiente doméstico do utente (preenchida pela mestranda em duas visitas domiciliarias).

A recolha desta informação tem como objetivo identificar o risco de queda, associado ao ambiente doméstico e, colaborativamente com a família, implementar intervenções para a eliminação/minimização desses riscos, para tal preconiza-se uma

consulta de enfermagem na USF Ramada e duas visitas domiciliarias previamente agendadas.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e pode recusar participar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento. Não está prevista qualquer compensação monetária por participar no estudo.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo serão divulgados na defesa da tese de mestrado, junto aos profissionais da USF Ramada e do Aces Loures/Odivelas e poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo.

Agradeço a sua participação
Isabel Ribeiro
e-mail: i.ribeiro@campus.esal.pt

Confirmo que prestei a informação adequada, respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que a mesma foi compreendida.

Assinatura da mestranda: _____

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a

possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF Ramada. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CD N^o _____ DATA OU VALIDADE: ___/___/___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-20017download_documento=3028&token=466424a9cb320105db9919e0e94acb57
https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.p df

Apêndice IX

Pedido de autorização de uso de escala *Home FAST*

De: ISABEL MARIA MIRANDA RIBEIRO <i.ribeiro@campus.esel.pt>

Enviada: 3 de julho de 2023 12:37

Para: Gabinete - Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil <gabinete.srs@madeira.gov.pt>

Assunto: Pedido de autorização de uso da escala HOMEFast, versão traduzida CAIR-PQI RAM

Excelentíssimo Senhor
Dr. Miguel Pestana
Chefe do Gabinete da secretaria
Regional de Saúde e
Proteção Civil da madeira.

Bom dia.

Eu, Isabel Maria Miranda Ribeiro, enfermeira, a exercer funções na USF Ramada, da ARSLVT, e atualmente aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar o uso da Escala HOMEFast, traduzida pela Comissão de Avaliação para a Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas em Idosos na Região Autónoma da Madeira.

O tema do meu estudo é o "Risco de Queda no Ambiente Doméstico das famílias Idosas: Contributos do Enfermeiro de Família", e gostaria de incluir esta escala no meu instrumento de colheita de dados.

Aguardo a sua resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Cumprimentos.

Isabel Ribeiro.

Apêndice III

Cronograma de atividades

Apêndice IV

Scoping Review

Título

***Scoping Review*: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico**

Autoras

Isabel Maria Miranda Ribeiro, Mestranda do 1º Curso de Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ana Paula Branquinho Faria Coimbra dos Santos, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na USF .

Resumo

As quedas representam um desafio para um envelhecimento saudável e ativo, especialmente entre idosos no seu ambiente doméstico. É fundamental implementar estratégias e intervenções para evitar o risco de quedas nessa população. Realizou-se uma *Scoping Review* orientada pela questão: "Quais intervenções os enfermeiros realizam para prevenir quedas entre idosos nos seus ambientes domésticos?" O objetivo foi de identificar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem na prevenção do risco de quedas nas famílias idosas em ambiente doméstico. Foram utilizados descritores *MeSH* e a seguinte estratégia de pesquisa: *(Accidental Falls or Fall Risk or risk Factors) and (Aged or Elderly) and (Home environment) and (Nurs* or Nurs* intervention)*, pesquisando artigos publicados entre 01/01/2019 a 30/06/2023, na base de dados *EBSCO Host*, incluindo *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*. A seleção dos estudos seguiu o Fluxograma *Prisma 2020*, para garantir a qualidade metodológica. Foram analisados oito estudos, os quais ressaltaram a importância de intervenções focadas na avaliação individualizada, multidimensional e recomendações personalizadas, na educação e consciencialização, nas modificações ambientais, no envolvimento familiar, na integração dos padrões de enfermagem e no *follow up*, considerando a perspetiva dos idosos, os desafios e sustentabilidade. Estas intervenções demonstraram reduzir efetivamente os riscos de queda em idosos, destacando a importância da consciencialização e das adaptações no ambiente doméstico para uma vida mais segura e independente.

Tais evidências visam orientar a prática de enfermagem comunitária, promovendo a segurança e o bem-estar dos idosos nos seus ambientes domésticos.

DESCRITORES: Risco de queda; Idoso; Ambiente Doméstico; Intervenções de Enfermagem.

Introdução

O envelhecimento é uma realidade mundial em crescimento, resultante da combinação de baixas taxas de natalidade e do aumento da longevidade (Instituto Nacional Estatística, 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023). Em 2019, a nível mundial, já havia cerca de um bilhão de pessoas com 60 anos ou mais, e a projeção é que esse número duplique até 2050 (OMS, 2023). Em Portugal, a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais cresceu de 16,4% em 2001 para 23,4% em 2021, ultrapassando a marca dos dois milhões de pessoas. O índice de envelhecimento, que mede o número de idosos por 100 jovens, também aumentou de 101,55% em 2001 para 183,5% em 2022. Essa tendência é evidenciada no concelho onde se realiza o estágio, onde a população idosa passou de 12% em 2001 para 21,9% em 2021, enquanto o índice de envelhecimento subiu de 81,1% em 2001 para 138,4% em 2021 (PORDATA, 2023). Na unidade de saúde familiar (USF) onde se realiza o estágio, essa realidade expressa-se pelo aumento da percentagem desta população, situando-se atualmente nos 21,4%. Assim, é fundamental refletir sobre a qualidade do processo de envelhecimento desejado (OMS, 2023).

O processo natural do envelhecimento envolve transformações progressivas nas estruturas biopsicossociais dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida (Direção Geral Saúde [DGS], 2006; Hanson, 2005). Essas mudanças, apesar de não seguirem uma trajetória linear, frequentemente resultam na diminuição das capacidades físicas e mentais, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças, e causando preocupação quanto a qualidade de vida e ao bem-estar dos idosos e as suas famílias. Além disso, essas alterações também estão associadas a um maior risco de quedas (Leitão et al., 2018; OMS, 2007). O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas sim como uma etapa natural do ciclo de vida, idealmente vivida de forma autónoma e saudável (DGS, 2006). É importante notar que a maioria dos problemas de saúde que afetam as pessoas mais velhas está relacionada a doenças crônicas que podem ser prevenidas ou controladas por meio da adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, bem como pela identificação precoce de problemas de saúde (OMS, 2015).

Uma preocupação significativa relacionada ao envelhecimento é o risco de quedas. Globalmente, as quedas são a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais, com cerca de 684.000 pessoas morrendo de quedas a cada ano, sendo os

maiores de 60 anos os mais afetados. Além disso, a cada ano, ocorrem 37,3 milhões de quedas que requerem atenção médica (OMS, 2021). Em Portugal, em 2019, as estatísticas revelaram que as quedas foram a principal causa de acidentes domésticos e de lazer, afetando 112.988 cidadãos portugueses que necessitaram de assistência nos serviços de urgência. Desses casos, 88% envolviam indivíduos com mais de 64 anos, e em 48% das situações, as quedas ocorreram em ambiente doméstico (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020).

As quedas resultam em lesões que causam dor, incapacidade, perda de autonomia funcional, danos psicológicos, redução da qualidade de vida, institucionalização e morte prematura. Estas lesões impactam negativamente tanto no âmbito pessoal quanto no familiar e social, acarretando custos elevados para os serviços de saúde (Leitão et al., 2018; OMS, 2007). Portanto, as quedas são indiscutivelmente consideradas um grave problema de saúde pública (Michalski et al., 2022).

Os fatores de risco mais significativos para a ocorrência de quedas em idosos incluem mudanças biológicas, comportamentais, socioeconômicas e ambientais, como barreiras arquitetônicas (OMS, 2021). O envelhecimento e barreiras no ambiente físico podem dificultar a permanência dos idosos em casa, tornando essencial a adaptação do ambiente às necessidades individuais (Miguel et al., 2018).

Evidências mostram que a estrutura do ambiente físico pode aumentar o risco de quedas em idosos (OMS, 2021), principalmente no seu domicílio, onde a maioria das quedas ocorre (DGS, 2006). Como a maioria dos idosos envelhece nas suas próprias casas é fundamental priorizar intervenções nestas. Isso é de extrema importância, pois um ambiente seguro, livre de obstáculos físicos, pode contribuir significativamente para a sua qualidade de vida, reduzindo o isolamento e problemas de mobilidade (Fonseca, 2020).

Diante desta realidade, é amplamente reconhecida a necessidade de desenvolver programas de prevenção que envolvam idosos, famílias e as suas comunidades. A OMS (2021) destaca a importância de implementação de estratégias de prevenção de queda que devem basear-se na educação, na formação, na criação de ambientes seguros, priorizando a investigação relacionada com a queda e instituir políticas eficazes para reduzir o seu risco. A mesma refere que essas ações são fundamentais para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ligados à saúde e bem-estar e a criação de cidades seguras e inclusivas. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

procura promover um envelhecimento ativo e saudável, proporcionando estratégias que visam eliminar barreiras arquitetônicas e prevenir acidentes domésticos, como quedas (DGS, 2006). Da mesma forma, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 destaca a influência dos ambientes físicos na segurança dos idosos e a necessidade de adaptá-los às suas necessidades e limitações, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e prevenir riscos de quedas (DGS, 2017). O Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021/2026 reforça a importância de promover a segurança, incluindo em ambientes domiciliares, mantendo práticas seguras em ambientes seguros e continuando as intervenções focadas na prevenção de quedas (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Santos & Baixinho (2020) destacam a importância da avaliação do risco ambiental, especialmente para idosos em alto risco de queda, na sua revisão integrativa da literatura. Eles enfatizam que as visitas domiciliares desempenham um papel fundamental nesse processo, permitindo a identificação de potenciais riscos e a implementação de medidas preventivas personalizadas. Segundo os autores, essas visitas não facilitam apenas intervenções imediatas, mas também contribuem para o desenvolvimento de estratégias a médio e longo prazo. A relevância desse enfoque torna-se evidente quando se considera que os principais riscos encontrados nos domicílios dos participantes, segundo Filho et al. (2020), incluem: tapetes soltos pela casa (92%); ausência de barras de apoio no banheiro (81%); ausência de piso antiderrapante na cozinha, banheiro e lavanderia (79%); e ausência de corrimão ou barras de apoio nas escadas, ou degraus externos da casa (60%). Além disso, quando analisada a frequência dos riscos de quedas segundo a distribuição dos itens do HOME FAST-Brasil em domínios, observou-se que 96% dos participantes apresentaram risco no domínio "piso"; 87% no "banheiro"; 85% em "escadas/degraus"; 40% na "iluminação"; 17% na "móvel"; 9% em "mobilidade" e 2% na "dispensa." (Filho et al., 2020). Portanto, as evidências ressaltadas por Santos & Baixinho (2020) indicam que a avaliação e modificações ambientais, como a remoção ou fixação de tapetes soltos, afastamento de móveis e a avaliação do calçado, são medidas simples e eficazes para a prevenção de quedas em idosos. Ademais, intervenções mais abrangentes na adaptação de espaço e equipamentos têm o potencial de reduzir significativamente o risco e as lesões relacionadas a quedas. Essas abordagens também são econômicas, resultando em melhorias significativas na segurança dos idosos e na qualidade de vida.

Consequentemente, a orientação para a aquisição de produtos de apoio, como iluminação adequada, soluções antiderrapantes e barras de apoio, é uma recomendação fundamental para promover a segurança do ambiente doméstico, especialmente entre idosos com histórico de quedas anteriores. Essas intervenções são essenciais para a redução da prevalência de quedas e um melhor desempenho nas atividades de autocuidado, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável (Santos & Baixinho, 2020).

A crescente expectativa de vida enfatiza ainda mais a importância da segurança e do bem-estar das pessoas idosas e as suas famílias nos seus lares. Esse aumento na longevidade traz consigo desafios específicos, particularmente no que diz respeito à prevenção de quedas, o que ressalta a função dos enfermeiros na implementação de intervenções de enfermagem preventivas. Para fundamentar a sua prática, os enfermeiros devem adotar uma abordagem baseada em evidências, combinando conhecimento científico atualizado, experiência clínica e preferências (Amendoeira, 2021) tanto dos idosos quanto das suas famílias. Essa abordagem permitira obter melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, especialmente no contexto da prevenção de quedas.

Nesse cenário, os enfermeiros especializados em enfermagem de saúde familiar desempenham um papel de destaque. Eles possuem um amplo conhecimento e uma abordagem sistêmica centrada no indivíduo e na família, o que os capacita a oferecer cuidados de alta qualidade e personalizados (Regulamento n.º 428/2018, 2018). São essenciais para assegurar que os idosos e as suas famílias possam envelhecer com segurança e bem-estar no seu ambiente doméstico.

A identificação das intervenções de enfermagem eficazes, realizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem, na prevenção de quedas em idosos tem o potencial de beneficiar a prática clínica, e melhorar a qualidade de vida dos idosos e as suas famílias que desejam envelhecer com segurança no seu ambiente doméstico.

Neste contexto, realizou-se este estudo com o objetivo de identificar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem na prevenção do risco de quedas nas famílias idosas em ambiente doméstico.

Método

Trata-se de uma *Scoping review (ScR)*, que consiste numa abordagem que visa identificar e mapear sistematicamente um amplo espectro de evidências disponíveis num determinado tópico, campo, conceito ou questão. Esta não se limita a fontes específicas, abrangendo pesquisa primária, revisões e evidências não empíricas, em diversos contextos. As ScR têm como objetivo esclarecer conceitos e definições-chave na literatura, além de identificar características e fatores relevantes relacionados a um conceito, incluindo aspetos metodológicos de pesquisa (Amendoeira, 2021).

Para dar resposta ao objetivo referido esta Revisão *Scoping* teve o propósito de prevenir quedas entre idosos no seu ambiente doméstico. Essa revisão adotou uma abordagem abrangente, para as várias estratégias de enfermagem comunitária utilizadas para minimizar o risco de quedas em idosos, além de avaliar a implementação efetiva dessas intervenções. A questão norteadora, desta revisão estruturada com base no acrónimo “participantes, conceito e contexto” (PCCo), conforme definido por Amendoeira (2021), foi a seguinte:

“Quais intervenções os enfermeiros realizam para prevenir quedas (C) entre idosos (P) nos seus ambientes domésticos(C)?”

Os procedimentos adotados nesta revisão seguiram as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, coleta e extração de dados, categorização dos estudos, avaliação e interpretação dos resultados, bem como a apresentação dos resultados e a síntese do conhecimento (Page et al., 2022).

A triagem, análise, extração e síntese de dados fora realizado por dois revisores de forma independente, seguindo critérios de inclusão pré-definidos.

Entre outubro a novembro de 2023, foi realizada a coleta de estudos na base de dados científica da Plataforma *EBSCO Host*, que incluiu o *CINAHL Complete* e o *MEDLINE Complete*. Para a pesquisa, utilizaram-se descritores validados no MeSH, interligados com os operadores booleanos OR e AND. Os descritores utilizados foram os seguintes: *(Accidental Falls or Fall Risk or risk Factors) and (Aged or Elderly) and (Home environment) and (Nurs* or Nurs* intervention)*. Posteriormente, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

Critérios de inclusão adotados:

- Período de publicação entre 1 de janeiro de 2019 a 30 de junho de 2023.
- Artigos completos com resumo disponível.
- Idiomas aceites: inglês, português e espanhol.
- Participantes com 65 anos de idade ou mais.
- Contexto dos estudos em ambiente doméstico.
- Inclusão de todos os tipos de estudos.

Critérios de exclusão:

- Artigos repetidos.
- Artigos que requeriam pagamento para consulta.

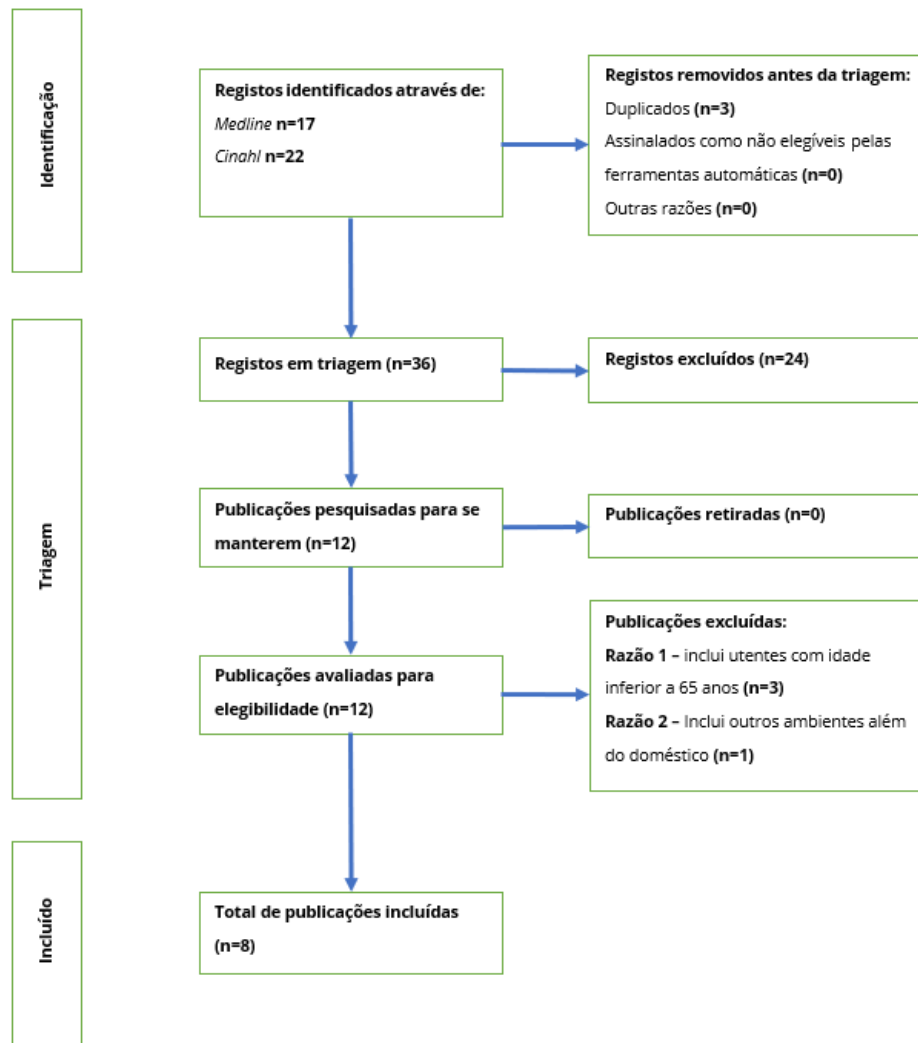
Para facilitar a análise dos artigos selecionados, desenvolveu-se uma tabela de extração de resultados (ficha de caracterização) tendo em conta o objetivo e a pergunta de investigação proposto na metodologia de revisões *Scoping* da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peter et al, 2020) que inclui: título, autores, publicação e ano, país de origem, objetivos, métodos, participantes, metodologias e instrumentos de colheitas de dados e contributo para a questão de revisão. Por fim, realizou-se a análise e discussão dos estudos.

Resultados

Para garantir a qualidade metodológica, utilizou-se o instrumento proposto pelo Joanna Briggs Institute - *Prisma 2020 Flow Diagram* (Page et al., 2022), com extração de dados detalhada na figura 1. A seleção dos artigos seguiu várias etapas. De 39 artigos foram elegíveis 8. Inicialmente, com base nos critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados 17 artigos relevantes na base de dados *Medline* e 22 da *Cinahl*, excluindo-se três artigos por estarem duplicados. Em seguida, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos de 36 artigos, dos quais 24 não se enquadravam no objetivo desta revisão. Isso resultou em 12 artigos elegíveis para leitura integral. Após leitura minuciosa e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos, 4 artigos foram eliminados, pois, não

respondiam aos critérios de inclusão. Como referido resultaram 8 artigos para a síntese das evidências (figura 1), e as suas fichas de caracterização podem ser encontradas nos quadros seguintes.

figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos



Adaptado da tradução de Abreu, V., Lopes, S., Sousa, J. & Oliveira, V. / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page et al (2020). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*.

Quadro 1 – ficha de caracterização do artigo nº1

Título	<i>THE EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION BY NURSES ON HOME ENVIRONMENTAL RISK FACTORS FOR FALLS</i>
Autores	Tiefenbachová, P. & Zeleníková, R.
Publicação e Ano	<i>Central European Journal of Nursing and Midwifery</i> , 10(2):1019-1025. 2019
Pais de origem	República Checa
Objetivos	O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de riscos de segurança ambiental nas residências de pessoas com 65 anos ou mais e avaliar o efeito de uma intervenção educacional realizada por enfermeiros na incidência de fatores de risco ambiental para quedas, bem como na percepção da segurança do ambiente doméstico
Métodos	Estudo de intervenção único não randomizado pré e pós-intervenção (Quase Experimental)
Participantes	A amostra incluía 106 idosos com 65 anos
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	O estudo colheu dados sobre fatores de risco do ambiente doméstico para quedas e a percepção da segurança do ambiente doméstico antes e 12 semanas após a intervenção. A intervenção envolveu sessões de educação individual sobre os perigos domésticos, a entrega de material educativo em formato de folheto, distribuição de autocolante de chamada de emergência e orientações sobre a modificação do ambiente doméstico e dispositivos de segurança. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: uma lista de verificação de fatores de risco do ambiente doméstico para quedas, e; uma questão baseada numa escala tipo <i>Likert</i> para avaliar a percepção dos participantes em relação à segurança dos seus domicílios.
Contributo para a questão de revisão	Os resultados do estudo fornecem evidências de que intervenções educacionais e modificações do ambiente doméstico podem ser eficazes na prevenção de quedas em idosos que vivem em casa. Especificamente, a intervenção educacional realizada pelos enfermeiros especialistas contribuiu para a redução significativa dos fatores de risco ambientais em casa que estão associados a quedas. Além disso, o estudo destaca a importância de conscientizar os idosos e as suas famílias sobre os riscos de quedas no ambiente doméstico. A percepção de segurança em casa aumentou após a intervenção, o que reflete um aumento na consciência dos riscos existentes.

Quadro 2 – ficha de caracterização do artigo nº2

Título	<i>Understanding how older adults negotiate environmental hazards in their home</i>
Autores	Kim, D.
Publicação e Ano	<i>Journal of Aging and Environment</i> , 2022
Pais de origem	EUA
Objetivos	O objetivo deste estudo foi avaliar os riscos ambientais relacionados com o risco de queda nos idosos, utilizando duas abordagens diferentes de avaliação (a perspectiva dos observadores e a dos residentes) e discutir as estratégias adaptativas dos idosos para lidar com esses riscos.
Métodos	O estudo utilizou uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos (Misto)
Participantes	A amostra incluíu 88 idosos residentes
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	A pesquisa utilizou como ferramenta a Avaliação de Segurança Doméstica <i>Westmead (WeHSA)</i> para avaliações domiciliares. Foram realizadas entrevistas presenciais nos apartamentos dos participantes para colher informações qualitativas sobre os riscos ambientais percebidos. O recrutamento ocorreu por convites enviados aos residentes, seguido por agendamento de entrevistas e avaliações domiciliares por telefone. A equipa de pesquisa visitou as residências, aplicou a ferramenta <i>WeHSA</i> e realizou entrevistas, gravando e anonimizando os dados para análise posterior. Compararam as diferenças entre as percepções dos residentes e as avaliações dos pesquisadores, identificando as áreas em que havia concordância ou discrepância. A análise estatística foi usada para determinar a confiabilidade das percepções e identificar áreas onde havia discordância significativa entre os dois grupos.

Contributo para a questão de revisão	O estudo discute estratégias de avaliação e adaptação para lidar com riscos ambientais relacionados ao risco de queda entre idosos em comunidades de aposentados. Ele ressalta a importância de considerar a experiência individual, as estratégias adaptativas e a inclusão de todas as percepções na avaliação desses riscos, um aspecto fundamental a ser considerado pelo enfermeiro especialista em saúde comunitária.
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 3 – ficha de caracterização do artigo nº3

Título	<i>Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC</i>
Autores	Moreira, R., Guerra, F., Ferreira, G., Cavalcante, T., Felício, J., Ferreira, L. & Guedes, N.
Publicação e Ano	<i>International journal of nursing knowledge</i> , 2022.
Pais de origem	Brasil
Objetivos	Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem (NIC Prevenção de quedas) sobre os fatores de risco de quedas, conforme definidos pela NANDA-I, e sobre os indicadores NOC relacionados a quedas em idosos com hipertensão arterial.
Métodos	o estudo utilizou um método de pesquisa experimental - ensaio clínico randomizado
Participantes	118 idosos com idades entre 65 e 75 anos
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	<p>Estudo seguiu as recomendações <i>CONSORT</i> para ensaios não farmacológicos. Contou com a participação de 118 idosos distribuídos entre grupos de intervenção e controle. A intervenção foi realizada no domicílio dos participantes em três momentos distintos, seguindo um protocolo com definições operacionais.</p> <p>Os Instrumentos de colheita de dados incluíram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de caracterização sociodemográfica e clínica: idade, sexo, raça, estado civil, rendimento mensal, moradia e informações clínicas relevantes. - Escala NOC (<i>Nursing Outcomes Classification</i>): para avaliar os indicadores de prevenção de quedas em idosos, abrangendo comportamentos, conhecimento, condições do ambiente domiciliar, entre outros. - Ficha de identificação de fatores de risco para quedas: para identificar fatores de risco específicos para quedas, como ambiente desordenado, iluminação insuficiente, entre outros. - Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e teste de Tinetti: para avaliar déficits cognitivos e físicos, respectivamente.
Contributo para a questão de revisão	<p>Os resultados do estudo denotam que as intervenções foram cuidadosamente elaboradas para abordar tanto os fatores de risco modificáveis quanto os não modificáveis, com o objetivo específico de prevenir quedas em idosos hipertensos no ambiente doméstico. Assim, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária devem ser abrangentes e englobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação Inicial: Realização de visitas domiciliares para avaliar o ambiente e identificar os fatores de risco presentes no lar. Além disso, a avaliação dos membros da família é crucial para conscientização e orientação sobre a prevenção de quedas. - Educação e Orientações: Fornecer orientações verbais detalhadas sobre atividades de prevenção de quedas tanto para idosos diagnosticados com risco de quedas e hipertensão quanto para os membros da família. Explicar minuciosamente as atividades de enfermagem listadas no protocolo de intervenção, incluindo orientações sobre fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam as quedas. - Modificações no Ambiente Domiciliar: Recomendações e orientações para modificar o ambiente, tais como melhorar a iluminação, fixar tapetes antiderrapantes, eliminar obstáculos e instalar barras de segurança. Além disso, fornecer orientações sobre adaptações necessárias, como o uso de calçados adequados, para minimizar os riscos de queda. - Monitorização e Reforço: Realização de visitas subsequentes para reforçar as orientações fornecidas, avaliar a adesão às instruções e observar mudanças nos comportamentos e conhecimentos dos participantes. - Avaliação e Acompanhamento: Utilização de escalas específicas para avaliar o conhecimento, comportamento e condições do ambiente domiciliar antes, durante e após a intervenção. Além

	<p>disso, aplicação de testes específicos para avaliar o estado mental e físico dos participantes, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o teste de Tinetti.</p> <p>Ao fornecer orientações educativas, modificar o ambiente e acompanhar de perto o progresso, os enfermeiros especialistas em saúde comunitária desempenham um papel crucial na redução do risco de quedas e na promoção da segurança dos idosos nos seus lares.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 4 – ficha de caracterização do artigo nº4

Título	<i>Programa de prevención de caídas en personas mayores de 65 años</i>
Autores	Ruiz, R., & Porcel, I.
Publicação e Ano	<i>Investigación & Cuidados</i> , 2021
Pais de origem	Espanha
Objetivos	O objetivo deste projeto de pesquisa é desenvolver um Programa de Prevenção de Quedas para pessoas com mais de 65 anos, visando reduzir a incidência e complicações das quedas, melhorando a qualidade de vida dos idosos.
Métodos	Proposta de projeto
Participantes	Idosos com mais de 65 anos
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	<p>O estudo propõe a implementação de um programa de prevenção de quedas. Após a triagem dos idosos identificados com alto risco de quedas durante as consultas, será solicitado o consentimento informado. Os idosos serão abordados tanto durante as consultas de enfermagem quanto em visitas domiciliares. Serão utilizados os seguintes instrumentos para colheita de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala <i>Downton</i>: Esta ferramenta será utilizada para avaliar o risco de quedas, permitindo a identificação fácil de diversos fatores de risco. - Ficha de Registo de Notificação de Quedas: será utilizada para obter informações detalhadas sobre quedas ocorridas nos últimos três meses. - EuroQol-5D: Esta ferramenta será utilizada para medir a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes. - Histórico médico eletrónico do paciente [Abuccsis]: será utilizado para coletar informações, como idade e número de quedas. - Avaliação individual e em grupo: será realizada uma avaliação ao ambiente residencial para identificar a presença de barreiras arquitetónicas nos domicílios. Durante as sessões de grupo, os participantes identificarão fatores de risco, discutirão soluções para as barreiras arquitetónicas e receberão orientações sobre calçados adequados, dispositivos de auxílio, técnicas para se levantar após quedas e exercícios para fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação.
Contributo para a questão de revisão	<p>O estudo aborda uma gama diversificada de intervenções propostas para prevenir quedas em idosos no ambiente doméstico. Essas intervenções são multifacetadas e envolvem desde a identificação de fatores de risco até estratégias específicas de modificação do ambiente e educação dos idosos.</p> <p>No geral, este estudo oferece um protocolo detalhado para enfermeiros especializados em saúde comunitária, para a prevenção de quedas em idosos no seu ambiente doméstico.</p>

Quadro 5 – ficha de caracterização do artigo nº5

Título	<i>Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly</i>
Autores	Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscione, S., Ferrara, L., Barisone, M., Bortoluzzi, S., Faggiano, F., Molin, A. & IPEST Working Group
Publicação e Ano	<i>Public Health Nursing</i> , 2021.
Pais de origem	Italia

Objetivos	Este estudo teve como objetivo desenvolver um manual para implementar avaliações domiciliares eficazes, sustentáveis e transferíveis, juntamente com intervenções de modificação para prevenir quedas e lesões relacionadas a quedas em idosos que vivem na comunidade.
Métodos	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Idosos
Metodologias e Instrumentos de Coletas de Dados	<p>O estudo adotou duas principais abordagens metodológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisão científica da literatura: <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa em bases de dados, como <i>MEDLINE</i>, <i>Embase</i> e <i>Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)</i>, entre janeiro de 2015 e julho de 2019. • Definição de critérios claros de inclusão e exclusão para a seleção de estudos relevantes, seguido por uma avaliação criteriosa da qualidade desses estudos. • Extração e análise detalhada dos dados com o intuito de identificar recomendações, estratégias, intervenções e evidências de eficácia relacionadas à avaliação domiciliar e a modificações para evitar quedas em idosos. Diversas fontes foram consultadas, incluindo diretrizes, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados (ECRs), priorizando recomendações específicas para intervenções domiciliares e ambientais. Elementos essenciais, como tipo de piso, iluminação, mobiliário e disposição do ambiente, foram minuciosamente examinados. - Consenso entre especialistas clínicos: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de um esboço inicial do manual para especialistas clínicos, com o objetivo de alcançar um consenso sobre a viabilidade e a transferibilidade das intervenções propostas. • Modificação do manual com base nas opiniões e insights dos especialistas, culminando na criação de uma versão final do manual.
Contributo para a questão de revisão	<p>O estudo apresenta um conjunto importante de recomendações para implementar intervenções baseadas em modificações domiciliares, visando prevenir quedas em idosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação personalizada do Risco: Recomenda-se realizar avaliações de risco individualizadas para identificar os perigos específicos de cada residência e as necessidades dos idosos. Essa abordagem permite uma intervenção mais direcionada e eficaz. - Envolvimento de Profissionais de Saúde Qualificados: Enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas desempenham um papel fundamental nas avaliações de risco e na implementação das modificações. Treinamento adicional pode garantir avaliações precisas e intervenções eficazes. - Adaptação das Intervenções às Necessidades Individuais: As intervenções devem ser ajustadas conforme as condições de saúde, mobilidade e exigências específicas de cada pessoa. Isso pode variar desde alterações simples, como iluminação adequada, até modificações estruturais mais complexas. - Abordagem Multidimensional: Recomenda-se uma abordagem abrangente que não se limite a ajustes físicos, incorporando programas educacionais sobre prevenção de quedas, calçados adequados e cuidados com a continência. Isso complementa as modificações físicas, gerando benefícios adicionais. - Envolvimento Ativo dos Idosos e Cuidadores: A participação ativa tanto dos idosos quanto dos seus cuidadores é essencial. Isso garante a aceitação das mudanças propostas e promove a manutenção das intervenções ao longo do tempo. - Promoção da Sustentabilidade Económica: Instituições locais, como municípios e serviços sociais, devem ser envolvidas para garantir recursos financeiros para essas intervenções. Estratégias de financiamento e apoio são fundamentais para a continuidade desses programas. - Educação Contínua: Implementar programas educacionais contínuos para profissionais de saúde, famílias idosas e cuidadores garante a aplicação adequada e atualizada das melhores práticas na prevenção de quedas domiciliares. - Monitorização e Avaliação Constantes: Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e avaliação ajuda a acompanhar o impacto das intervenções ao longo do tempo e a ajustar as estratégias conforme necessário.

	- Manual de implementação: a elaborar um manual para orientar os profissionais de saúde na aplicação de intervenções de modificação domiciliar. Este recurso é uma ferramenta valiosa para garantir a consistência e a eficácia na implementação das modificações domiciliares.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 6 – ficha de caracterização do artigo nº6

Título	<i>Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults</i>
Autores	Zhao, Y., Alderden, J., Lind, B. & Stibrany, J.
Publicação e Ano	<i>Public health nursing</i> , 2019
Pais de origem	EUA
Objetivos	O estudo teve como objetivo examinar os fatores de risco associados a quedas em idosos que moram na comunidade.
Métodos	Estudo transversal
Participantes	1.356 idosos com 65 anos ou mais
Metodologias e Instrumentos de Coletas de Dados	Os dados utilizados neste estudo foram extraídos da 6ª rodada do <i>National Health and Aging Trend Study (NHATS)</i> realizada em 2016, sendo estes obtidos através de entrevistas e observação. Utilizaram quer a estatísticas descritivas, quer a análise de regressão logística múltipla para investigar a relação entre variáveis independentes (como características sociodemográficas, condições de saúde, funcionalidade física e fatores ambientais) e a incidência de quedas relatadas pelos participantes nos últimos meses. A escolha das variáveis independentes baseou-se no modelo conceitual do <i>NHATS</i> e em revisões da literatura. A análise estatística foi conduzida em várias etapas. Começaram com modelos preliminares para diferentes conjuntos de variáveis e, em seguida, combinaram aquelas que se mostraram significativas para criar um modelo final que oferecesse o melhor ajuste estatístico possível. Esse método abrangente permitiu investigar uma gama diversificada de fatores, incluindo características sociodemográficas, condições de saúde física e mental, funcionalidade física e fatores ambientais domiciliares associados às quedas entre idosos que vivem na comunidade.
Contributo para a questão de revisão	Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária podem utilizar os resultados do estudo que identifica vários fatores de risco relevantes como base para as suas intervenções preventivas. Nomeadamente, podem realizar avaliações abrangentes do risco de queda em idosos confinados em casa, considerando não apenas fatores demográficos e condições médicas, mas também limitações funcionais e questões ambientais. Essas avaliações minuciosas podem ajudar na identificação precoce de riscos e na implementação de intervenções personalizadas. Além disso, os enfermeiros podem desenvolver estratégias específicas de prevenção de quedas, como programas de exercícios para melhorar o equilíbrio e a mobilidade, oferecer suporte para lidar com problemas de saúde mental como depressão ou ansiedade, e sugerir modificações ambientais para reduzir riscos domésticos. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária tem um papel importante na prevenção de quedas em idosos, destacando a necessidade de intervenções direcionadas e personalizadas para essa população vulnerável.

Quadro 7 – ficha de caracterização do artigo nº7

Título	<i>Bathroom modifications, clutter, and tripping hazards- prevalence and changes after incident falls in community-dwelling older adults</i>
Autores	Gell, N., Brown, H., Karlsson, L., Peters, D. & Mroz, T.
Publicação e Ano	Jornal de Envelhecimento e Saúde, 2020
Pais de origem	EUA
Objetivos	o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de modificações na casa de banho, desordem e riscos de queda entre idosos da comunidade nos EUA, examinar as associações entre histórico de quedas e preocupação em cair com a implementação de novas modificações

	na casa de banho e examinar as mudanças no ambiente doméstico após um incidente de queda.
Métodos	um estudo de coorte prospetivo.
Participantes	Idosos com idade igual ou superior a 65 anos
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	<p>O estudo foi conduzido com base nos dados do <i>National Health and Aging Trends Study (NHATS)</i> de 2015 a 2017, que visava compreender as mudanças funcionais em adultos norte-americanos com 65 anos ou mais. Para a coleta de dados, foi utilizado um método estratificado e de múltiplos estágios, recrutando uma amostra nacionalmente representativa de beneficiários do Medicare.</p> <p>Os instrumentos de coleta de dados englobaram um questionário estruturado para obter informações sobre características demográficas, como idade, sexo, raça/etnia, nível educacional, situação de convivência e renda. Além disso, foram abordados o histórico de quedas, preocupações associadas a quedas, funcionalidade física, saúde cognitiva, presença de condições médicas, sintomas depressivos e ansiosos, dor e capacidade para realizar atividades da vida diária.</p> <p>A avaliação ambiental foi realizada pelos entrevistadores nas residências dos participantes para identificar desordens e riscos de quedas no ambiente doméstico. Isso incluiu a verificação da presença de recursos de segurança na casa de banho, como barras de apoio e assentos elevados, além da avaliação da desordem em diferentes áreas da casa e a identificação de riscos de tropeçar, como tapetes soltos ou cabos elétricos no caminho.</p> <p>Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas estatísticas, como regressão logística e regressão de <i>Poisson</i>. Essas técnicas consideraram fatores como idade, sexo, condições de saúde, histórico de quedas, entre outros, a fim de compreender as associações entre as mudanças no ambiente doméstico e a ocorrência de quedas.</p>
Contributo para a questão de revisão	<p>A prevenção de quedas em famílias idosas no ambiente doméstico pode ser realizada por enfermeiros especializados, adotando estratégias específicas. Isso inclui educar sobre a importância das modificações na casa de banho, oferecer suporte para identificar e resolver desordens e riscos de queda, e enfatizar a necessidade contínua de intervenções mesmo após uma única queda para evitar recorrências. Além disso, abordagens personalizadas, considerando as dificuldades individuais de mobilidade, são cruciais para garantir a eficácia das modificações e intervenções preventivas.</p> <p>Essa ênfase destaca a importância de intervenções direcionadas para conscientização sobre as modificações essenciais no ambiente doméstico após incidentes de queda, especialmente para aqueles com histórico de múltiplas quedas ou necessidades específicas de assistência para atividades diárias.</p>

Quadro 8 – ficha de caracterização do artigo nº8

Título	<i>A LONGITUDINAL FALL PREVENTION STUDY FOR OLDER ADULTS</i>
Autores	Frith, K., Hunter, A., Coffey, S. & Khan, Z.
Publicação e Ano	<i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 2019
Pais de origem	EUA
Objetivos	O objetivo deste estudo foi implementar e avaliar a eficácia de um programa de prevenção abrangente de quedas baseado em evidências, projetado para melhorar a marcha e o equilíbrio, reduzir as quedas entre adultos mais velhos que vivem na comunidade e aumentar o conhecimento sobre polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados.
Métodos	Estudo quantitativo longitudinal
Participantes	Amostra constituída por 18 participantes, com uma média de 75,45 anos.
Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados	O estudo utilizou uma metodologia que dividiu os participantes num grupo de intervenção, que participou num programa de prevenção de quedas com recurso ao uso do kit de ferramentas <i>STEADI</i> na triagem de idosos quanto ao risco de quedas, e um grupo controle que recebeu cuidados habituais. A intervenção incidiu em três áreas: na marcha e equilíbrio, no número de quedas e no conhecimento sobre polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados.

	A coleta de dados incluiu visitas domiciliares, a realização de testes de marcha e equilíbrio, e o uso do kit de ferramentas <i>STEADI</i> . Além disso, foi aplicado um instrumento de avaliação de conhecimento sobre medicamentos.
Contributo para a questão de revisão	Os resultados do estudo enfatizam a eficácia de intervenções educacionais frequentes, abordando uma variedade de tópicos, incluindo medicamentos, pressão arterial e estratégias para reduzir riscos de tropeçar. Essas sessões educativas mostraram-se eficazes na redução do risco de quedas entre os idosos, o que destaca o papel fundamental da educação na prevenção de quedas nessa população. Além disso, o estudo destacou a importância do uso do kit de ferramentas <i>STEADI</i> na triagem de idosos quanto ao risco de quedas. Essa triagem identificou um número significativo de participantes com um risco moderado a alto de quedas com base em diversos testes, enfatizando a relevância da triagem precoce na identificação de indivíduos em situação de risco. Também, as recomendações fornecidas para reduzir medicamentos potencialmente inapropriados mostraram-se eficazes, contribuindo para a redução desse tipo de risco.

Análise de resultados

Esta ScR procurou identificar as intervenções de enfermagem para prevenir quedas em idosos no seu ambiente doméstico. Os oito artigos identificados foram publicados entre 2019 e 2022, abrangendo estudos realizados em países diferentes.

No artigo nº1 ***“THE EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION BY NURSES ON HOME ENVIRONMENTAL RISK FACTORS FOR FALLS”*** (Tiefenbachová & Zeleníková, 2019), as intervenções de enfermagem focaram:

- Treino dos Enfermeiros, capacitando-os especificamente para educar idosos e familiares sobre fatores de risco ambientais, modificação do ambiente e prevenção de quedas.
- Avaliação de Fatores de Risco Ambientais Domiciliares, avaliando divisão por divisão usando uma lista de verificação de fatores de risco antes e depois da intervenção.
- Educação Individual sobre os perigos domésticos que poderiam contribuir para quedas com a identificação e destaque dos riscos específicos no ambiente doméstico dos participantes.
- Fornecimento de Materiais Educativos com distribuição folhetos educativos contendo informações e ilustrações sobre modificações para tornar o ambiente doméstico mais seguro.

- Aconselhamento sobre a Modificação do Ambiente Doméstico para reduzir os riscos de queda, incluindo orientação sobre onde comprar e como instalar dispositivos de segurança para reduzir os riscos de queda.
- Distribuição de Autocolante de Chamada de Emergência para situações de necessidade.
- Autoavaliação da Percepção de Segurança pelo Participante do seu ambiente doméstico antes e depois da intervenção por meio de uma escala.

Os resultados do estudo evidenciam a eficácia das intervenções educacionais e das modificações do ambiente doméstico na prevenção de quedas entre idosos que vivem no seu ambiente doméstico. Especificamente, a intervenção educacional realizada pelos enfermeiros especialistas contribuiu significativamente para a redução dos fatores de risco ambientais associados às quedas no seu ambiente doméstico. Adicionalmente, observou-se uma mudança surpreendente na percepção da segurança do ambiente doméstico, com os participantes reportando uma sensação de menor segurança. Essa alteração pode ser atribuída a uma maior consciencialização dos riscos após a educação fornecida pelos enfermeiros. Além disso, a intervenção incluiu a participação dos familiares, quando aplicável, destacando a importância crucial de envolver a família na adaptação do ambiente doméstico e na prevenção de quedas.

No artigo nº2 ***"Understanding how older adults negotiate environmental hazards in their home"*** (Kim,2022), foi investigada a prevenção de quedas em idosos, identificando os perigos ambientais nos apartamentos de um complexo de aposentadoria na Flórida. Foram usadas duas abordagens: uma avaliação por observadores utilizando a Avaliação de Segurança Doméstica *Westmead (WeHSA)* e entrevistas com os próprios residentes para identificar os riscos percebidos por eles.

Os resultados revelaram uma diferença considerável entre a percepção dos idosos e a avaliação objetiva dos observadores. Estes identificaram mais riscos ambientais do que os próprios residentes, principalmente em áreas como acessibilidade, piso, iluminação e mobilidade. No entanto, a concordância entre residentes e observadores sobre os riscos variou, sendo mais expressiva em alguns itens, como pequenos tapetes ou tapetes soltos, falta de barras de apoio no banheiro e iluminação inadequada.

Essa discrepância pode ser atribuída às diferentes estratégias adaptativas, conhecimentos e experiências dos idosos, que influenciam a sua percepção do que é um risco ambiental significativo. Por exemplo, enquanto observadores podem identificar problemas como superfícies escorregadias ou falta de iluminação adequada, os idosos muitas vezes não consideram esses fatores tão perigosos devido à adaptação ao longo do tempo nas suas casas.

Além disso, a presença ou ausência de itens como corrimões, mobiliário específico ou iluminação adequada gerou diferentes níveis de concordância entre observadores e residentes. Itens como tapetes pequenos ou soltos, acessibilidade ao chuveiro e barreiras na cozinha ou quarto mostraram níveis mais altos de concordância entre os dois grupos.

Uma descoberta interessante foi a diferença na percepção de riscos entre residentes que usavam auxiliares de marcha e aqueles que não usavam. Os usuários de auxiliares de marcha tendiam a identificar mais riscos relacionados à acessibilidade, mobilidade e condição do piso, sugerindo que a experiência de mobilidade dos idosos influencia sua percepção sobre riscos ambientais.

Estes resultados destacam a importância de considerar as perspectivas dos idosos ao avaliar os riscos ambientais, sugerindo a necessidade de projetar ambientes residenciais mais adaptáveis para acomodar mudanças nas capacidades e estratégias dos idosos ao longo do tempo.

Com base nestes achados, os autores sugerem algumas intervenções que incluem:

- **Educação e Conscientização:** Realizar sessões educativas ou workshops para conscientizar os idosos sobre os riscos ambientais e como identificá-los pode ser crucial para a prevenção de quedas. Isso pode capacitá-los a reconhecer possíveis perigos no seu ambiente e tomar medidas preventivas.
- **Modificações Residenciais:** Incentivar a modificação contínua das casas para acomodar mudanças funcionais graduais dos idosos. Isso poderia incluir adaptações físicas, como a instalação de barras de apoio adequadas, iluminação adequada e remoção de tapetes ou obstáculos.
- **Design personalizável:** Os ambientes residenciais devem ser projetados com o princípio do design personalizável em mente, permitindo modificações fáceis para acomodar necessidades futuras. Isso pode ajudar os idosos a gerenciar

ativamente as suas casas e experiências, aumentando o seu senso de controle no ambiente.

- **Estratégias Adaptativas:** Reconhecer e apoiar as estratégias adaptativas dos idosos, incluindo acomodação e assimilação. Isso significa considerar não apenas as mudanças físicas no ambiente, mas também como os idosos estão a lidar com esses desafios e apoiar as suas estratégias para minimizar os riscos.

Embora as intervenções propostas possam oferecer benefícios significativos na criação de ambientes residenciais mais seguros e adaptáveis, visando a redução dos riscos de queda e promovendo um envelhecimento mais saudável e independente para os idosos, também, é importante reconhecer as limitações deste estudo. Uma dessas limitações reside na falta de estabelecimento da confiabilidade interobservador, e teste reteste na avaliação realizada. A abordagem adotada, baseou-se na descrição das impressões dos residentes mais velhos em vez de utilizar uma ferramenta específica para validar o conteúdo, também apresenta desafios em termos de validade dos resultados. Além disso, os residentes participantes viviam em casas de uma comunidade de aposentados, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos residenciais. Adicionalmente, existe uma lacuna na pesquisa sobre estratégias eficazes para apoiar os utilizadores de auxiliares de marcha em casa, a fim de minimizar o risco de quedas, sugerindo a necessidade de estudos mais direcionados nesse campo.

No artigo nº 3 ***“Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC”*** (Moreira et al., 2022), os enfermeiros aplicaram intervenções baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) direcionadas à Prevenção de Quedas. As intervenções abrangeram visitas domiciliares realizadas em três momentos distintos ao longo de três meses, estrategicamente planeadas para oferecer suporte contínuo aos participantes. Durante essas visitas, os enfermeiros realizaram uma avaliação minuciosa em locais como salas de estar, quartos e casas de banho.

A educação e orientação foram elementos-chave durante as visitas. Os enfermeiros forneceram orientações personalizadas, tanto verbais quanto práticas, aos participantes e as suas famílias. Essas orientações foram adaptadas às necessidades individuais de cada idoso, abordando fatores de risco específicos:

- Modificações Ambientais: Recomendações para instalação de barras de segurança, remoção de tapetes escorregadios, garantia de boa iluminação em áreas-chave e organização dos espaços para minimizar obstáculos.
- Conscientização dos Fatores de Risco: Educação sobre elementos que poderiam aumentar os riscos de quedas, incluindo desarrumação no ambiente, superfícies escorregadias e má iluminação.
- Comportamentos Preventivos: Instruções sobre como movimentar-se com segurança, como levantar-se da cama ou de uma cadeira, e o uso adequado de dispositivos de apoio, como bengalas ou andadores.

O envolvimento da família foi uma peça fundamental. Além de ensinar os idosos, os enfermeiros envolveram ativamente as suas famílias durante as visitas, visando criar um ambiente de apoio contínuo para implementar as mudanças sugeridas. Isso contribuiu significativamente para a manutenção das modificações ambientais e fortaleceu as práticas preventivas sugeridas pelos enfermeiros.

Concomitante com as visitas programadas, os enfermeiros ofereceram suporte contínuo por meio de contacto telefônico ou outras formas de comunicação. Isso permitiu esclarecer dúvidas, fornecer mais orientações e monitorizar a adesão às recomendações feitas durante as visitas domiciliares.

Os resultados foram consideráveis. Três meses após a intervenção, observou-se uma redução significativa nos fatores de risco ambientais e fisiológicos para quedas no grupo de intervenção, em comparação com o grupo controle. Isso incluiu mudanças positivas na frequência de fatores de risco, como ambiente desarrumado, iluminação inadequada, uso inadequado de tapetes e força dos membros inferiores. Houve também melhorias nos indicadores

relacionados com o conhecimento e comportamento dos participantes em relação à prevenção de quedas.

A conclusão enfatizou a eficácia da intervenção NIC Prevenção de Quedas na redução dos fatores de risco associados a quedas em idosos hipertensos. Os resultados indicaram que o uso de intervenções baseadas em padrões de enfermagem padronizados, como NANDA-I, NIC e NOC, foram essenciais para identificar, intervir e avaliar o risco de quedas nessa população. Essa padronização não só melhorou a assistência de enfermagem, mas também pode contribuir para reduzir os custos de tratamento e reabilitação associados a quedas em idosos.

Foram identificadas como limitações deste estudo o período de intervenção reduzido. Recomendaram, portanto, a realização de pesquisas mais abrangentes em diferentes contextos clínicos para complementar esses resultados e ampliar a compreensão sobre intervenções preventivas de quedas em idosos hipertensos.

O artigo nº4 ***“Programa de prevención de caídas en personas mayores de 65 años”*** (Ruiz & Porcel, 2021) tem como objetivo desenvolver um programa de prevenção de quedas para indivíduos acima de 65 anos, visando reduzir a sua incidência e melhorar a qualidade de vida dos idosos. A eficácia desse programa será avaliada através da resposta à intervenção no mesmo grupo de sujeitos, três meses antes e após a intervenção, onde cada sujeito atua como o seu próprio controle.

Os pesquisadores identificam os Cuidados de Saúde Primários como um ambiente chave para abordar os problemas relacionados ao envelhecimento. Destacam a importância do papel da equipa de enfermagem na identificação precoce dos fatores de risco e a sua correção para a prevenção de quedas. Diversos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos são mencionados, com ênfase especial no ambiente domiciliar como local de ocorrência mais frequente de quedas.

As intervenções propostas são multifacetadas e envolvem desde a identificação de fatores de risco até estratégias específicas para modificar o ambiente e educar os idosos:

- Identificação de Fatores de Risco: O enfermeiro desempenha papel fundamental na identificação precoce desses fatores, incluindo avaliação de problemas de visão, uso inadequado de medicamentos e déficits de equilíbrio.
- Estratégias de Modificação Ambiental: Uma das abordagens destacadas é a avaliação e modificação do ambiente domiciliar. Isso inclui a identificação e correção de barreiras arquitetônicas, como tapetes escorregadios, alturas inadequadas de móveis, presença de obstáculos e falta de iluminação adequada. A estratégia visa adaptar o ambiente para minimizar riscos de quedas.
- Educação e Conscientização: Um componente fundamental é a educação dos idosos sobre como identificar e mitigar riscos no seu ambiente diário. São propostas sessões educacionais, abordando desde a compreensão dos fatores de risco até o conhecimento sobre o calçado adequado, o uso correto de ajudas para caminhar e como agir após uma queda.
- Exercícios Específicos: Uma série de exercícios é proposta para fortalecer músculos, equilíbrio e coordenação, visando melhorar a capacidade de movimento seguro nos ambientes e reduzir riscos de quedas.
- Avaliação Individualizada e Recomendações: A abordagem envolve visitas domiciliares para avaliar individualmente os ambientes onde as quedas são mais frequentes, como o quarto e o banheiro. Após essa avaliação, são fornecidas recomendações personalizadas para modificar o ambiente e torná-lo mais seguro.

Estas intervenções procuram atuar tanto na modificação do ambiente físico quanto na capacitação dos idosos para reconhecer e lidar com os riscos de quedas em casa.

No geral, este estudo oferece um protocolo detalhado para enfermeiros especializados em saúde comunitária, abordando desde a identificação de riscos até a implementação de estratégias de prevenção de quedas para idosos no ambiente doméstico.

O artigo nº 5 "**Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly**" (Campani et al., 2021) teve como objetivo desenvolver um manual para implementar avaliações e intervenções domiciliares visando a prevenção de quedas e lesões em idosos residentes na comunidade. Para isso, utilizou a estrutura IPEST,

apoiada na revisão literária e consenso de especialistas. Os principais resultados obtidos foram:

Eficácia da Modificação Residencial para Reduzir Quedas:

- Modificações domiciliares mostraram eficácia na redução de quedas, especialmente em idosos de alto risco.
- Intervenções como pisos antiderrapantes, iluminação adequada e mobiliário apropriado demonstraram resultados positivos.
- A adaptação das intervenções às necessidades específicas dos idosos é fundamental para maximizar a sua eficácia.

Sustentabilidade e Transferibilidade das Intervenções:

- O desafio da sustentabilidade inclui consciencialização sobre os riscos de quedas e aprovação das mudanças pelos indivíduos.
- Profissionais qualificados podem realizar avaliações e intervenções eficazes no ambiente residencial.

Recomendações do Manual para Implementação:

- Utilizar ferramentas de avaliação de risco para guiar intervenções.
- Estabelecer uma aliança terapêutica entre profissionais de saúde, utentes e cuidadores para mudanças duradouras.
- Envolver instituições locais para garantir sustentabilidade económica.

Os resultados indicam que as modificações residenciais não só reduzem quedas, mas também melhoram a qualidade de vida dos idosos, promovendo independência e estimulando atividades físicas e sociais. Intervenções personalizadas, educacionais e multifacetadas foram mais eficazes, proporcionando benefícios extras para a saúde geral dos idosos.

No entanto, desafios financeiros representam um obstáculo significativo para a implementação dessas mudanças em larga escala, levantando preocupações sobre a equidade no acesso a essas intervenções.

Recomenda-se a integração de profissionais de saúde capacitados na implementação dessas modificações, bem como uma abordagem inicial com intervenções simples e de baixo custo para facilitar a aceitação e eficácia das mudanças.

O estudo reconhece limitações, como a falta de especificidade nas modificações domiciliares mais eficazes e evidências de baixa qualidade em algumas áreas. Sugere-se realizar estudos adicionais para avaliar o impacto econômico e social das intervenções de modificação residencial.

O estudo ressalta a importância da modificação ambiental como uma estratégia eficaz e de baixo custo na redução de quedas entre idosos na comunidade. Essas intervenções baseiam-se em evidências científicas e na colaboração entre profissionais de saúde e especialistas para promover a segurança e o bem-estar dos idosos.

O artigo nº 6 ***“Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults”*** (Zhao et al., 2019) apresentou dados relevantes sobre os fatores associados às quedas entre idosos que vivem na comunidade. A taxa de 21,2% de idosos que relataram quedas no último mês ressalta a gravidade desse problema de saúde pública.

Um resultado relevante foi a maior propensão de quedas entre homens, contrariando percepções anteriores. Essa descoberta aponta para a necessidade de uma análise mais aprofundada das diferenças de gênero nos fatores que contribuem para as quedas em idosos.

Condições de saúde como hipertensão, depressão/ansiedade e demência foram identificadas como fatores de risco significativos, corroborando estudos prévios. Isso destaca a importância de considerar não apenas condições físicas, mas também problemas de saúde mental na avaliação do risco de quedas.

Questões funcionais, como dificuldades de mobilidade e problemas de equilíbrio, foram identificadas como fatores de risco significativos. Isso reforça a importância de avaliar a funcionalidade física, especialmente a mobilidade e o equilíbrio, ao considerar estratégias para prevenir quedas.

A deficiência auditiva também emergiu como um fator associado a quedas, ressaltando a importância de avaliar não apenas a saúde física, mas também os sentidos sensoriais, como a audição, na prevenção de quedas em idosos.

Embora elementos do ambiente doméstico tenham sido considerados, como modificações no banheiro e fatores de risco à segurança domiciliar, não houve associações estatisticamente significativas entre esses fatores e a ocorrência de quedas na amostra analisada.

Contudo, é essencial reconhecer as limitações do estudo, como o uso de dados autorrelatados e a falta de informações detalhadas sobre medicamentos que poderiam influenciar o equilíbrio.

Apesar das limitações, os resultados oferecem informações valiosas para profissionais de saúde, destacando a necessidade de avaliar não apenas as condições físicas, mas também os aspectos mentais, funcionais e sensoriais ao desenvolver estratégias de prevenção de quedas em idosos que vivem em casa. Com base nos resultados, algumas intervenções sugeridas incluem:

- **Avaliação de Risco de Queda:** Realizar avaliações detalhadas do risco de queda para idosos em casa, especialmente aqueles com problemas de saúde crônicos ou limitações funcionais. Implementar protocolos de avaliação para identificar fatores de risco individuais.
- **Ênfase na Saúde Mental e Cognitiva:** Reconhecer a associação entre problemas de saúde mental e o risco aumentado de quedas. Avaliar e tratar problemas de saúde mental para reduzir o risco de quedas.
- **Foco na Mobilidade e Equilíbrio:** Identificar e abordar dificuldades de mobilidade e equilíbrio por meio de programas de exercícios ou terapias específicas para melhorar esses aspectos.
- **Avaliação de déficit Sensorial:** Realizar exames regulares de audição e visão, além de prescrever dispositivos de assistência para idosos com deficiências sensoriais.
- **Avaliação Ambiental:** Verificar e reduzir perigos domiciliares que possam contribuir para quedas, como modificações no banheiro e outros riscos de segurança em casa.
- **Educação e Intervenção:** Desenvolver programas educacionais para enfermeiros de saúde pública, incluindo treinamento para identificar sinais de risco e estratégias de intervenção adequadas.

Estas intervenções são baseadas nas descobertas do estudo e fornecem diretrizes práticas para prevenir quedas em idosos que vivem em casa.

O artigo nº 7 "***Bathroom modifications, clutter, and tripping hazards- prevalence and changes after incident falls in community-dwelling older adults***" (Gell et al., 2019) baseado nos dados obtidos no Estudo Nacional de Tendências de Saúde e Envelhecimento dos EUA, realizou uma análise detalhada para avaliar o impacto das modificações na casa de banho e a redução da desordem ou riscos de tropeçar no ambiente doméstico na prevenção de quedas entre os idosos. Os principais resultados foram os seguintes:

- Prevalência de Modificações no Banheiro - cerca de 69,3% dos idosos na comunidade relataram pelo menos uma modificação na casa de banho, como barras de apoio ou assentos para chuveiro. Aproximadamente 26,5% da amostra apresentava riscos de queda. As barras de apoio para chuveiro foram as modificações mais comuns, sendo a desordem mais prevalente do que os riscos de queda.
- Associações com Fatores Demográficos e de Saúde - a presença de modificações na casa de banho mostrou associação com diversos fatores, como idade avançada, sexo feminino, histórico de quedas e preocupação com quedas. Da mesma forma, os riscos de queda estavam relacionados a níveis mais baixos de escolaridade, menor rendimento e pior função física, entre outros indicadores de saúde.
- Prevalência das Modificações na casa de banho por Faixa Etária - houve uma clara associação entre a idade e a adoção de modificações no banheiro. À medida que a idade avançava, a percentagem de modificações aumentava significativamente, especialmente entre aqueles com mais de 90 anos.
- Mudanças Após Incidentes de Queda - indivíduos que enfrentaram múltiplas quedas mostraram maior propensão a adicionar modificações na casa de banho, destacando a importância dessas mudanças após incidentes frequentes. No entanto, uma única queda não resultou em mudanças significativas no ambiente doméstico, sugerindo que a reação às quedas varia conforme a sua frequência.
- Desafios na Adoção de Mudanças - o estudo revelou que a aceitação social das modificações e a crença na sua eficácia na prevenção de quedas influenciam a adoção dessas mudanças. Apesar da prevalência das modificações, ainda persistem desafios na adesão a essas alterações.

Resumidamente, estes resultados enfatizam a importância das modificações na casa de banho e a redução na desordem ou riscos de tropeçar na prevenção de quedas entre os idosos. No entanto, os desafios encontrados na promoção dessas mudanças destacam a necessidade de estratégias mais eficazes de comunicação e intervenção para reduzir o risco de quedas em idosos.

No artigo nº 8, "**A LONGITUDINAL FALL PREVENTION STUDY FOR OLDER ADULTS**" (Frith et al., 2019), as intervenções usadas pelos enfermeiros foram diversas e incluíram:

- Um Programa Específico de Prevenção de Quedas, que incluiu encontros trimestrais ao longo de um ano, abordando a avaliação da marcha, a reconciliação de medicamentos, o ensino sobre quedas, a adesão ao exercício e a análise das quedas.
- Educação Personalizada sobre Medicamentos, com discussões sobre medicamentos inadequados e identificação dos que deviam ser evitados, reforçando esses pontos em cada consulta.
- Avaliações e Testes, como *Timed-Up-and-Go (TUG)*, teste de levantar da cadeira de 30 segundos, teste de equilíbrio em 4 estágios e avaliações domiciliares para garantir segurança.
- Reconciliação de Medicamentos, verificando as mudanças implementadas e sugerindo discussões com médicos se necessário.
- Feedback sobre as mudanças na marcha, equilíbrio, medicação, aconselhamento/encaminhamento para exercícios em grupo, cuidados oftalmológicos e com os pés.
- Avaliação de Segurança Residencial, através de visita domiciliária, identificando potenciais riscos de quedas, como tapetes e desordem, e propostas de modificações para melhorar a segurança, como a instalação de barras de apoio nos banheiros, para reduzir riscos de queda.

Estas intervenções realizadas para melhorar a capacidade dos idosos em exercícios de marcha e equilíbrio tiveram resultados clinicamente relevantes, apesar de moderados

em termos médios. Embora a redução no número de quedas não tenha atingido significância estatística global, o grupo de intervenção registou uma redução tangível comparado ao grupo de controle, indicando a eficácia do programa na prevenção de quedas. A educação sobre medicamentos foi eficaz, melhorando o conhecimento sobre medicamentos inadequados e polifarmácia. Além disso, houve uma redução na quantidade de medicamentos tomados, o que, embora modesto numericamente, pode minimizar os riscos de quedas relacionadas a medicamentos. Estes resultados ressaltam a eficácia das intervenções de enfermagem na redução de riscos de quedas entre idosos, destacando a importância de uma abordagem personalizada e holística na promoção da segurança nessa faixa etária.

Discussão

Os artigos analisados convergem para a importância fundamental das intervenções para reduzir o risco de queda entre idosos no seu ambiente doméstico. Há um consenso entre os autores sobre a necessidade de abordagens multifacetadas e personalizadas para prevenir quedas entre os idosos.

1. Avaliação multidimensional:

A avaliação multidimensional, abrangendo desde a condição física até os aspectos mentais, funcionais e sensoriais, é fundamental (Zhao et al., 2019). A inclusão de avaliações regulares de audição e visão destaca a importância da saúde sensorial na prevenção de quedas.

2. Avaliação Individualizada e Recomendações Personalizadas:

A necessidade de uma abordagem individualizada é enfatizada, com artigos sugerindo visitas domiciliares para avaliação personalizada dos ambientes mais propensos a quedas (Campani et al., 2021; Ruiz & Porcel, 2021). As recomendações resultantes dessas avaliações contribuíram significativamente para a redução de fatores de risco.

3. Educação e consciencialização:

Os artigos destacam consistentemente a importância da educação como componente fundamental nas intervenções de enfermagem. A capacitação de enfermeiros para fornecer treinamento específico sobre fatores de risco e modificações

ambientais destaca-se como uma estratégia eficaz (Tiefenbachová & Zeleníková, 2019). Além disso, a sensibilização dos idosos sobre os riscos ambientais e as maneiras de identificá-los é uma ferramenta poderosa (Kim, 2022).

4. Modificações ambientais como pilar importante:

A introdução de modificações no ambiente doméstico é uma constante nos estudos. A instalação de barras de segurança, a remoção de tapetes escorregadios e a garantia de boa iluminação foram abordagens eficazes (Moreira et al., 2022). O estudo de Campani et al. (2021) destaca que modificações personalizadas, adaptadas às necessidades individuais dos idosos, são cruciais para maximizar a eficácia.

5. Envolvimento da família:

O papel da família é crucial, com intervenções incluindo não apenas os idosos, mas também os seus familiares (Moreira et al., 2022). Esse envolvimento reforça as mudanças propostas e contribui para a manutenção das modificações ambientais.

6. Perspetivas dos idosos:

A discrepância nas avaliações de risco entre observadores e idosos (Kim, 2022) destaca a importância de considerar as perspetivas individuais dos idosos. Estratégias adaptativas, conhecimentos e experiências pessoais influenciam diretamente a percepção de riscos ambientais.

7. Desafios financeiros e sustentabilidade:

Campani et al. (2021) abordam os desafios financeiros como um obstáculo significativo para a implementação em larga escala de modificações residenciais. A necessidade de profissionais de saúde capacitados e intervenções iniciais de baixo custo é destacada como uma estratégia para superar esses desafios.

8. Integração de padrões de enfermagem:

A aplicação de intervenções baseadas em padrões de enfermagem, como NANDA-I, NIC e NOC, mostrou-se essencial (Moreira et al., 2022). Essa padronização não apenas melhorou a assistência de enfermagem, mas também contribuiu para a eficiência e redução de custos.

9. Follow Up: A implementação de intervenções num período longitudinal, como no estudo de Frith et al. (2019), destaca a necessidade de abordagens contínuas para garantir resultados sustentáveis.

Conclusão

Esta *Scoping Review* revela um cenário vasto e diversificado no que diz respeito às intervenções para prevenção do risco de queda em idosos. Ao abranger uma ampla gama de estratégias, desde educação até modificações ambientais, esta destaca a importância fundamental da personalização, da avaliação individualizada e multidimensional para identificar os riscos específicos enfrentados por cada pessoa. Esta adaptação das intervenções às necessidades individuais emerge como um fator determinante para o sucesso das estratégias de prevenção.

Além disso, a revisão enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Isso reflete a complexidade das quedas em idosos e a necessidade de uma equipa multidisciplinar para abordar os diferentes aspetos envolvidos.

No entanto, foram identificados também alguns desafios, como os custos associados às modificações ambientais, a resistência à mudança por parte dos idosos e as suas famílias, bem como possíveis lacunas na implementação das intervenções, muitas vezes devido a recursos limitados.

Para futuras pesquisas, propõe-se explorar intervenções financeiramente mais acessíveis, realizar avaliações da eficácia das estratégias a longo prazo e investigar novas tecnologias ou abordagens inovadoras.

No entanto, é importante reconhecer que estas conclusões são influenciadas pela seleção limitada de base de dados, de idiomas e de estudos, assim como pela heterogeneidade dos dados analisados. Isso enfatiza a importância de futuras pesquisas para preencher essas lacunas e fortalecer as evidências disponíveis.

Conflito de interesses

Não existentes.

Referências bibliográficas

Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, M. & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a *scoping review*.

https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf

Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscione, S., Ferrara, L., Barisone, M., Bortoluzzi, S., Faggiano, F., Molin, A. & IPEST Working Group (2021). *Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. Public Health Nursing*. May;38(3):493-501.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246567/>

Despacho n.º 9390/2021(2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026).

<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2016-2025 (Despacho n.º 12427/2016)

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Filho, J., Valderramas, S., Wojciechowski, A. & Gomes, A. (2020). Versão brasileira do *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)*: tradução, adaptação transcultural, validação e confiabilidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23.
<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/tDWRVmCjQ3HFFGMkFdwCgrL/?format=pdf&lang=pt>

Fonseca, A. M. (2020). *Aging in place*, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-39
<https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/91/95>

Frith, K. H., Hunter, A. N., Coffey, S. S., & Khan, Z. (2019). *A longitudinal fall prevention study for older adults. The journal for nurse practitioners*, 15(4), 295-300
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.10.012>

Gell, N. M., Brown, H., Karlsson, L., Peters, D. M., & Mroz, T. M. (2020). *Bathroom modifications, clutter, and tripping hazards: prevalence and changes after incident falls in community-dwelling older adults. Journal of aging and health*, 32(10), 1636-1644.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264320949773>

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª edição. Lusociência.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020). *Acidentes Domésticos e de Lazer – Mecanismos de Lesão*. Infográfico
<https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>

Instituto Nacional de Estatística, I.P (2021). *Censos 2021 Resultados Definitivos*.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=586659861&att_displ ay=n&att_download=y

Kim, D. (2022). *Understanding how older adults negotiate environmental hazards in their home*. *Journal of Aging and Environment*, 36(2), 173-193.

https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Understanding+How+Older+Adults+Negotiate+Environmental+Hazards+in+Their+Home+&btnG=#d=gs_ci&t=1701798771126&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Ax7O3Gu6W2tj%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Den

Leitão, S., Oliveira, S., Rolim, L., Carvalho, R., Filho, J. & Júnior, A. (2018). Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Geriatr Gerontol Aging*, 12(3), 172-9.

<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v12n3a07.pdf>

Michalski, J., Lebioda, L., Bordin, R., Bernartt, M., Grden, C. & Bordin, D. (2022). QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS E FATORES DE RISCO EM AMBIENTES DOMÉSTICOS. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 28(2), 116-126.

<https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/20896/209209217433>

MIGUEL, M., Moreira, M., Ferreira, O., Veloso, L., Silva, H. & Silva, A. (2018). Acidentes por quedas em pessoas idosas: um estudo de revisão. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 4, p. 1188.

<file:///D:/Dados/Downloads/7896-Texto%20do%20artigo-42352-1-10-20190513.pdf>

Moreira, R. P., Guerra, F. V. G., Ferreira, G. D. O., Cavalcante, T. F., Felício, J. F., Ferreira, L. C. C., & Guedes, N. G. (2022). *Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC*. *International journal of nursing knowledge*, 33(2), 147-161.

Organização Mundial da Saúde (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52046/retrieve>

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

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.

Organização Mundial da Saúde – WHO (2021). *Falls*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organização Mundial da Saúde (2021a). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

<https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>

Organização Mundial da Saúde (2023). *Ageing*.

https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Organização Mundial da Saúde (2023a). *Ageing and health*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lahu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P. & Moher, D. (2022). Declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panam Salud Publica*. Dec 30;46: e112.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9798848/>

Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*. Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.

<https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

PORDATA (2023). Estatística sobre Portugal e Europa.

<https://www.pordata.pt/portugal>

Registered Nurses' Association of Ontario (2017). *Clinical Best Practice. Guidelines Preventing Falls and Reducing Injury from Falls. Fourth Edition*.

file:///D:/Dados/Downloads/FALL_PREVENTION_BPG-2.pdf

Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018, 19354-19359.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ruiz, R. & Porcel, I. (2021). *Programa de Prevención de Caídas en personas mayores de 65 años*. *Investigación & Cuidados*, 39-47.

<https://ciberindex.com/index.php/ic/article/view/4239ic>

Santos, B. & Baixinho, C. (2020). Possibilidade de intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. *Cogitare enfermagem*, 25: e71326.

<https://core.ac.uk/download/pdf/328056324.pdf>

Tiefenbachová, P., & Zeleníková, R. (2019). *The Effect of Educational Intervention by a Nurse on Home Environmental Risk Factors for Falls*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2).

<https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2019/02/02.pdf>

Zhao, Y., Alderden, J., Lind, B., & Stibrany, J. (2019). *Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults*. *Public health nursing*, 36(6), 772-778.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12651>

Apêndice V

Questionário de recolha de dados

QUESTIONÁRIO

Código Alfabético

Código Numérico

Caro(a) Utente

Este questionário está inserido no estudo que decorre no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o qual pretendemos contribuir para a prevenção de quedas em casa nas famílias com pessoas adultas mais velhas.

Destina-se aos elementos da família com idade igual ou superior a 65 anos que coabitam.

O questionário está dividido em **três** partes: **1ª parte** – composta por escalas, para avaliar o nível de dependência, o estado cognitivo e o risco de queda; **2ª parte** – composta por várias questões para identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais, biológicos e ambientais do utente e **3ª parte** – composta por uma escala que avalia os fatores de risco de queda associados ao ambiente onde o utente vive. A 1ª e a 2ª parte serão preenchidas no decorrer da consulta de enfermagem e a 3ª parte na visita domiciliar prevista.

Solicito a sua colaboração para responder às questões apresentadas. A sua participação é muito importante, comprometendo-me desde já a cumprir rigorosamente os pressupostos da confidencialidade, anonimato e consentimento informado e encontro-me inteiramente disponível para qualquer esclarecimento, pelo email i.ribeiro@campus.esel.pt.

Muito obrigada pela participação

Isabel Ribeiro

Parte I

A preencher pela enfermeira mestranda

Escala de Barthel

Item	Pontuação
Alimentação - Independente - Precisa de alguma ajuda - Dependente	10 5 0
Transferências - Independente - Precisa de alguma ajuda - Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se - Dependente, não tem equilíbrio sentado	15 10 5 0
Toalete - Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes - Dependente, necessita de alguma ajuda	5 0
Utilização do WC - Independente - Precisa de alguma ajuda - Dependente	10 5 0
Banho - Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) - Dependente, necessita de alguma ajuda	5 0
Mobilidade - Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) - Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda - Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas - Imóvel	15 10 5 0

Escala de Barthel (continuação)

<p>Subir e descer escadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independente sem ajudas técnicas 10 - Precisa de ajuda 5 - Dependente 0 	
<p>Vestir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independente 10 - Com ajuda 5 - Impossível 0 	
<p>Controlo intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar 10 - Acidente ocasional 5 - Incontinente ou precisa de uso de clisteres 0 	
<p>Controlo urinário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho 10 - Acidente ocasional (máximo uma vez na semana) 5 - Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho 0 	
Pontuação total	

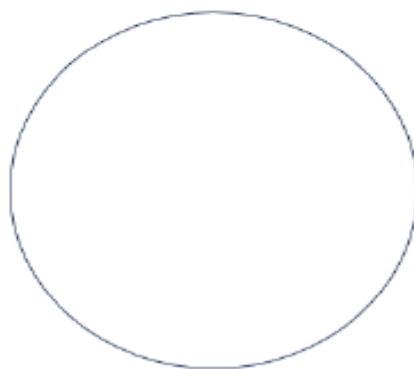
Grau de dependência	Pontuação
Dependência total	0 a 25 pontos
Dependência grave	26 a 50 pontos
Dependência moderada	51 a 75 pontos
Dependência leve	76 a 99 pontos
Independente	100 pontos

Fonte: Aplicação SClínico®

Mini-Cog Test

1. Pedir para repetir as palavras "vila", "cozinha", "bebê" e memorizá-las	
2. Teste do relógio - Entregar uma folha com um círculo e pedir para desenhar um relógio, seguindo a seguinte orientação: a) Colocar os números na sua posição correta dentro do círculo b) Fazer os ponteiros marcarem 11h10min	
3. Ao terminar de desenhar, pedir para repetir as três palavras	
Número de palavras lembradas <input type="text"/> pontos	1 ponto por cada palavra lembrada
Desenho do relógio <input type="text"/> pontos	Relógio normal = 2 pontos. Os números estão todos corretamente colocados ou próximo da sua posição normal e não há repetição dos mesmos. Os ponteiros apontam para as 11h10. Não consegue cumprir os critérios ou recusa desenhar o relógio = 0 pontos.
Pontuação total <input type="text"/>	Pontuação total inferior a 3, significa déficit cognitivo

Fonte: Aplicação SClínico®



Escala de Morse

Questão	Pontuação
Histórico de quedas; neste internamento Urgência/ou nos últimos 3 meses - Não - Sim	0 25
Diagnóstico Secundário - Não - Sim	0 15
Ajuda para caminhar - Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/ acamado/cadeira de rodas - Muletas/Canadianas/bengala/Andarilho - Apoiar-se no mobiliário para andar	0 15 30
Terapia intravenosa - Não - Sim	0 20
Postura no andar e transferência - Normal, acamado, imóvel - Debilitado - Dependente de ajuda	0 10 20
Estado Mental - Consciente das suas capacidades - Esquece-se das suas limitações	0 15
Pontuação total	

Risco	Pontuação
Baixo risco	0 a 24 pontos
Medio risco	25 a 50 pontos
Alto risco	Mais de 50 pontos

Fonte: Aplicação SClinico®

Parte II
A preencher pelo utente

1 - FATORES BIOLÓGICOS E SOCIO-ECONOMICOS

1 - Idade 65 - 70 71 - 75 76 - 80 81 - 85
(anos) 86 - 90 91 - 95 96 - 100 Mais de 100

2 - Sexo: - Feminino - Masculino

3 - Habilitações Literárias:

- Não sabe ler ou escrever
- 1.º ciclo do ensino básico (1.º ao 4.º ano/ Antiga 4.ª classe)
- 2.º ciclo do ensino básico (5.º ao 6.º ano/ Antiga 6.ª classe/ Ciclo preparatório)
- 3.º ciclo do ensino básico (7.º ao 9.º ano/ Curso geral dos liceus)
- Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano/ Curso complementar dos liceus)
- Curso Superior

4 - Estado Civil

- Solteiro(a) - Casado(a) / união de facto - Viúvo(a)
- Divorciado(a)/separado(a)

5 - Com quem mora

- Sozinho - Conjuge (Marido / Mulher) - Pais
- Filhos - Outros Quem? _____

6 - O seu rendimento atual

- Permite viver confortavelmente - Dá para viver - É muito difícil

7 - Situação perante o trabalho

- Reformado - Não reformado

8 - Sofre de alguma doença? Indique qual ou quais:

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Doença Cardiovascular | <input type="checkbox"/> - Doença Gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> - Doença Respiratória | <input type="checkbox"/> - Doença Endócrina - Diabetes |
| <input type="checkbox"/> - Alterações do equilíbrio | <input type="checkbox"/> - Doença Músculo-Esquelética |
| <input type="checkbox"/> - Problemas Visuais | <input type="checkbox"/> - Problemas Auditivos |
| <input type="checkbox"/> - Outra | Quais? _____ |

9 - Por favor indique a quem costuma recorrer quando tem algum problema ou dificuldade:

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Com quem vive | <input type="checkbox"/> - Outros familiares |
| <input type="checkbox"/> - Amigos | <input type="checkbox"/> - Vizinhos |
| <input type="checkbox"/> - Instituições | Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> - Outros | Quem? _____ |

II - FATORES COMPORTAMENTAIS

10 - Toma medicação regularmente? - Sim - Não

10.1 - Se sim, que tipo de medicamentos toma?

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Anti-hipertensivos | <input type="checkbox"/> - Antidiabéticos | <input type="checkbox"/> - Psicofármacos |
| <input type="checkbox"/> - Analgésicos e Anti-inflamatórios | <input type="checkbox"/> - Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> - Colesterol |
| <input type="checkbox"/> - Outros | Quais? _____ | |

11 - Pratica exercício físico? - Sim - Não

11.1 - Se sim, quantas vezes por semana? _____X

12 - Ingere bebidas alcoólicas? - Não - Sim

12.1- Se sim: Às refeições **Fora das refeições**

III – FATORES AMBIENTAIS

13 – Vive em?

- Apartamento - Vivenda - Outro _____

13.1 – Onde vive tem

- Escadas - Elevador

14 – Caiu no último ano?

- Não - Sim Quantas vezes? ____X

14.1 – Se sim, onde caiu?

- Casa - Rua - Outro local _____

14.2 – Se foi em casa, onde?

- Casa de banho - Corredor ou hall entrada - Cozinha
 - Quarto - Sala - Outro _____

14.3 – Qual a causa da queda?

- Calçado ou vestuário inadequado - Fios soltos e espalhados
 - Iluminação insuficiente em casa - Tapetes soltos na casa
 - Chão molhado/ escorregadio - Moveis em excesso
 - Problemas de saúde - Animal de estimação
 - Ausência antiderrapante na banheira ou poliban
 - Outros _____

14.4 – Necessitou de cuidados de saúde?

- Sim - Não

Parte III

A preencher pela enfermeira mestranda na visita domiciliar

Escala Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST)

Questão	1ª Visita		2ª Visita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1 - As passagens são livres de fios e outros objetos? <u>Definição:</u> Sem fios ou objetos atravessando ou ocupando espaços de passagem e/ou portas. Inclui móveis e outros objetos que obstruem portas e corredores, objetos atrás de portas que impedem a total abertura da mesma ou pequenos desníveis do piso.				
2 - O piso está em boas condições? <u>Definição:</u> carpetes e tapetes sem saliências, sem rasgos, não desgastados, sem lajotas/tacos quebrados ou faltando, inclusive nos degraus das escadas.				
3 - Os pavimentos são antiderrapantes? <u>Definição:</u> assinale "não" se a cozinha, banheiro ou lavanderia possuem pisos de <i>Paviflex</i> e/ou laminado e/ou cerâmica, além de qualquer piso encerado ou superfície de <i>Paviflex</i> e/ou laminado e/ou cerâmica em qualquer outro cômodo. Apenas marque "sim" se a cozinha, banheiro e lavanderia também possuem pisos que não escorregam.				
4 - Os tapetes estão bem fixados no chão? <u>N/A (não existem tapetes na casa)</u> <u>Definição:</u> os tapetes possuem na parte inferior material antiderrapante e/ou são colados com fitas aderentes ou pregados no chão.				
5 - A pessoa pode deitar-se e levantar-se da cama facilmente e com segurança? <u>Definição:</u> a altura e a firmeza da cama são adequadas. A pessoa não precisa de usar mobília ou outros itens para ajudá-la a se levantar.				

Questão	1º Vis.		2º Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>6 - A pessoa consegue levantar de sua poltrona e/ou sofá facilmente?</p> <p>N/A (a pessoa usa cadeira de rodas de forma contínua)</p> <p><u>Definição:</u> a altura da poltrona e/ou sofá é adequada, os apoios de braço oferecem bom apoio para ajudar a levantar-se, o assento não é baixo demais nem macio demais a ponto de afundar.</p>				
<p>7 - A iluminação de todas as lâmpadas é suficiente para que a pessoa enxergue com clareza?</p> <p><u>Definição:</u> a potência total por ambiente deve ser maior que 75 W no caso de lâmpadas incandescentes, ou a iluminação deve ser fluorescente, e não deve haver sombras que atravessem os ambientes e nem brilho excessivo.</p>				
<p>8 - A pessoa consegue facilmente acender a luz quando está em sua cama?</p> <p><u>Definição:</u> a pessoa não precisa sair da cama para acender a luz à noite, há uma lanterna ou lâmpada de cabeceira e/ou abajur, ou iluminação noturna adequada até ao banheiro.</p>				
<p>9 - As calçadas, degraus e entradas externas são bem iluminados à noite?</p> <p>N/A (não há degrau, calçada ou entrada externa, ou seja, a porta abre diretamente para a calçada da rua)</p> <p><u>Definição:</u> há iluminação nas portas da frente e dos fundos, com lâmpadas de pelo menos 75 W, as calçadas usadas estão expostas à iluminação, inclusive em entradas comuns.</p>				
<p>10 - A pessoa consegue sentar e levantar do vaso sanitário com facilidade e segurança?</p> <p>N/A (a pessoa usa cadeira de banho/cadeira higiênica)</p> <p><u>Definição:</u> a altura do vaso sanitário é adequada, a pessoa não precisa se segurar na pia, no porta-toalhas ou no suporte de papel higiênico para levantar. Há barras de apoio ao lado do vaso, quando necessário.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>11- A pessoa consegue entrar e sair da banheira facilmente e de maneira segura?</p> <p>N/A (não tem banheira em casa ou a pessoa nunca usa)</p> <p><u>Definição:</u> a pessoa consegue dar o passo por cima da borda banheira sem nenhum risco, e consegue abaixar-se dentro da banheira e levantar-se novamente sem a necessidade de segurar-se em móveis (ou usar a borda e /ou assento da banheira ou permanecer de pé para usar o chuveiro dentro da banheira sem risco).</p>				
<p>12 – A pessoa consegue entrar e sair do “box” do banheiro com facilidade e segurança?</p> <p>N/A (sem chuveiro em casa)</p> <p><u>Definição:</u> A pessoa consegue entrar e sair do “box” ultrapassando qualquer obstáculo que exista (desnível, trilhos, cortinas) sem se apoiar em nada e sem risco.</p>				
<p>13 – Existe(m) alguma(s) barra(s) de apoio no chuveiro ou na banheira?</p> <p><u>Definição:</u> barras de apoio que são apropriadamente instaladas na parede e que não são suporte de toalha, e ainda que podem ser facilmente alcançadas sem a necessidade de inclinar seu corpo a ponto de perder o equilíbrio.</p>				
<p>14 – Tapetes e/ou fitas antiderrapantes são usadas no banheiro e/ou banheira e/ou box?</p> <p><u>Definição:</u> tapetes de borracha e/ou fitas antiderrapantes bem conservadas e bem colocadas no fundo da banheira e/ou no piso do box.</p>				
<p>15 - O banheiro fica próximo ao quarto?</p> <p><u>Definição:</u> o banheiro não fica mais que duas portas e distância do quarto (incluindo a porta do quarto) não precisa ir para alguma parte externa ou destrancar portas para chegar a ele.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>16 - A pessoa consegue pegar itens normalmente utilizados na cozinha sem a necessidade de subir em algo, inclinar o corpo ou sem perder o equilíbrio?</p> <p><u>Definição:</u> a altura dos armários está entre a altura do ombro e do joelho, não são necessárias cadeiras ou escadinhas para alcançar os objetos.</p>				
<p>17 - A pessoa consegue levar os alimentos com facilidade e segurança da cozinha até ao local de refeições?</p> <p><u>Definição:</u> é possível carregar os alimentos com segurança ou eles são transportados usando um carrinho até ao local em que a pessoa normalmente come.</p>				
<p>18 - Escadas ou degraus internos possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão?</p> <p>N/A (sem degraus e/ou escadas dentro de casa)</p> <p><u>Definição:</u> deve ser fácil segurar na barra de apoio, ela deve estar fixada com firmeza, ser suficientemente forte e estar disponível ao longo de toda a extensão em que há degraus ou escadas.</p>				
<p>19 - Escadas ou degraus externos possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão?</p> <p>N/A (sem degraus e/ou escadas fora de casa)</p> <p><u>Definição:</u> degraus = mais de 2 degraus consecutivos (alterações no nível do piso). Deve ser fácil segurar na barra de apoio e ela deve estar fixada com firmeza, ser suficientemente forte e estar disponível ao longo de toda extensão em que há degraus ou escadas.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>20 - A pessoa consegue facilmente subir e descer os degraus e/ou escadas dentro e fora da casa com facilidade e segurança?</p> <p>N/A (não existem degraus e/ou escadas)</p> <p><u>Definição:</u> os degraus não são muito altos, estreitos ou muito desiguais para que o pé possa ser firmemente colocado (internos ou externos), a pessoa provavelmente não ficará cansada ou sem fôlego quando utilizar os degraus e/ou escada, e não possui condições patológicas que podem impactar na segurança na escada, por exemplo, síndrome do pé caldo, perda de sensação nos pés, distúrbios nos controles de movimentos, etc.</p>				
<p>21 - As bordas dos degraus e/ou escadas (dentro e fora de casa) são visualizados com facilidade?</p> <p>N/A (não existem degraus e/ou escadas)</p> <p><u>Definição:</u> não existem pisos, lajotas ou áreas pintadas que encubram e/ou dificultem a visualização da borda do degrau, e existe iluminação adequada nos degraus e/ou escadas.</p>				
<p>22 - A pessoa consegue utilizar a(s) porta(s) de entrada facilmente e de forma segura?</p> <p><u>Definição:</u> as fechaduras e tranças podem ser usadas sem inclinar o corpo ou esticar-se demais para alcançá-las. Existe espaço suficiente para que a pessoa não precise equilibra-se sobre um degrau para abrir porta e/ou tela.</p>				
<p>23 - Os caminhos ao redor da casa estão em boas condições e desimpedidos?</p> <p><u>Definição:</u> sem calçadas irregulares e/ou quebradas e/ou soltas, plantas e/ou matos bem aparados, galhos de árvores bem podados, sem mangueiras de jardim por cima da calçada.</p>				

Questão	1ª Vis.		2ª Vis.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<p>24 – Normalmente a pessoa usa chinelo ou sapatos apropriados? Definição: calçados de tamanho adequado e estáveis, com salto baixo e solado antiderrapante. Os chinelos também devem proporcionar apoio adequado para um bom posicionamento e/ou conforto do pé. Se a pessoa não usar calçados dentro de casa, pontue como "não".</p>				
<p>25 – Se há animais de estimação, a pessoa consegue cuidar deles sem inclinar-se ou sem expor-se ao risco de cair? N/A (não há animais de estimação e/ou outros animais) Definição: animais de estimação – qualquer animal pelo qual a pessoa seja responsável. Para pontuar "sim", a pessoa não precisa alimentar animais de estimação quando eles estão pulando ou movimentando-se próximo dos pés, a pessoa não precisa se curvar em direção ao chão para encher novamente tijelas e/ou pratos ou limpar os animais. Os animais não requerem muito trabalho.</p>				

Apêndice VI

Quadro da categorização das variáveis do questionário segundo o modelo dos sistemas de Betty Neuman

Quadro da categorização das variáveis do questionário segundo o modelo dos sistemas de *Betty Neuman*

Variável Fisiológica	Variável Psicológica	Variável Sociocultural	Variável Desenvolvimento	Variável Espiritual
Core				
Idade		Habilitações literárias		
sexo		Rendimento atual	Estado cognitivo	
Estado civil				
Nível de independência				
Presença de doenças		Situação perante o trabalho		
Com quem mora				
Linha Resistência				
Tipo de habitação (Vive em)		A quem costuma recorrer quando tem problemas/dificuldade	Risco de queda	
Existência de escadas ou elevador				
Ocorrência de quedas no último ano				
Onde caiu (casa, rua ou outro local)				
Localização da queda (se foi em casa, onde?)				
Causa da queda				
Presença de fatores de risco para as quedas				
Linha Normal de Defesa				
Toma de Medicação		Conhecimento da família dos fatores de risco de quedas		
Tipo de medicação				
Prática de exercício físico	Comportamento de risco da família			
Se sim. Quantas vezes pratica por semana				

Ingestão bebidas alcoólicas				
Se sim. Quandoingere				
Linha Flexível de Defesa				
Necessidade de cuidados de saúde após a queda				
Passagens livres de fios e outros objetos	Percepção da família acerca do ambiente doméstico			
Piso em boas condições				
Pisos antiderrapantes				
Tapetes bem fixados no chão				
Consegue deitar-se e levantar-se da cama facilmente e com segurança				
Consegue levantar-se de sua poltrona e/ou sofá facilmente				
Iluminação de todas as lâmpadas é suficiente				
Consegue facilmente acender a luz quando está em sua cama				
As calçadas, degraus e entradas externas são bem iluminados à noite				
Consegue sentar e levantar do vaso sanitário com facilidade e segurança				
Consegue entrar e sair da banheira facilmente e de maneira segura				
Consegue entrar e sair da 'box' do banheiro com facilidade e segurança				
Existe(m) barra(s) de apoio no chuveiro ou na banheira				
Existem tapetes e/ou fitas antiderrapantes no banheiro e/ou banheira e/ou box				
Banheiro fica próximo ao quarto				
Consegue pegar facilmente itens normalmente utilizados na cozinha				
Consegue levar os alimentos com facilidade e segurança da cozinha até o local de refeições				
Existência de escadas ou degraus internos com corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão				

Existência de escadas ou degraus externos com corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão				
Consegue subir e descer os degraus e/ou escadas dentro e fora da casa com facilidade e segurança				
As bordas dos degraus e/ou escadas (dentro e fora da casa) são visualizados com facilidade				
Consegue utilizar a(s) porta(s) de entrada facilmente e de forma segura				
Caminhos ao redor da casa estão em boas condições e desimpedidos				
usa chinelo ou sapatos apropriados				
Consegue cuidar dos animais de estimação sem inclinar-se ou sem expor-se ao risco de cair				

Apêndice VII

Consentimento Informado

**Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em
Investigação**

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: “Contributo do enfermeiro de família na prevenção do risco de queda das famílias idosas em ambiente doméstico”

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na USF _____ pela mestranda, a Sr.ª Enfermeira Isabel Maria Miranda Ribeiro, sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Laura Viegas e da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Paula Santos.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: O estudo tem como finalidade prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, e assim contribuir para a prevenção, promoção da saúde, o bem-estar e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A experiência e colaboração das famílias são fundamentais para o sucesso deste estudo. Ao participar, a sua família desempenhará um papel crucial na ajuda para a identificação de fatores de risco no seu ambiente doméstico, possibilitando intervenções específicas e personalizadas.

Para a execução do estudo, é necessário preencher um questionário composto por 3 partes:

1ª parte - avaliação do estado cognitivo, do nível de dependência e risco de queda (preenchida pela mestranda na consulta de enfermagem);

2ª parte - questionário para determinação dos fatores sociodemográficos, comportamentais, biológicos e ambientais do utente (preenchido pelo utente ou, em caso de eventual dificuldade, pela mestranda na consulta de enfermagem)

3ª parte - escala que avalia os fatores de risco de queda no ambiente doméstico da família (preenchida pela mestranda em duas visitas domiciliárias).

A recolha desta informação tem como objetivo identificar o risco de queda, associado ao ambiente doméstico e, colaborativamente com a família, implementar intervenções para a eliminação/minimização desses riscos. A sua participação envolverá a presença numa consulta na USF e o preenchimento de um questionário e a presença em duas visitas domiciliárias.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e com liberdade de recusar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento, sem impacto nos seus direitos. Não está prevista qualquer compensação monetária pela participação. Após o preenchimento da primeira parte do questionário, caso não cumpra os critérios estabelecidos para integrar o estudo, termina a sua participação no mesmo, e será referenciado para a sua equipa de saúde para continuidade dos cuidados.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo serão divulgados na apresentação das provas públicas do curso de mestrado, junto aos profissionais da USF e do Aces e poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Este documento é composto por 3 páginas e feito em duplicado: Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo.

Agradeço a sua participação
Isabel Ribeiro
e-mail: i.ribeiro@campus.esal.pt

Confirmo que prestei a informação adequada, respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que a mesma foi compreendida.

Assinatura da enfermeira mestranda: _____

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF Ramada. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CD Nº _____ DATA OU VALIDADE: __/__/__

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

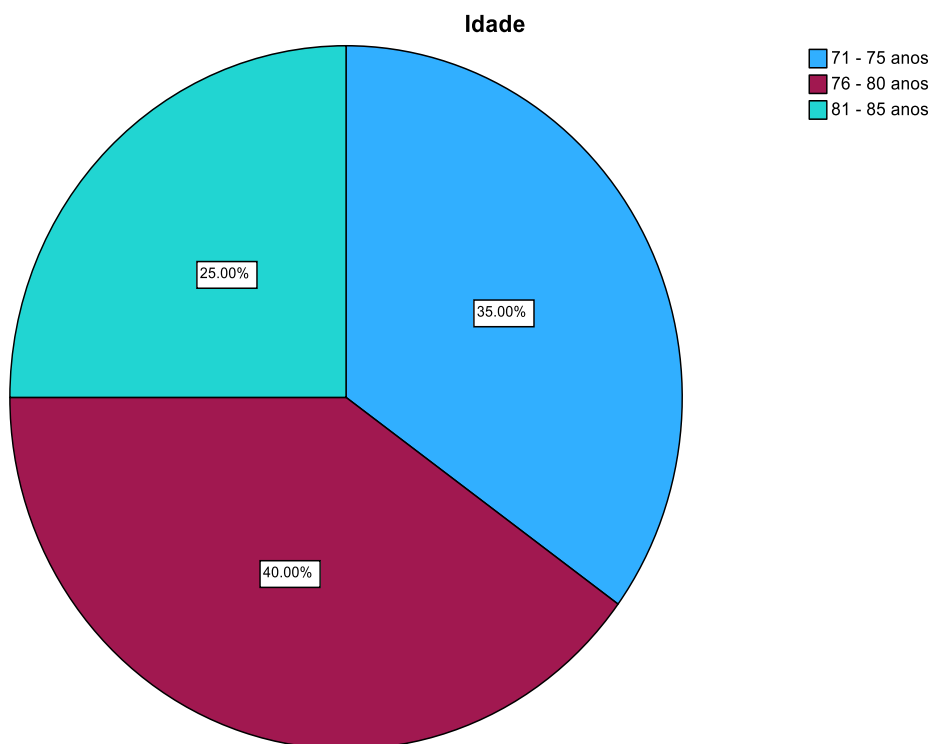
¹https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

²https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Apêndice VIII

Distribuição do core por faixa etária

Distribuição do core por faixa etária

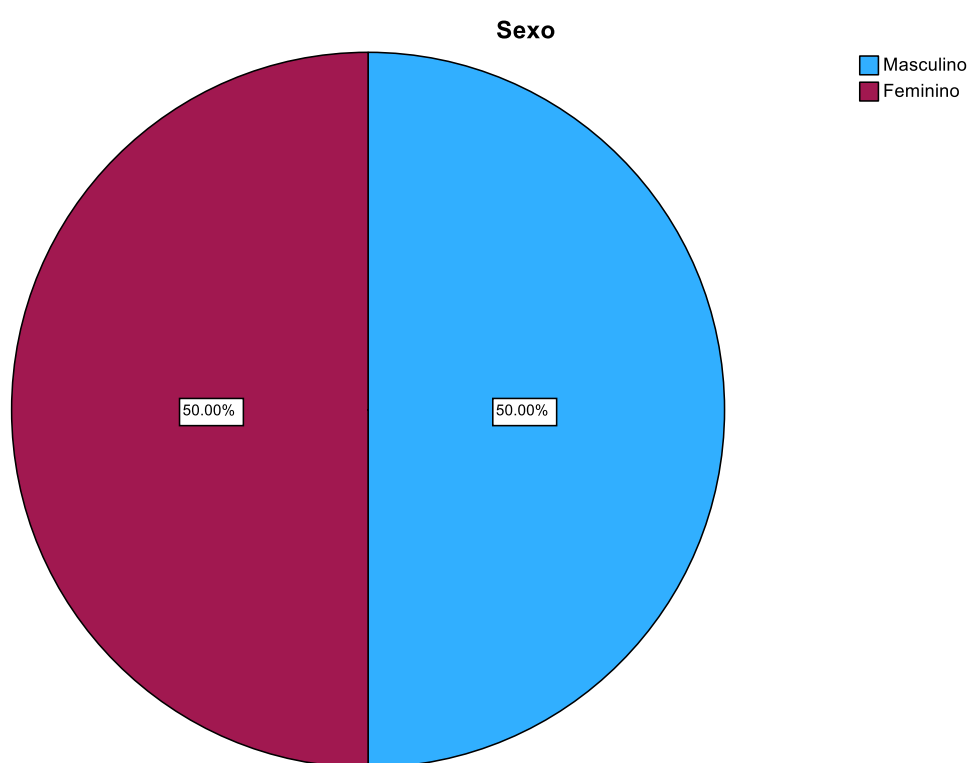


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice IX

Distribuição do core por sexo

Distribuição do core por sexo

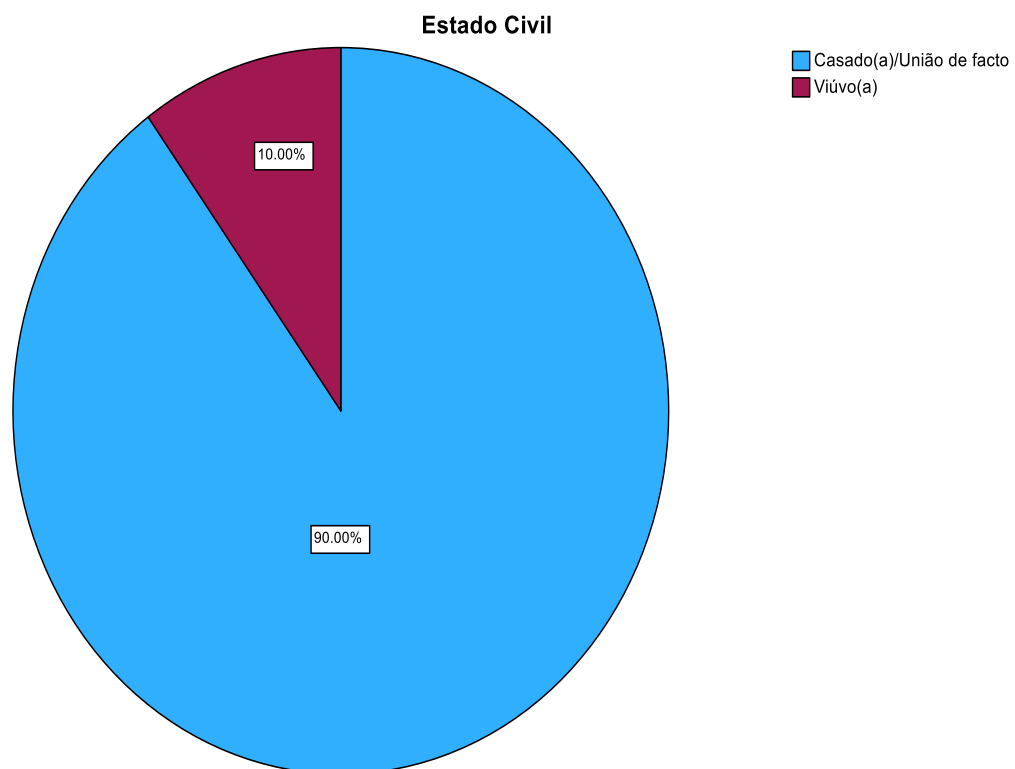


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice X

Distribuição do core por estado civil

Distribuição do core por estado civil

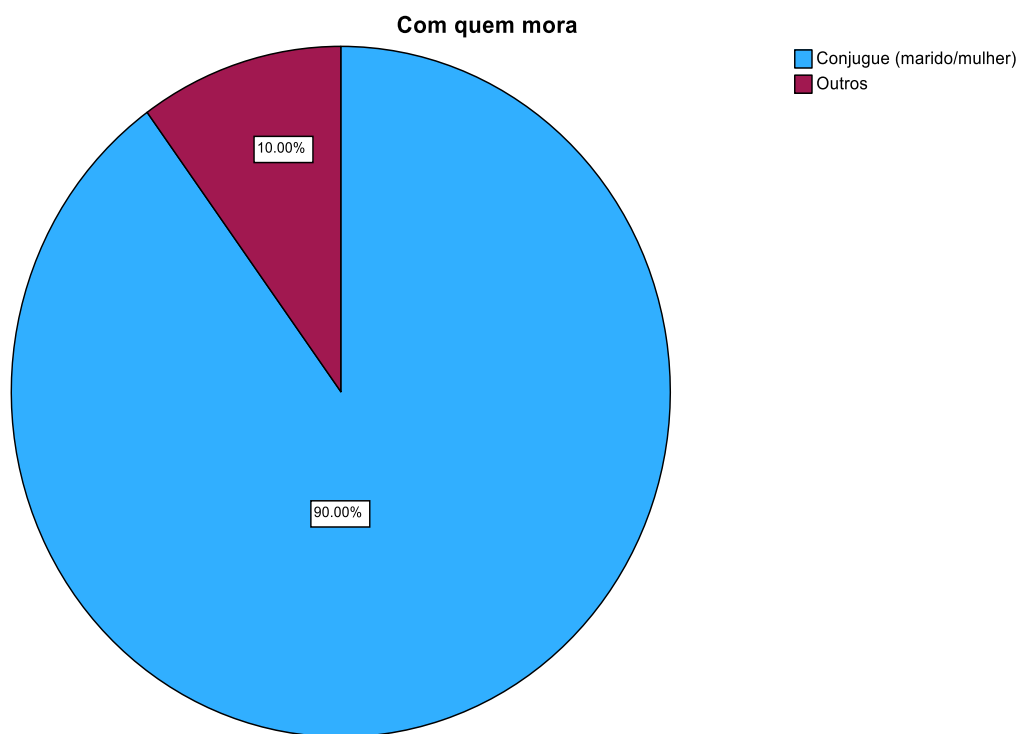


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XI

Distribuição do core de acordo com quem moram

Distribuição do core de acordo com quem moram



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XII

Distribuição do core segundo a frequência das doenças que sofre

Distribuição do core segundo a frequência das doenças que sofre

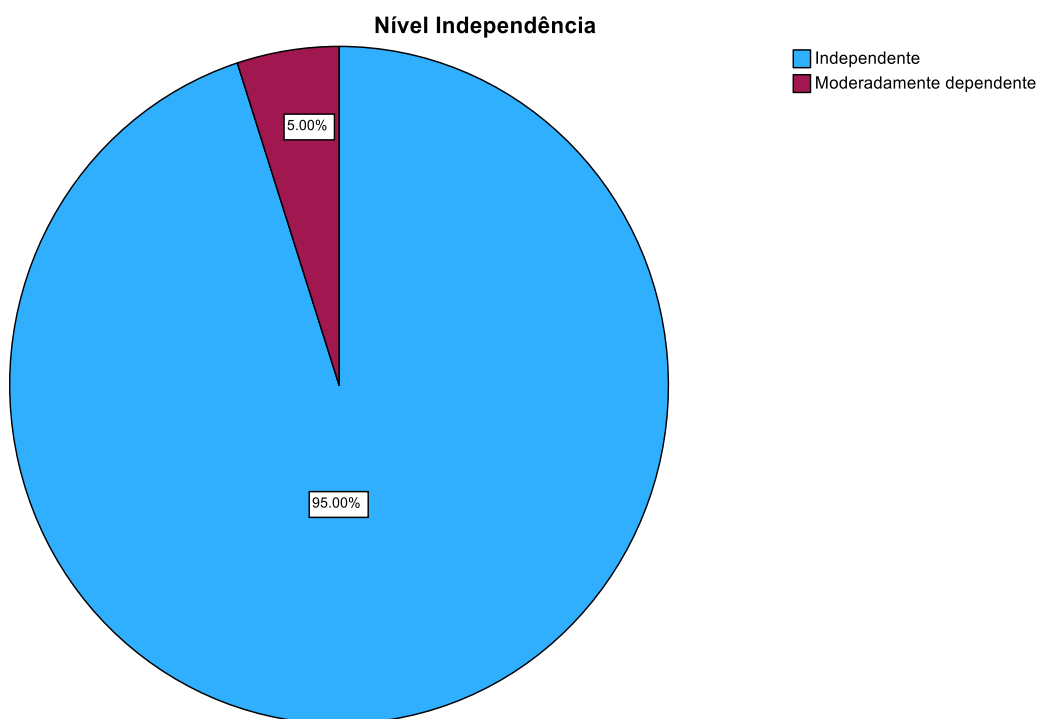
	Respostas N	Percentagem de casos
Doença Cardiovascular	19	95.0%
Problemas Visuais	11	55.0%
Doença Endócrina - Diabetes	9	45.0%
Doença Músculo-Esquelética	7	35.0%
Problemas Auditivos	7	35.0%
Alterações do Equilíbrio	6	30.0%
Doença Respiratória	5	25.0%
Doença Gastrointestinal	4	20.0%
Outra	1	5.0%
Total	69	345.0%

Fonte: dados do estudo adaptado do SPSS versão 29.

Apêndice XIII

Distribuição do core segundo o nível de dependência

Distribuição do core segundo o nível de dependência

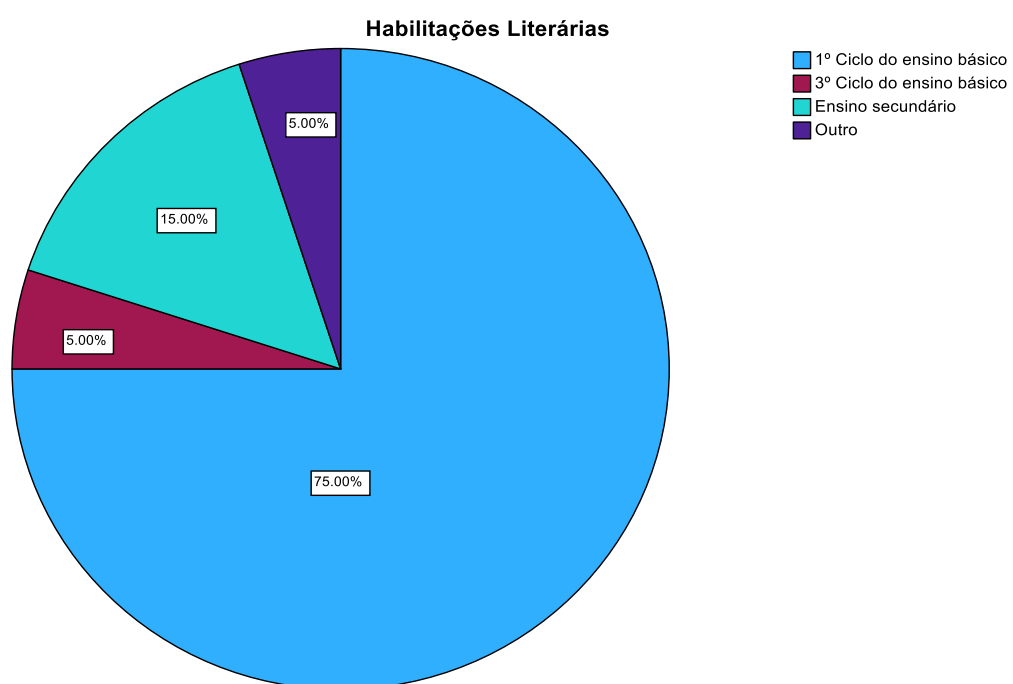


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XIV

Distribuição do core segundo as habilitações literárias

Distribuição do core segundo as habilitações literárias

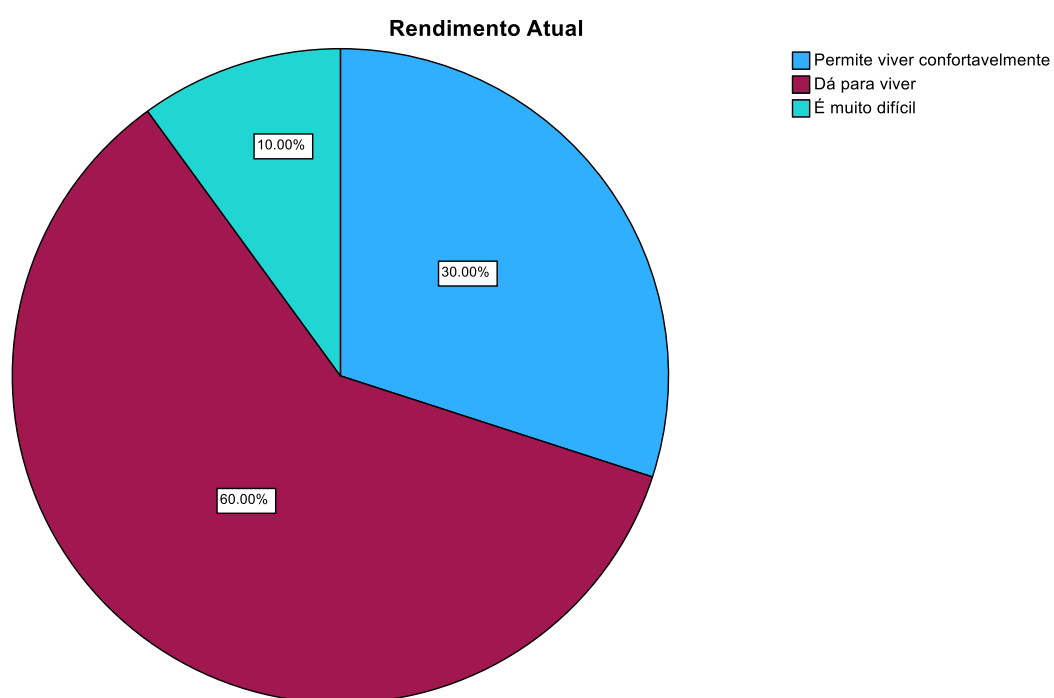


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XV

Distribuição do core segundo o rendimento atual

Distribuição do core segundo o rendimento atual



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XVI

Distribuição do core segundo a situação perante o trabalho

Distribuição do core segundo a situação perante o trabalho

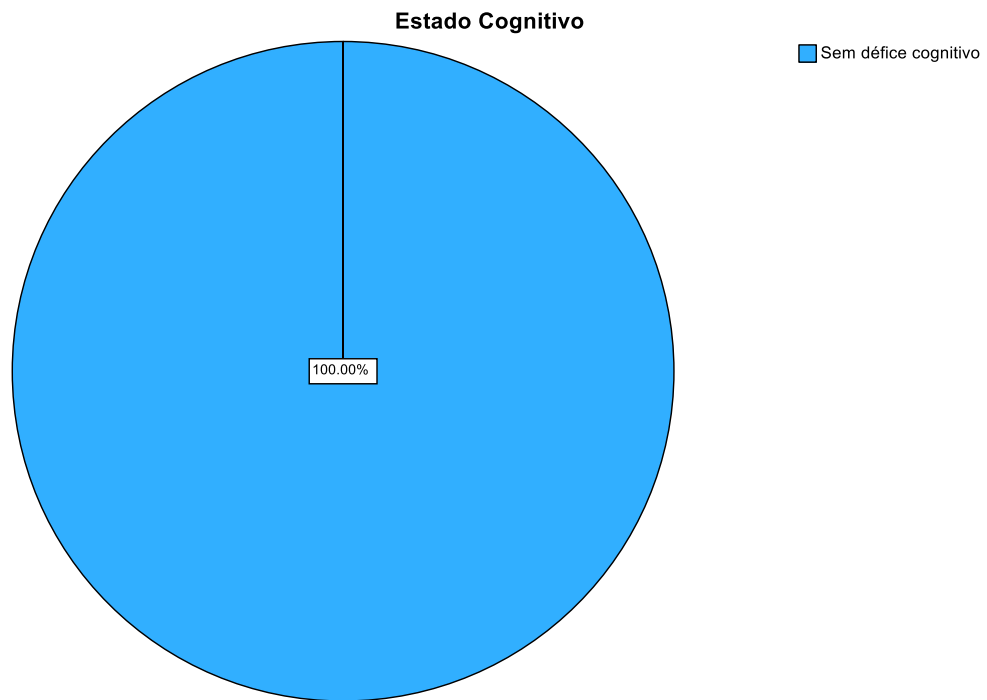


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XVII

Distribuição do core segundo a avaliação do estado cognitivo

Distribuição do core segundo a avaliação do estado cognitivo

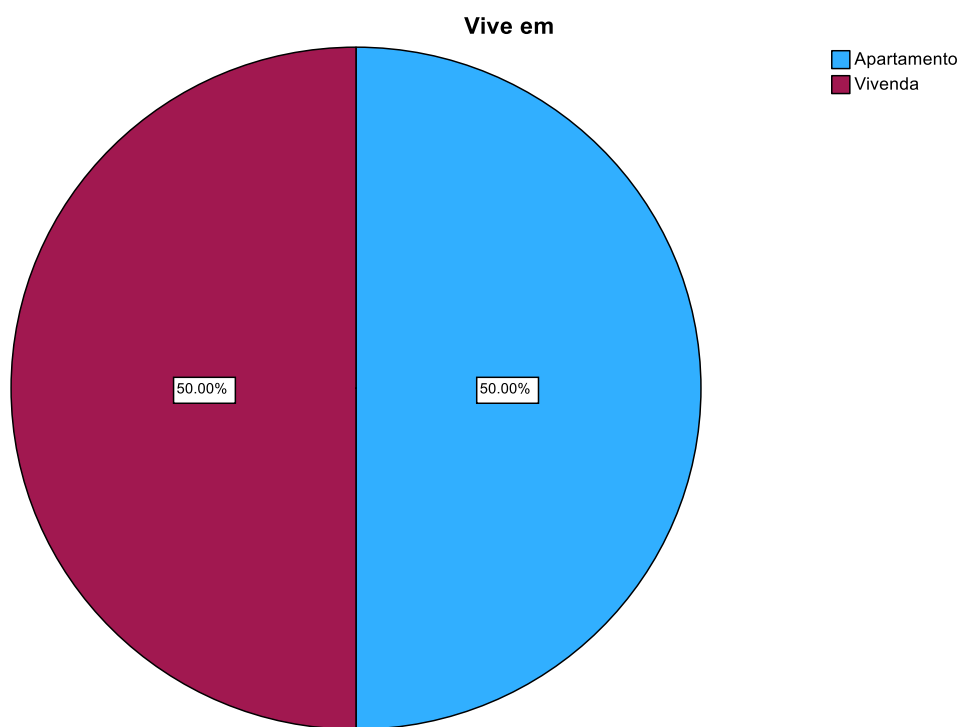


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XVIII

Distribuição segundo os tipos de moradia
(vive em)

Distribuição segundo os tipos de moradia
(vive em)

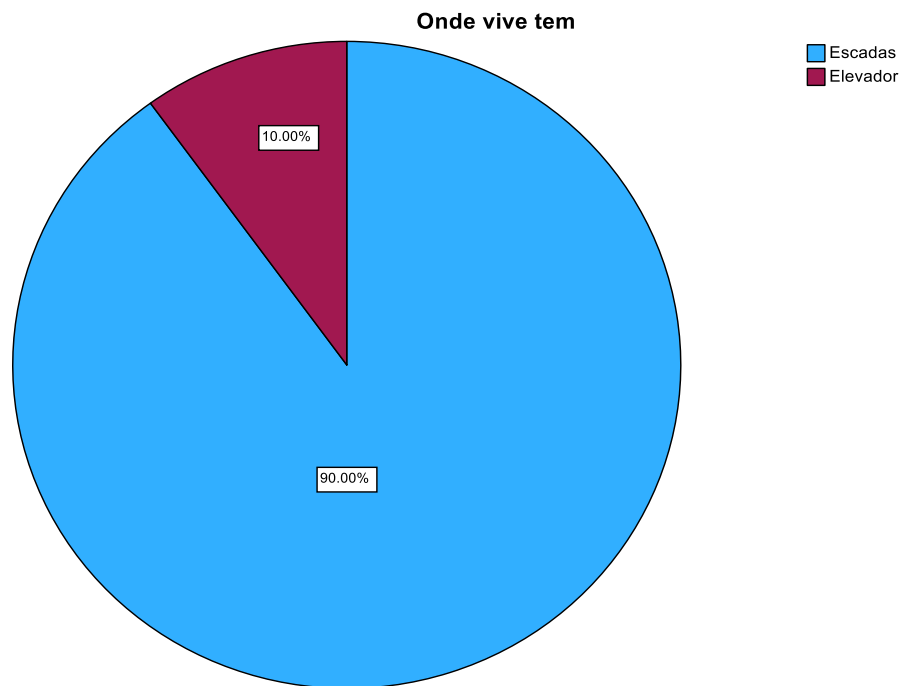


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XIX

Distribuição segundo a existência de escadas ou elevador
(onde vive tem)

Distribuição segundo a existência de escadas ou elevador
(onde vive tem)



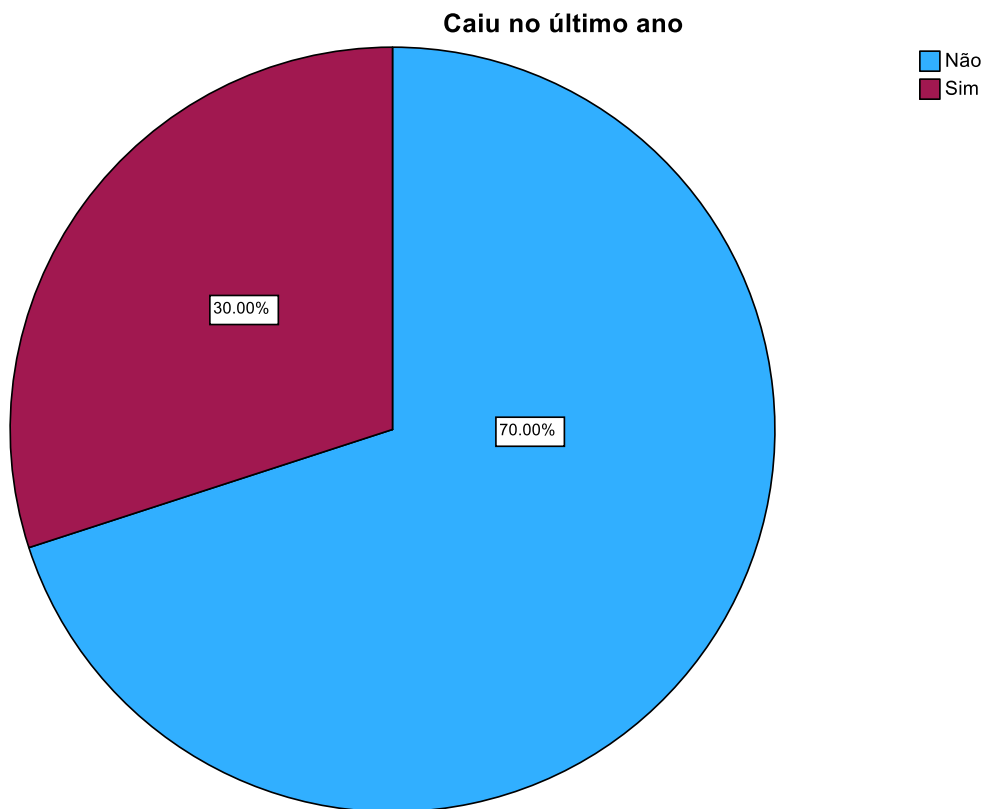
Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XX

Distribuição segundo a ocorrência de quedas

(Caiu no último ano)

Distribuição segundo a ocorrência de quedas
(Caiu no último ano)



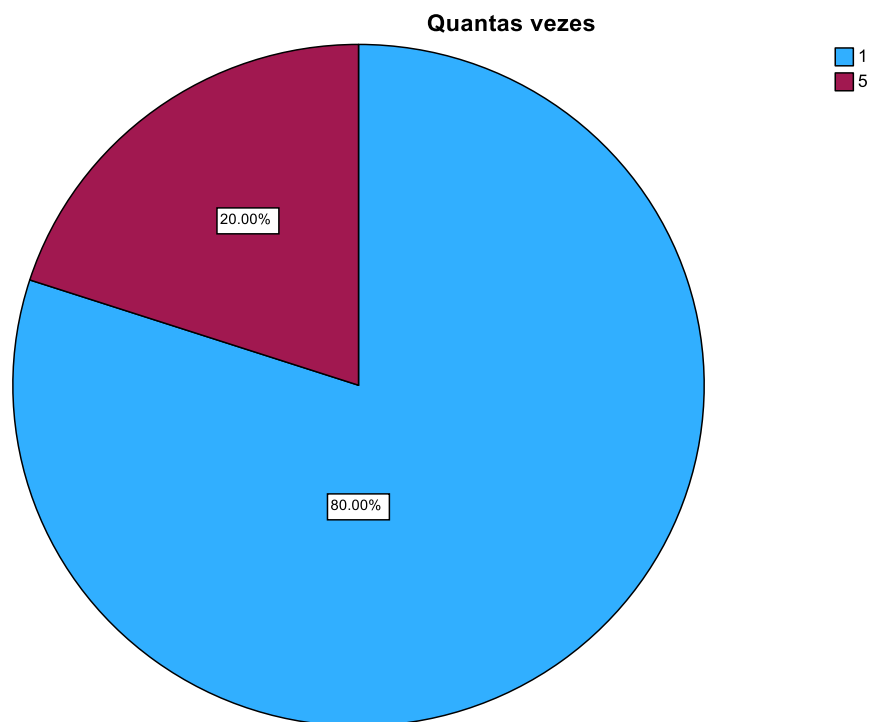
Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXI

Distribuição segundo o número de quedas ocorridas

(Quantas vezes)

Distribuição segundo o número de quedas ocorridas
(Quantas vezes)

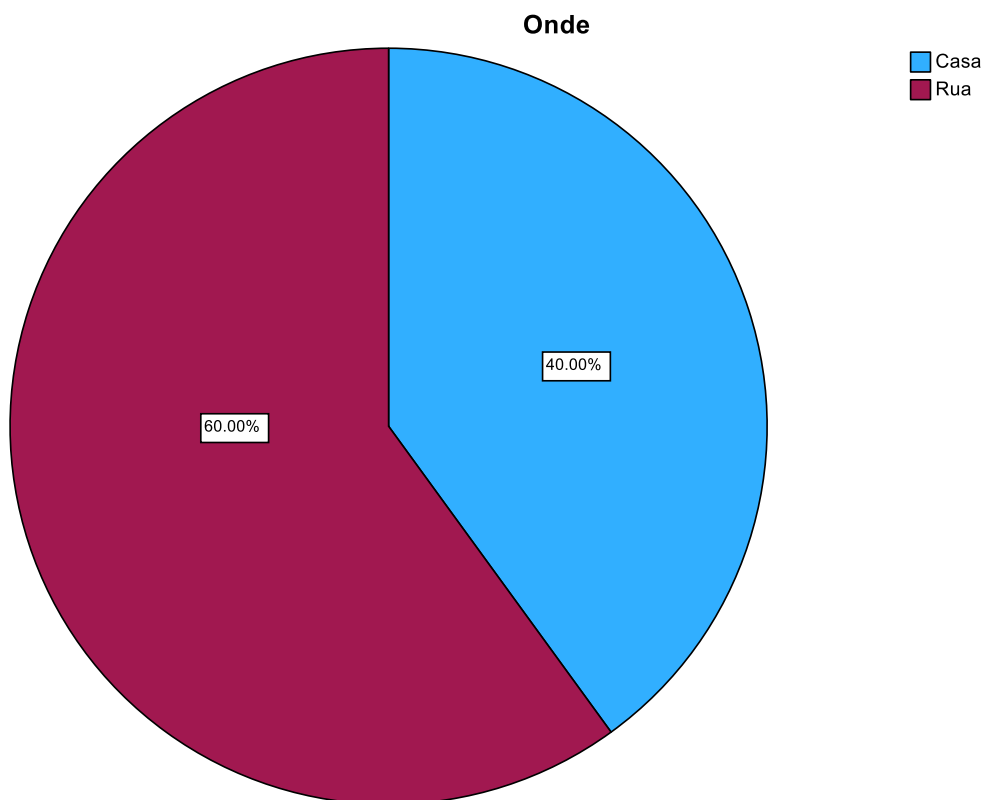


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXII

Distribuição segundo o local onde caiu

Distribuição segundo o local onde caiu



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXIII

Distribuição segundo a divisão da habitação onde caiu

Distribuição segundo a divisão da habitação onde caiu

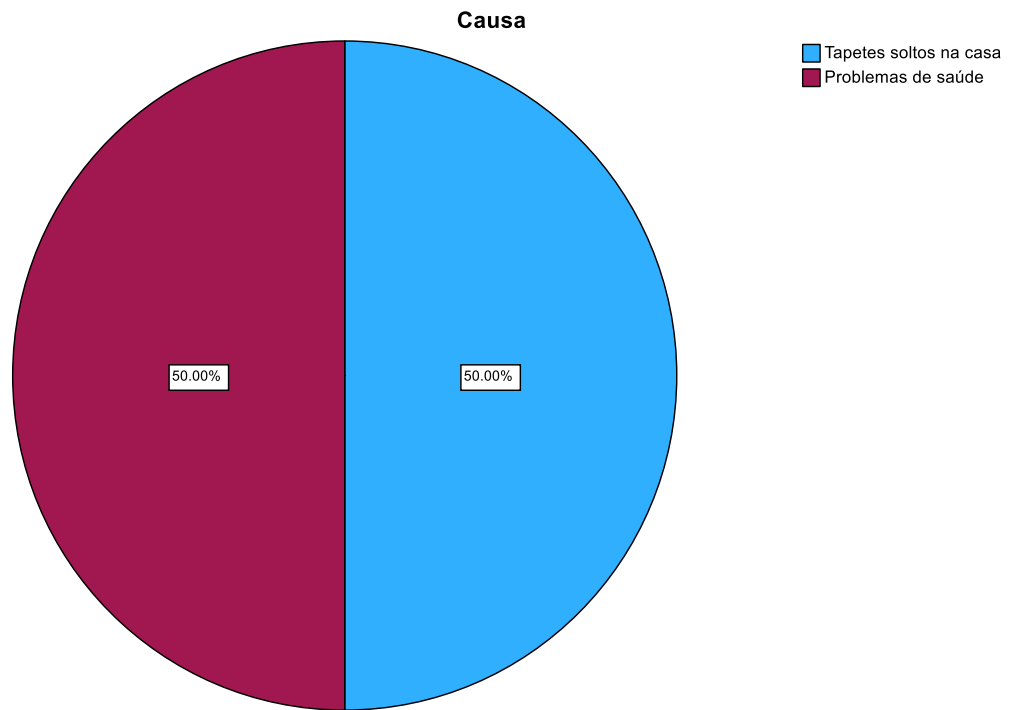


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXIV

Distribuição segundo o causa da queda

Distribuição segundo o causa da queda



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXV

Distribuição segundo a quem recorre quando tem algum problema ou dificuldade

Distribuição segundo a quem recorre quando tem algum problema ou dificuldade

**A quem recorre quando tem algum problema ou dificuldade
(Frequências)**

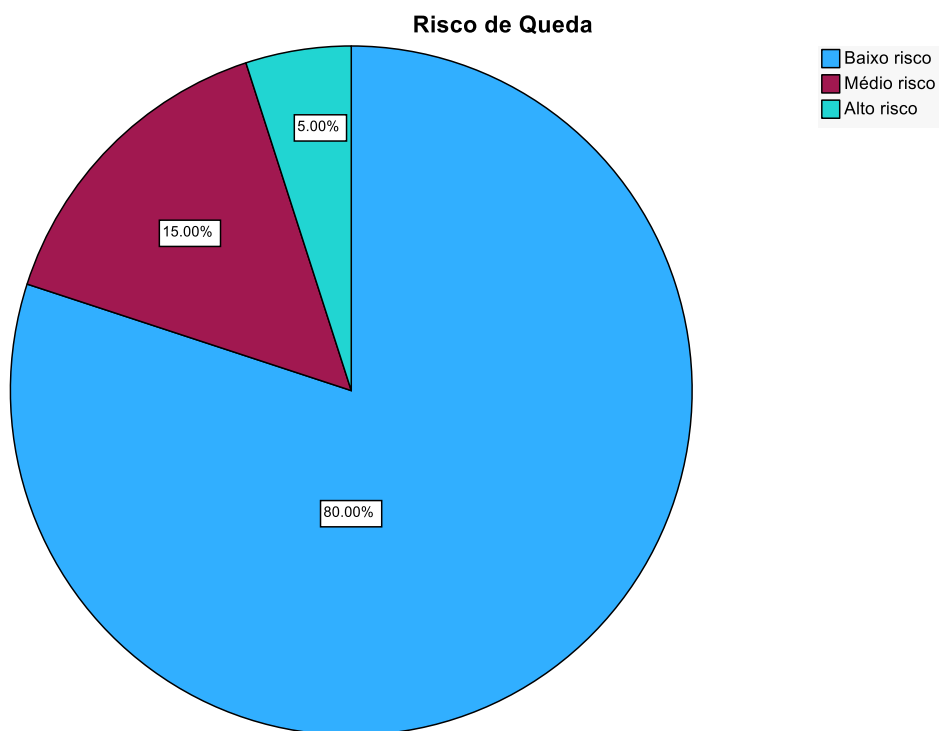
	Respostas N	Percentagem de casos
Com quem vive	10	50.0%
Outros familiares	17	85.0%
Instituições	4	20.0%
Outros	1	5.0%
Total	32	160.0%

Fonte: dados do estudo adaptado do SPSS versão 29.

Apêndice XXVI

Distribuição segundo o risco de queda

Distribuição segundo o risco de queda

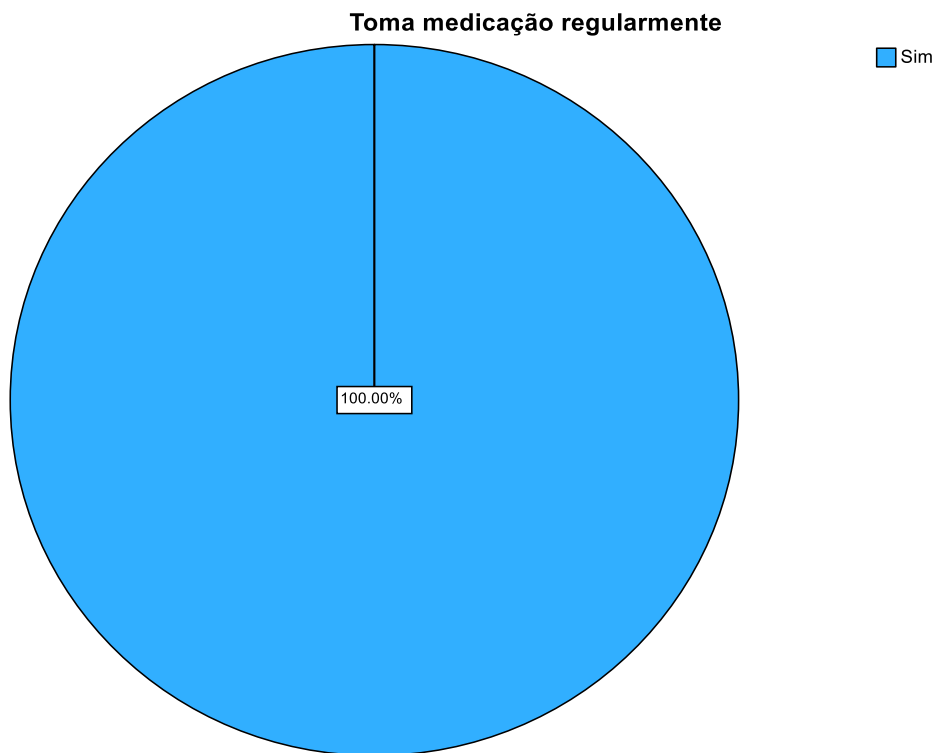


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXVII

Distribuição segundo se toma medicação regularmente

Distribuição segundo se toma medicação regularmente



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXVIII

Distribuição segundo que tipo de medicamentos toma

Distribuição segundo que tipo de medicamentos toma

Tipo de medicamentos tomados (Frequências)

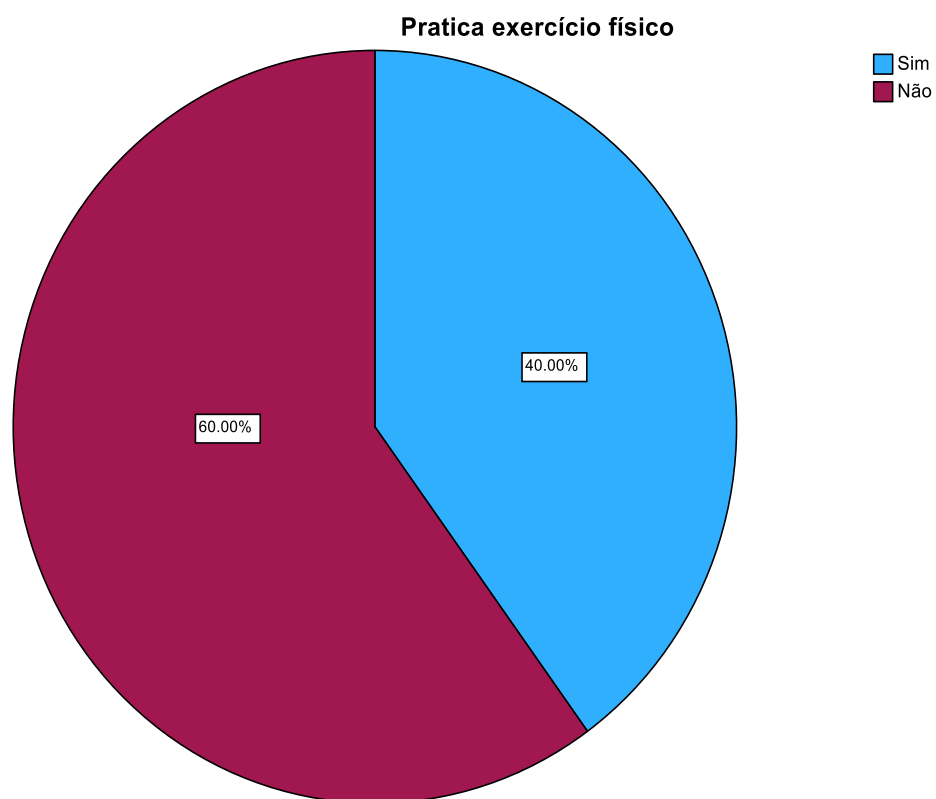
	Respostas	
	N	Porcentagem de casos
Anti-hipertensivos	18	90.0%
Antidiabéticos	11	55.0%
Psicofármacos	5	25.0%
Analgésicos e Anti-inflamatórios	1	5.0%
Anticoagulantes	9	45.0%
Colesterol	15	75.0%
Outros	4	20.0%
Total	63	315.0%

Fonte: dados do estudo adaptado do SPSS versão 29.

Apêndice XXIX

Distribuição segundo pratica exercício físico

Distribuição segundo pratica exercício físico



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXX

Distribuição segundo quantas vezes pratica exercício físico na semana

Distribuição segundo quantas vezes pratica exercício físico na semana

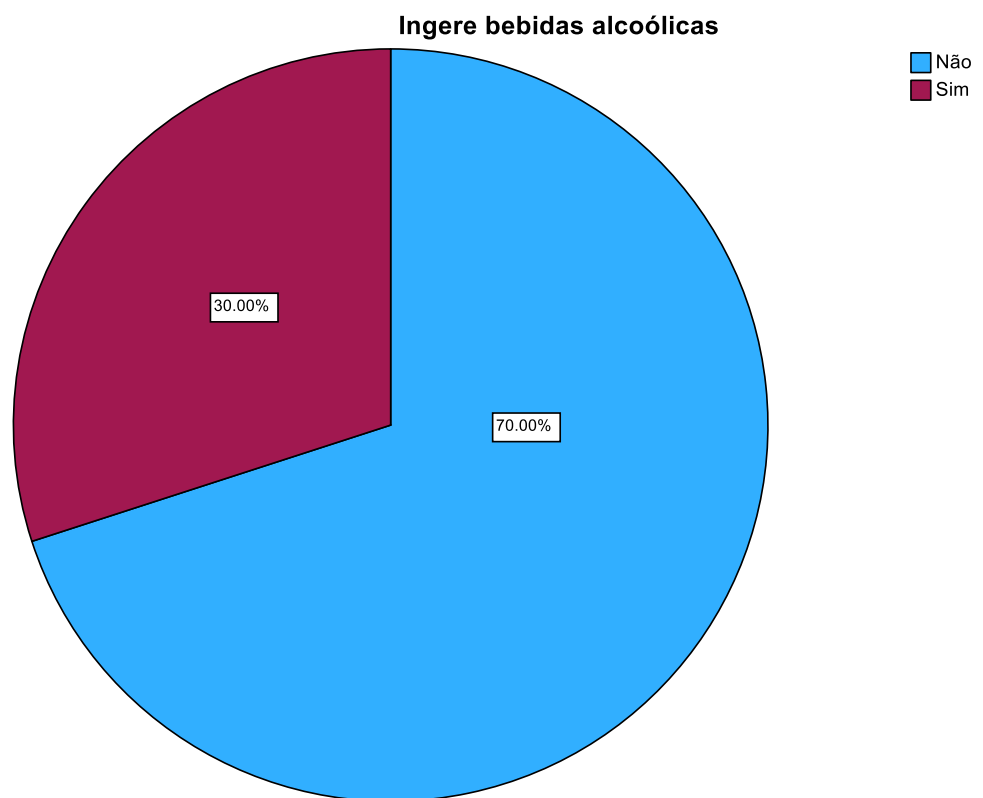


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXXI

Distribuição segundo ingere bebidas alcoólicas

Distribuição segundo ingere bebidas alcoólicas

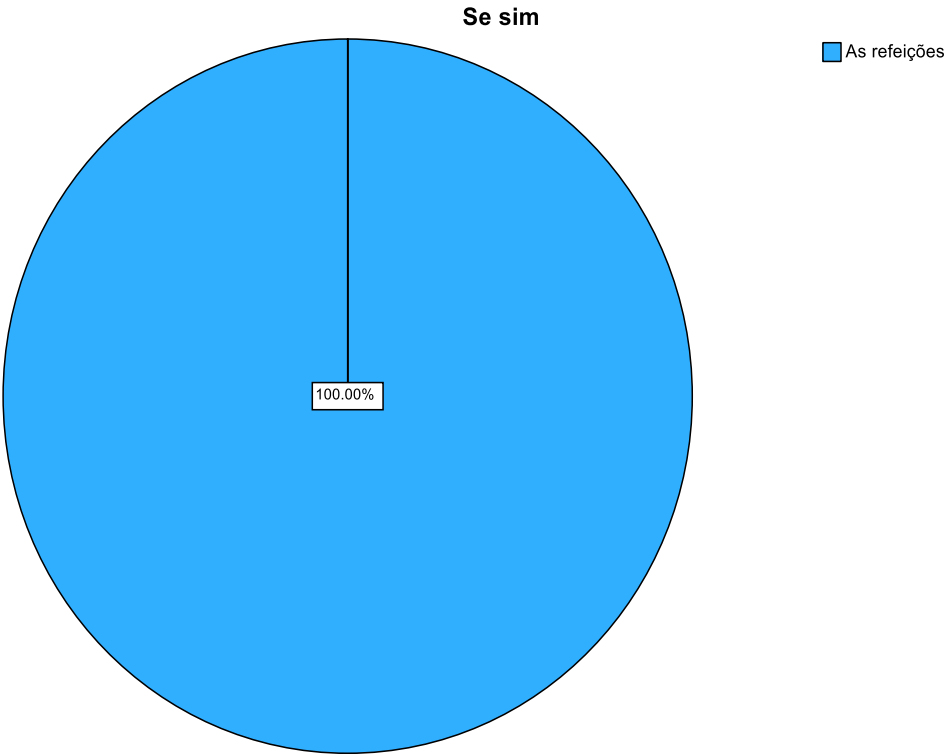


Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXXII

Distribuição segundo em que momento ingere bebidas alcoólicas

Distribuição segundo em que momento ingere bebidas alcoólicas



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXXIII

Distribuição segundo a necessidade de cuidados de saúde pós queda

Distribuição segundo a necessidade de cuidados de saúde pós queda



Fonte: dados do estudo processados no SPSS versão 29.

Apêndice XXXIV

Distribuição dos stressores do ambiente doméstico identificados de acordo com a escala *HOME FAST*

Distribuição dos stressores do ambiente doméstico identificados de acordo com a escala *HOME FAST*

Fatores de risco no ambiente doméstico – HomeFAST (Frequências)

	Respostas N	Percentagem de casos
1- Passagens com fios e outros objetos	3	30.0%
2- Pisos em más condições	1	10.0%
3- Sem pavimentos antiderrapantes	10	100.0%
4- Tapetes não fixados no chão	8	80.0%
5- Não consegue deitar-se e levantar-se da cama com facilidade e segurança	1	10.0%
7- Iluminação de todas as lâmpadas é insuficiente para enxergar com clareza	4	40.0%
8- Não consegue facilmente acender a luz quando está na cama	2	20.0%
9- Calçadas, degraus e entradas externas mal iluminadas a noite	6	60.0%
10- Não consegue sentar e levantar do vaso sanitário com facilidade e segurança	1	10.0%
11- Não consegue entrar e sair da banheira facilmente e de maneira segura	2	20.0%
13- Não existe(m) barra(s) de apoio no chuveiro ou banheira	10	100.0%
14- Tapetes e/ou fitas antiderrapantes não são usadas no banheiro e/ou banheira e/ou box	1	10.0%
15- Banheiro fica longe do quarto	1	10.0%
16- Não consegue pegar itens da cozinha sem subir em algo, inclinar o corpo ou perder equilíbrio	9	90.0%
18- Escadas ou degraus internos não possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão	2	20.0%
19- Escadas ou degraus externos não possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão	7	70.0%
20- Não consegue facilmente subir e descer degraus e/ou escadas com facilidade e segurança	3	30.0%
23- Caminhos ao redor da casa estão em más condições e desimpedidos	3	30.0%
24- Não usa chinelos ou sapatos apropriados	2	20.0%
25- Não consegue cuidar dos animais de estimação sem se inclinar ou sem se expor ao risco de cair	3	30.0%
Total	79	790.0%

Fonte: dados do estudo adaptado do SPSS versão 29.

Apêndice XXXV

Diagnósticos de enfermagem

Tabela – Principais problemas identificados e os respectivos Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a CIPE

Problemas identificados	Diagnósticos de Enfermagem CIPE
55% apresenta problemas visuais	Visão comprometida
35% apresenta problemas auditivos	Audição comprometida
5% apresentam dependência moderada	Eliminação urinária comprometida
15% apresenta médio risco de queda	Risco de queda
5% apresenta alto risco de queda	Risco de queda
30% caiu	Queda
60% não pratica exercício físico	Autocuidado - exercício físico comprometido
100% sem pavimentos antiderrapantes	<p>Risco de Queda (relacionado com os fatores de risco presentes no ambiente doméstico)</p> <p>Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas</p>
100% sem barras de apoio no chuveiro ou banheira	
90% sobe a algo para pegar itens na cozinha	
80% têm tapetes soltos	
70% sem corrimão ou barras de apoio nas escadas	
70% sem iluminação suficiente nos degraus ou entradas externas	
40% com iluminação insuficiente	
30% tem passagens com fios e objetos que impedem abertura das portas	
30% tem dificuldade em subir e descer degraus e/ou escadas com facilidade e segurança	
30% tem obstáculos nos caminhos ao redor da casa	
30% tem presença de animais de estimação	
20% sem interruptor acessível quando está na cama	
20% tem dificuldade em entrar e sair da banheira	
20% sem barras de apoio em escadas ou degraus internos	
20% sem uso de chinelos inapropriados	
10% com pisos em más condições	
10% com dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama com facilidade e segurança	
10% com dificuldade em sentar-se e levantar-se do vaso sanitário	
10% sem tapetes e/ou fitas antiderrapantes na box	

Apêndice XXXVI

Plano da primeira sessão no domicílio

Plano da primeira sessão no domicílio

Tema: “Casa segura na prevenção de quedas”.

Formadores: Enfermeira da USF e Isabel Ribeiro (Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde Familiar).

Destinatários: Sistema cliente agregado - subsistema familiar (conjugal e/ou paternal e/ou fraternal) cujos membros têm idade superior a 64 anos

Local: Casa do subsistema familiar.

Data: janeiro de 2024.

Hora: a combinar.

Duração prevista: 60 minutos.

Objetivo Geral: Promover a segurança na habitação do sistema cliente agregado prevenindo ou minimizando a presença de fatores de risco que podem propiciar a queda.

	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Métodos e técnicas	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Introdução		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador. - Identificação dos participantes da sessão. - Apresentação dos objetivos da sessão. 			2 min	
desenvolvimento	- Conhecer a importância da prevenção de quedas na sua casa	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem da dimensão e do impacto da problemática das quedas nas famílias acima dos 64 anos. - Apresentação dos principais fatores de risco e prevenção de queda nos maiores de 64 anos na sua habitação. 	Expositivo	- Powerpoint "Casa segura na prevenção de quedas"	8 min	
	- Identificar as possíveis áreas de risco na sua casa.	- Aplicação do instrumento de avaliação do ambiente doméstico das famílias.	Expositiva, demonstrativa e interrogativa.	- Escala Homefast versão brasileira.	25 min	Análise das respostas
	- Aplicar opções de mitigação desses possíveis riscos (se necessário ajudar a implementar)	- Apresentação da proposta de alterações que poderá efetuar de acordo com os riscos habitacionais identificados.	Expositiva, demonstrativa e interrogativa.	- Folheto informativo "Casa segura na prevenção de quedas".	20 min	Análise das alterações a implementar na casa
	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Métodos e técnicas	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Conclusão		<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas. - Síntese das medidas/opções para prevenir ou minimizar quedas em casa. - Avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas - Avaliação da sessão. - Informação sobre a data prevista para a segunda visita domiciliar e objetivo - Agradecimento ao subsistema familiar. 	Interrogativo, expositivo e demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Folheto informativo "Casa segura na prevenção de quedas". - Questionário de avaliação sobre a aquisição de conhecimentos da família. - Questionário de satisfação da família sobre a sessão. 	5 min	Análise das respostas

Apêndice XXXVII

PowerPoint "Casa Segura na prevenção de quedas"

“Casa segura na prevenção de quedas”



Autor: Isabel Ribeiro

SABIA QUE:



- **1 em cada 3 pessoas com mais de 64 anos, cai por ano;**

SABIA QUE:



<https://www.youtube.com/watch?v=X798gY9H0w>

- A maioria das quedas ocorre em casa.

SABIA QUE:



<https://www.youtube.com/watch?v=X798gY9H0w>

- Entre as pessoas com mais idade, as quedas são a principal causa de morte e lesão (por fraturas ou traumatismo craniano)

SABIA QUE:



As lesões resultantes de queda são responsáveis por:

- Dor
- Incapacidade
- Perda da autonomia funcional
- Danos psicológicos
- Redução da qualidade de vida
- Institucionalização
- Morte prematura.

Porquê que o risco de queda aumenta com a idade?

Porque o envelhecimento e o passar dos anos provoca **redução da visão**



Porquê que o risco de queda aumenta com a idade?

Porque o envelhecimento e o passar dos anos provoca **diminuição da audição**.



Porquê que o risco de queda aumenta com a idade?

Porque o envelhecimento e o passar dos anos provoca **diminuição da massa muscular , alterações do equilíbrio e da mobilidade**.



Estas alterações, também podem ser agravadas pelo **aparecimento de doenças como a hipertensão arterial, diabetes melito e doenças neurológicas ou articulares**.

Os maiores de 64 anos saudáveis não tem risco de queda na sua casa?



Têm, porque também estão expostos a situações de risco de queda que dependem da sua atividade, da sua habitação e do seu comportamento.

Os riscos dentro da casa



Conheça os riscos dentro da casa

Os riscos dentro da casa



Tapetes soltos na sua habitação aumentam o risco de tropeçar ou escorregar

<https://www.youtube.com/watch?v=1379ga18P3c>

Os riscos dentro da casa



A presença de obstáculos (pequenos moveis, papéis, livros, fios, tapetes, sapatos,...) em locais onde circula e nas escadas podem fazê-lo tropeçar.

<https://www.youtube.com/watch?v=1379ga18P3c>

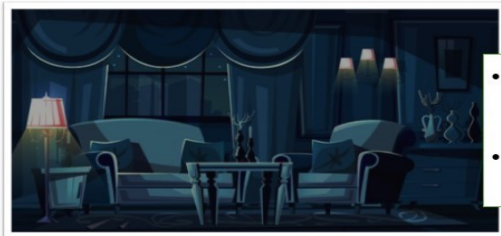
Os riscos dentro da casa



<https://www.youtube.com/watch?v=X3Pfg9FFP6w>

Uso de escadote ou banco para alcançar objetos em locais altos.

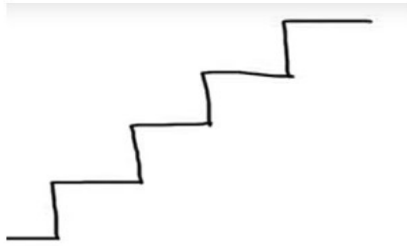
Os riscos dentro da casa



Fonte: <https://bit.ly/3p9qk-grm/> Ilustração dos detalhes atmosféricos de uma decoração noturna interior moderna com sofá poltrona_3512542120491000_110012021_010100

- **Ambientes pouco iluminados ou com zonas escuras.**
- **Levantar durante a noite sem interruptor acessível ou sem uma luz de presença.**

Os riscos dentro da casa



<https://www.youtube.com/watch?v=1779p07Fdxw>

Escadas

- **Sem corrimão**
- **Mal iluminadas ou sem luzes**
- **Sem interruptores de luz na parte superior e na inferior.**

Os riscos dentro da casa



<https://www.youtube.com/watch?v=1779p07Fdxw>

Animais de estimação (gatos, cães, ...) que corram próximo dos donos.

Os riscos dentro da casa



Piso molhado ou escorregadio ou comida caída no chão.

Os riscos dentro da casa



Sapatos com sola escorregadia ou saltos altos.

Os riscos dentro da casa



Auxiliares de marcha (bengala, andarilho, cadeira de rodas) inadequados, mal adaptados ou com desgaste.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Arte_vetorial:5747022.png modificada com o gadget concelho-livre-2/dispositivos-auxiliares-para-ajudar-comforto-e-estabilidade-em-escadas-e-em-terrenos-irregulares-100px-100px-png. Arquivo: Arte_vetorial:5747022.png modificado com o gadget concelho-livre-2/dispositivos-auxiliares-para-ajudar-comforto-e-estabilidade-em-escadas-e-em-terrenos-irregulares-100px-100px-png

Os riscos no acesso a casa

Caminho de acesso a casa:

- mal iluminado,
- com obstáculos,
- piso degradado ou escorregadio.



<https://www.shutterstock.com/ru/stock-photo/2230763053>

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”



Tenha em todas as divisões da casa:

- Iluminação adequada.
- Caminho livre de obstáculos.
- Piso antiderrapante e sem tapetes.
- Pisos sem líquido, gordura ou comida no chão.
- Objetos e roupa ao alcance das mãos.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”- Quarto



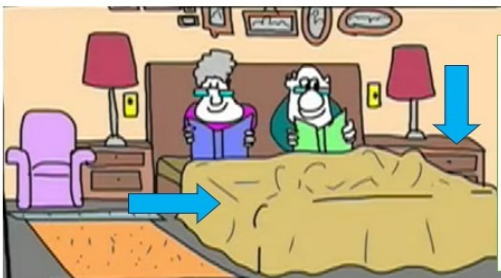
Tenha um candeeiro, ou interruptor ou luz de presença próximo da cama .

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”- Quarto



- Se tiver tapetes, opte pelos antiderrapantes ou cole-os ao chão

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”-Quarto



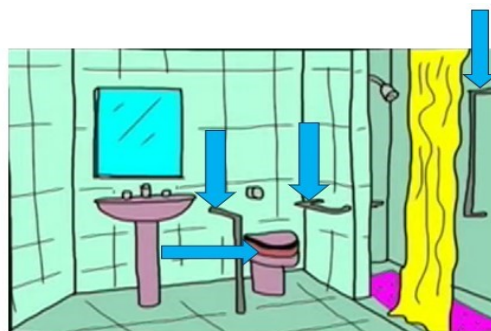
- A mesa de cabeceira deve ser 10 cm mais alta que a cama e ter os cantos arredondos ou protetores de canto.
- Evite camas muito baixas e colchões macios, pois poderá ter dificuldade em se levantar ou deitar.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”-Quarto



Prefira cadeiras e sofás com apoio de braços e altura adequada para se sentar e levantar.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”- Casa de Banho



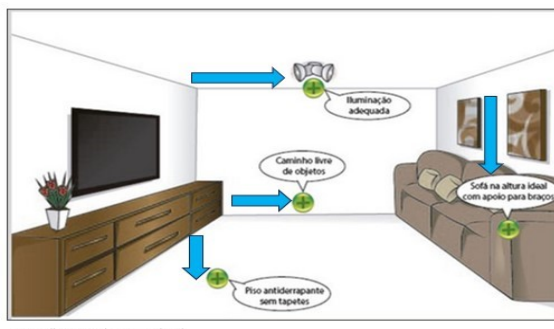
- Coloque barras de apoio ao lado e dentro da banheira ou chuveiro e ao lado da sanita.
- Coloque um alteador de sanita, caso necessite de aumentar a sua altura.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”- Casa de Banho



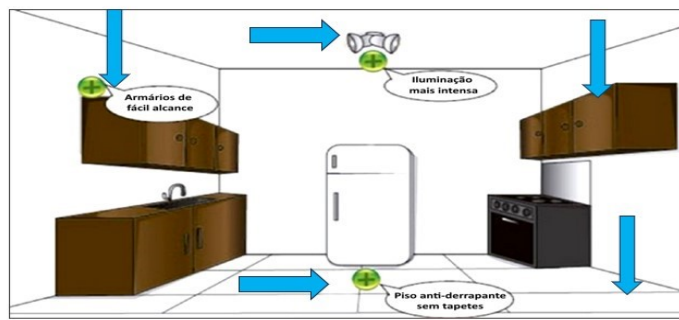
- Tenha uma casa de banho em que todo o piso é antiderrapante (incluindo o chuveiro ou a banheira).
- Em alternativa, use tapete antiderrapante na banheira ou chuveiro e no chão da casa de banho.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas”- Sala



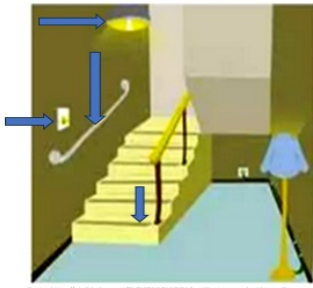
- Iluminação adequada.
- Caminho livre de objetos.
- Sofá ou cadeira a altura ideal e com apoio para braços.
- Piso antiderrapante e sem tapetes.
- Em alternativa, use tapetes antiderrapantes.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas - Cozinha



- Iluminação adequada.
- Objetos nos armários ao alcance da mão.
- Caminho livre de obstáculos.
- Piso antiderrapante e sem tapetes.
- Em alternativa, use tapetes antiderrapantes.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas – Escadas



- Instale corrimões (ou cadeira elevatória) e luzes em todas as escadas, com interruptores de luz na parte superior e inferior.

- Coloque fitas antiderrapantes nos degraus.

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas – Calçado



- **Use calçado bem ajustados e com sola antiderrapante dentro e fora de casa.**
- **Evite usar meias, chinelos ou sapatos de salto alto.**

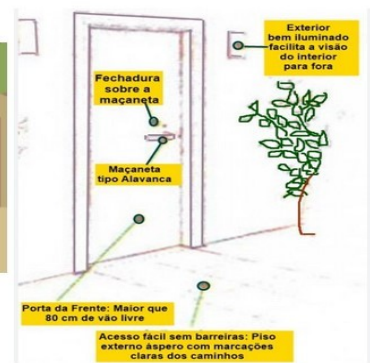
Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas – Auxiliares de Marcha



- **Bengala e o andarilho – devem ter a altura adaptada a pessoa.**
- **Verificar as borrachas dos pés do andarilho e da bengala e substituir em caso de desgaste.**

Dicas para uma “Casa Segura na prevenção de quedas – Acesso a casa

- **Preveligie rampas no acesso e na entrada da casa, para corrigir desníveis.**
- **Coloque corrimão, iluminação e piso antiderrapante com marcação clara no caminho de acesso a casa.**



“Casa Segura na prevenção de quedas”



Com a aplicação de medidas simples pode tornar a sua casa mais segura, de maneira a que possa continuar a viver com autonomia e melhorar a sua qualidade de vida.

Outros conselhos úteis



• Consulte o seu médico/enfermeiro de família com regularidade.

• Tome a medicação nas doses e horários corretos. Não se automedique.



• Pratique regularmente uma atividade física, após consultar a opinião do profissional de saúde.

• Procure ter uma alimentação equilibrada.



• Desenvolva atividades que lhe proporcionem prazer (leitura, musica, hobbies, ...).

• Tenha sempre consigo o telefone ou telemóvel.



“Casa Segura na prevenção de quedas”

Obrigada.

Referencias bibliográficas

- Hospital Israelita Albert Einstein (2012). Como evitar as quedas dos idosos?. <https://www.youtube.com/watch?v=X7P9geYRPdw>
- Instituto de Previdência do Município (2012). Casa Segura - Manual de Orientação <https://www.calameo.com/read/000360524c31571fa46df>.
- Ministério da saúde (2016). Manual do Cuidador - Prevenção de quedas em idosos no domicílio. https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual_cuidador_preven%C3%A7%C3%A3o_quedas.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2015). O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Resumo). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.
- Organização Mundial da Saúde - WHO (2021). Falls. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Rocha, F. (2022). "Antes prevenir... que cair" - Intervir para a prevenção de quedas nos idosos (Tese de Mestrado, Universidade de Évora). https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32548/1/Mestrado_Enfermagem_Comunitaria_e_de_Saude_Publica-Filipa_Isabel_Freira_Rocha.pdf

Apêndice XXXVIII

Panfleto “Casa segura na prevenção de quedas”

Casa segura na prevenção de quedas



<http://www.cmc.mg.gov.br/?p=20514>

Outubro 2023

1

Sabia que:

- A maioria das quedas ocorre em casa;
- 1 em cada 3 pessoas com 65 ou mais anos, cai por ano;
- Entre as pessoas com mais idade, as quedas são a principal causa de morte e lesão (por fraturas ou traumatismo craniano);
- As lesões resultantes de queda são responsáveis por dor, incapacidade, perda da autonomia funcional, danos psicológicos, redução da qualidade de vida, institucionalização e morte prematura.

2

Se:

- tem mais de 65 anos;
- toma 5 ou mais medicamentos;
- não pratica atividade física;
- tem problemas de visão ou de equilíbrio;
- caiu no último ano;

Tem maior probabilidade de cair !



Fonte: <https://www.chileira.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/vivo-as-quedas-37/>

3

Previna as quedas tornando a sua casa mais segura

Remova objetos e obstáculos (papéis, livros, roupas, fios, sapatos, ...) nos quais possa tropeçar de escadas e locais por onde circula.



Fonte: <https://www2.fab.mil.br/haa/index.php/2014-12/11-1751-57/659-dia-mundial-de-prevencao-de-quedas>

Remova pequenos tapetes ou use tapetes antiderrapantes ou fixos ao chão.



Fonte: https://musedinamicointerdisciplinar.files.wordpress.com/2016/07/queda_em_idosos_1.jpg

4

Mantenha os objetos que usa frequentemente em locais de fácil alcance, de modo a não ser necessário usar um banco ou um escadote.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/ELIDICRSIAOLIVEIRA/cartilha-prev-quedas-idososppdf>

Coloque barras de apoio ao lado e dentro da banheira ou chuveiro e ao lado da sanita.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/ELIDICRSIAOLIVEIRA/cartilha-prev-quedas-idososppdf>

5

Melhore a iluminação da sua casa (mais luz, evitando zonas escuras).



Fonte: <https://pt.vecteezy.com/arte-visual/5648433-iluminacao-linear-icone-minimo-iluminacao-padre-icone-de-eletricidade-formeimento-de-luz-natural-linha-fina-personalizavel-ilustracao-contorno-simbolo-vetor-isolado-contorno-desenho-editalvel-traco>

Tenha um candeeiro, ou interruptor ou luz de presença próximo da cama.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/ELIDICRSIAOLIVEIRA/cartilha-prev-quedas-idososppdf>

6

Instale corrimões (ou cadeira elevatória) e luzes em todas as escadas, com interruptores de luz na parte superior e inferior.

Coloque fitas antiderrapantes nos degraus.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/ELIDICRSIAOLIVEIRA/cartilha-prev-quedas-idososppdf>

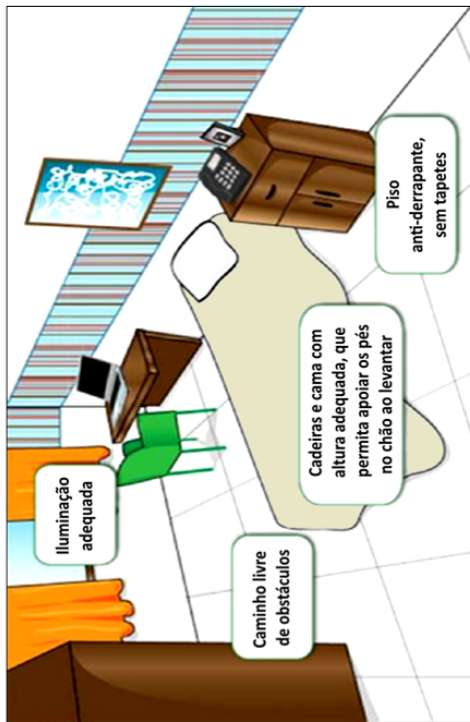
Cuidado para não tropeçar no animal doméstico.



<https://www.youtube.com/watch?v=x7P9geYRPdw>

7

Quarto seguro



Adaptado de <https://br.pinterest.com/amseviosem.ade/idosos/>

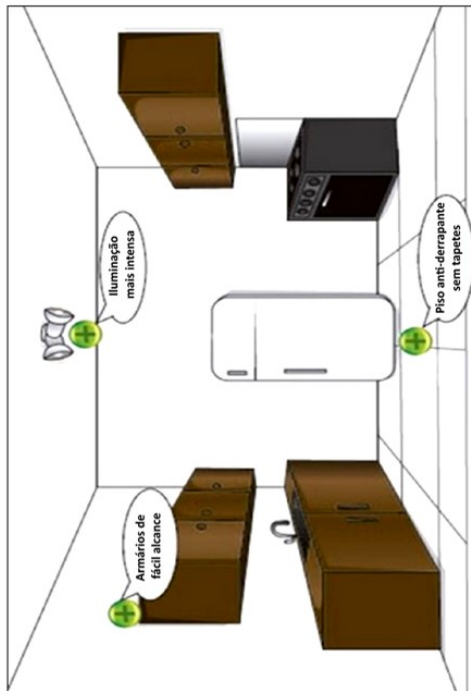
12

Identificação de situações menos seguras no quarto:

Sugestões de melhoria:

13

Cozinha segura



Adaptado de <https://br.pinterest.com/amseviosem.ade/idosos/>

14

Identificação de situações menos seguras na cozinha:

Sugestões de melhoria:

15

CONTACTOS ÚTEIS

- **INEM** – 112
- **USF** - 21.....
E-mail - usf.....@arslvt.min-saude.pt
- **Bombeiros voluntários de** -
21
- **Hospital de** - 21.....
- **Polícia de Segurança Pública de** -
21.....
- **Linha do Cidadão Idoso** - 800 203 531

Elaborado por: Enfermeira Isabel Ribeiro (aluna do 1º curso de mestrado em enfermagem comunitária área de especialização em enfermagem de saúde familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

Sob orientação: Professora Doutora Laura Viegas e da Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária Ana Paula Santos.

Aprovado em Novembro de 2023

Revisão em 2024

Apêndice XXXIX

Questionário de avaliação do conhecimento

Questionário “Casa segura na prevenção de quedas”

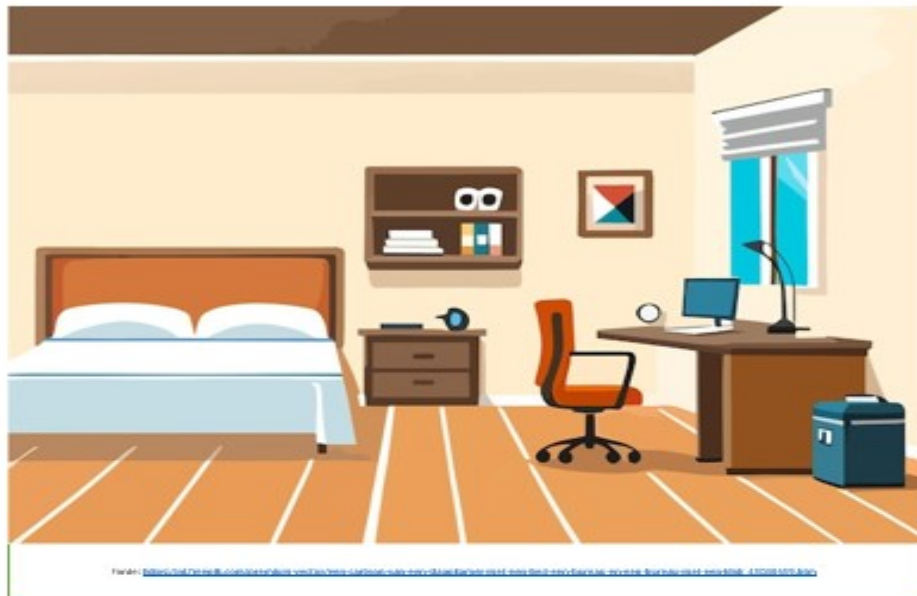
Nº do questionário

Este questionário destina-se a verificar quais os seus conhecimentos sobre a prevenção da queda.

De seguida são apresentadas várias frases. Assinale com um **X** se acha que são verdadeiras (**V**) ou falsas (**F**).

	V	F
As quedas são frequentes na população idosa.		
A maioria das quedas ocorre na rua.		
Praticar atividade física ajuda a prevenir a queda.		
Tomar vários medicamentos aumenta as possibilidades de vir a cair.		
Deve-se subir a um banco para chegar a uma prateleira alta.		
Em casa deve andar de chinelos ou meias.		
Se cair uma vez aumenta a probabilidade de voltar a cair.		
É importante ter o telefone ou telemóvel à mão.		
Idosos saudáveis não tem risco de queda.		
Cães ou gatos em casa não provocam quedas.		

Em cada imagem identifique com um **X** as situações que podem colocar em perigo a sua segurança.



Apêndice XL

Questionário de avaliação da satisfação dos utentes

Inquérito de satisfação sobre a sessão “Casa segura na prevenção de quedas”

A sua opinião sobre esta sessão é muito importante.
Por favor, coloque um **X** à frente de cada uma das perguntas
abaixo indicada que melhor corresponda à sua opinião.

1.Expetativas	SIM	NÃO
O tema da sessão foi útil para prevenir ou minimizar os fatores de risco de queda na sua casa?		
Esta sessão correspondeu ao que esperava?		
Aconselharia familiares/amigos/vizinhos a participarem numa sessão igual?		
2.Formador	SIM	NÃO
O formador transmitiu as informações com clareza?		
O tema foi abordado de forma adequada?		
O formador mostrou disponibilidade para esclarecer dúvidas?		

Sugestões/Comentários:

Apêndice XLI

Plano da segunda sessão no domicílio

Plano da segunda sessão no domicílio

Tema: “Casa segura na prevenção de quedas”

Formadores: Enfermeira da USF e Isabel Ribeiro (Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde Familiar)

Destinatários: Sistema cliente agregado - subsistema familiar (conjugal e/ou paternal e/ou fraternal) cujos membros têm idade superior a 64 anos

Local: Casa do subsistema familiar

Data: fevereiro de 2024

Hora: a combinar

Duração prevista: 30 minutos

Objetivo Geral: Promover a segurança na habitação do sistema cliente agregado prevenindo ou minimizando a presença de fatores de risco que podem propiciar a queda

	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Metodologia	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Introdução		- Relembrar o objetivo da visita domiciliar.			1 min.	
Desenvolvimento	- Avaliar a implementação das recomendações negociadas com as famílias	- Aplicação do instrumento de avaliação do ambiente doméstico - Avaliar a implementação das recomendações negociadas. - Questionamento sobre o(s) motivo(s) de eventual não implementação e negociar outras estratégias. - Identificação de novos riscos e apresentação de propostas de alteração. - Reforço positivo para a implementação realizada.	Expositivo e demonstrativo	- Escala HOMEFAST versão brasileira. - Folheto informativo "Casa segura na prevenção de quedas".	30 min	Análise dos resultados obtidos.
	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Metodologia	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Conclusão		- Esclarecimento de dúvidas. - Síntese dos principais pontos. - Avaliação da sessão. - Encorajamento e disponibilidade de apoio contínuo. - Continuação da monitorização através de consulta telefónica. - Agradecimento ao subsistema familiar.	Interrogativo, expositivo e demonstrativo	- Questionário de satisfação da família sobre a sessão.		Análise das respostas

Apêndice XLII

Adaptação do *PowerPoint* "Casa Segura na prevenção de quedas" para divulgação em diferentes canais

PROJETO CASA SEGURA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS



SABIA QUE...

NUM ANO, CAEM 1 EM CADA 3 PESSOAS COM MAIS DE 64 ANOS



A MAIORIA DAS QUEDAS OCORRE EM CASA

ENTRE AS PESSOAS COM MAIS IDADE, AS QUEDAS SÃO A PRINCIPAL CAUSA DE MORTE E LESÃO



AS QUEDAS PODEM CAUSAR: DOR, INCAPACIDADE, PERDA DE AUTONOMIA FUNCIONAL, DANOS PSICOLÓGICOS, REDUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, INSTITUCIONALIZAÇÃO E MORTE PREMATURA



TEM MAIOR PROBABILIDADE DE CAIR, SE:

- TEM MAIS DE 65 ANOS
- TOMA MAIS DE 5 MEDICAMENTOS
- NÃO PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA
- TEM PROBLEMAS DE VISÃO OU EQUILÍBRIO
- CAIU NO ÚLTIMO ANO



CONHEÇA OS RISCOS DENTRO DE CASA

CAMINHO DE

ACESSO A CASA
- MAL ILUMINADO
- COM OBSTÁCULOS
- COM PISO DEGRADADO OU ESCORREGADIO

USO DE ESCADOTE OU BANCO PARA ALCANÇAR OBJETOS EM LOCAIS ALTOS

PRESENÇA DE OBSTÁCULOS (PEQUENOS MÓVEIS, PAPÉIS, FIOS, TAPETES, SAPATOS,...) EM LOCAIS ONDE CIRCULA

TAPETES SOLTOS

AMBIENTES POUCO ILUMINADOS OU COM ZONAS ESCURAS

LEVANTAR DURANTE A NOITE SEM LUZ DE PRESENÇA OU SEM INTERRUPTOR ACESSÍVEL

SAPATOS COM SOLA ESCORREGADIA OU SALTOS ALTOS



ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO QUE CORRAM PRÓXIMO DOS DONOS

ESCADAS
- SEM CORRIMÃO
- MAL ILUMINADAS
- SEM INTERRUPTORES DE LUZ NA PARTE SUPERIOR E NA PARTE INFERIOR

AUXILIARES DE MARCHA (BENGALA, ANDARILHO, CADEIRA DE RODAS) INADEQUADOS, MAL ADAPTADOS OU COM DESGASTE

PISO MOLHADO OU ESCORREGADIO

DICAS PARA UMA "CASA SEGURA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS"

CAMINHO LIVRE DE OBSTÁCULOS

PISO ANTIDERRAPANTE E SEM TAPETES

OBJETOS E ROUPA AO ALCANCE DAS MÃOS

ILUMINAÇÃO ADEQUADA

PISO SEM LÍQUIDO, GORDURA OU COMIDA NO CHÃO



ACESSO A CASA



- PRIVILEGIE RAMPAS NO ACESSO E NA ENTRADA DA CASA, PARA CORRIGIR DESNÍVEIS
- COLOQUE CORRIMÃO, ILUMINAÇÃO E PISO ANTIDERRAPANTE COM MARCAÇÃO CLARA NO CAMINHO DE ACESSO A CASA

QUARTO



- TENHA UM CANDEEIRO OU INTERRUPTOR OU LUZ DE PRESENÇA PRÓXIMO DA CAMA
- A MESA DE CABECEIRA DEVE SER 10CM MAIS ALTA QUE A CAMA E TER OS CANTOS REDONDOS OU PROTETORES DE CANTO
- EVITE CAMAS MUITO BAIXAS E COLCHÕES MACIOS, POIS PODERÁ TER DIFICULDADE EM SE LEVANTAR OU DEITAR
- SE TIVER TAPETES, OPTE PELOS ANTIDERRAPANTES OU COLE-OS AO CHÃO
- PREFIRA CADEIRAS E SOFÁS COM APOIOS DE BRAÇOS E ALTURA ADEQUADA PARA SE SENTAR E LEVANTAR

CASA DE BANHO

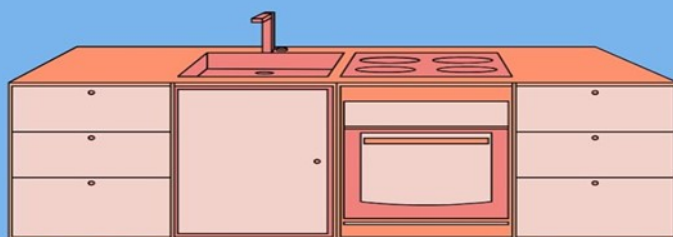


- COLOQUE BARRAS DE APOIO AO LADO E DENTRO DA BANHEIRA/CHUVEIRO E AO LADO DA SANITA
- COLOQUE UM ALTEADOR DE SANITA, CASO NECESSITE DE AUMENTAR A SUA ALTURA
- TENHA UMA CASA DE BANHO EM QUE TODO O PISO É ANTIDERRAPANTE (INCLUINDO O CHUVEIRO/BANHEIRA)
- EM ALTERNATIVA, USE TAPETE ANTIDERRAPANTE NA BANHEIRA/CHUVEIRO E NO CHÃO DA CASA DE BANHO

SALA



- SOFÁ OU CADEIRA À ALTURA IDEAL E COM APOIO PARA OS BRAÇOS



- OBJETOS NOS ARMÁRIOS AO ALCANCE DA MÃO

COZINHA

ESCADAS



- INSTALE CORRIMÕES (OU CADEIRA ELEVATÓRIA)
- LUZES EM TODAS AS ESCADAS, COM INTERRUPTORES DE LUZ NA PARTE SUPERIOR E NA PARTE INFERIOR DAS ESCADAS
- COLOQUE FITAS ANTIDERRAPANTES NOS DEGRAUS

CALÇADO



- USE SAPATOS BEM AJUSTADOS E COM SOLA ANTIDERRAPANTE, DENTRO E FORA DE CASA
- EVITE ANDAR DE MEIAS
- EVITE USAR CHINELOS OU SAPATOS DE SALTO ALTO

AUXILIARES DE MARCHA



- A BENGALA OU ANDARILHO DEVEM TER A ALTURA ADAPTADA À PESSOA
- VERIFICAR AS BORRACHAS DOS PÉS DO ANDARILHO E DA BENGALA E SUBSTITUIR EM CASO DE DESGASTE

OUTROS CONSELHOS ÚTEIS

CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO DE FAMÍLIA COM REGULARIDADE

TOME A MEDICAÇÃO NAS DOSES E HORÁRIOS CORRETOS. NÃO SE AUTOMEDIQUE

PRATIQUE REGULARMENTE ATIVIDADE FÍSICA, APÓS CONSULTAR A OPINIÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

FAÇA ATIVIDADES QUE LHE DÊEM PRAZER (LEITURA, MÚSICA, HOBBIES,...)

TENHA UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

TENHA SEMPRE CONSIGO O TELEMÓVEL

Apêndice XLIII

Plano da sessão, *PowerPoint* e inquérito da avaliação da satisfação da apresentação da sessão "*Scoping Review: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico*"

Plano da sessão

Tema: *Scoping Review*: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico

Formador: Isabel Ribeiro (Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde Familiar)

Destinatários: Enfermeiros USF

Local: USF

Data: 31 janeiro de 2024

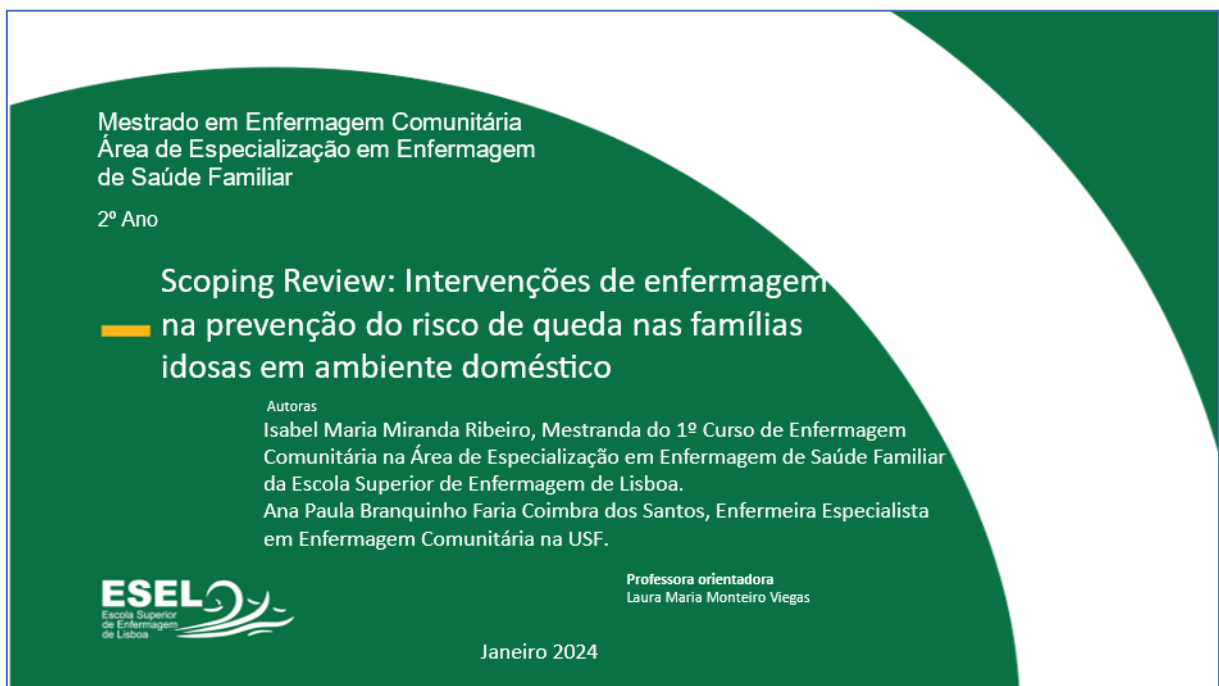
Hora: 13h30

Duração prevista: 30 minutos

Objetivo Geral: Refletir sobre a prática profissional com base na evidência científica (*Scoping Review*) sobre intervenções de enfermagem para a prevenção do risco de queda em famílias idosas no ambiente doméstico

	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Métodos e técnicas	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Introdução		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador. - Agradecimento pela presença. - Apresentação dos objetivos da sessão. 			1 min	
desenvolvimento	- Descrever as vantagens da intervenção na prevenção do risco de queda do idoso	Contextualização da importância do tema	Expositivo.	- <i>Powerpoint "Scoping Review: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico"</i>	2 min	
	- Enunciar metodologia <i>Scoping review</i>	metodologia usada na <i>Scoping review</i> : <ul style="list-style-type: none"> - Breve explicação da metodologia. - Questão de investigação e descritores utilizados. - Critérios de inclusão e exclusão 	Expositivo.		3 min	
	- Nomear pelo menos 3 resultados apresentados sobre intervenções de enfermagem	- Breve explicação sobre o resultado do processo de pesquisa. - Destaque para os resultados principais.	Expositivo		4 min	
	Enumerar obstáculos para aplicação na prática das intervenções apresentadas e como os ultrapassar	- Discussão sobre a aplicabilidade prática das intervenções na USF. - Sugestões para integração das estratégias na prática clínica diária.	Ativo		10 min	
	Objetivos específicos	Intervenção/ conteúdo	Métodos e técnicas	Material / Meios Audiovisuais	Duração	Avaliação
Conclusão		<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção do enfermeiro como determinante na redução do risco de queda - Avaliação da sessão. - Agradecimento aos participantes. 	Ativo		5 min	Análise das respostas

PowerPoint "Scoping Review: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico"



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Familiar

2º Ano

Scoping Review: Intervenções de enfermagem
na prevenção do risco de queda nas famílias
idosas em ambiente doméstico

Autoras
Isabel Maria Miranda Ribeiro, Mestranda do 1º Curso de Enfermagem
Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
Ana Paula Branquinho Faria Coimbra dos Santos, Enfermeira Especialista
em Enfermagem Comunitária na USF.

Professora orientadora
Laura Maria Monteiro Viegas

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Janeiro 2024

Objetivos da sessão

Objetivo geral:

- Melhorar o conhecimento com base na evidência científica (Scoping Review) sobre intervenções de enfermagem para a prevenção do risco de queda em famílias idosas no ambiente doméstico.

Objetivos Específicos:

- Descrever vantagens da intervenção na prevenção do risco de queda do idoso.
- Enunciar metodologia Scoping review.
- Nomear pelo menos 3 resultados apresentados sobre intervenções de enfermagem
- Enumerar obstáculos para aplicação na prática das intervenções apresentadas e como os ultrapassar

Introdução e enquadramento

O aumento do envelhecimento populacional (OMS,2023) gera preocupações sobre a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (Leitão et al., 2018; OMS, 2007), sendo as quedas um grave problema de saúde pública (Michalski et al., 2022), especialmente no ambiente doméstico (DGS, 2006). Estes incidentes resultam em lesões graves, afetando aspetos pessoais e socioeconômicos (Leitão et al., 2018; OMS, 2007). Os enfermeiros especializados em saúde comunitária desempenham um papel fundamental sendo essencial a implementação de intervenções personalizadas para melhorar a qualidade de vida dos idosos e suas famílias (Fonseca, 2020). Esta *scoping review* tem como objetivo identificar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem na prevenção do risco de quedas nas famílias idosas em ambiente doméstico.

Metodologia:

A *scoping review* foi desenvolvida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e do Fluxograma *Prisma 2020*. A pesquisa de artigos foi realizada na plataforma de pesquisa *EBSCOhost*, nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete* de outubro a novembro de 2023.

Questão de Investigação:

Quais intervenções os enfermeiros realizam para prevenir quedas (Conceito) entre idosos (Participantes) nos seus ambientes domésticos (Contexto)?

Descritores:

(Accidental Falls or Fall Risk or risk Factors) and (Aged or Elderly) and (Home environment) and (Nurs or Nurs* intervention)*

Metodologia:

Critérios de inclusão:

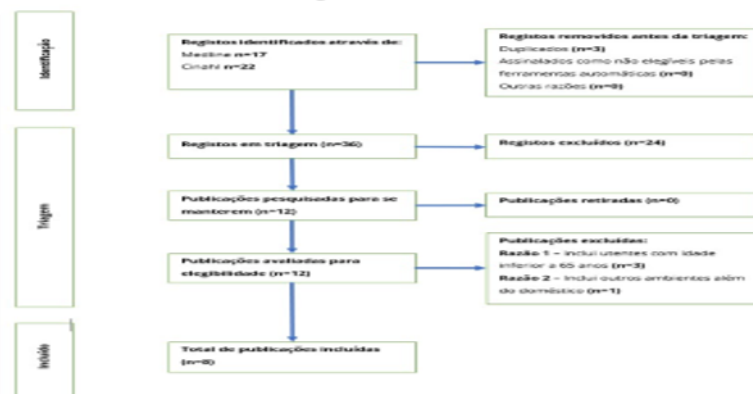
- Período de publicação entre 1 de janeiro de 2019 a 31 de junho de 2023.
- Artigos completos com resumo disponível.
- Idiomas aceites: inglês, português e espanhol.
- Participantes com 65 anos de idade ou mais.
- Contexto dos estudos em ambiente doméstico.
- Inclusão de todos os tipos de estudos.

Critérios de exclusão:

- Artigos repetidos.
- Artigos que requeriam pagamento para consulta.

Resultados:

Fluxograma de seleção dos artigos (dos 39 artigos foram selecionados 8)



Adaptado da tradução de Abreu, V., Lopes, S., Sousa, J. & Oliveira, V. / 2025 Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page et al. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *JMIR*.

Resultados:

Foram analisados **8 artigos** que destacam a importância fundamental das **intervenções para reduzir o risco de queda entre idosos no seu ambiente doméstico**. Destacam-se 9 temáticas:

1. Avaliação multidimensional: Avaliação abrangente desde a condição física até os aspetos mentais, funcionais e sensoriais (Zhao et al., 2019).

2. Avaliação Individualizada e Recomendações Personalizadas: Visitas domiciliares para avaliações e recomendações personalizadas (Campani et al., 2021; Ruiz & Porcel, 2021).

Resultados:

3. Educação e consciencialização: treino específico sobre fatores de risco e modificações ambientais (Tiefenbachová & Zeleníková, 2019) e sensibilização dos idosos sobre os riscos ambientais (Kim, 2022).

4. Modificações ambientais: Instalação de barras de segurança, a remoção de tapetes escorregadios, uma boa iluminação (Moreira et al., 2022) e adequação do ambiente às necessidades individuais dos (Campani et al., 2021).

5. Envolvimento da família: Papel fundamental da família na manutenção das modificações propostas (Moreira et al., 2022).

Resultados:

6. Perspetivas dos idosos: Importância de considerar as perspetivas individuais dos idosos na avaliação de riscos ambientais (Kim, 2022).

7. Desafios financeiros e sustentabilidade: Obstáculos financeiros na implementação de modificações residenciais pelo que há necessidade de intervenções iniciais de baixo custo como uma estratégia para superar esses desafios (Campani et al., 2021).

Resultados:

8. Integração de padrões de enfermagem: Uso de padrões de enfermagem para melhorar a assistência (como o NANDA-I, NIC e NOC) (Moreira et al., 2022).

9. Follow up: A implementação abordagens contínuas ao longo do tempo (Frith et al., 2019).

Conclusão:

Esta Scoping review destaca a importância fundamental das intervenções lideradas por enfermeiros para prevenir quedas entre idosos no ambiente doméstico. Estas estratégias multifacetadas, focadas na educação, modificação ambiental, avaliação individualizada e envolvimento familiar, destacam-se como pilares fundamentais para mitigar os riscos de quedas nesta população.

Os resultados revelam a importância da educação e conscientização sobre os riscos ambientais, a personalização das modificações no ambiente doméstico, além do papel essencial das visitas domiciliares para avaliação e recomendações adaptadas às necessidades individuais dos idosos. Além disso, a inclusão das perspectivas dos idosos e de suas famílias, somadas à integração de padrões de enfermagem e avaliação multidimensional, são aspetos cruciais para o sucesso dessas intervenções.

Conclusão:

No entanto, os desafios financeiros e a questão da sustentabilidade na implementação das modificações residenciais foram identificados como pontos críticos. Esses fatores exigem estratégias inovadoras para a superação, incluindo abordagens de baixo custo e avaliações contínuas para garantir a eficácia a longo prazo.

Referencias bibliográficas

- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, M. & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscone, S., Ferrara, L., Barisone, M., Bortoluzzi, S., Faggiano, F., Molin, A. & IPEST Working Group (2021). Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nursing*, May;38(3):493-501. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246567/>
- Direção-Geral da Saúde (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/progrma-nacional-para-a-saude-das-peopleas-idosas-pdf.aspx>
- Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-3 <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/91/95>
- Frith, K. H., Hunter, A. N., Coffey, S. S., & Khan, Z. (2019). A longitudinal fall prevention study for older adults. *The journal for nurse practitioners*, 15(4), 295-300 <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.10.012>
- Kim, D. (2022). Understanding how older adults negotiate environmental hazards in their home. *Journal of Aging and Environment*, 36(2), 173-193. https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Understanding+How+Older+Adults+Negotiate+Environmental+Hazards+in+Their+Home+&btnG=#d=gs_cit&t=1701798771126 &u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Ax703Gu6W2tJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Den

Referencias bibliográficas

- Leitão, S., Oliveira, S., Rolim, L., Carvalho, R., Filho, J. & Junior, A. (2018). Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Geriatr Gerontol Aging*, 12(3), 172-9. <https://cdn.publisher.gn1.lnk/ggaging.com/pdf/v12n3a07.pdf>
- Michalski, J., Lebioda, L., Bordin, R., Bernartt, M., Grden, C. & Bordin, D. (2022). QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS E FATORES DE RISCO EM AMBIENTES DOMÉSTICOS. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 28(2). <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/20896/209209217433>
- Moreira, R. P., Guerra, F. V. G., Ferreira, G. D. O., Cavalcante, T. F., Felício, J. F., Ferreira, L. C. C., & Guedes, N. G. (2022). Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC. *International journal of nursing knowledge*, 33(2), 147-161. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12346>
- Organização Mundial da Saúde (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52046/retrieve>
- Organização Mundial da Saúde (2023). Ageing. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
- Ruiz, R. & Porcel, I. (2021). Programa de Prevención de Caídas en personas mayores de 65 años. *Investigación & Cuidados*, 39-47. <https://ciberindex.com/index.php/ic/article/view/4239ic>

Referencias bibliográficas

- Tiefenbachová, P., & Zeleníková, R. (2019). The Effect of Educational Intervention by a Nurse on Home Environmental Risk Factors for Falls. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2).

<https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2019/02/02.pdf>

- Zhao, Y., Alderden, J., Lind, B., & Stibrany, J. (2019). Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults. *Public health nursing*, 36(6), 772-778.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12651>

OBRIGADO

Inquérito de satisfação sobre a sessão “*Scoping Review*: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico”

A sua opinião sobre esta sessão é muito importante.

Por favor, coloque um **X** à frente de cada uma das perguntas abaixo indicada que melhor corresponda à sua opinião.

1.Expetativas	SIM	NÃO
O tema da sessão foi útil?		
Esta sessão correspondeu as suas expetativas?		
2.Formador	SIM	NÃO
O formador transmitiu as informações com clareza?		
O tema foi abordado de forma adequada?		
O formador incentivou a participação e discussão?		
O formador mostrou disponibilidade para esclarecer dúvidas?		

Sugestões/Comentários:

Apêndice XLIV

Indicadores de avaliação, formulas de cálculo e resultados

Indicadores de avaliação, formulas de cálculo e resultados

Indicador de avaliação	Formula de cálculo	Meta	Dados	Avaliação
Indicadores de atividade				
1. % famílias caracterizadas	Nº de famílias caracterizadas/ Nº total de famílias X 100	100%	10/10X100	100%
2. % de famílias com avaliação de risco de queda	Nº de famílias com avaliação do risco de queda/ Nº total de famílias x100	100%	10/10X100	100%
3. % de domicílios avaliados sobre fatores de risco de quedas	Nº de domicílios avaliados sobre fatores de risco de quedas/ Nº total de domicílios X 100	80%	10/10X100	100%
4d. % de famílias que receberam folheto informativo	Nº de famílias que receberam o folheto informativo/ Nº total de famílias	80%	10/10X100	100%
Indicadores de Adesão				
4a. % de famílias que assistiram á sessão de educação para a saúde no domicílio	Nº de famílias com sessão individual de educação para a saúde/ Nº total de famílias X 100	80%	10/10X100	100%
Indicadores de resultado				
4b. % de famílias que assinalam corretamente pelo menos 5 afirmações do questionário de avaliação do	Nº de famílias que assinalam corretamente pelo menos 5 afirmações do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas/ Nº total de famílias X 100	60%	10/10x100	100%

	C	E	% respostas corretas
1.As quedas são frequentes na população idosa.	10	0	100
2.A maioria das quedas ocorre na rua.	6	5	60
3.Praticar atividade física ajuda a prevenir a queda.	10	0	100
4.Tomar vários medicamentos aumenta as possibilidades de vir a cair.	10	0	100
5.Deve-se subir a um banco para chegar a uma prateleira alta.	9	1	90
6.Em casa deve andar de chinelos ou meias.	9	1	75
7.Se cair uma vez aumenta a probabilidade de voltar a cair.	10	0	100
8.É importante ter o telefone ou telemóvel à mão.	10	0	100
9.Idosos saudáveis não tem risco de queda.	6	4	60
10.Cães ou gatos em casa não provocam quedas.	8	2	80

C- Nº respostas certas E - nº respostas erradas % - percentagem

Resultados da avaliação - **100%** das famílias assinalaram corretamente 5 ou mais afirmações do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas.

- **Resultados da avaliação do conhecimento das famílias sobre os fatores de risco de queda identificados nas imagens do ambiente doméstico no questionário de prevenção de quedas**

Famílias	Nº fatores de risco identificados nas imagens por família
A	12
B	10
C	14
D	12
E	13
F	13
G	11
H	11
I	14
J	10

Resultados da avaliação - 100% das famílias identificaram 7 ou mais fatores de risco ambiental no total de 14 das imagens apresentadas do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas.

- **Resultados do inquérito de satisfação das famílias sobre a sessão**

	Nº respostas	
	SIM	NÃO
1.Expetativas		
O tema da sessão foi útil para prevenir ou minimizar os fatores de risco de queda na sua casa?	10	
Esta sessão correspondeu ao que esperava?	10	
Aconselharia familiares/amigos/vizinhos a participarem numa sessão igual?	10	
2.Formador		
O formador transmitiu as informações com clareza?	10	
O tema foi abordado de forma adequada?	10	
O formador mostrou disponibilidade para esclarecer dúvidas?	10	

Resultados da avaliação – 100% das famílias avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde

Anexo XLV

Distribuição e redução dos stressores do ambiente doméstico identificados após intervenção, de acordo com a escala *HOME FAST*

Distribuição e redução dos stressores do ambiente doméstico identificados após intervenção, de acordo com a escala *HOME FAST*

	Respostas		
	Nº de fatores de risco pré intervenção	Nº de fatores de risco pós intervenção	Número de fatores de risco reduzido
1- Passagens com fios e outros objetos	3	1	2
2- Pisos em más condições	1	1	0
3- Sem pavimentos antiderrapantes	10	10	0
4- Tapetes não fixados no chão	8	0	8
5- Não consegue deitar-se e levantar-se da cama com facilidade e segurança	1	0	1
6- Não consegue levantar-se da sua poltrona e/ou sofá facilmente	0	0	-
7- Iluminação de todas as lâmpadas é insuficiente para enxergar com clareza	4	1	3
8- Não consegue facilmente acender a luz quando está na cama	2	0	2
9- Calçadas, degraus e entradas externas mal iluminadas a noite	6	6	0
10- Não consegue sentar e levantar do vaso sanitário com facilidade e segurança	1	1	0
11- Não consegue entrar e sair da banheira facilmente e de maneira segura	2	2	0
12- Não consegue entrar e sair do "box" do banheiro com facilidade e segurança	0	1	
13- Não existe(m) barra(s) de apoio no chuveiro ou banheira	10	7	3
14- Tapetes e/ou fitas antiderrapantes não são usadas no banheiro e/ou banheira e/ou box	10	0	10
15- Banheiro fica longe do quarto	10	10	0
16- Não consegue pegar itens da cozinha sem subir em algo, inclinar o corpo ou perder equilíbrio	9	9	0
17- A pessoa não consegue levar os alimentos com facilidade e segurança da cozinha até ao local de refeições	0	0	-
18- Escadas ou degraus internos não possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão	2	2	0
19- Escadas ou degraus externos não possuem corrimão ou barras de apoio por toda a sua extensão	7	6	1
20- Não consegue facilmente subir e descer degraus e/ou escadas com facilidade e segurança	3	3	0
21- As bordas dos degraus e/ou escadas (dentro e fora de casa não são visualizadas com facilidade	0	0	-
22- A pessoa não consegue utilizar a(s) porta(s) de entrada facilmente e de forma segura	0	0	-
23- Caminhos ao redor da casa estão em más condições e com obstáculos	3	1	2
24- Não usa chinelos ou sapatos apropriados	2	0	2
25- Não consegue cuidar dos animais de estimação sem se inclinar ou sem se expor ao risco de cair	3	1	2
Total	79	53	36

Fonte: dados do estudo adaptado do SPSS versão 29.

- Nº total de fatores de risco reduzidos = 36
- Nº de novos fatores de risco ambientais identificados após as intervenções = 1

Apêndice XLVI

Avaliação *SWOT*

Avaliação SWOT

<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none">- A implementação do projeto permite detetar os fatores de risco e desenhar intervenções adequadas;- Reconhecimento da utilidade das sessões de educação para a saúde por parte das famílias, refletido na recomendação da sessão a outros;- As modificações implementadas no ambiente doméstico pelas famílias.	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none">- Tempo necessário para a execução das sessões.
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none">- A sessão realizada à equipa despoletou a relevância desta temática.- Capacitar as famílias idosas para a tomada de decisão e mudança de comportamentos.	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none">- Resistência ou falta de interesse por parte de algumas famílias em participar.- Dificuldade de transporte disponibilizado pela instituição;- Sobrecarga de trabalho decorrente do aumento da necessidade de visita domiciliar;- Desmotivação da equipa pela necessidade de resposta a várias solicitações.