

RELATÓRIO FINAL



Carla Virgínia Oliveira Andrade Espada

Beja

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA
I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Quedas

Mais Vale Prevenir!

TRABALHO PROJETO realizado no âmbito do I MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE
COMUNITÁRIA, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

ORIENTADO PELA PROFESSORA Maria Manuela Narciso Pereira, Professora Coordenadora da
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

AUTOR: Carla Virgínia Oliveira Andrade Espada

Beja

2012

"Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver."

Herman Melville

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Francisco e Maria Luísa, pela força e apoio incondicional pautados com muito amor e carinho. Obrigada por eu ser quem sou!

Aos meus filhos, Filipe e Maria, fonte de vida, amor e felicidade. São a minha vida!

Ao meu marido, Luís, companheiro e amigo, pela compreensão, paciência e carinho.

À minha irmã, Luísa, e às minhas sobrinhas Sara e Marta, pela ajuda e pelo amor e carinho que nos une.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, do amor e da amizade...

À Professora Maria Manuela Narciso Pereira, orientadora deste trabalho projeto, pelos saberes que partilhou, pela sua disponibilidade, amizade e dedicação que sempre demonstrou durante todo este meu percurso.

À Professora Doutora Helena José pela partilha e troca de saberes.

Aos colegas do mestrado pela partilha de conhecimentos e experiências, e em particular à Maria José Martins pelo companheirismo e amizade.

À Vanda, minha amiga e confidente, por estar sempre disponível para me escutar, pela força, compreensão, partilha e carinho e por estar presente em todos os momentos da minha vida, mesmo que à distância.

À minha amiga Sandra pela sua presença, ajuda e apoio.

Aos colegas de trabalho e amigos, Catarina, Jorge, Mário e Sandra, pelo apoio ao longo desta caminhada.

À Sandra, ao Pedro e ao Tiago, pela ajuda preciosa na aplicação dos inquéritos.

A todas as pessoas idosas que carinhosamente responderam aos inquéritos e que tornaram possível este projeto.

Aos meus amigos, familiares e a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para o sucesso de mais esta caminhada que enriquece o “livro” da minha vida.

Bem-haja a todos

RESUMO

O envelhecimento da população coloca novos desafios à sociedade em geral e aos cuidados de saúde em particular. As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem nas pessoas idosas a viver na comunidade, sendo muitas vezes responsáveis pela perda de autonomia e independência destas pessoas. Vários estudos demonstram que programas de prevenção multifatoriais são eficazes na redução efetiva de quedas nas pessoas idosas a viver na comunidade.

Este projeto “Quedas: Mais Vale Prevenir!”, surge no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja e tem como objetivo geral: prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio, em Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

A população em estudo é constituída por 62 pessoas idosas, a quem foi aplicado o Instrumento de Avaliação Integrada, tendo-se verificado que 37,10% destas pessoas já sofreram uma queda; 32,30% já sofreram duas ou mais quedas e que 30,60% não sofreram nenhuma queda. O principal motivo de queda foi fatores externos (41,90%) e em 48,40% não resultaram sequelas.

A estrutura do projeto teve por base a constituição de três dimensões:

- Dimensão I: pessoas idosas sem quedas;
- Dimensão II: pessoas idosas que sofreram uma queda;
- Dimensão III: pessoas idosas que sofreram duas ou mais quedas.

A dimensão I surgiu da importância de evitar a primeira queda, promovendo a segurança e qualidade de vida das pessoas idosas. As outras duas dimensões foram determinadas pelas diretrizes do Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa. A avaliação final do projeto traduzirá os ganhos em saúde obtidos em relação ao risco de cair/cair e ganhos em conhecimentos das pessoas idosas e dos cuidadores sobre prevenção de quedas.

ABSTRACT

The aging of the population puts new challenges to the society, in general and to the cares of health in particular. The falls are one of the main accidents that occur in the aged people to live in community, being many times responsible for the loss of autonomy and independence of these people. Many studies demonstrate that multifactorial programs of prevention are efficient in the reduction effective of falls in the aged people to live in the community.

This project "Falls: Better be safe!", is part of the Master's degree in Nursing in Communitarian Health, from the School of Health of the Polytechnical Institute of Beja and its general objective is: to prevent the occurrence of falls in aged people who are 75 or more, living at their own homes, in Odivelas and registered at the Health Center of Ferreira do Alentejo.

The population in study is constituted by 62 aged people, to who was applied the Instrument of Integrated Evaluation, having itself verified that 37.10% of these people already had suffered a fall; 32.30% already had suffered two or more falls and that 30.60% had suffered no fall. The main reason of fall was external factors (41.90%) and in 48,40% they had not resulted sequels.

The structure of the project had as base the constitution of three dimensions:

- Dimension I: aged people without falls;
- Dimension II: aged people who had suffered a fall;
- Dimension III: aged people who had suffered two or more falls.

Dimension I appeared from the importance to prevent the first fall, promoting the security and quality of life of the aged people. The others two dimensions had been determined by the lines of direction of the Clinical Algorithm of Tracing and Prevention of Falls in the Elderly. The final evaluation of the project will translate the profits in health gotten in relation to the risk to fall/to fall and profits in knowledge of the aged ones and the those who care about prevention of falls.

ÍNDICE

(Fl.)

0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	14
1 - <u>TRABALHO PROJETO: QUEDAS NA PESSOA IDOSA</u>	18
1.1 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO	18
1.2 - OBJETIVOS	23
1.3 – ENQUADRAMENTO DO TEMA.....	24
1.3.1 - <u>Segurança da Pessoa Idosa e Qualidade de Vida</u>	24
1.3.2 - <u>Quedas na Pessoa Idosa</u>	28
1.3.3 - <u>Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa</u>	30
2 - <u>DESENHO DO PROJETO</u>	41
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DE ODIVELAS	42
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	46
2.2 - ESTRUTURA DO PROJETO	60
2.4 - METODOLOGIA DO PROJETO.....	63
2.4.1 - <u>Objetivos e Indicadores</u>	63
2.4.2 – <u>Seleção de Estratégias</u>	68
2.4.3 - <u>Execução</u>	70
2.4.4 - <u>Recursos e Estimativa de Custos</u>	74
2.4.5 - <u>Avaliação</u>	78
3 - <u>LIMITAÇÕES</u>	81
4 - <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	83
5 - <u>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</u>	84
6 - <u>CONCLUSÃO</u>	86
7 - <u>REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS</u>	89

ANEXOS	95
ANEXO I – Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa	96
ANEXO II – Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)	98
ANEXO III – Apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Saúde.....	101
ANEXO IV – Estrutura do Projeto	124
ANEXO V – Teste Levantar e Caminhar Cronometrado	126
ANEXO VI- Logotipo	128
ANEXO VII – Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”	130
ANEXO VIII – Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”	132
ANEXO IX- Cronograma de Atividades.....	134
ANEXO X – Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”	138
ANEXO XI – Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”	140
ANEXO XII – Autorização do Concelho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).....	142
ANEXO XIII – Conhecimento à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e à Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo.....	144
ANEXO XIV – Consentimento Informado	146

ÍNDICE DE TABELAS

(Fl.)

Tabela 1 - Proporção de Idosos e Jovens	43
Tabela 2 - Índice de Envelhecimento	43
Tabela 3 - Índice de Dependência de Jovens e Idosos	44
Tabela 4 - População empregada segundo o setor de atividade no concelho de Ferreira do Alentejo	44
Tabela 5 - Taxas de Desemprego e de Atividade do concelho de Ferreira do Alentejo	45
Tabela 6 - Taxa de Analfabetismo.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

(Fl.)

Gráfico 1 – Distribuição da população segundo a Idade.....	47
Gráfico 2 – Distribuição da população segundo o Sexo	47
Gráfico 3 - Distribuição da população segundo Quem respondeu ao inquérito.	47
Gráfico 4 - Distribuição da população segundo as Queixas Músculo-Esqueléticas.....	48
Gráfico 5 - Distribuição da população segundo as Queixas Visão	48
Gráfico 6 – Distribuição da população segundo as Queixas Audição	49
Gráfico 7 – Distribuição da população segundo as Queixas Pele	49
Gráfico 8 - Distribuição da população segundo as Queixas Outros Órgãos/Sistemas.....	50
Gráfico 9 - Distribuição da população segundo o Índice de Massa Corporal.....	50
Gráfico 10 - Distribuição da população masculina segundo o Perímetro Abdominal	51
Gráfico 11 – Distribuição da população feminina segundo o Perímetro Abdominal	51
Gráfico 12 – Distribuição da população segundo o Número de Quedas	51
Gráfico 13 - Distribuição da população segundo o Momento de Quedas.	52
Gráfico 14 - Distribuição da população segundo o Motivo de Quedas	52
Gráfico 15 - Distribuição da população segundo as Sequelas de Quedas Ocorridas.....	52
Gráfico 16 – Distribuição da população segundo a Locomoção	53
Gráfico 17 – Distribuição da população segundo a Locomoção e Meios para Visão e Audição .	53
Gráfico 18 - Distribuição da população segundo a Autonomia Física.....	54
Gráfico 19 - Distribuição da população segundo a Autonomia Física e Meios para Visão e Audição	54
Gráfico 20 - Distribuição da população segundo a Autonomia Instrumental	55
Gráfico 21 - Distribuição da população segundo a Autonomia Instrumental e Meios para a Visão e Audição	55

Gráfico 22 - Distribuição da população segundo as Queixas Emocionais: Triste/Deprimido e Nervoso/Ansioso.....	56
Gráfico 23 - Distribuição da população segundo Outras Queixas.	56
Gráfico 24 - Distribuição da população segundo o Estado Cognitivo	57
Gráfico 25 - Distribuição da população segundo o Estado Civil	57
Gráfico 26 – Distribuição da população segundo o Número de Coabitantes	58
Gráfico 27 – Distribuição da população segundo o Tempo em que está só nas 24 horas	58
Gráfico 28 – Distribuição da população segundo Ter com quem desabafar/ter confidente.	58
Gráfico 29 - Distribuição da população segundo a Escolaridade.....	59
Gráfico 30 - Distribuição da população segundo a Profissão	59
Gráfico 31 - Distribuição da população segundo as horas por semana de Atividade Física, Ginástica ou Desporto.....	60
Gráfico 32 - Distribuição da população segundo o Número de refeições por dia.....	60

ÍNDICE DE QUADROS

(Fl.)

Quadro 1 – Objetivo Especifico e Indicadores de Atividade da Dimensão I	64
Quadro 2 – Objetivo Especifico e Indicadores de Atividade da Dimensão II	65
Quadro 3 – Objetivo Especifico e Indicadores de Atividade da Dimensão III	66
Quadro 4 – Atividades Realizadas.....	70
Quadro 5 – Atividades das Dimensões I, II e III	71
Quadro 6 – Atividades, Recursos e Custos da Dimensão I	75
Quadro 7 – Atividades, Recursos e Custos da Dimensão II	76
Quadro 8 – Atividades, Recursos e Custos da Dimensão III	76
Quadro 9 - Atividades, Recursos e Custos das Dimensões II e III	77
Quadro 10 – Atividades e Intervenientes/Responsáveis das Dimensões II e III	78
Quadro 11 – Indicadores de Resultado.....	79
Quadro 12 – Análise SWOT do projeto	88

0 - INTRODUÇÃO

A Enfermagem Comunitária é uma prática contínua e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, desenvolvendo-se em diferentes locais da comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999). Poder-se-á dizer que é um serviço centrado nas famílias, que respeita e estimula a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomar as suas próprias decisões e a assumirem as suas próprias responsabilidades no que diz respeito à saúde.

É neste contexto comunitário que, partindo da identificação das suas necessidades, se conhece a realidade singular de cada comunidade e se compreendem melhor os seus mecanismos, fornecendo bases para a intervenção dos diferentes profissionais de saúde. Esta etapa, enquanto instrumento de identificação dos principais problemas/necessidades de saúde da comunidade, constitui um processo fundamental no Planeamento em Saúde (Imperator & Giraldes, 1993), sendo um auxiliar na tomada de decisões que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde (Tavares, 1990).

Em Portugal verifica-se tal como a nível mundial, um progressivo envelhecimento da população, fenómeno crescente e característico dos países industrializados. Isto deve-se ao estilo de vida da sociedade moderna, onde os casais optam por ter menos filhos e pela maternidade e paternidade tardias. A par disto, a evolução da medicina veio disponibilizar aos indivíduos tratamentos e recursos que lhes permitem viver mais tempo. Inverte-se assim a pirâmide etária que tem caracterizado a sociedade em geral.

Perante este novo cenário, tornou-se necessário a procura de novas estratégias para a abordagem deste fenómeno, o qual ao fazer emergir novos problemas de saúde, acarreta novas implicações às quais os governantes e decisores políticos têm de saber responder com a maior celeridade possível.

Perante este contexto, as quedas são os acidentes domésticos mais graves e mais frequentes entre as pessoas mais velhas. Das pessoas idosas com mais de 65 anos a viver na comunidade aproximadamente 30% caem uma vez por ano, valores que aumentam em pessoas a partir dos 75 anos. Entre 20 a 30% das pessoas idosas que caem sofrem algum tipo de lesão que lhes reduz a mobilidade, a independência e aumenta o risco de morte prematura (Todd & Skelton, 2004; Buskman, Vilela, Pereira, Lino & Santos, 2008; Douglas, 2011).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca este evento como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo da proporção de pessoas idosas em muitos países do mundo.

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas “o envelhecimento pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS [Direção Geral da Saúde], 2006, p.5).

O envelhecimento humano é assim um processo gradual, irreversível e incontrolável de declínio das funções fisiológicas, que não resulta, necessariamente, em incapacidade, mas à medida que a pessoa envelhece, as hipóteses de sofrer lesões provocadas por acidentes aumentam. Dentro dos acidentes destacam-se as quedas, as quais constituem uma ameaça à autonomia das pessoas idosas uma vez que podem afetar a sua capacidade funcional.

Em Portugal, de acordo com o sistema ADELIA (Acidentes Domésticos e Lazer – Informação Adequada) no ano de 2005, verificaram-se 32300 ADL (Acidentes Domésticos e de Lazer), dos quais 2728 aconteceram em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, sendo o principal mecanismo de lesão a “Queda”, com 89,7%. Destes acidentes 30,6% ocorreram em pessoas do sexo masculino e 69,4% do sexo feminino. Por outro lado, ainda segundo este sistema, verifica-se que o local de ocorrência mais frequente destes acidentes foi a “casa”, em particular para as pessoas com mais de 75 anos (Rabiais, Nunes & Contreiras, 2006).

A segurança das pessoas idosas deve ser assim um motivo de preocupação para a sociedade, pois as quedas podem ter repercussões desastrosas na vida diária destas pessoas, que se traduzem na perda da sua autonomia e aumento da sua dependência, refletindo-se num acréscimo de trabalho e stress para os seus familiares e/ou cuidadores.

As quedas não podem ser consideradas um evento inevitável do envelhecimento uma vez que a sua causalidade é multifatorial, intervindo vários fatores de risco, que podem ser intrínsecos e/ou extrínsecos.

Vários estudos demonstram que programas de prevenção de quedas podem ser eficazes na redução do número de pessoas que caem. No entanto, estes programas para pessoas idosas a viverem na comunidade, para serem eficazes devem conter intervenções multifatoriais que incluam: exercícios de equilíbrio dinâmico e treino de força e marcha; adaptação ou modificação do ambiente doméstico; revisão do regime medicamentoso e educação sobre prevenção de quedas; (Todd & Skelton, 2004; Buksman et al, 2008; AGS [American Geriatrics Society] & BGS [British Geriatrics Society], 2010).

Perante estes factos, este projeto intitulado “Quedas: Mais Vale Prevenir!”, destina-se a pessoas idosas com 75 e mais anos a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas, que estejam inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

Torna-se assim fundamental identificar quer as pessoas idosas que já sofreram queda quer as que ainda não sofreram. Para tal procedeu-se à realização do diagnóstico da situação. Com base nos resultados obtidos pretende-se a implementação de medidas efetivas que contribuam para a diminuição do risco de queda neste grupo, procurando fornecer-lhes conhecimentos e competências que lhes permitam de forma informada e esclarecida tomar medidas que diminuam efetivamente este risco e contribuam para a manutenção da sua autonomia e independência. Este projeto tem assim como objetivo geral: prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

A escolha do tema prendeu-se com o facto de as quedas em pessoas idosas constituírem um problema crescente de Saúde Pública que resulta em custos elevados para a sociedade e uma deterioração significativa da qualidade de vida destas pessoas, sendo no entanto um problema ainda descuido por parte dos profissionais de saúde.

Este Trabalho de Projeto, cujo tema é “Quedas na pessoas idosa com 75 e mais anos a viver no domicílio”, insere-se no I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja.

O presente relatório está estruturado tendo por base as linhas orientadoras fornecidas, complementadas pelas fases do planeamento em saúde.

Inicia-se com a apresentação do estudo bibliográfico realizado sobre a temática das quedas na pessoa idosa, o qual fornece as bases teóricas que sustentam o projeto. Segue-se a exposição do desenho do projeto, do qual constam a caracterização da freguesia de Odivelas e da população em estudo, cujos dados foram obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados utilizado. Fazem parte ainda do desenho do projeto a apresentação da sua estrutura e metodologia. A estrutura do projeto tem por base a definição de três dimensões de trabalho; por sua vez, a metodologia engloba a definição dos objetivos específicos e indicadores, seleção de estratégias, execução, recursos, estimativas de custos e avaliação. Os capítulos seguintes dizem respeito às limitações, onde se faz referência aos obstáculos encontrados no decorrer das diferentes fases do projeto e às soluções encontradas que permitiram a continuidade do mesmo; às questões éticas, onde são expostos os aspetos éticos inerentes a qualquer trabalho de investigação; e às implicações para a prática, onde serão apresentadas as mais-valias deste projeto para a prática de enfermagem e para o estado de saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. Por fim, de uma forma reflexiva, abordar-se-á a temática em estudo, os aspetos mais relevantes do projeto, tendo em conta não só a sua continuidade mas também a apresentação de sugestões para outros possíveis trabalhos nesta área e efetuar-se-á uma análise SWOT (Strengths/Forças, Weaknesses/Fraquezas, Opportunities/Oportunidades e Threats/Ameaças).

1 - TRABALHO DE PROJETO: QUEDAS NA PESSOA IDOSA

“A Metodologia do Trabalho de Projeto consiste na adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objetivos do projeto” (Ramos, 2007, p.9).

Este capítulo apresenta o estudo bibliográfico realizado sobre a temática das quedas na pessoa idosa, o qual fornece as bases teóricas que sustentam o projeto. Partir-se-á da exposição da problemática e justificação do assunto em estudo, fazendo referência aos dados estatísticos mundiais e nacionais, a estudos já efetuados e às políticas de saúde mundiais e nacionais. Faz-se referência à utilidade deste projeto, procurando esclarecer o que se deseja conhecer em particular e as competências que se pretendem desenvolver. Segue-se o enquadramento teórico do tema, onde são apresentados os conceitos chave que envolvem a segurança e a qualidade de vida da pessoa idosa e as competências do enfermeiro face à segurança e qualidade de vida da mesma. Realiza-se depois a abordagem das quedas e todos os seus fatores envolventes/condicionantes e estratégias comprovadas de prevenção de quedas na pessoa idosa. Por fim, explicar-se-á o Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa, das AGS & BGS, o qual serviu de guia orientador para as tomadas de decisão que levaram ao desenvolvimento do projeto.

1.1 - PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO

O número de indivíduos com mais de 65 anos vai duplicar nas próximas cinco décadas, o que levará a que as doenças associadas ao envelhecimento assumam proporções relevantes (OMS [Organização Mundial de Saúde], 2002). À semelhança de outros países, Portugal tem registado um grande crescimento da população idosa. Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística) em 2009, 18% da população residente em Portugal tinha idade igual ou superior a 65 anos e para 2020 prevê-se que a proporção de idosos aumente para 20,6%. O Alentejo constitui a região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos e, simultaneamente, a mais baixa de jovens. No concelho de Ferreira do Alentejo 23,5% da população residente tem idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2011).

“As mudanças das tendências demográficas e sociais fazem com que seja imperativo responder às complexas e crescentes necessidades de cuidados de saúde dos nossos cidadãos seniores e das suas famílias” (Hanson, 2005; p.350). Dir-se-á que este desafio responsabiliza e apela aos serviços de saúde, nomeadamente aos Cuidados de Saúde Primários, para implementarem e melhorarem as estratégias e intervenções comunitárias, mobilizando recursos e dando respostas que satisfaçam as necessidades desta população. O enfermeiro especialista em saúde comunitária está, então, mais capacitado para identificar estas necessidades, competindo-lhe planejar e executar ações e intervenções de enfermagem que previnam ou respondam aos problemas, com vista à manutenção da independência e exercício da autonomia do idoso/família/grupo/comunidade, potenciando as suas capacidades e mobilizando os recursos mais adequados, de forma a ocorrerem ganhos em saúde.

Perante este contexto, um dos fenómenos mais frequentes entre as pessoas idosas são as quedas, sendo atualmente um importante problema de Saúde Pública a nível mundial, não só pela crescente incidência deste acidente mas, também, pela elevada morbilidade e mortalidade que provoca.

De acordo com a WHO (World Health Organization, 2007) aproximadamente 28 - 35% das pessoas com 65 e mais anos cai a cada ano, aumentando para 32 - 42% nas pessoas com mais de 70 anos de idade. Daqui se deduz que a frequência de quedas aumenta com a idade e nível de fragilidade.

Um estudo realizado na América Latina, revelou que a proporção de adultos mais velhos que caiu a cada ano varia de 34% em Santiago, para 29% em São Paulo e 24% em Havana (Reyes-Ortiz, Al Snih & Markides, 2005).

Em Portugal, em 2001 realizou-se um estudo cujo objetivo foi obter informações sobre alguns aspetos relacionados com a saúde das pessoas idosas, entre os quais a morbilidade por acidentes domésticos e de lazer. Constatou-se que no ano precedente ao inquérito, 8,4% das pessoas idosas estudadas referiram ter sofrido pelo menos um acidente doméstico, sendo que a maioria foi quedas (85,2%). Do total dos acidentados 74,5% tiveram que recorrer a um serviço de prestação de cuidados de saúde. Ressalta ainda que a proporção mais elevada de acidentes foi observada em pessoas do sexo feminino (Branco, Nogueira & Dias, 2001). Ainda em Portugal os acidentes registados através do Sistema ADELIA em 2005 que tiveram como

mecanismo da lesão a “Queda” representaram 89,7% dos acidentes que ocorreram em pessoas com 75 ou mais anos (Rabiais et al, 2006). De acordo com os dados fornecidos pelo Gabinete de Estatística da ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo), no ano de 2010 recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes 161 pessoas com mais de 65 anos residentes no concelho de Ferreira do Alentejo, cujo diagnóstico de entrada neste serviço foi “Queda”. Destas pessoas, 16 residiam em Odivelas, tendo oito idade igual ou superior a 75 anos.

As pessoas idosas que caem uma vez têm duas a três vezes mais hipóteses de cair novamente no ano seguinte. As quedas são a causa mais frequente de internamento hospitalar por lesões traumáticas, sendo responsável por 40% dos internamentos de pessoas idosas. Aproximadamente 10-20% das quedas resultam em fraturas, sendo que a maioria das fraturas (85%) ocorrem em casa e apenas 25% das fraturas são causadas por riscos ambientais da própria casa (WHO, 2007).

Para Portugal e referente ao ano de 2005, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi a “casa”, em particular nas pessoas com 75 ou mais anos e os tipos de lesão mais frequente neste grupo etário foram “Concussão, contusão, hematoma”, com um valor de 58,5% (Rabiais et al, 2006).

As quedas acarretam assim custos diretos relativos ao tratamento e/ou internamento, mas também custos indiretos associados à perda de produtividade dos cuidadores destas pessoas idosas. Contribuem ainda, muitas vezes para a admissão num lar de idosos, em consequência das limitações que provocam nas atividades de vida diária deste grupo etário.

Perante este cenário, Organizações Mundiais e Nacionais desenvolveram políticas, planos e programas que emanam recomendações e diretrizes que visam a promoção desta problemática.

Assim, a política de Saúde 21 para a Região Europeia da OMS tem como objetivo único e constante atingir um potencial completo de saúde para todos, tendo como finalidades primordiais promover e proteger a saúde das populações ao longo de toda a sua vida, bem como reduzir a incidência das principais doenças, lesões e aliviar o sofrimento que causam (OMS, 2002). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível,

constitui pois um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Nesta linha, é possível constatar que este projeto se insere nas seguintes metas deste documento:

- Meta 5: “Envelhecimento Saudável” visa a preparação das pessoas para um envelhecimento saudável, “através da promoção e da proteção da saúde, sistematicamente planeadas ao longo de toda a vida” (p.14). As oportunidades sociais e educativas que melhorem a saúde contribuem para melhorar a autoestima e a independência dos mais idosos. De acordo com a mesma fonte são importantes os programas inovadores que mantenham a força física e corrijam as perdas de visão, audição e da mobilidade antes que estas transformem o idoso numa pessoa dependente. “Os serviços sociais e de saúde ao nível das comunidades devem proporcionar serviços dirigidos que apoiem os idosos na vida diária. As suas necessidades e desejos em relação ao alojamento (...) devem ser tidos cada vez mais em conta.” (p. 14);
- Meta 9: “Reduzir as lesões por violência e acidentes”, pretende um melhoramento das medidas de prevenção. “Reduzir as lesões por violência e acidentes exige (...) o reforço rigoroso das medidas bem conhecidas de prevenção, que podem evitar os acidentes nas estradas, no trabalho e em casa.” (p. 17);
- Meta 13: “Locais saudáveis”, segundo a OMS (2002) as ações levadas a cabo para uma vida mais saudável têm melhores resultados se incidirem sistematicamente nos locais onde as pessoas vivem e trabalham. “A casa é o local onde as pessoas passam a maior parte do seu tempo. No contexto do planeamento rural e urbano, a casa devia ser projetada e construída de forma compatível com a saúde e ambiente sustentáveis” (p.20). A pessoa idosa deve poder usufruir de adaptações adequadas às suas necessidades de saúde, como é o caso de degraus, disposição dos diversos objetos da casa (cadeiras, bancos, mesas). Os enfermeiros de saúde comunitária por terem acesso a este contexto familiar, nas visitas domiciliárias, podem ser bons catalisadores na ação da saúde;
- Meta 14: “Responsabilidade multisectorial para a saúde”, refere que para um ótimo desenvolvimento da saúde é necessário que todos os sectores da sociedade sejam responsabilizados pelo impacto na saúde das pessoas. No caso de um idoso que habite

num local com muitos degraus e se tem uma diminuição acentuada da acuidade visual ou necessita de instrumento de auxílio na locomoção, o risco de queda aumenta, logo é necessário a intervenção de outros sectores (social e económico por exemplo). Todos os sectores da sociedade devem reconhecer a sua importância e o quanto são benéficos para promoverem e protegerem a saúde (OMS, 2002).

A nível nacional, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reconhece que os acidentes e as suas consequências, quando ocorrem em pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbilidade, incapacidade, dependência e mortalidade. Como tal, foram delineadas orientações estratégicas e intervenções:

- Investimento na informação da população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes, medidas de prevenção de quedas e sobre o envelhecimento ativo;
- Promoção e desenvolvimento, intersectorialmente, de ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos;
- Informar a população-alvo e orientar tecnicamente os profissionais de saúde quanto à deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas;
- Articular melhor os cuidados de saúde com grupos de apoio da sociedade civil e com serviços prestados por outros ministérios.

Do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 fazem parte vários programas dos quais se destacam o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 (DGS, 2009) propõe uma abordagem de saúde pública para a promoção da segurança, a redução dos acidentes e das suas consequências em articulação com outros programas e estratégias nacionais, que convergem para os mesmos objetivos. Por sua vez o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006, p. 15) assenta em três pilares fundamentais: “promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.” A promoção de ambientes capacitadores integra a prevenção de acidentes domésticos e de lazer.

Há ainda a referir o Plano de Atividades do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde, 2010), que no Programa da Saúde do Idoso contempla a promoção de ambientes promotores da segurança, autonomia e independência das pessoas idosas através da eliminação de barreiras arquitetónicas comunitárias e domiciliárias e da prevenção de acidentes nas pessoas idosas.

A pertinência deste projeto reside assim no facto de as quedas constituírem uma ameaça real à capacidade das pessoas idosas viverem de forma autónoma, ao serem responsáveis por inúmeros danos, ao mesmo tempo que acarretam custos elevados para os cuidados de saúde e para a sociedade em geral. A sua finalidade é promover a autonomia e independência da pessoa idosa, no sentido de obter ganhos em anos de vida com independência, pois como refere o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, “Conseguir viver o mais tempo possível de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem de ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas” (DGS, 2006, p.6).

1.2 - OBJETIVOS

A Enfermagem em Saúde Comunitária trabalha com e para as populações, procurando a resolução de problemas de saúde e outros que possam interferir direta ou indiretamente no seu estado de saúde.

Uma das metodologias utilizadas para a identificação e resolução dos problemas de saúde na comunidade é a metodologia de projeto, a qual proporciona a tomada de decisões adequadas com vista à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados às populações.

Neste projeto em concreto, procurou-se caracterizar a população idosa com 75 e mais anos, a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, sendo a área temática das quedas na população idosa a que se pretendeu conhecer em maior profundidade, de modo a que fossem tomadas medidas efetivas de prevenção de quedas nesta população. Assim definiu-se como objetivo geral deste projeto: prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, sendo a sua finalidade promover a autonomia e independência da pessoa idosa, no sentido de “obter ganhos em anos de vida com independência” (DGS, 2006, p. 17).

O trabalho de projeto possibilita aos intervenientes praticarem competências sociais como a comunicação, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos que culminará com a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados à população, que se traduzirá a médio e longo prazo em ganhos efectivos de saúde desta população. Permitirá ainda a aprendizagem através da acção, ligando a teoria à prática e à resolução de problemas a partir de situações e recursos existentes (Castro & Ricardo, 2002).

O Enfermeiro que exerce as suas funções na comunidade, tem assim a possibilidade de em conjunto com a população desenvolver todas estas competências na procura contínua da excelência do exercício profissional.

1.3 – ENQUADRAMENTO DO TEMA

A revisão da literatura permite identificar e clarificar conceitos/constructos/dimensões inerentes ao tema em estudo, constituindo as bases teóricas e conceptuais que sustentam o projeto e determinam o caminho a seguir. São apresentados os conhecimentos mais relevantes sobre a problemática em questão, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, obtendo-se um corpo de conhecimento científico indispensável ao trabalho de projeto.

1.3.1 – Segurança da Pessoa Idosa e Qualidade de Vida

O envelhecimento é um conceito em evolução tendo em vista que o número de pessoas idosas se encontra em expansão, revelando não só a conquista pela sua segurança como consequentemente pela sua qualidade de vida, constituindo um desafio que precisa ser enfrentado pelas famílias, pela sociedade e pelos governos.

Para se sentir em segurança, não basta ter integridade biológica, a pessoa também tem de sentir-se tranquila e à vontade no seu ambiente. A necessidade de segurança é algo de complexo, porque apresenta vários aspetos, tais como estabilidade, dependência, proteção, ausência de medos, ansiedade, desordem, implica a existência de estruturas, ordem, limites, leis e meios de proteção (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

"Os idosos estão em especial risco no que concerne à segurança. As deficiências sensoriais tais

como uma visão periférica reduzida, uma percepção profunda alterada, má audição, olfato e paladar diminuídos, redução das sensações tácteis e tempo de reação e resposta mais lenta, contribuem para quedas, queimaduras, intoxicações alimentares e outros acidentes.” (Bolander, 1998, p. 301).

À medida que o ser humano envelhece, muitas atividades da vida diária, consideradas vulgares e, portanto de fácil execução, vão lentamente e muitas vezes de forma impercetível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas. Face a estas alterações o meio ambiente onde a pessoa idosa está inserida pode ser um fator de risco para determinados acontecimentos que poderão condicionar a sua autonomia e independência, logo a sua qualidade de vida.

Tal como Berger & Mailloux-Poirier (1995) afirmam,

“O ambiente é, pois, muito importante para as pessoas de idade. Se elas aí se sentirem em perigo, retiram-se para a segurança de um mundo interior, entram em regressão, e a sua saúde declina. Outros fatores ligados indiretamente ao envelhecimento aceleram o processo de regressão, como a perda de bens pessoais (retratos, móveis) com valor sentimental, ou ainda a ausência de próteses ou de aparelhos que lhes poderiam permitir exercer um certo controlo sobre a sua vida (próteses dentárias, óculos de correção, cadeiras de rodas, bengalas, andarilhos, etc.) ” (p.391).

O ambiente domiciliar, construído ao longo de toda a vida, é desta forma muito importante e representativo do contexto de inserção da pessoa idosa, espelhando expectativas pessoais, normas sociais e culturais, padrões estéticos, funcionalidades e condições económicas (Mello & Perracini, 2000). No entanto, este deveria ser um espaço facilmente modificável de forma a estar adaptado às dificuldades/limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Para se garantir a segurança da pessoa idosa no seu domicílio, cabe aos profissionais de saúde procederem a uma avaliação do risco de quedas no domicílio, procurando identificar os fatores de risco presentes, nomeadamente: disposição dos móveis, espaço livre para circular, presença de tapetes, tipo de iluminação (natural e/ou artificial), existência de degraus e/ou escadas, utilização de ajudas técnicas (cadeira de rodas, andarilho, bengala), entre outros; sendo também importante a identificação de familiares e/ou cuidadores.

Perante este contexto, os enfermeiros na sua prática diária “ (...) necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 7), contribuindo para a segurança das pessoas idosas através da promoção de comportamentos seguros. Este aspeto dos cuidados de enfermagem está patente nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, quando estes referem que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.12). Para tal, torna-se fundamental, entre outros elementos “a promoção do potencial de saúde do cliente

através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento” e “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.12). Subjacente a este padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem, encontra-se o artigo 89, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro, ao afirmar que “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assume o dever de: (...) b) contribuir para criar ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.141).

Faz assim parte dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de ações/atividades que permitam que as pessoas idosas vivam num ambiente que melhore as suas capacidades e promova a sua independência, adequando o apoio e os cuidados necessários à medida que vão envelhecendo.

Um dos aspetos da vida das pessoas idosas que lhe transmite segurança é a realização das suas atividades de vida diária com autonomia e independência. A realização adequada destas atividades envolve a participação das funções cognitivas, motoras e psicológicas. Paralelamente a qualidade de vida está diretamente relacionada com a autonomia e a independência. Paschoal (1999) define autonomia como a capacidade de decisão e de comando e a independência como a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios. Assim, é extremamente importante a prevenção da perda de função e a sua manutenção. Inerente a esta afirmação está o conceito de função definido como a capacidade da pessoa para se adaptar aos problemas de todos os dias, apesar de poder possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Consequentemente, a capacidade funcional da pessoa idosa é definida pela ausência de dificuldade no desempenho de certos gestos e atividades da sua vida quotidiana (Cavalcanti, s.d.). A capacidade funcional, particularmente a dimensão motora é um dos importantes indicadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida das pessoas idosas (Cavalcanti, s.d.; Guimarães, Galdino, Martins, Abreu, Lima & Vitorino, 2004).

Todos estes conceitos influenciam a vida diária das pessoas idosas, podendo transmitir-lhe ou não a segurança necessária para continuarem a desempenhar todas as suas atividades do dia-a-dia. O enfermeiro deverá acompanhar a pessoa idosa no seu processo de envelhecimento procurando em conjunto com ela as melhores soluções para que continue a realizar as suas atividades de vida diária com segurança, proporcionando a manutenção da sua qualidade de

vida.

Segundo Bowling citado por Dias (2006), a qualidade de vida consiste na aquisição dos recursos necessários para a satisfação de necessidades individuais e desejos, a participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a autorrealização e a comparação satisfatória entre o próprio e os outros.

Minayo et al citados por Paschoal (2000), referem que o conceito de qualidade de vida pode variar consoante as diferentes culturas, países, classes sociais e épocas, sendo um termo que “abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com marca de relatividade cultural” (p.25).

A qualidade de vida é assim um conceito dinâmico influenciado por vários fatores e determinada pelas circunstâncias em que a pessoa idosa se encontra, sendo variável ao longo da vida.

Neste âmbito, um dos deveres do enfermeiro, segundo a alínea c) do artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida - do Código Deontológico do Enfermeiro, é “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Nunes et al, 2005, p.97). Assim, “Cada pessoa, no sentido eticamente humano, percebe a sua qualidade de vida” (Nunes et al, 2005, p.100). No entanto, a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais.

Todos estes aspetos assumem, assim, uma importância particular quando se trata da pessoa idosa, devido ao processo de envelhecimento, às doenças crónicas e à situação sócio económica que acabam por determinar o estado de saúde-doença, com implicações na sua qualidade de vida e bem-estar.

Cabe então ao enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes (Conselho de Enfermagem, 2001). Para tal é fundamental, “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente,

relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.13).

Para que tudo isto seja possível é necessário que os enfermeiros disponham de meios necessários para assegurar cuidados adequados, que respondam às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias e/ou cuidadores, coordenados e integrados com garantia de qualidade.

Os profissionais de saúde devem também ter presente que bons cuidados têm significados diferentes para diferentes pessoas, o que requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, na procura dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa a quem se prestam cuidados. Daí que seja muito importante que a pessoa idosa seja respeitada como ser humano que é, com todas as limitações da sua idade. Já não possui a vitalidade da juventude, mas tem conhecimento adquirido através das experiências ao longo de toda uma vida. A pessoa idosa pode e sabe usufruir de todos os momentos de lazer e de interação social desenvolvendo atividades e interesses diversos fundamentais para manter a sua mente activa e saudável, bem como a sua capacidade funcional, contribuindo determinantemente para a sua qualidade de vida.

A satisfação das atividades de vida diária proporciona à pessoa idosa segurança e autoconfiança ao permitir a realização de atividades que possibilitam a sua independência e autonomia.

1.3.2 – Quedas na Pessoa Idosa

Queda pode ser definida como “ (...) o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade” (Pereira, Buksman, Perracini, Py, Barreto & Leite, 2004, p.45).

Uma queda accidental é aquele evento único que dificilmente se voltará a repetir e decorre de uma causa extrínseca à pessoa, em geral pela presença de um fator de risco ambiental. Por sua

vez, uma queda recorrente expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos, como as doenças crônicas ou a polimedicação, entre outros (Perracini, s.d.).

Nas pessoas idosas torna-se importante dividir os fatores determinantes das quedas em dois grupos:

- Fatores de risco ou predisponentes: são aqueles que impõem às pessoas idosas maior hipótese de experimentarem quedas e podem ser intrínsecos ou extrínsecos;
- Fatores causais: são os agentes etiológicos presentes na determinação da ocorrência de um evento de queda específico, ou seja, constituem as razões que levaram a pessoa idosa a cair e são potencializados pelos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Perracini, s.d.).

Os fatores de risco intrínsecos incluem as alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, doenças e efeitos causados pelo uso de medicamentos, nomeadamente: história prévia de queda; idade; sexo feminino; medicamentos; condição física; distúrbio da marcha e equilíbrio; sedentarismo; deficiência nutricional; declínio cognitivo; deficiência visual; doenças ortopédicas e estado funcional (Todd & Skelton, 2004; Buksman et al, 2008).

Por seu lado, os fatores extrínsecos dizem respeito às circunstâncias sociais e ambientais e incluem: iluminação inadequada; superfícies escorregadias; tapetes soltos ou com dobras; degraus altos ou estreitos; obstáculos no caminho; ausência de corrimãos em corredores e banheiras; calçado inadequado; roupas largas e compridas; mobiliário inadequado (demasiado alto ou baixo, com rodas); ausência de tapetes de segurança no banho; ajudas técnicas em mau estado de conservação ou inadequadamente utilizadas; via pública mal conservada ou com irregularidades (Perracini, s.d; Todd & Skelton, 2004; Jahana & Diogo, 2007; Buksman et al, 2008).

A etiologia das quedas nas pessoas idosas é em geral multifatorial, em que os riscos dependem essencialmente da frequência da exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional da pessoa idosa.

Segundo Rodrigues, Kusumota, Fabrício, Marques & Carbacho (2001) e Perracini & Ramos (2002), as quedas nas pessoas idosas podem levar a vários tipos de consequências: físicas, que dificultam as atividades de vida diária e maior risco de morte; psicológicas, que podem estar

relacionadas com a síndrome do “medo de cair”; económicas, que geram custos para a pessoa idosa, família e sociedade; sociais, que podem dificultar a interação das pessoas idosas com outras pessoas fora do ambiente doméstico.

O risco de queda aumenta linearmente com o número de fatores de risco. Assim, caso se consiga eliminar um fator de risco, a possibilidade de queda também se reduz. As estratégias de prevenção a implementar devem incidir nos fatores de risco passíveis de serem modificados ou mesmo eliminados, garantindo a diminuição efetiva de quedas.

Vários estudos (Todd & Skelton, 2004; Buksman et al, 2008; AGS & BGS, 2010) demonstram que as intervenções multifatoriais são eficazes na redução dos fatores de risco e consequentemente na redução de quedas nas pessoas mais idosas residentes na comunidade. Destas intervenções multifatoriais devem constar os seguintes componentes: adaptação ou modificação do ambiente doméstico; retirada ou minimização de medicamentos psicoativos e de outros medicamentos; gestão da hipotensão postural; gestão de problemas nos pés e calçado; exercício físico, especialmente o equilíbrio, força e treino da marcha. De salientar ainda que a todas as pessoas idosas que estão em risco de queda deve ser oferecido um programa de exercícios, do qual façam parte equilíbrio, força e treino da marcha.

Os benefícios dos programas de prevenção de quedas na pessoa idosa são particularmente para a pessoa, mas também para a família, para os serviços de saúde e para a sociedade em geral

As AGS & BGS (2010) apresentam um Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa (Anexo I), o qual descreve o processo sistemático de tomada de decisão e de intervenção que deve ocorrer na gestão do risco de quedas em pessoas idosas a viver na comunidade.

1.3.3 - Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

A avaliação multifatorial conjuntamente com intervenções baseadas nos resultados dessa avaliação pode ter um grande impacto na saúde pública, melhorando a qualidade de vida da população idosa.

Perante estes factos, a Sociedade Americana de Geriatria, a Sociedade Britânica de Geriatria e a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos publicaram em Maio de 2001 orientações (revistas em 2010) para a prevenção de quedas na pessoa idosa, cujo objetivo foi ajudar os profissionais de saúde na avaliação e gestão do risco de queda nas pessoas idosas que já sofreram queda ou estão em risco de cair, a viver na comunidade.

Estas orientações são apresentadas em forma de algoritmo clínico (Anexo I), o qual descreve passo-a-passo o processo de tomada de decisão e de intervenção que deve ocorrer na gestão das pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde, com história de quedas recorrentes, dificuldade em andar ou após uma queda. Desta forma, deverá ser realizada uma avaliação a todas as pessoas idosas identificadas com risco de queda. De salientar, ainda, a importância desta avaliação e consequentes intervenções serem integradas nas prioridades dos cuidados de saúde para que assim possam chegar a toda a população idosa em risco.

Para melhor se compreender as orientações e para que a linguagem seja comum a todos os profissionais de saúde as AGS & BGS (2010) apresentaram as seguintes definições:

- Queda: “um evento pelo qual o indivíduo inesperadamente vem descansar no chão ou em outro nível mais baixo sem perda de consciência conhecida.”
- Avaliação multifatorial de risco de queda: “avaliação de fatores predisponentes conhecidos intrínsecos à pessoa e no ambiente, que aumentam o risco de cair.”
- Domínios de intervenção (categorias): “medicação, exercício, visão, hipotensão postural, frequência cardíaca e ritmo, vitamina D, pés e calçado, ambiente doméstico, educação.”
- Única intervenção: “uma intervenção em uma das categorias anteriores, como um programa de exercícios de força e equilíbrio, ajuste da medicação, melhoria da visão, modificação ambiental, ajuste do calçado, programas educacionais.”
- Intervenção multifatorial: “uma intervenção composta por um subconjunto de intervenções que são selecionadas e oferecidas a um indivíduo para lidar com fatores de risco específicos, identificados através de uma avaliação multifatorial do risco de queda.”
- Multicomponentes das intervenções: “um conjunto de intervenções que englobam mais do que um domínio de intervenção ou categoria, oferecido a todos os participantes de um programa (abordagem da população).”

Este algoritmo clínico (Anexo I) é para ser aplicado na prática clínica para avaliação e intervenção em pessoas idosas (com 65 e mais anos) residentes na comunidade, com o

objetivo de reduzir o número de quedas. Fazem parte deste algoritmo as seguintes recomendações e a sua respetiva fundamentação:

1. A todas as pessoas idosas deve-se perguntar se elas caíram, no ano anterior.
2. Uma pessoa idosa que relata uma queda, deve ser questionada sobre a frequência e circunstâncias da (s) queda (s).
3. Deve-se perguntar às pessoas idosas se têm dificuldades em caminhar ou de equilíbrio.

A estruturação e padronização do processo de triagem do risco de queda podem melhorar a adesão dos profissionais de saúde às recomendações, bem como prevenir ou reduzir o risco de queda. A utilização de um número finito de questões simples, exigindo como resposta sim/não, também pode simplificar a sua aplicação. Qualquer resposta positiva às questões do rastreio coloca a pessoa idosa rastreada num grupo de risco que exige uma melhor avaliação. Todas as pessoas idosas devem realizar o rastreio do risco de queda, pelo menos uma vez por ano.

4. A todas as pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde por causa de queda, quedas recorrentes no ano anterior ou dificuldades em andar ou de equilíbrio (com ou sem restrição de atividade) deve ser efetuada uma avaliação multifatorial do risco de queda.
5. A todas as pessoas idosas que não conseguem realizar ou realizam com dificuldade uma marcha padronizada num teste de equilíbrio deve ser feita uma avaliação multifatorial do risco de queda.

As pessoas idosas com maior risco de cair, identificadas na triagem, devem ser avaliadas para fatores de risco conhecidos, que incluem: histórico de quedas, polimedicação (especialmente medicamentos psicotrópicos), problemas com a marcha, equilíbrio ou mobilidade, visão alterada, outras deficiências neurológicas, redução da força muscular, problemas com a frequência cardíaca ou ritmo, hipotensão postural e problemas nos pés e calçado (AGS & BGS, 2010). A avaliação por si só, não vai reduzir as quedas. No entanto, esta avaliação é essencial para permitir a adaptação da intervenção e o follow-up individual.

A avaliação multifatorial do risco de queda deve ser realizada a todas as pessoas idosas residentes na comunidade que apresentem:

- Relatório recorrente de quedas (duas ou mais);
- Dificuldades na marcha e/ou equilíbrio;

- Recorrer aos serviços de saúde por queda (AGS & BGS, 2010).

A avaliação sugerida pelo algoritmo clínico descreve quais as medidas que precisam ser tomadas para conhecer os fatores de risco da pessoa idosa e aplicar uma intervenção eficaz. Os fatores de risco identificados na avaliação podem ser modificáveis ou não, sendo o seu conhecimento fundamental para o planeamento do tratamento.

6. Pessoas idosas que relataram uma única queda nos últimos 12 meses devem ser avaliadas para a marcha e equilíbrio.

Nas pessoas idosas uma queda pode ser sinal de problemas na marcha ou equilíbrio que não estavam presentes no passado. Para uma deteção precoce e modificação do risco de queda, deve-se fazer uma avaliação da pessoa idosa no que se refere aos défices na marcha e equilíbrio. Muitos idosos não se apercebem da deterioração na sua marcha e/ou equilíbrio. A realização de um teste simples pode identificar estes défices e determinar a necessidade ou não de uma avaliação mais aprofundada.

7. Fazer avaliação da marcha e equilíbrio às pessoas idosas que já caíram, utilizando um dos seguintes testes: Get up and Go Test, Time Up and Go Test, Escala de Equilíbrio de Berg, Performance-Oriented Mobility Assessment.

8. As pessoas idosas que têm dificuldade ou demonstram instabilidade durante a avaliação da marcha e equilíbrio devem ser submetidas a uma avaliação multifatorial do risco de queda.

9. As pessoas idosas com relato de uma única queda no ano passado e sem qualquer dificuldade ou instabilidade durante a avaliação da marcha ou equilíbrio, não requerem uma avaliação multifatorial para o risco de queda.

A finalidade da avaliação da marcha e equilíbrio é identificar as pessoas idosas que necessitam de uma avaliação multifatorial dos fatores de risco de queda. Os défices de equilíbrio e marcha são os fatores de risco mais preditivos de queda (AGS & BGS, 2010). Assim, dos testes recomendados para avaliação da marcha e equilíbrio, foi escolhido o teste Time Up and Go (Teste Levantar e Caminhar Cronometrado), por ser um teste com boa sensibilidade e especificidade e que demora cerca de três a quatro minutos a completar. E ainda por não necessitar de grandes recursos nem de grande formação (uma fita métrica, uma cadeira e um relógio com segundos) para ser aplicado.

10. A avaliação multifatorial do risco de queda deve ser realizada por um ou mais profissionais de saúde com competências e formação adequadas.

11. A avaliação multifatorial do risco de queda deve incluir:

a) História

- ✓ História de quedas – descrição detalhada das circunstâncias da queda, frequência, sintomas no momento da queda, lesões e outras consequências;
- ✓ Medicação – todos os medicamentos prescritos e as respectivas dosagens;
- ✓ História dos fatores de risco relevantes – como os problemas de saúde agudos ou crónicos (por exemplo: osteoporose, incontinência urinária, doença cardiovascular).

b) Exame Físico

- ✓ Avaliação detalhada da marcha, equilíbrio e níveis de mobilidade e função articular dos membros inferiores;
- ✓ Função neurológica – avaliação cognitiva, das extremidades inferiores, proprioção, reflexos, provas de função cortical, extrapiramidais e cerebral;
- ✓ Avaliação cardiovascular – frequência cardíaca e ritmo, pressão arterial e pulso postural;
- ✓ Avaliação da acuidade visual;
- ✓ Exame aos pés e calçado.

c) Avaliação Funcional

- ✓ Avaliação das habilidades para a realização das atividades de vida diária, incluindo o uso de adaptações e ajudas técnicas, de acordo com cada caso;
- ✓ Avaliação da percepção que a pessoa idosa tem da sua capacidade funcional e do medo relacionados com a queda (avaliação do nível de atividade atual, tendo em atenção se a preocupação com a queda é protetora, isto é, apropriada às habilidades referidas; ou se comprometem a qualidade de vida, uma vez que a pessoa idosa está a reduzir a realização de atividades que é capaz de fazer em segurança devido ao medo de cair).

d) Avaliação ambiental.

A avaliação multifatorial do risco de queda pode revelar os fatores que colocam a pessoa idosa em risco de cair e pode também ajudar a identificar as intervenções mais adequadas. Assim, a avaliação multifatorial do risco de queda, seguida de intervenções para modificar qualquer um dos fatores de risco identificados, é uma estratégia altamente eficaz para reduzir quer as quedas, quer o risco de queda nas pessoas idosas.

12. A avaliação multifatorial do risco de queda deve ser seguida de intervenções direcionadas para os fatores de risco identificados, juntamente com um programa de exercícios adequados.

A maioria das quedas nas pessoas idosas resulta de interações entre fatores intrínsecos à pessoa que se manifestam a curto ou longo prazo e fatores precipitantes no meio ambiente (Tinetti, Speechley & Ginter, 1988). A redução do risco de queda pode estar associada com o número de fatores de risco melhorados ou eliminados (Tinetti, McAvay & Claus, 1996).

As intervenções implementadas podem ser multifatoriais ou multicomponentes e visam tratar os fatores de risco identificados. Neste sentido, os domínios de intervenção particularmente eficazes são: adaptação ambiental; equilíbrio e treino de marcha; redução dos medicamentos, em especial os medicamentos psicoativos; gestão dos défices visuais; hipotensão postural e outros problemas cardiovasculares (AGS & BGS, 2010).

13. Uma estratégia para reduzir o risco de queda deve incluir a avaliação multifatorial dos fatores de risco conhecidos e a gestão dos fatores de risco identificados.

14. Os componentes mais frequentemente incluídos nas intervenções eficazes são:

- a) Adaptação ou modificação do ambiente doméstico;
- b) Retirada ou minimização de medicamentos psicoativos;
- c) Retirada ou minimização de outros medicamentos;
- d) Gestão da hipotensão postural;
- e) Gestão de problemas nos pés e calçado;
- f) Treino físico, especialmente o equilíbrio, a força e a marcha.

15. A todas as pessoas idosas que estão em risco de queda, deve ser oferecido um programa de exercícios que incorpore o equilíbrio, a marcha e o treino da força. Exercícios de flexibilidade e treino de resistência também devem ser oferecidos, mas não como componentes exclusivos do programa.

16. A intervenção multifatorial ou multicomponente deve incluir uma componente de educação complementar, que inclua questões específicas sobre a intervenção a ser proposta, tendo em atenção a função cognitiva e a linguagem da pessoa idosa.

17. O profissional de saúde ou a equipa de saúde que realiza a avaliação do risco de queda deve implementar as intervenções ou assegurar que as intervenções serão realizadas por profissionais de saúde qualificados.

A estratégia de intervenção com base na avaliação multifatorial dos fatores de risco de queda seguida da implementação de intervenções, surge como uma abordagem eficaz para reduzir as taxas de quedas entre as pessoas idosas sem problemas cognitivos e em risco de cair, a viver na comunidade.

18. Medicamentos psicoativos (incluindo sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos) e antipsicóticos devem ser minimizados ou retirados, com as devidas precauções e se for indicado.

19. A redução do número total de medicamentos ou doses de medicamentos deve ser conseguida. Todos os medicamentos devem ser revistos, minimizados ou mesmo retirados.

Os medicamentos têm sido consistentemente associados a um maior risco de queda, devido quer aos seus efeitos diretos (diminuição da pressão arterial), quer aos seus efeitos colaterais (como: fadiga, confusão, ataxia, tonturas). As associações mais fortes com o risco de queda relacionam-se com os medicamentos psicotrópicos e a polimedicação (definida como um número arbitrário de medicamentos de prescrições diferentes, geralmente quatro ou mais) (AGS & BGS, 2010). Neste sentido, programas multifatoriais de prevenção de risco de queda que incluem a redução do número de medicamentos ou a redução da sua dose, têm mostrado eficácia significativa na redução do número de quedas e na sua prevenção.

20. O exercício deve ser incluído como um componente das intervenções multifatoriais para a prevenção de quedas nas pessoas idosas a viver na comunidade.

21. Um programa de exercícios que inclua a marcha, o treino da força e equilíbrio, como o Tai Chi ou fisioterapia, é recomendado como uma intervenção eficaz para reduzir as quedas.

22. Os exercícios podem ser realizados em grupo ou individualmente (em casa), pois ambos são eficazes na prevenção de quedas.

23. Os programas de exercícios devem ter em conta as capacidades físicas e o perfil de saúde da pessoa idosa (isto é, ser adaptados) e serem prescritos por profissionais de saúde qualificados ou instrutores de fitness.

24. O programa de exercícios deve incluir a revisão regular, a progressão e o ajuste da prescrição do exercício, conforme for apropriado.

A diminuição da força muscular, a falta de equilíbrio e estabilidade e a mobilidade reduzida, muitas vezes presentes nas pessoas idosas, acabam por influenciar negativamente a marcha e aumentar o risco de queda. Todos estes aspetos estão intimamente interligados, daí que os

programas de exercícios incluam exercícios de fortalecimento, bem como de treino do equilíbrio, estabilidade, coordenação e marcha. Estes programas de exercícios devem, assim, ser incluídos como uma das intervenções multifatorial/multicomponente para evitar as quedas em pessoas idosas, podendo também serem considerados como uma intervenção única. Os modelos de exercícios utilizados são vários e vão desde programas de exercícios para grupos até programas de exercícios individualizados para casa. No entanto, são necessários determinados cuidados (avaliação das capacidades físicas e perfil de saúde) aquando da introdução de um programa de exercícios nas pessoas idosas, dado que o exercício pode aumentar o risco de quedas, em particular nas pessoas idosas já com mobilidade reduzida (AGS & BGS, 2010).

25. Em mulheres idosas, nas quais a cirurgia à catarata está indicada, esta deve ser acelerada para reduzir o risco de queda.

26. Não há evidência suficiente a favor ou contra a recomendação da avaliação da visão e respetivas intervenções, nas intervenções multifatoriais para prevenção do risco de queda.

27. Não há evidência suficiente para recomendar a avaliação da visão e respetivas intervenções, como intervenção única com a finalidade de reduzir as quedas.

28. As pessoas idosas devem ser aconselhadas a não usar lentes multifocais ao caminhar, principalmente em escadas.

O envelhecimento é frequentemente associado a alterações da acuidade visual, nomeadamente o aparecimento de cataratas, degeneração macular, glaucoma, entre outras, e que sugerem um risco acrescido de queda. Embora a correção destes problemas melhore intuitivamente o risco de queda, não há dados suficientes para apoiar esta intervenção. Neste sentido, deve-se solicitar às pessoas idosas que identifiquem e descrevam todos os problemas relacionadas com a visão e as suas preocupações. Se estas reportarem problemas ou preocupações, deve-se proceder à avaliação da visão e qualquer anormalidade identificada deve ser tratada, se for possível, principalmente as cataratas (AGS & BGS, 2010).

29. Avaliação e tratamento da hipotensão postural devem ser incluídos como componentes das intervenções multifatoriais para evitar as quedas nas pessoas idosas.

A hipotensão postural está associada a um risco aumentado de queda como resultado da perda de equilíbrio devido à baixa pressão arterial e consequente hipoperfusão cerebral. Esta situação ocorre, mais frequentemente, como resultado da desidratação, de medicamentos

concomitantes e neuropatia autonómica. A resolução desta situação depende da sua causa, pelo que há programas de prevenção multifatorial de quedas que incluem a redução e simplificação de medicação para modificar a pressão arterial postural, e outros incluem a hidratação e/ou o uso de meias elásticas (AGS & BGS, 2010).

30. Estimulação da dupla câmara cardíaca deve ser considerada para pessoas idosas com hipersensibilidade cardioinibitória do seio carotídeo que relatam quedas recorrentes inexplicáveis.

Os fatores cardiovasculares são frequentemente citados como fatores de risco para quedas. De acordo com AGS & BGS (2010), os distúrbios cardiovasculares mais comuns associados ao risco de queda incluem a hipersensibilidade do seio carotídeo, a síndrome vasovagal, bradiarritmias (como síndrome do nódulo sinusal e bloqueio atrioventricular) e taquiarritmias. Assim, o programa de intervenção multifatorial de prevenção do risco de quedas definido para as pessoas idosas que apresente os critérios de diagnóstico destes distúrbios deve incluir estimulação da dupla câmara cardíaca para a bradiarritmia (incluindo a hipersensibilidade do seio carotídeo e distúrbios de condução) e o tratamento das taquiarritmias.

31. Suplementos de vitamina D, de pelo menos 800 UI por dia, devem ser fornecidos às pessoas idosas com comprovada deficiência de vitamina D.

32. Suplementos de vitamina D, de pelo menos 800 UI por dia, devem ser considerados para pessoas idosas com suspeita de deficiência de vitamina D ou que apresentem risco aumentado de quedas.

A deficiência de vitamina D é comum entre as pessoas idosas e quando está presente prejudica a força muscular e a função neuromuscular, aumentando assim o risco de queda entre estas pessoas (AGS & BGS, 2010). Assim, uma vez identificada a deficiência em vitamina D, esta deve ser tratada, a fim de reduzir as quedas entre as pessoas idosas. Pode-se considerar ainda a administração de suplementos de vitamina D em níveis adequados, a todas as pessoas idosas.

33. Identificação de problemas nos pés e tratamento adequado devem ser incluídos nas avaliações de risco de queda e nas intervenções multifatoriais, em pessoas idosas a viver na comunidade.

34. As pessoas idosas devem ser avisadas que andar com sapatos de salto baixo e com área de contato com grande superfície pode reduzir o risco de queda.

Os problemas nos pés são comuns nas pessoas idosas e estão associados a alterações do equilíbrio e à diminuição do seu desempenho em testes de função. Tinetti, Speechley & Ginter (1988) demonstraram que problemas nos pés, tais como joanetes moderados a graves, deformidades nos pés, úlceras ou unhas deformadas, predispõem as pessoas idosas para um risco acrescido de queda. O tipo e as condições do calçado também podem contribuir para o risco de queda. Calçado inadequado (calçado que fica mal ajustado ao pé, com as solas gastas, salto alto ou com atacadores que não estão atados) tem sido apontado como fator contribuinte para as quedas que ocorrem em casa (AGS & BGS, 2010).

35. A avaliação da casa/meio ambiente e as intervenções realizadas neste âmbito por um profissional de saúde devem ser incluídas na avaliação e intervenção multifatorial em pessoas idosas que já caíram ou que apresentem fatores de risco de queda.

36. As intervenções devem incluir modificação ou eliminação dos fatores de risco identificados em casa e medidas para promover o desempenho seguro das atividades diárias.

As quedas dentro ou ao redor da casa são comuns nas pessoas idosas e são muitas vezes resultado de uma complexa interação entre riscos ambientais e habilidades físicas. Consideram-se riscos ambientais quaisquer objetos ou circunstâncias no ambiente que aumentam o risco de uma pessoa cair, como por exemplo: iluminação inadequada, ausência de corrimãos em escadas ou barras de apoio nas banheiras (AGS & BGS, 2010). Os riscos ambientais podem ser modificados ou eliminados, desde que identificados através de uma avaliação adequada. Daí que a triagem do ambiente em casa com acompanhamento de todas as modificações necessárias, realizada por um profissional de saúde é considerada uma intervenção eficaz para pessoas idosas com história de queda ou com outros fatores de risco de queda.

37. Programas de educação e informação devem ser considerados parte de uma intervenção multifatorial para as pessoas idosas que vivem na comunidade.

38. A educação não deve ser fornecida como uma única intervenção para reduzir as quedas nas pessoas idosas a viver na comunidade.

A educação é considerada como uma parte importante dos programas de prevenção do risco de queda. Assim, todos os programas de prevenção do risco de queda incluem componentes de promoção da saúde e de educação que se destinam a aumentar a conscientização das

peessoas idosas e/ou profissionais de saúde sobre os fatores de risco para quedas e informá-los sobre as estratégias para minimizar o risco. A educação da pessoa idosa e do seu cuidador pode ser considerada tanto como uma medida preventiva para reduzir a probabilidade da primeira queda, bem como uma intervenção para uma pessoa idosa que já caiu. Em geral, a educação é importante para a implementação e uso sustentado de estratégias de prevenção de queda (AGS & BGS, 2010).

Todas estas orientações, devidamente apresentadas e justificadas, explicam todos os passos presentes no algoritmo clínico, o qual serviu de guia orientador para as tomadas de decisão que levaram ao desenvolvimento deste projeto.

O envelhecimento da população é uma realidade mundial com repercussões a todos os níveis da sociedade. O fenómeno das quedas na pessoa idosa é um problema grave quer a nível mundial, quer a nível nacional, pelas consequências que daqui advêm para a própria pessoa idosa, família, serviços de saúde e sociedade em geral. Tal levou à definição de políticas de saúde, programas e planos que promovem a prevenção desta problemática neste grupo etário. Neste sentido e tendo em conta o facto de que as quedas são um acontecimento que pode ser evitável através da eliminação ou redução dos fatores de risco modificáveis, vários estudos têm sido realizados (Todd & Skelton, 2004; Buksman et al, 2008; AGS & BGS, 2010). Estes estudos comprovam que intervenções multifatoriais são eficazes na redução destes fatores de risco e consequentemente na redução de quedas nas pessoas idosas residentes na comunidade. Para facilitar a triagem, avaliação e implementação das medidas eficazes a AGS & BGS, elaboraram um Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa (Anexo I), o qual dá orientações para a avaliação e gestão do risco de queda na pessoas idosa, a viver na comunidade. O enfermeiro que presta cuidados na comunidade deverá assim desenvolver projetos para e com as pessoas idosas, que deem resposta aos fatores de risco identificados e em conjunto com a comunidade encontrar soluções que eliminem ou reduzam esses fatores de risco, proporcionando ambientes mais seguros para as pessoas idosas que garantam a sua autonomia e independência por mais tempo possível.

2 - DESENHO DO PROJETO

A pesquisa bibliográfica e a prevalência das quedas determinaram que a população do estudo é constituída pelas pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo (68 idosos) (Programa SINNUS, 2011).

Vários estudos e relatórios (Todd & Skelton, 2004; Rabiais et al, 2006; Buskman et al, 2008; Douglas, 2011); comprovam que o número de quedas aumenta significativamente a partir dos 75 anos, daí a escolha ter recaído neste grupo etário. No que se refere ao domicílio, este é apresentado como o local de maior ocorrência de quedas a partir dos 75 anos (Todd & Skelton, 2004; Rabiais et al, 2006). No entanto é o espaço onde as pessoas idosas podem viver com qualidade de vida e manter, de forma estável, o seu estado de saúde. Indo de encontro ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) o objetivo é que a pessoa idosa consiga viver o mais tempo possível de forma independente no seu meio habitual de vida - o domicílio – devendo este ser um objetivo individual, mas também de responsabilidade coletiva.

Os dados recolhidos junto do Gabinete de Estatística da ULSBA referentes ao ano de 2010, demonstram que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes 161 pessoas com mais de 65 anos residentes no concelho de Ferreira do Alentejo, cujo diagnóstico de entrada neste serviço foi “Queda”. Destas pessoas, 16 residiam em Odivelas, tendo oito idade igual ou superior a 75 anos. Assim, a escolha recaiu sobre a freguesia de Odivelas uma vez que uma percentagem significativa (11,8%) da população do estudo já sofreu queda com recurso aos serviços de saúde. Estes dados justificam intervenção que previna quer a queda recorrente, quer a primeira queda na restante população idosa com 75 e mais anos.

Para se proceder à caracterização da população em estudo e fazer o levantamento das necessidades no que diz respeito às quedas, foi utilizado como instrumento de colheita de dados o IAI (Instrumento de Avaliação Integrada - Anexo II). A sua escolha residiu no facto de ser o instrumento preconizado pelo ACES do Baixo Alentejo para avaliação/caracterização das

necessidades das pessoas idosas, fazendo parte do Programa da Saúde do Idoso. Este instrumento permite avaliar os seguintes domínios: queixas de saúde; estado de nutrição; quedas; locomoção; autonomia física e instrumental; queixas emocionais; estado cognitivo e social; hábitos.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico, ao caracterizar o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados.

Este capítulo inicia-se com a caracterização da freguesia de Odivelas, através da sua história e do seu contexto demográfico, socioeconómico e cultural. De seguida, a partir das informações recolhidas através do instrumento de colheita de dados utilizado, procede-se à caracterização da população em estudo nos seguintes domínios: queixas de saúde; estado de nutrição; quedas; locomoção; autonomia física; autonomia instrumental; queixas emocionais; estado cognitivo e social e hábitos. A continuação deste capítulo passa pela apresentação da estrutura do projeto, que tem por base a definição de três dimensões, cuja constituição foi definida pelo número de quedas sofridas pela pessoa idosa. Segue-se a exposição da metodologia do projeto, a qual engloba a definição dos objetivos e indicadores, seleção de estratégias, execução, recursos e estimativas de custos e avaliação. Ou seja, possibilita a compreensão e visualização de como se está e vai desenvolver o projeto nas suas três dimensões.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DE ODIVELAS

A freguesia de Odivelas é uma das mais antigas freguesias do concelho de Ferreira do Alentejo, embora nem sempre lhe tenha pertencido. A nível administrativo, esta freguesia pertenceu aos concelhos de Alcácer do Sal e do Torrão antes de ser integrada definitivamente no concelho de Ferreira do Alentejo, em finais do século XIX (Junta de Freguesia de Odivelas, 2004).

Trata-se de uma freguesia rural, que se estende por uma área de 109,9 quilómetros quadrados e confronta a norte com a freguesia do Torrão; a sul com Ferreira do Alentejo; a Oriente com Alfundão; e a ocidente com Santa Margarida do Sado. Encontra-se a 39 quilómetros da sede distrital, Beja e a 16 quilómetros da sede de concelho, Ferreira do Alentejo. Situada numa

colina, atinge os 91 metros de altitude máxima, na Praça Pública e desce até aos 55.5 metros junto à Estrada Nacional nº 2, pontos que distam entre si cerca de 250 metros (Junta de Freguesia de Odivelas, 2004). Tem uma população residente de 692 habitantes, com uma densidade populacional de 6.37 habitantes/Km2 (INE, 2001).

Ao analisarmos a proporção de idosos e jovens das várias freguesias do concelho de Ferreira do Alentejo, constata-se que a proporção de idosos na freguesia de Odivelas é a mais baixa do concelho e que a proporção de jovens é a terceira mais elevada. No entanto quando comparadas a nível nacional, verifica-se que ambas as taxas são inferiores quando comparadas com os valores para Portugal (Tabela 1).

	Proporção de Idosos 2001 (%)	Proporção de Jovens 2001 (%)
Portugal	21,4	18,0
Ferreira do Alentejo	26,20	12,60
Alfundão	23,60	14,30
Figueira dos Cavaleiros	22,60	12,60
Odivelas	20,10	13,70
Peroguarda	25,30	13,80
Canhestros	28,50	11,10
Total no Concelho	24,90	12,80

Tabela 1 - Proporção de Idosos e Jovens (Fonte: INE, Censos 2001)

No que diz respeito ao Índice de Envelhecimento, verifica-se que a freguesia de Odivelas apresenta este índice mais elevado quando comparado com Portugal, mas inferior ao Alentejo e a Ferreira do Alentejo (Tabela 2). Face ao índice de dependência (Tabela 3), constata-se que a freguesia de Odivelas apresenta um índice de dependência de jovens inferior a Portugal e ao Alentejo e o índice de dependência de idosos superior ao índice nacional, mas inferior ao índice referente ao Alentejo e a Ferreira do Alentejo.

	Índice de Envelhecimento 2001 %
Portugal	102,20
Alentejo	162,70
Ferreira do Alentejo	194,20
Odivelas	146,30

Tabela 2 - Índice de Envelhecimento (Fonte: INE, Censos 2001)

	Índice de dependência de Jovens 2001 %	Índice de dependência de Idosos 2001 %
Portugal	23,60	24,20
Alentejo	21,50	34,90
Ferreira do Alentejo	20,60	40,00
Odivelas	20,70	30,30

Tabela 3 - Índice de Dependência de Jovens e Idosos (Fonte: INE, Censos 2001)

As principais atividades empregadoras desta freguesia são a indústria, construção, energia e água, seguidas da agricultura, silvicultura e pesca, como se pode constatar pela tabela 4. No que se refere às atividades tradicionais, a que prevalece é o artesanato, em particular a cestaria de junco (Junta de Freguesia de Odivelas, 2004).

População empregada segundo o setor de atividade no concelho de Ferreira do Alentejo 2001 Nº			
	Agricultura, Silvicultura e Pesca	Indústria, Construção, Energia e Água	Serviços
Ferreira do Alentejo	89	282	1225
Alfundão	323	95	158
Figueira do Cavaleiros	251	169	186
Odivelas	98	116	80
Peroguarda	28	45	60
Canhestros	61	57	80
Total Concelho	850	764	1789

Tabela 4 - População empregada segundo o setor de atividade no concelho de Ferreira do Alentejo

(Fonte: INE, Censos 2001)

No que diz respeito à taxa de desemprego, o concelho de Ferreira do Alentejo apresenta uma taxa de 10,4%, por sua vez a freguesia de Odivelas apresenta uma taxa de 9,3% (Tabela 5)

	Taxa de Desemprego 2001 %			Taxa de Atividade 2001 %		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Ferreira do Alentejo	6,90	11,50	8,80	57,00	38,00	47,20
Alfundão	10,70	23,10	16,00	55,80	39,70	47,60
Figueira dos Cavaleiros	5,80	24,30	12,90	65,30	40,10	52,60
Odivelas	2,10	19,80	9,30	65,00	43,70	54,30
Peroguarda	8,50	25,40	15,30	55,30	36,00	45,50
Canhestros	0,70	10,30	3,90	57,00	28,50	42,80
Total Concelho	6,40	16,30	10,40	51,40	33,30	42,10

Tabela 5 - Taxas de Desemprego e de Atividade do concelho de Ferreira do Alentejo (Fonte: INE, Censos 2001)

O nível de instrução do concelho apresenta uma proporção significativa de pessoas sem qualquer instrução. A taxa de analfabetismo do concelho é de 20,7%, sendo de 22,4% na freguesia de Odivelas (Tabela 6).

	Taxa de Analfabetismo 2001 %		
	Homens	Mulheres	Total
Ferreira do Alentejo	15,2	22,1	18,7
Alfundão	19,1	25,9	22,5
Figueira dos Cavaleiros	20,9	28,7	24,9
Odivelas	19,7	25,2	22,4
Peroguarda	6,6	15,6	11,1
Canhestros	23,5	32,0	27,8
Total Concelho	17,0	24,2	20,7

Tabela 6 - Taxa de Analfabetismo (Fonte: INE, Censos 2001)

No que diz respeito a espaços e locais de cultura e lazer, a freguesia de Odivelas dispõe de um Centro de Convívio; de uma Praia Fluvial e Miradouro, localizados na Barragem de Odivelas e uma Zona de Caça Associativa. Referente a atividades de cultura e lazer, realiza-se, nesta freguesia, no terceiro domingo do mês de Julho a Festa em Honra de Santo Estevão, sendo este o evento cultural mais significativo. Outro evento anual é o Festival de Ranchos Folclóricos, organizado pelo Rancho Folclórico “Os Ceifeiros”. Existem também associações e coletividades, as quais desempenham um papel importante na dinamização de atividades de

carácter cultural, recreativo, desportivo e humanitário, tais como o Grupo Desportivo de Odivelas e o Rancho Folclórico “Os Ceifeiros” (Junta de Freguesia de Odivelas, 2004).

Em termos de património a freguesia de Odivelas tem monumentos que pela sua beleza e importância marcam uma data, uma época e contam uma história. Destacam-se a Igreja Paroquial de Santo Estevão, integrada no espólio da Ordem de Santiago e a Ponte de Odivelas, a qual foi construída no reinado de D. João VI, no século XIX, de estilo romano (Junta de Freguesia de Odivelas, 2004).

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o IAI (Anexo II), cuja aplicação se realizou de 14 de julho a 16 de agosto de 2011. A população alvo é constituída por 68 pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo. Obtiveram-se 62 inquéritos respondidos e seis nulos devido a: recusa (1); falecimento (1); institucionalização num lar (1); mudança de residência (3). As questões do instrumento foram pré-codificadas de modo a possibilitar a análise e tratamento dos dados em SPSS 17 (Statistical Package for the Social Sciences 17). Para sistematizar e realçar a informação, foi utilizada a estatística descritiva, nomeadamente: frequências absolutas (%) e frequências relativas (Anexo III). Em termos estatísticos, apresentam-se, de seguida, os resultados em Gráficos.

Os dados apresentados constituem a primeira etapa do planeamento em saúde, ou seja, o diagnóstico de saúde. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010, o planeamento em saúde deverá ser um processo formativo continuado e é definido tipicamente como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o sector da saúde, à luz das políticas adotadas, das intervenções selecionadas e das limitações dos recursos.

De acordo com o Gráfico 1, a maioria da população em estudo (58,10%) pertence ao grupo etário dos 75 – 79 anos, constituído por 36 pessoas idosas. Em relação ao sexo, 61,30% são do sexo feminino (n = 38 idosas) e 38,70% do sexo masculino (n = 24 idosos) (Gráfico 2).

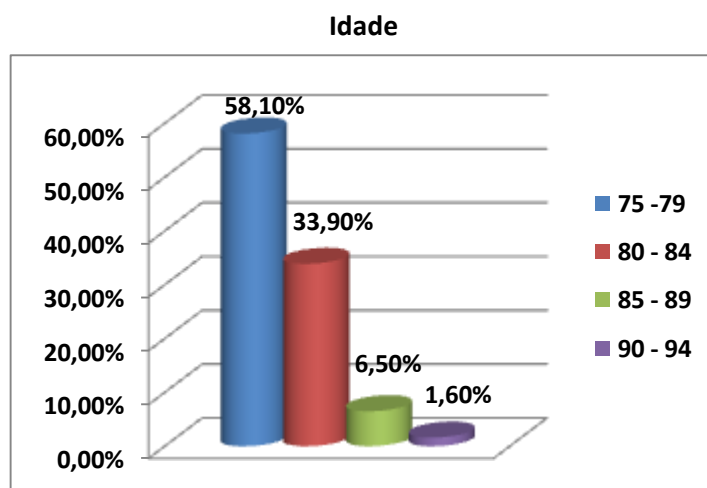


Gráfico 1 - Distribuição da população segundo a Idade

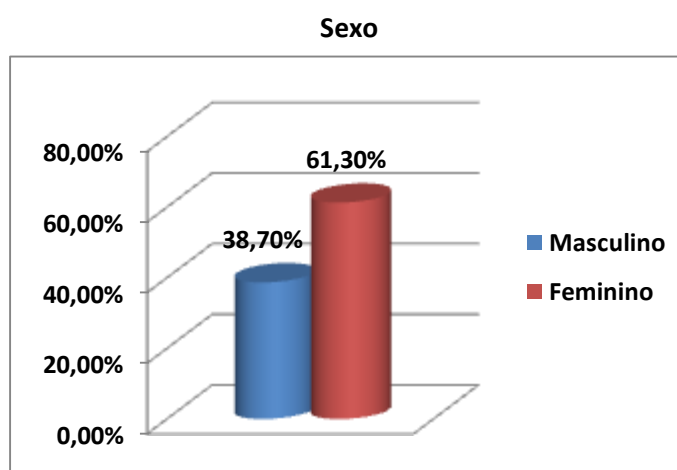


Gráfico 2 - Distribuição da população segundo o Sexo

Ao analisar-se o Gráfico 3, verifica-se que o inquérito foi maioritariamente respondido pelas próprias pessoas idosas (91,90%), sendo que os restantes (8,10%) foram respondidos pelos seus cuidadores.

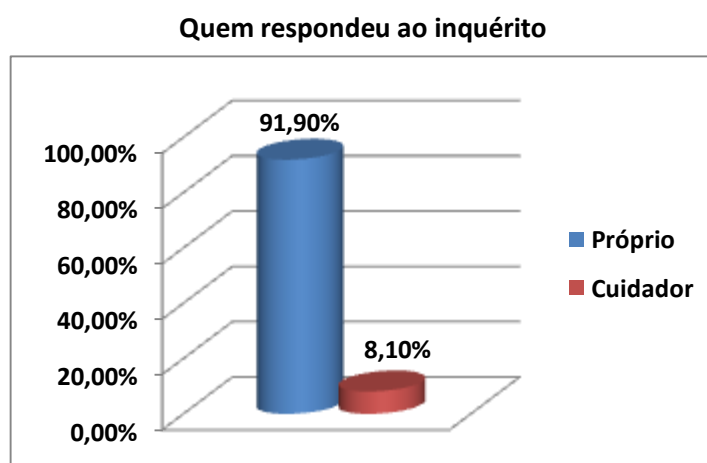


Gráfico 3 - Distribuição da população segundo Quem respondeu ao inquérito

De seguida irá proceder-se à análise dos vários domínios que o instrumento avalia.

Ao analisar-se o domínio das **Queixas de Saúde** das pessoas idosas em estudo verifica-se:

- 76% das pessoas idosas referem queixas músculo-esqueléticas, sendo as mais frequentes os sinais/sintomas da região lombar (32,30%), seguido dos sinais/sintomas do joelho (11,30%) e 24,20% das pessoas idosas não referiram qualquer tipo de queixa músculo-esquelética (Gráfico 4);

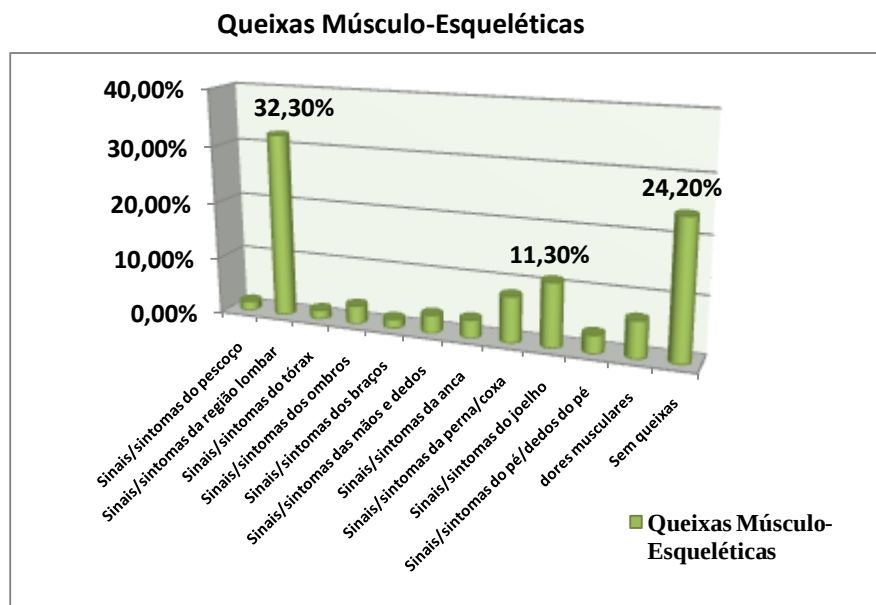


Gráfico 4 - Distribuição da população segundo as Queixas Músculo-Esqueléticas

- 46,80% das pessoas idosas referem queixas visuais, relacionadas com limitação funcional ou incapacidade visual e 35,50% das pessoas idosas não refere queixas de visão (Gráfico 5);

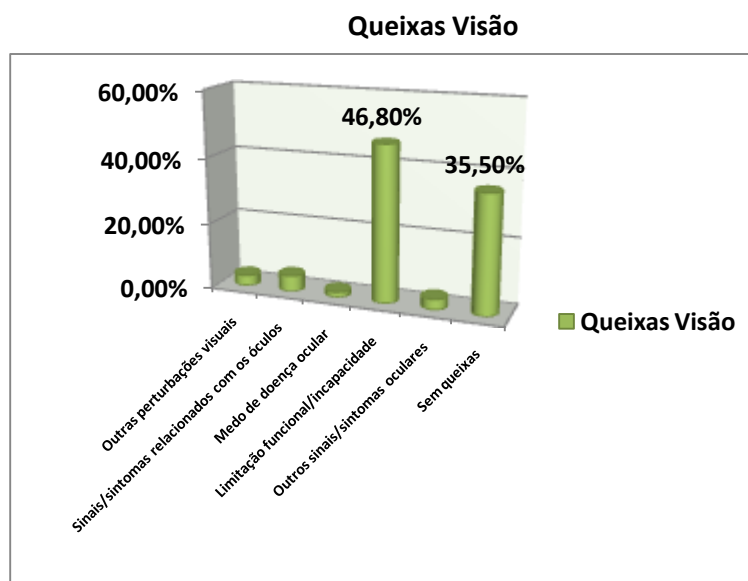


Gráfico 5 - Distribuição da população segundo as Queixas Visão

- Algumas pessoas idosas referiram problemas de audição (21%), mas a maioria (59,70%) não referiu qualquer queixa relacionada com a audição (Gráfico 6);

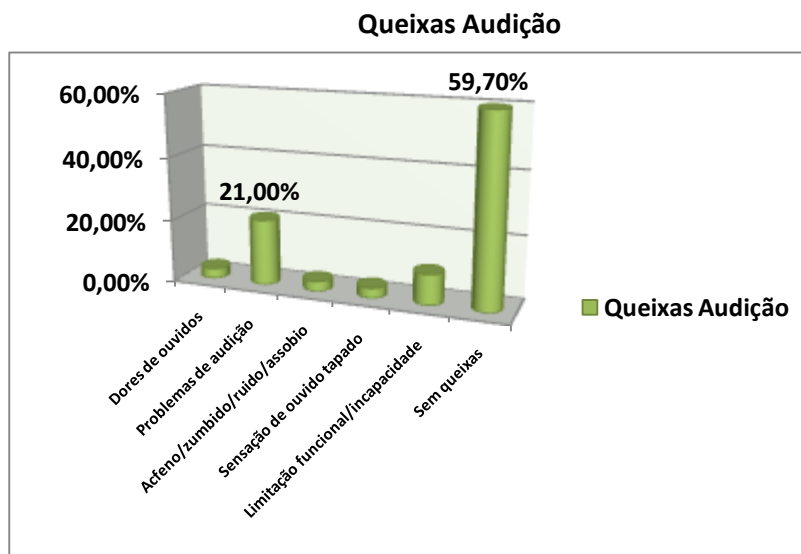


Gráfico 6 - Distribuição da população segundo as Queixas Audição

- A maioria das pessoas idosas (85,50%) não referiu qualquer queixa relacionada com a pele (Gráfico 7);

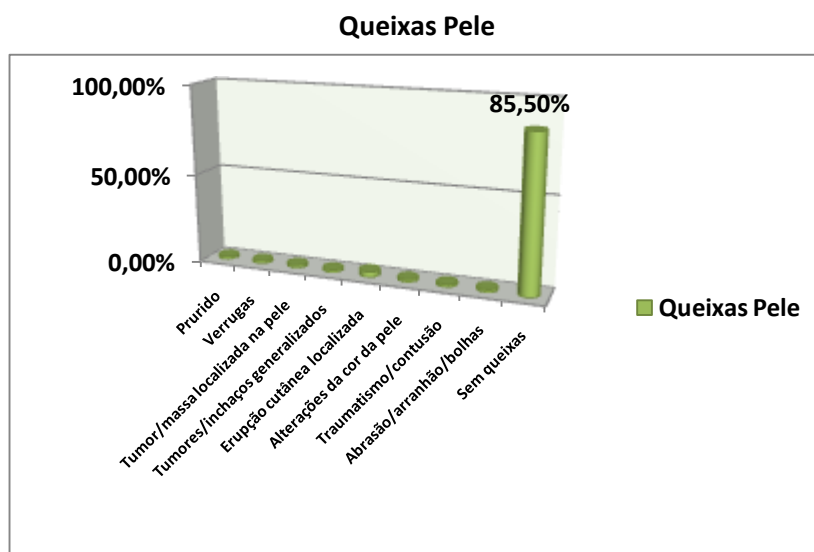


Gráfico 7 - Distribuição da população segundo as Queixas Pele

- Identificaram-se ainda 22,60% de pessoas idosas que apresentavam queixas do sistema endócrino, metabólico e nutricional; 19,40% do aparelho circulatório e 14,50% do aparelho respiratório. Por sua vez, 29% das pessoas idosas não referiram qualquer tipo de queixa (Gráfico 8).

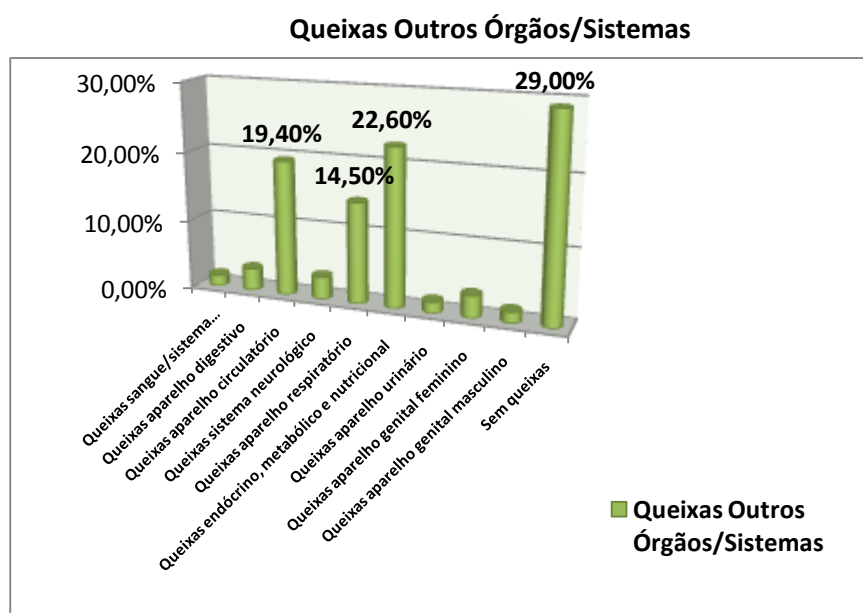


Gráfico 8 - Distribuição da população segundo as Queixas Outros Órgãos/Sistemas

Relativamente à **Avaliação do Estado de Nutrição** os parâmetros avaliados são o IMC (Índice de Massa Corporal) e o perímetro abdominal. Assim, no que diz respeito ao IMC, constatou-se que 53,20% das pessoas idosas apresentam peso em excesso e 21% obesidade de grau I (Gráfico 9).

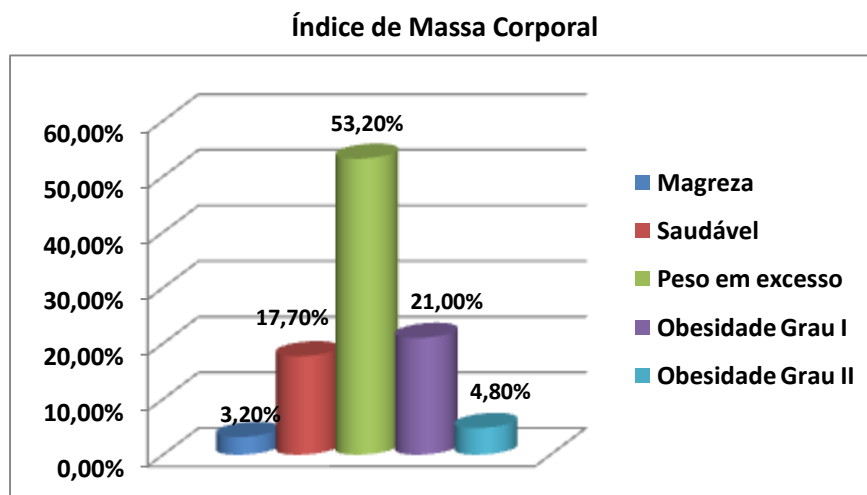


Gráfico 9 - Distribuição da população segundo o Índice de Massa Corporal

No que se refere ao perímetro abdominal verifica-se que 14 pessoas idosas do sexo masculino apresentam um perímetro abdominal superior a 102 cm (Gráfico 10) e que 31 pessoas idosas do sexo feminino apresentam perímetro abdominal superior a 88 cm (Gráfico 11).

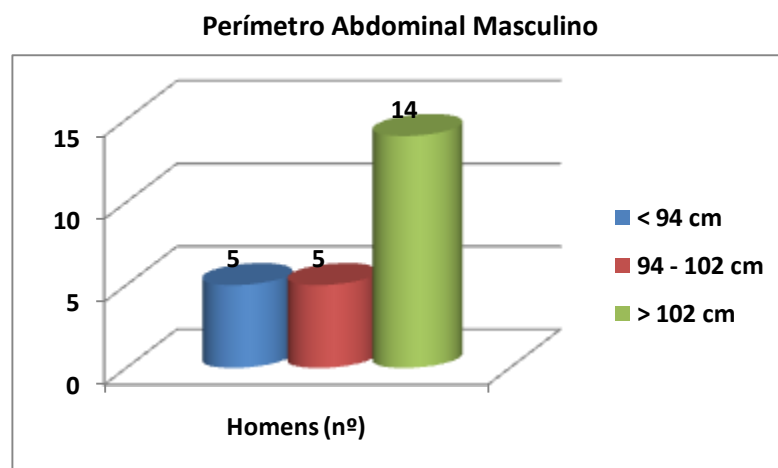


Gráfico 10 - Distribuição da população masculina segundo o Perímetro Abdominal

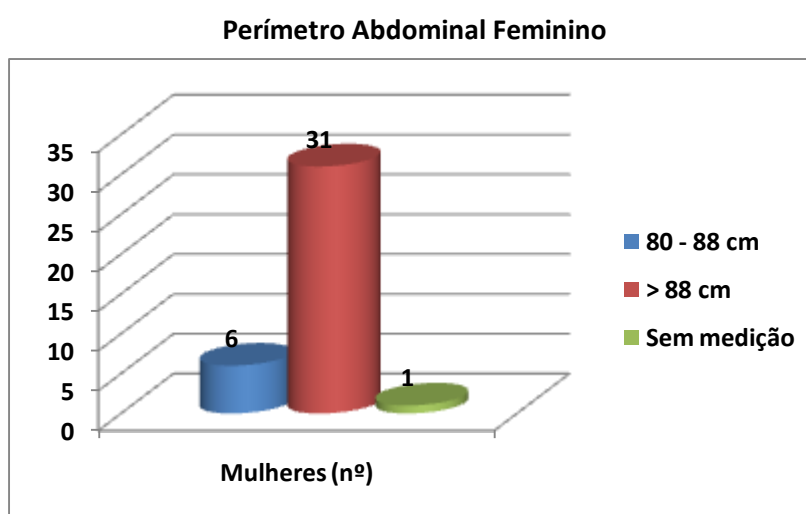


Gráfico 11 - Distribuição da população feminina segundo o Perímetro Abdominal

A avaliação das **Quedas** demonstrou que 37,10% (n = 23) das pessoas idosas tiveram uma queda; 32,30% (20) já sofreram duas ou mais quedas e que 30,60% (19) não sofreram nenhuma queda (Gráfico 12).

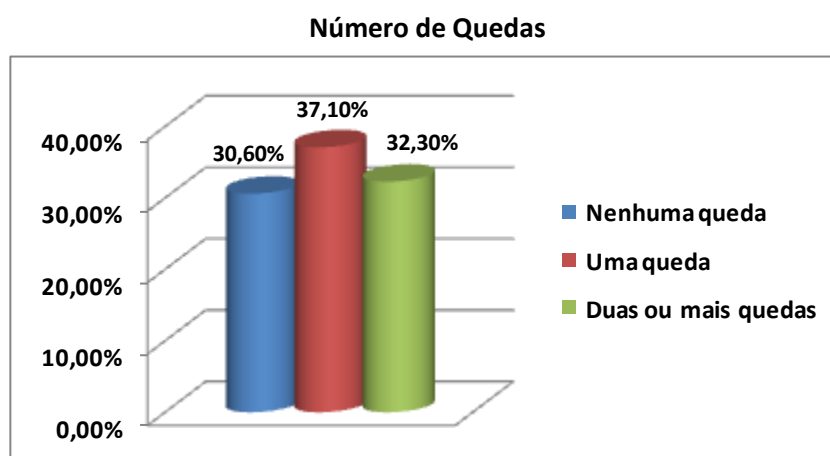


Gráfico 12 - Distribuição da população segundo o Número de Quedas

Em relação ao momento da queda, de acordo com o Gráfico 13, verificou-se que em 43,50% das pessoas idosas que sofreram queda, esta ocorreu entre 1 mês a um ano atrás.

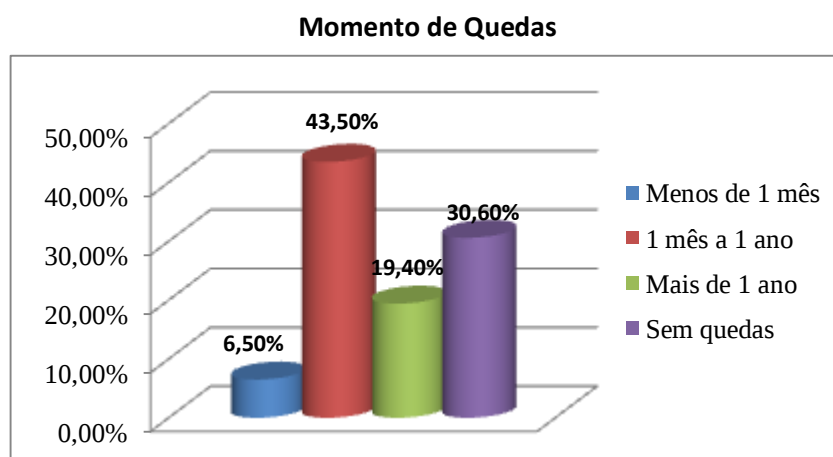


Gráfico 13 - Distribuição da população segundo o Momento de Quedas

O principal motivo de queda relaciona-se com fatores externos (41,90%) e na sua maioria (48,40%) não resultaram sequelas (Gráfico 14 e Gráfico 15, respectivamente).

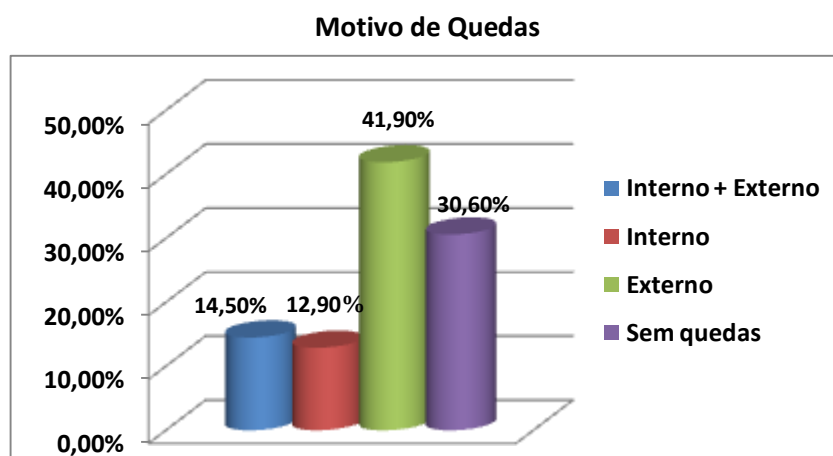


Gráfico 14 - Distribuição da população segundo o Motivo de Quedas

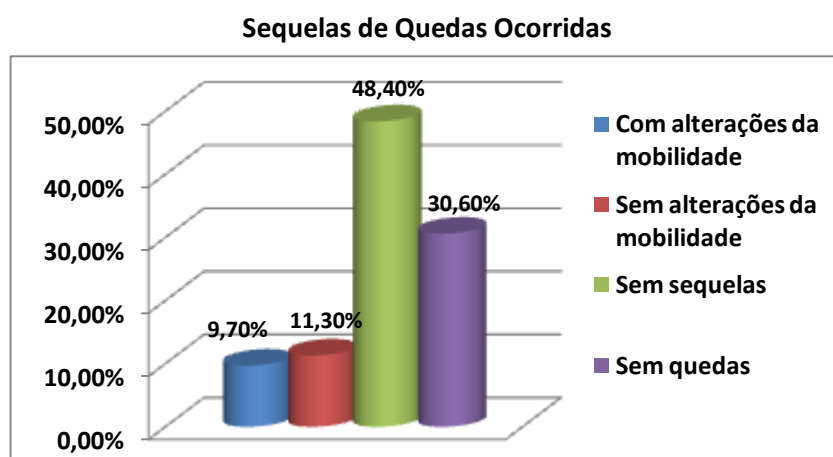


Gráfico 15 - Distribuição da população segundo as Sequelas de Quedas Ocorridas

No que se refere à **Locomoção**, verificamos nas diferentes avaliações que a maioria das pessoas idosas é independente a andar em casa/dentro de edifícios (80,60%), na rua (77,40%) e nas escadas (73%) (Gráfico 16). No entanto 58,10% necessita de meios de visão e audição para a locomoção (Gráfico 17).

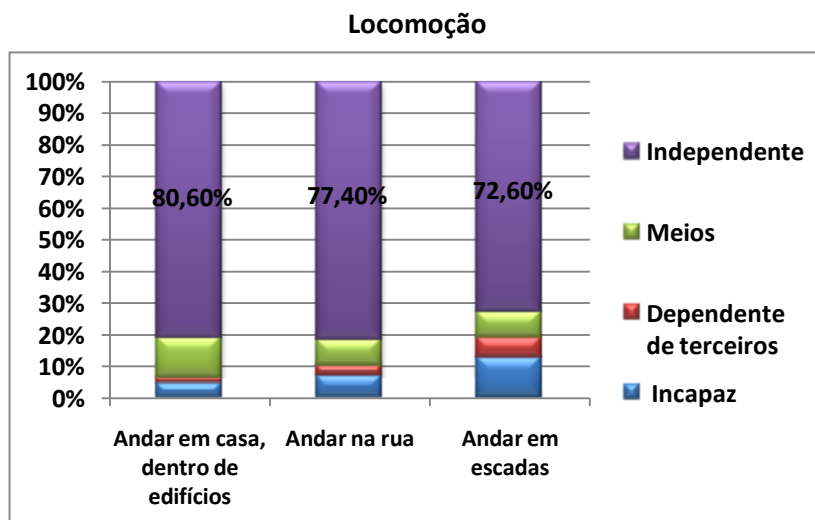


Gráfico 16 - Distribuição da população segundo a Locomoção

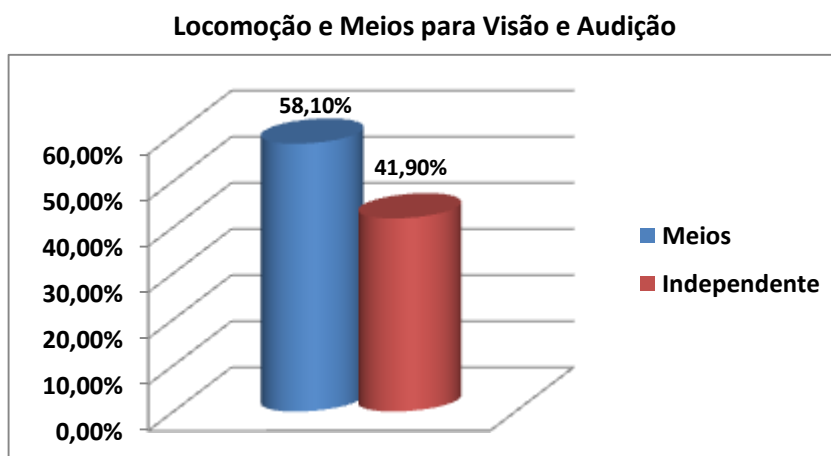


Gráfico 17 - Distribuição da população segundo a Locomoção e Meios para Visão e Audição

Na avaliação da **Autonomia Física** e segundo o Gráfico 18, constatou-se que a maioria das pessoas idosas é independente, nomeadamente em: lavar-se/tomar banho (79%); vestir-se/despir-se (87,10%); usar a sanita e/ou bacio/urinol (93,50%); deitar-se/levantar-se da cama (95,20%); sentar-se/levantar-se de cadeiras (93,50%); controlar a urina (91,90%); controlar as fezes (93,50%); alimentar-se/comer (90,30%). Verificou-se ainda que face à autonomia física 54,80% das pessoas idosas necessitam de meios para visão e audição (Gráfico 19).

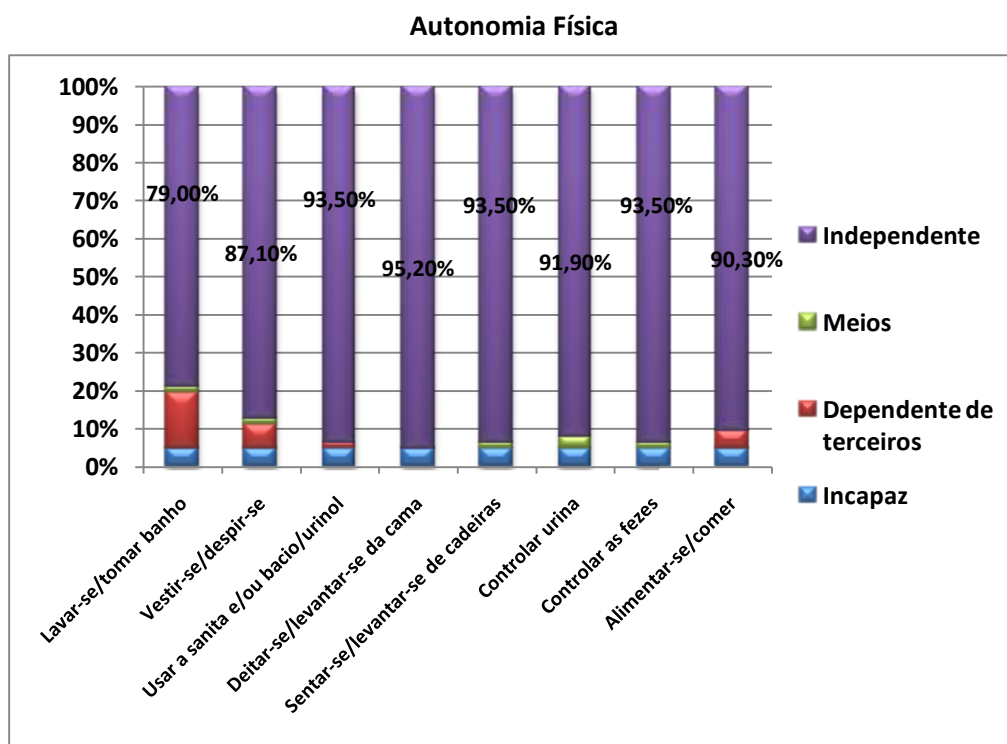


Gráfico 18 - Distribuição da população segundo a Autonomia Física

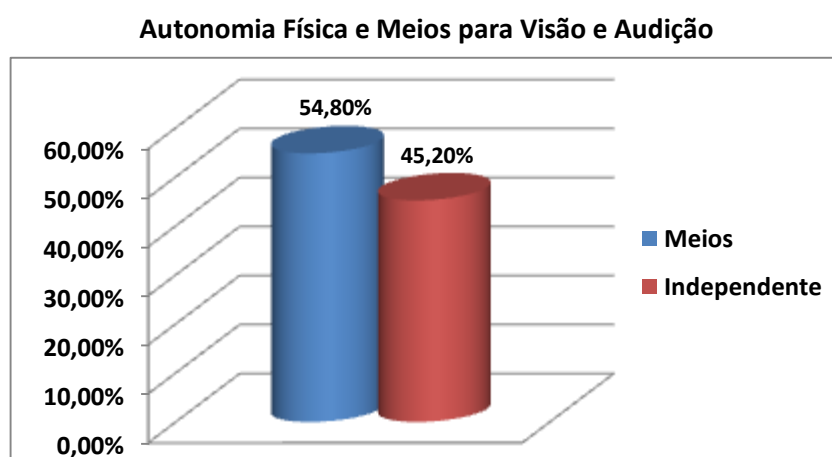


Gráfico 19 - Distribuição da população segundo a Autonomia Física e Meios para Visão e Audição

Outro domínio avaliado é a **Autonomia Instrumental** na qual também se verificou que nos diferentes parâmetros avaliados a maioria das pessoas idosas é independente, nomeadamente em: usar o telefone (67,70%); fazer compras (61,30%); preparar refeições (59,70%); tarefas de lida da casa (58,10%); lavar/tratar da sua roupa (61,30%); tomar os seus medicamentos (77,40%); gerir o seu dinheiro (67,70%); exceto no parâmetro usar transportes em que a maioria das pessoas idosas (58,10%) é dependente de terceiros nesta atividade (Gráfico 20). Relativamente à autonomia instrumental e meios de visão e audição, 56,50% das pessoas idosas necessitam de meios (Gráfico 21).

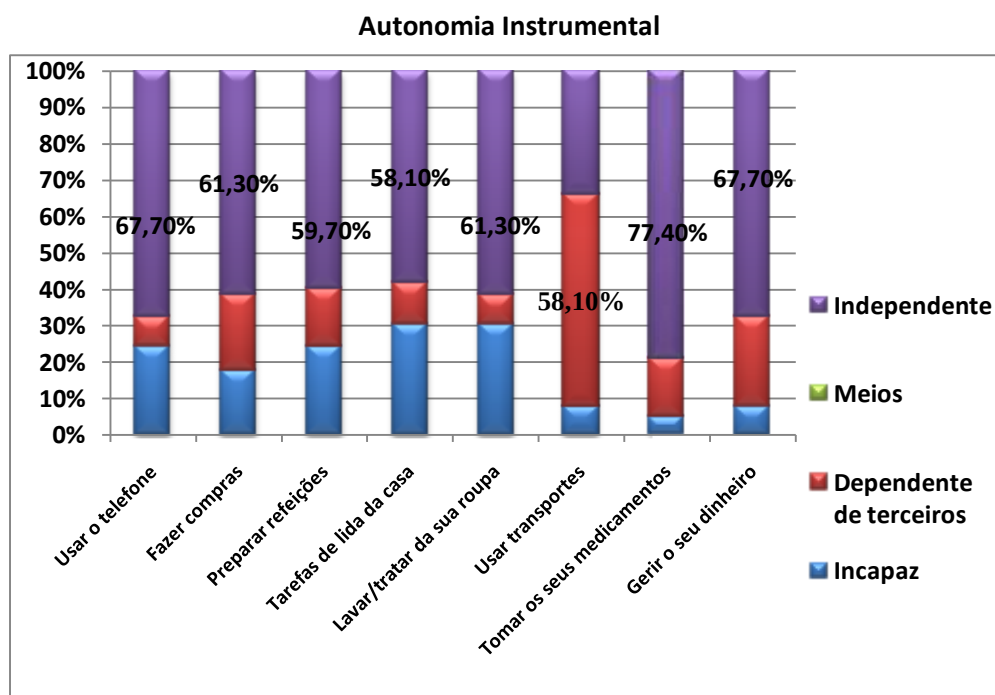


Gráfico 20 - Distribuição da população segundo a Autonomia Instrumental

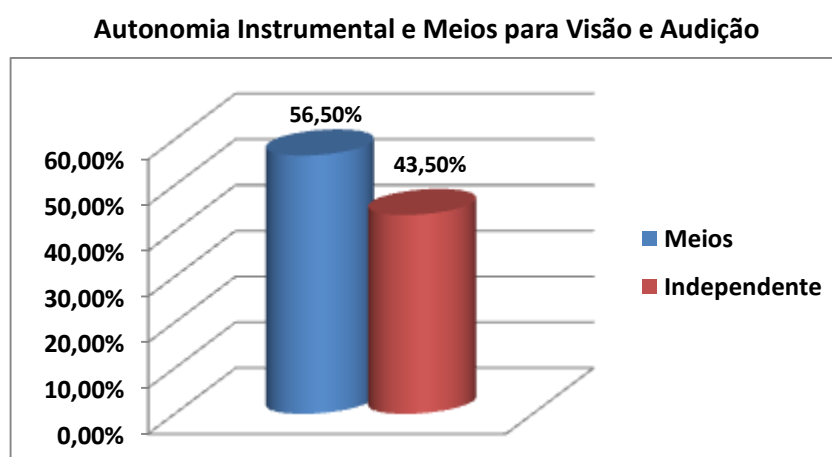


Gráfico 21 - Distribuição da população segundo a Autonomia Instrumental e Meios para Visão e Audição

No que se refere às **Queixas Emocionais**, e de acordo com os Gráficos 22 e 23 verificaram-se os seguintes resultados:

- Triste/deprimido: 29% das pessoas idosas referiram estar pouco tempo tristes/deprimidos;
- Nervoso/ansioso: 29% das pessoas idosas referiram sentirem-se pouco tempo nervosos/ansiosos;
- Outras queixas: 22,60% referiram queixas relacionadas com perturbação do sono e 61,30% não referiram qualquer queixa.

Queixas Emocionais: Triste/Deprimido e Nervoso/Ansioso

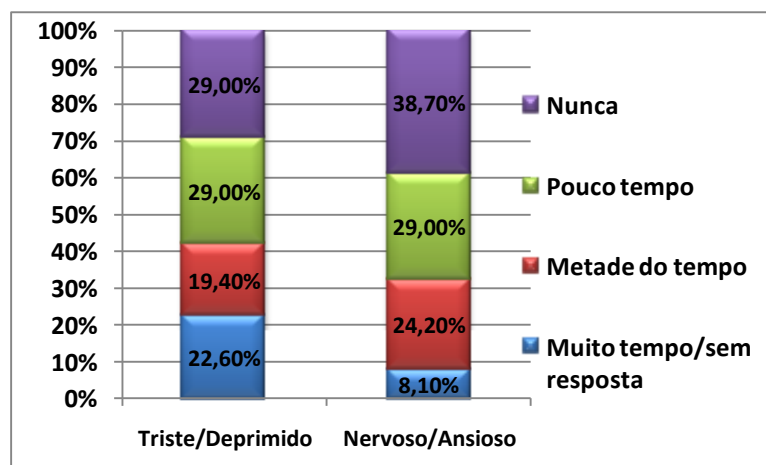


Gráfico 22 - Distribuição da população segundo as Queixas Emocionais: Triste/Deprimido e Nervoso/Ansioso

Outras Queixas

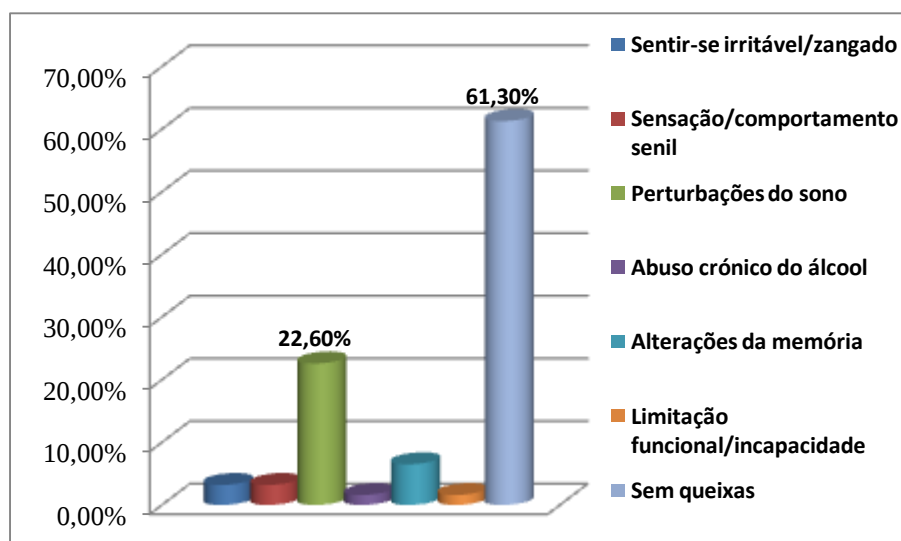


Gráfico 23 - Distribuição da população segundo Outras Queixas

No domínio do **Estado Cognitivo** (Gráfico 24), a maioria das pessoas idosas apresentam-se orientados no tempo e no espaço, designadamente face aos seguintes aspetos: ano (59,70%); mês (74,20%); dia do mês (67,70%); estação do ano (75,80%); dia da semana (88,70%); país (82,30%); distrito (83,90%); localidade (95,20%); residência (93,50%); andar (91,90%).

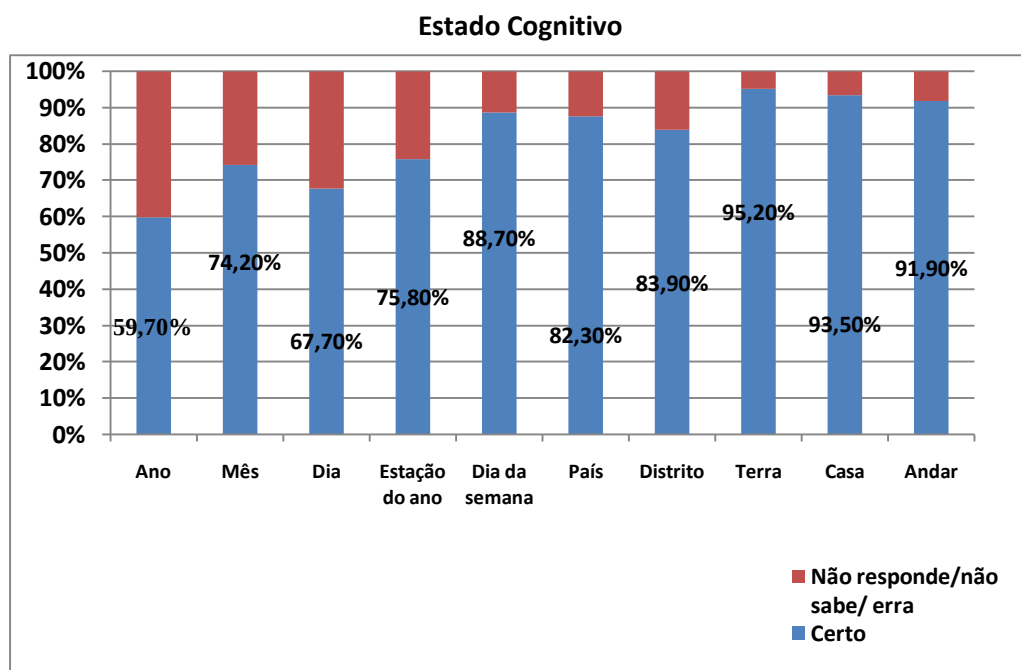


Gráfico 24 - Distribuição da população segundo o Estado Cognitivo

Relativamente ao **Estado Social**, verificaram-se os seguintes resultados:

- Em relação ao estado civil e segundo o Gráfico seguinte, 51,60% das pessoas idosas são casadas ou vivem em união de facto;

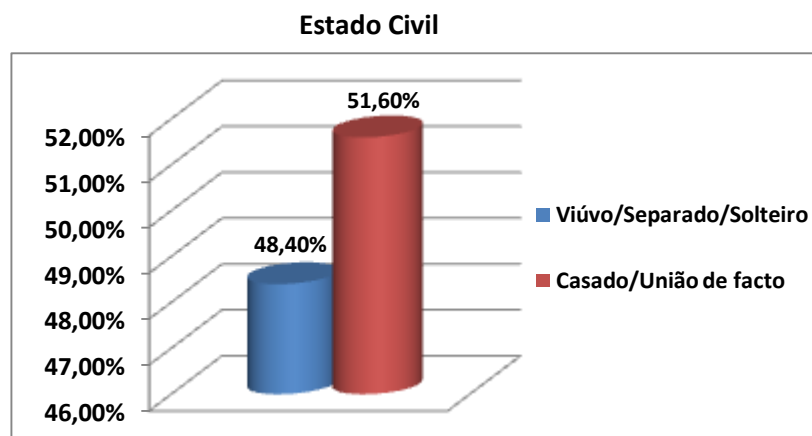


Gráfico 25 - Distribuição da população segundo o Estado Civil

- A maioria das pessoas idosas coabita com outras pessoas (69,30%), vivendo sozinhas 30,60% (n=19) das pessoas idosas (Gráfico 26);

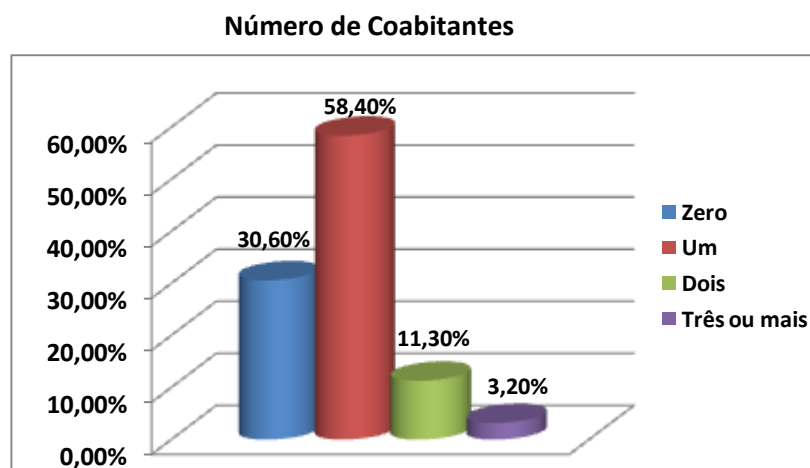


Gráfico 26 - Distribuição da população segundo o Número de Coabitantes

- A maioria das pessoas idosas (69,40%) está só menos de oito horas por dia (Gráfico 27);



Gráfico 27 - Distribuição da população segundo o Tempo em que está só nas 24 horas

- Quando inquiridas sobre o facto de terem alguém com quem desabafar 85,50% das pessoas idosas referiram ter um confidente (Gráfico 28);

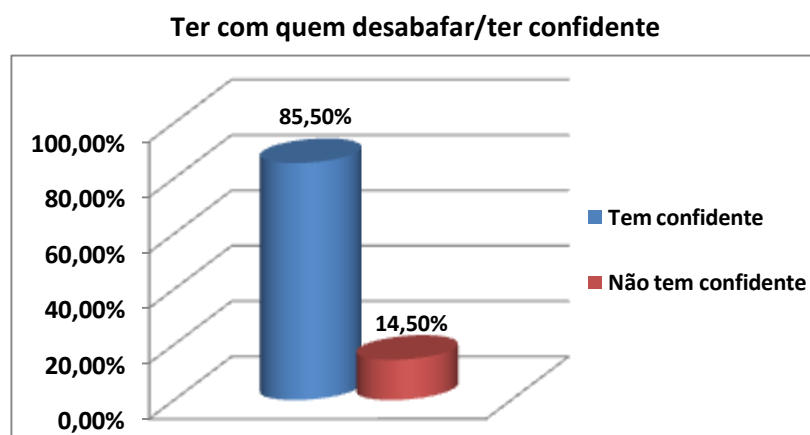


Gráfico 28 - Distribuição da população segundo Ter com quem desabafar/ter confidente

- A maioria das pessoas idosas (83,90%) não possui qualquer grau de escolaridade (Gráfico 29);

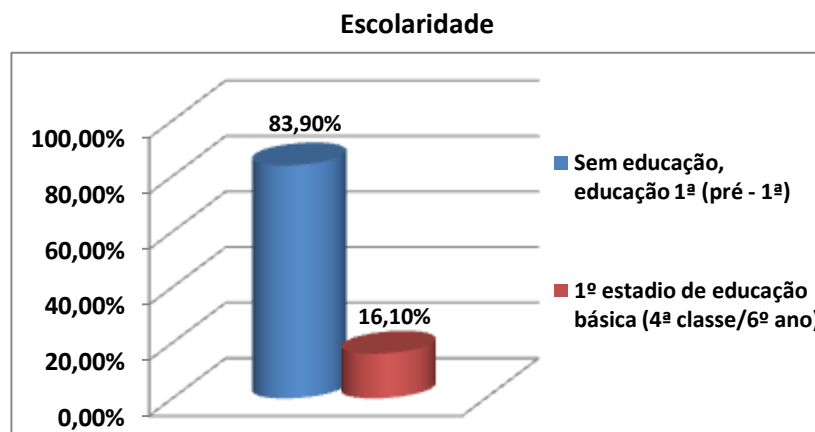


Gráfico 29 - Distribuição da população segundo a Escolaridade

- A profissão da maioria das pessoas idosas (95,20%) foi de trabalhador rural (agricultor não qualificado) (Gráfico 30).

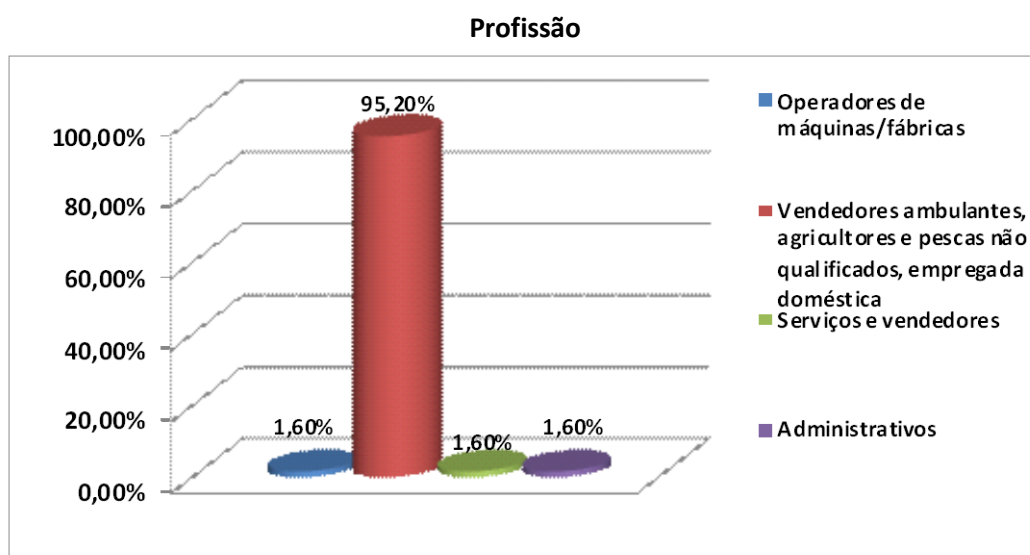


Gráfico 30 - Distribuição da população segundo a Profissão

O último domínio relaciona-se com os **Hábitos** das pessoas idosas, e de acordo com o Gráfico 31, observa-se que:

- 48,40% das pessoas idosas anda quatro ou mais horas por semana a pé na rua;
- A maioria das pessoas idosas (87,10%) não pratica qualquer tipo de ginástica ou desporto. Apenas 12,90% das pessoas idosas referem praticar uma a duas horas de ginástica ou desporto por semana;
- Em relação a outras atividades físicas, verifica-se que 46,80% das pessoas idosas realiza quatro ou mais horas por semana;

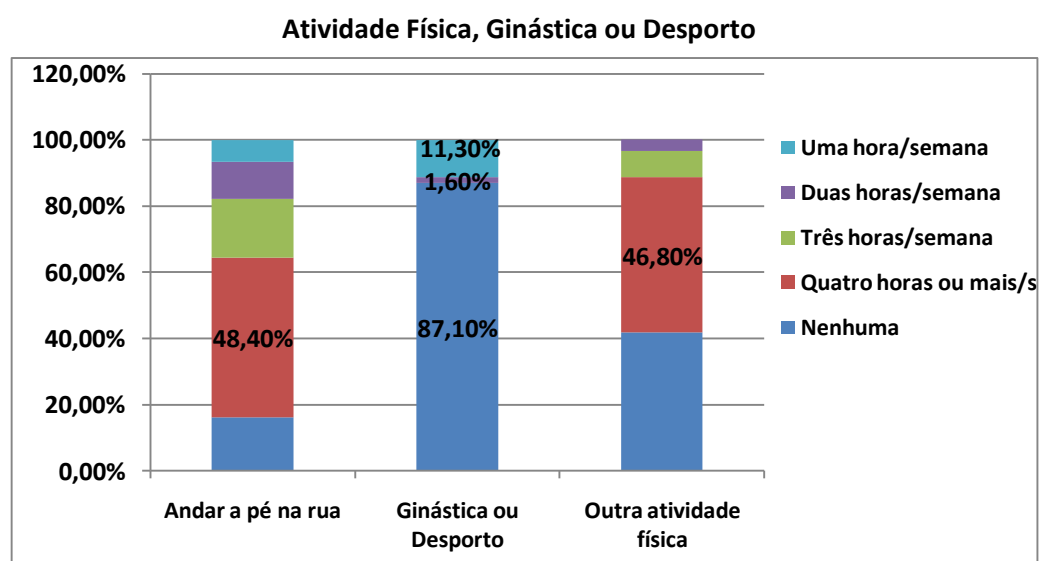


Gráfico 31 - Distribuição da população segundo as horas por semana de Atividade Física, Ginástica ou Desporto

- A maioria das pessoas idosas (66,10%) faz três refeições por dia, nomeadamente o pequeno-almoço, almoço e jantar e 8,10% das pessoas idosas faz apenas duas refeições por dia (almoço e jantar) (Gráfico 32).

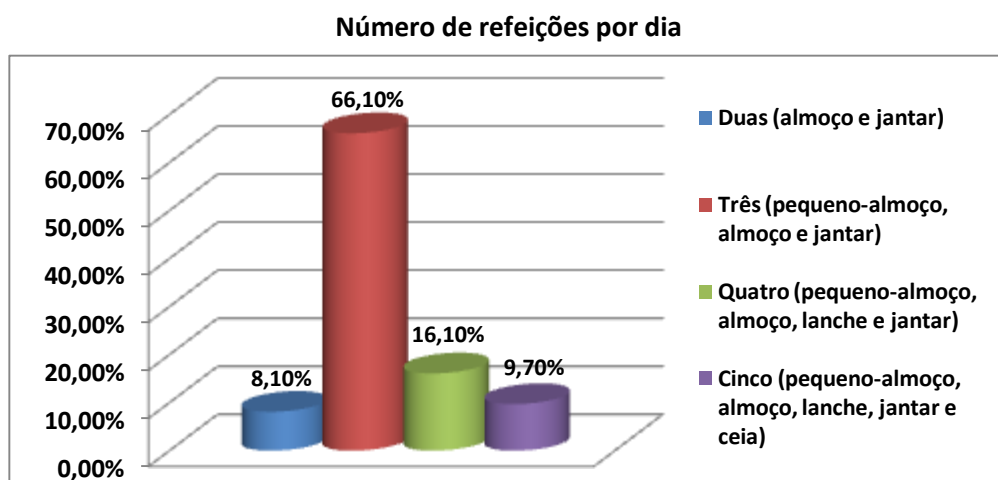


Gráfico 32 - Distribuição da população segundo o Número de refeições por dia

2.3 - ESTRUTURA DO PROJETO

Um projeto de intervenção comunitária deverá ser amplo mas preciso, de forma a garantir a obtenção dos resultados esperados. A estrutura deste projeto de intervenção comunitária tem por base a definição de três dimensões, cuja constituição foi definida pelo número de quedas sofridas pela pessoa idosa. Assim, constituíram-se as seguintes dimensões:

- Dimensão I: pessoas idosas sem quedas;
- Dimensão II: pessoas idosas que sofreram uma queda;
- Dimensão III: pessoas idosas que sofreram duas ou mais quedas.

A dimensão I surgiu da importância de evitar a primeira queda, promovendo a segurança e qualidade de vida das pessoas idosas. Trata-se de uma atuação ao nível da prevenção primária, em que através de um conjunto de ações se pretende evitar as quedas nesta população, reduzindo ou eliminando os fatores de risco modificáveis. A constituição das outras duas dimensões tem por base o Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa da AGS & BGS (Anexo I). A aplicação do instrumento de colheita de dados utilizado permitiu obter resposta a uma das perguntas que fazem parte deste algoritmo clínico, o qual descreve o processo sistemático de tomada de decisão e intervenção que deve ocorrer na gestão das quedas em pessoas idosas a viver na comunidade. Assim, de acordo com as diretrizes deste algoritmo clínico, constituíram-se as dimensões II e III. Nestas duas dimensões, atuar-se-á ao nível da prevenção secundária e terciária. A prevenção secundária visa, através de um conjunto de ações, identificar e corrigir o mais atempadamente possível qualquer desvio da normalidade, com o objetivo de diminuir a prevalência de quedas nesta população. Por sua vez, a prevenção terciária visa reduzir as sequelas das quedas de forma a permitir uma rápida reintegração da pessoa idosa na sua vida diária, aproveitando as capacidades remanescentes.

A estrutura deste projeto passa assim pela definição de objetivos, indicadores e atividades específicos para cada uma das dimensões tendo por base as indicações fornecidas pelo Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa das AGS & BGS, em particular para as dimensões II e III (Anexo IV).

No que se refere à dimensão I pretende-se a integração destas pessoas idosas e dos seus cuidadores num Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”, de modo a incrementar as necessidades básicas de saúde, educação e alfabetização de saúde, para que conscientes da importância dos fatores de risco relacionados com a queda e seus determinantes, sejam capazes de tomar medidas para corrigir estes desafios que ameaçam a sua saúde e independência.

Na dimensão II, será feita a avaliação da marcha e equilíbrio através da aplicação do Teste Levantar e Caminhar Cronometrado (Time Up and Go Test - TUG) a todas as pessoas idosas

que fazem parte deste grupo. Dos testes recomendados pelas AGS & BGS para a avaliação da marcha e equilíbrio, a escolha recaiu sobre este teste por ser um teste com boa sensibilidade e especificidade; não necessita de grandes recursos para ser aplicado, nem de grande formação (Anexo V). Depois de aplicado o teste, nas pessoas idosas em que o resultado for normal, estas serão reavaliadas uma vez por ano; nas pessoas idosas em que o resultado der alterado, estas serão encaminhadas para a consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde da extensão de saúde de Odivelas para determinação multifatorial do risco de queda. Uma vez avaliadas nesta consulta, as que não tiverem indicação para intervenção adicional serão reavaliadas uma vez por ano; as que tiverem indicação, iniciar-se-á uma intervenção multifatorial/multicomponentes para tratar os riscos identificados e prevenir as quedas recorrentes (Anexo I). As pessoas idosas deste grupo e os seus cuidadores irão integrar, em simultâneo com estas intervenções, um Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”, de modo a incrementar as necessidades básicas de saúde, educação e alfabetização de saúde, para que conscientes da importância dos fatores de risco relacionados com a queda e seus determinantes, sejam capazes de tomar medidas para corrigir estes desafios que ameaçam a sua saúde e independência.

Na dimensão III, todas as pessoas idosas que constituem este grupo serão encaminhadas para a consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde da extensão de saúde de Odivelas para determinação multifatorial do risco de queda. Uma vez avaliadas nesta consulta, as pessoas idosas às quais não forem identificados fatores de risco de queda serão reavaliadas uma vez por ano; às pessoas idosas a quem for identificado fatores de riscos de queda, iniciar-se-á a intervenção multifatorial/multicomponentes para tratar os riscos identificados e prevenir quedas recorrentes (Anexo I). As pessoas idosas deste grupo e os seus cuidadores irão também integrar, em simultâneo com estas intervenções, um Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”, de modo a incrementar as necessidades básicas de saúde, educação e alfabetização de saúde, para que conscientes da importância dos fatores de risco relacionados com a queda e seus determinantes, sejam capazes de tomar medidas para corrigir estes desafios que ameaçam a sua saúde e independência.

Este projeto contempla, assim, três grandes áreas de intervenção, nomeadamente:

- Saúde: com o intuito de obter ganhos em anos de vida com independência;

- Educação: para capacitar a população alvo para que de modo informado, consciente, responsável e autónomo, faça escolhas saudáveis no sentido de evitar/reduzir o número de quedas e promover a sua autonomia e independência;
- Envelhecimento Ativo: de forma a otimizar as oportunidades de e para a saúde, participação e segurança, com vista à melhoria da qualidade de vida.

2.4 - METODOLOGIA DO PROJECTO

A metodologia do projeto é o fio condutor ao delinear os caminhos a seguir e a forma de os percorrer, permitindo a todos os intervenientes o conhecimento das suas tarefas.

2.4.1 - Objetivos e Indicadores

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993)

“realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo. Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (p. 77).

Pode-se definir objetivo como “o enunciado de um princípio, a tendência de evolução natural do problema”, podendo este coincidir com a própria tendência, no caso de se considerar que a evolução natural já é bastante favorável e tendo em conta aquilo que é “tecnicamente exequível” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79).

Existem quatro aspetos fundamentais que se devem considerar nesta fase:

- A seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77).

Segundo Pereira (1995), os Indicadores de Saúde dão a possibilidade de conhecer o contexto para interceder corretamente e ainda documentar sobre a situação existente, sendo através deles que se conhece a realidade e se medem os progressos alcançados.

É importante distinguir indicadores de atividade ou de execução e indicadores de impacto ou resultado. Os indicadores de resultado ou de impacto têm como principal objetivo medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema. Os

indicadores de atividade ou de execução pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos específicos e os indicadores de atividade serão definidos de acordo com cada dimensão e são apresentados nos quadros seguintes (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 - Objetivo Específico e Indicadores de Atividade da Dimensão I

Dimensão I		
Objetivo Específico	Prevenir a primeira queda nas pessoas idosas com 75 e mais anos a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.	
	Fórmula de Cálculo	Meta (Final de março de 2013)
Indicadores de Atividade	Nº de sessões de formação realizadas/Nº de sessões de formação planeadas X 100	90%
	Nº de pessoas idosas presentes em cada sessão de formação/ Nº total de pessoas idosas X 100	100%
	Nº de cuidadores presentes em cada sessão de formação/ Nº total de cuidadores X 100	100%
	Nº de pessoas idosas que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”/ Nº total de pessoas idosas X 100	100%
	Nº de cuidadores que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”/ Nº total de cuidadores X 100	100%
	Nº de pessoas idosas que integram a aula de ginástica semanal na freguesia de Odivelas/ Nº total de pessoas idosas	80%

Quadro 2 - Objetivo Específico e Indicadores de Atividade da Dimensão II

Dimensão II		
Objetivo Especifico	Prevenir a queda recorrente, bem como as suas sequelas nas pessoas idosas com 75 e mais anos a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.	
	Fórmula de Cálculo	Meta
Indicadores de Atividade	Nº de pessoas idosas que realizaram o teste “Levantar e Caminhar Cronometrado”/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de julho 2012)
	Nº de pessoas idosas encaminhadas para a consulta médica e de enfermagem para determinação multifatorial do risco de queda/ Nº total de pessoas idosas que apresentaram alterações no teste “Levantar e Caminhar Cronometrado” X 100	100% (Final de julho 2012)
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta médica da equipa de saúde para determinação multifatorial do risco de queda/ Nº total de pessoas idosas que apresentaram alterações no teste “Levantar e Caminhar Cronometrado” X 100	75% (Final de outubro 2012)
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta de enfermagem da equipa de saúde para determinação multifatorial do risco de queda/ Nº total de pessoas idosas que apresentaram alterações no teste “Levantar e Caminhar Cronometrado” X 100	75% (Final de outubro 2012)
	Nº de pessoas idosas encaminhadas para iniciarem intervenção multifatorial/ Nº total de pessoas idosas identificadas com fatores de risco de queda X 100	100% (Final de outubro 2012)
	Nº de pessoas idosas que iniciaram intervenção multifatorial/ Nº total de pessoas idosas com indicação para intervenção multifatorial X 100	75% (Final de abril 2013)
	Nº de pessoas idosas que realizaram o teste “Levantar e Caminhar Cronometrado”/ Nº total de pessoas idosas que não apresentaram alterações no teste “Levantar e	100% (Final de junho de 2013)

	Caminhar Cronometrado” X 100	
	Nº de idosos avaliados em consulta médica na equipa de saúde/ Nº de pessoas idosas que não necessitaram de intervenção multifatorial X 100	75% (Final de setembro 2013)
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta de enfermagem na equipa de saúde/ Nº de pessoas idosas que não necessitaram de intervenção multifatorial X 100	75% (Final de setembro 2013)
	Nº de pessoas idosas presentes em cada sessão de formação/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de cuidadores presentes em cada sessão de formação/ Nº total de cuidadores X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de pessoas idosas que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de cuidadores que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”/ Nº total de cuidadores X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de pessoas idosas que integram a aula de ginástica semanal na freguesia de Odivelas/ Nº total de pessoas idosas	80% (Final de março de 2013)

Quadro 3 - Objetivo Específico e Indicadores de Atividade da Dimensão III

Dimensão III		
Objetivo Especifico	Prevenir a queda recorrente, bem como as suas sequelas nas pessoas idosas com 75 e mais anos a viver no domicílio, na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.	
	Fórmula de Cálculo	Meta
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta médica da equipa de saúde para determinação multifatorial do risco de queda/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de outubro 2012)

Indicadores de Atividade	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta de enfermagem da equipa de saúde para determinação multifatorial do risco de queda/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de outubro 2012)
	Nº de pessoas idosas encaminhadas para iniciarem intervenção multifatorial/ Nº total de pessoas idosas identificadas com fatores de risco de queda X 100	100% (Final de outubro 2012)
	Nº de pessoas idosas que iniciaram intervenção multifatorial/ Nº total de pessoas idosas com indicação para intervenção multifatorial X 100	75% (Final de abril 2013)
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta médica na equipa de saúde/ Nº de pessoas idosas que não necessitaram de intervenção multifatorial X 100	75% (Final de setembro de 2013)
	Nº de pessoas idosas avaliadas em consulta de enfermagem na equipa de saúde/ Nº de pessoas idosas que não necessitaram de intervenção multifatorial X 100	75% (Final de setembro 2013)
	Nº de pessoas idosas presentes em cada sessão de formação/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de cuidadores presentes em cada sessão de formação/ Nº total de cuidadores X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de pessoas idosas que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”/ Nº total de pessoas idosas X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de cuidadores que participaram no Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”/ Nº total de cuidadores X 100	100% (Final de março 2013)
	Nº de pessoas idosas que integram a aula de ginástica semanal na freguesia de Odivelas/ Nº total de pessoas idosas	80% (Final de março de 2013)

2.4.2 - Seleção de Estratégias

Para Imperatori & Giraldes (1993), a etapa de seleção de estratégias é uma das mais importantes num processo de planeamento em saúde, uma vez que esta pretende definir um processo adequado e eficaz para reduzir os problemas de saúde identificados.

Nesta etapa existem dois aspetos que são fundamentais: a estratégia e a aprendizagem. A estratégia refere-se à escolha do melhor caminho para resolver a problemática em estudo; a aprendizagem, decorre do processo de aquisição do melhor resultado possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes (1993) definem estratégia de saúde como “...o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde.” (p. 87)

De acordo com a área de intervenção do projeto foi definida como estratégia mais adequada para atingir os objetivos propostos, a Promoção da Saúde, com intervenções aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, onde se inclui também a Educação para a Saúde.

A Promoção da Saúde é, segundo a Carta de Ottawa (1986), o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e comunidades para controlarem e melhorarem a sua saúde. Com o objetivo de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, a pessoa ou grupo deve estar apto a identificar e executar as suas pretensões, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

A Promoção da Saúde pressupõe, então, o estabelecimento e manutenção de comportamentos saudáveis que potenciem as capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas. É dirigida não só às pessoas doentes no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, mas a todos as pessoas de todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença. Estas intervenções apresentam dois níveis de atuação que consistem em informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais, bem como promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

A atuação do enfermeiro poderá ocorrer nos três níveis de prevenção. A prevenção primária tem como objetivo prevenir a morbilidade, através da redução dos fatores de risco ou do

aumento dos fatores de proteção. Por sua vez, a prevenção secundária pretende detetar a doença o mais precocemente possível, de modo a aumentar as probabilidades de um tratamento eficaz ou de cura da doença. Por último, a prevenção terciária atua ao nível do controlo ou cura de uma doença, através do diagnóstico e tratamento oportunos (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

No que se refere à Educação para a Saúde em Enfermagem visa a construção do saber/aquisição de conhecimentos que capacitem as pessoas para que de modo consciente e informado façam escolhas com vista a proteção e promoção da sua própria saúde. Tem como objetivo, não unicamente a modificação de comportamentos e hábitos relacionados com os problemas de saúde, mas também uma maior responsabilidade individual e coletiva nas opções relativas à saúde e bem-estar.

A Educação para a Saúde pretende a modificação dos estilos de vida, tendo em conta variáveis psicológicas: motivação, avaliação das situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomada de decisões, comportamentos e hábitos. Deve apostar, cada vez mais, na promoção de uma abordagem globalizante, proporcionando à pessoa a adoção de um estilo de vida saudável, capaz de desempenhar um papel preponderante na redução do risco de contrair doenças, proporcionando a adesão a sentimentos de bem-estar que acompanham esta mudança. Este tipo de Educação para a Saúde consiste, essencialmente, em facilitar o aumento da consciência da comunidade acerca do impacto negativo que alguns aspetos do ambiente têm na saúde e nas origens psicossociais da doença, permitindo alcançar um nível adequado de autonomia, ou seja, facilitar as tomadas de decisão baseadas na informação, quer a nível individual, quer a nível comunitário (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

Para Delors & Eufrazio (1998) a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, promoverá de algum modo, para cada pessoa, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

A par destas estratégias mais globalizantes, foram desenvolvidas outras estratégias facilitadoras da implementação do projeto, entre elas:

- Estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade (Junta de Freguesia de Odivelas e Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio);

- Apresentação do projeto às chefias e a todos os profissionais de saúde, em particular aos profissionais de saúde da equipa de saúde da extensão de saúde de Odivelas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ferreira do Alentejo;
- Apresentação do projeto ao Coordenador e aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo;
- Apresentação do projeto aos parceiros da comunidade (Junta de Freguesia e Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio);
- Divulgação do projeto pela população em estudo, de forma personalizada e individualizada;
- Divulgação do projeto nos meios de comunicação social locais, nomeadamente a rádio local, jornal da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e boletim informativo da Junta de Freguesia de Odivelas;
- Divulgação do projeto na página da intranet da ULSBA.

2.4.3 - Execução

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) compete a este nível

“a especificação detalhada das atividades, a realizar nesta fase do processo de Planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das atividades do projeto e precisar como cada uma dessas atividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto” (p. 149).

O plano de atividades tem como finalidade reunir e planear um leque de aspetos considerados imprescindíveis no decurso do tempo previsto para a sua concretização. As atividades do projeto já realizadas são apresentadas seguidamente (Quadro 4):

Quadro 4: Atividades Realizadas

ATIVIDADES REALIZADAS
• Identificação das pessoas idosas com 75 e mais anos residentes na freguesia de Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo; • Contacto com as instituições da comunidade para conhecimento dos projetos existentes; • Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSBA para a realização do projeto; • Dar conhecimento do projeto às chefias da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo; • Elaboração do logótipo do projeto (Anexo VI); • Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados;

- Tratamento e análise dos dados;
- Apresentação do projeto às chefias e a todos os profissionais de saúde, em particular aos profissionais de saúde da equipa de saúde da extensão de saúde de Odivelas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ferreira do Alentejo;
- Apresentação do projeto ao Coordenador e aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo;
- Apresentação do projeto ao Presidente da Junta de Freguesia de Odivelas;
- Apresentação do projeto aos responsáveis da Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio e ao animador responsável pela aula de ginástica.

O continuar do projeto passa pela execução das atividades definidas para cada dimensão, as quais são de seguida apresentadas detalhadamente (Quadro 5):

Quadro 5: Atividades das Dimensões I, II, III

ATIVIDADES
DIMENSÃO I
• Realização de sessão de apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”, destinada às pessoas idosas e cuidadores; • Elaboração/preparação das sessões de educação para a saúde, que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!” (Anexo VII); • Realização das quatro sessões de educação para a saúde que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a saúde “Evitar a primeira queda!”, a realizar trimestralmente; • Avaliação final do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”; • Encaminhamento das pessoas idosas para participarem na aula de ginástica semanal realizada na freguesia de Odivelas pela Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio.
DIMENSÃO II
• Realização do Teste “Levantar e Caminhar Cronometrado”; • Realização de consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde de Odivelas, às pessoas idosas com alterações na marcha e equilíbrio. Nestas consultas serão avaliados os seguintes parâmetros: ✓ Anamnese clínica relevante (exame físico, cognitivo e funcional); ✓ Determinação multifatorial do risco de queda: ➤ História de quedas; ➤ Medicação; ➤ Mobilidade articular dos membros inferiores; ➤ Acuidade visual; ➤ Outras deficiências neurológicas; ➤ Força muscular dos membros inferiores;

- Frequência cardíaca e ritmo;
- Hipotensão postural;
- Calçado e roupa;
- Riscos ambientais (Anexo I).
- Realização das diferentes intervenções de acordo com os fatores de risco identificados, estas intervenções poderão ser:
 - ✓ Redução da medicação;
 - ✓ Proporcionar treino físico individualizado;
 - ✓ Tratar problemas de visão;
 - ✓ Manusear hipotensão postural;
 - ✓ Manusear frequência cardíaca e arritmias;
 - ✓ Suplemento de vitamina D;
 - ✓ Manusear calçado e vestuário;
 - ✓ Minimizar riscos ambientais;
 - ✓ Fornecer informação e formação (Anexo I).
- Reavaliação das pessoas idosas que não apresentaram alteração da marcha e equilíbrio, através da realização do Teste “Levantar e Caminhar Cronometrado”;
- Realização de consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde de Odivelas, às pessoas idosas a quem não foi identificado fatores de risco de queda, na primeira avaliação multifatorial;
- Realização de sessão de apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”, destinada às pessoas idosas e cuidadores;
- Elaboração/preparação das sessões de educação para a saúde, que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!” (Anexo VIII);
- Realização das quatro sessões de educação para a saúde que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura”, a realizar trimestralmente;
- Encaminhamento das pessoas idosas para participarem na aula de ginástica semanal realizada na freguesia de Odivelas pela Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio.

DIMENSÃO III

- Realização de consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde de Odivelas. Nestas consultas serão avaliados os seguintes parâmetros:
 - ✓ Anamnese clínica relevante (exame físico, cognitivo e funcional);
 - ✓ Determinação multifatorial do risco de queda:
 - História de quedas;
 - Medicação;
 - Mobilidade articular dos membros inferiores;

- Acuidade visual;
 - Outras deficiências neurológicas;
 - Força muscular dos membros inferiores;
 - Frequência cardíaca e ritmo;
 - Hipotensão postural;
 - Calçado e roupa;
 - Riscos ambientais (Anexo I).
- Realização das diferentes intervenções de acordo com os fatores de risco identificados, estas intervenções poderão ser:
 - ✓ Redução da medicação;
 - ✓ Proporcionar treino físico individualizado;
 - ✓ Tratar problemas de visão;
 - ✓ Manusear hipotensão postural;
 - ✓ Manusear frequência cardíaca e arritmias;
 - ✓ Suplemento de vitamina D;
 - ✓ Manusear calçado e vestuário;
 - ✓ Minimizar riscos ambientais;
 - ✓ Fornecer informação e formação (Anexo I).
 - Realização de consulta médica e de enfermagem da equipa de saúde de Odivelas, às pessoas idosas a quem não foi identificado fatores de risco de queda, na primeira avaliação multifatorial;
 - Realização de sessão de apresentação do plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”, destinada às pessoas idosas e cuidadores;
 - Elaboração/preparação das sessões de educação para a saúde, que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!” (Anexo VIII);
 - Realização das quatro sessões de educação para a saúde que fazem parte do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”, a realizar trimestralmente;
 - Encaminhamento das pessoas idosas para participarem na aula de ginástica semanal realizada na freguesia de Odivelas pela Associação de Desenvolvimento Terras de Regadio.

Tendo em vista a organização das atividades anteriormente definidas, procedeu-se à elaboração de um plano e respetivo cronograma (Anexo IX). O cronograma de atividades, segundo Frada (1999) é a previsão e definição de cada uma das fases da pesquisa, clarificando datas e períodos durante os quais se pensa decorrer a intervenção comunitária. Este é um procedimento fundamental a ser adotado pelo enfermeiro especialista, no sentido de otimizar a sua organização e adequado planeamento das atividades, de forma a cumprir com os

objetivos definidos. O cronograma servirá também como um guia orientador das atividades, com vista a uma adequada intervenção junto da população alvo. Este deve ser e é flexível, podendo ser alterado por qualquer constrangimento e/ou condicionalismos momentâneos. Procedeu-se também à elaboração dos respetivos cronogramas para os Planos de Formação/Educação para a Saúde das três dimensões (Anexos X e XI).

2.4.4 - Recursos e Estimativa de Custos

Os meios consistem “ na determinação de quais os recursos – pessoas, equipamentos, materiais – necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto” (Miguel, 2006). Os recursos são assim responsáveis pela conclusão efetiva das atividades do projeto.

Nos quadros seguintes (Quadros 6, 7, 8 e 9) apresentam-se os recursos necessários para a concretização da fase inicial do projeto, para cada dimensão, bem como a estimativa dos seus custos.

Quadro 6: Atividades, Recursos e Custos da Dimensão I

Dimensão I				
Atividades	Recursos			Custos
	Humanos	Materiais	Tempo	
Apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde: “Evitar a primeira queda!”	2 Enfermeiros	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h30	2 x (1h30 trabalho de enfermagem x 11.20 €) = 33,60 € 32 Km x 0.36 € = 11.52€
Tema: “Porque caímos?”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1 hora	1h30 de trabalho de enfermagem x 11.20 € = 16.80€ 32 Km x 0.36 € = 11.52€
Tema: “Exercício físico e hábitos de vida saudáveis.”	1 Enfermeiro 1 Nutricionista	Computador Portátil Datashow Folhetos Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 2 horas	2h30 de trabalho de enfermagem x 10.60€ = 26.50€ 2h30 de trabalho dos nutricionistas x 10.60€ = 26.50€ Folhetos: 19 x 0.20€ = 3.80€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Tema: “Mover-se em segurança.”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Folhetos Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h30	2h de trabalho de enfermagem x 11,20€ = 22.40€ Folhetos: 19 x 0.20€ = 3.80€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Tema: “Como reagir perante uma queda.”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h	1h30 de trabalho de enfermagem x 11,20€ = 16.80€ Folhetos: 19 x 0.20€ = 3.80€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Custo Total				166.48€

Quadro 7: Atividades, Recursos e Custos da Dimensão II

DIMENSÃO II				
Atividades	Recursos			Custos
	Humanos (Responsáveis)	Materiais	Tempo	
Realização do Teste “Levantar e Caminhar Cronometrado”	1 Enfermeiro	Cadeira Fita adesiva Cronómetro Folha de registo do teste	Deslocação ida e volta: 30 min Procedimento: 4 horas	4h30 trabalho de enfermagem x 11.20€ = 50.40 € 32 Km x 0.36 € = 11.52€ 23 x 0.10€ = 2.30€
Realização de consulta médica e de enfermagem	1 Enfermeiro 1 Médico de Família	Medidor de Tensão Arterial Escala Métrica de Wecker Processo Clínico	Deslocação ida e volta: 30 min Tempo médio de duração da consulta: 15 min/utente	7h de trabalho de enfermagem x 11.20 € = 78.40 € 7h de trabalho médico x 26.45€ = 185.15 € 2 X (32 Km x 0.36 €) = 23.04€
Custo Total				350.81€

Quadro 8: Atividades, Recursos e Custos da Dimensão III

DIMENSÃO III				
Atividades	Recursos			Custos
	Humanos (Responsáveis)	Materiais	Tempo	
Realização de consulta médica e de enfermagem	1 Enfermeiro 1 Médico de Família	Medidor de Tensão Arterial Escala Métrica de Wecker Processo Clínico	Deslocação ida e volta: 30 min Tempo médio de duração da consulta: 15 min/utente	6h de trabalho de enfermagem x 11.20 € = 67.20€€ 6h de trabalho médico x 26.45€ = 158.70€€ 2 x (32 Km x 0.36€) = 23.04€
Custo Total				248.94€

Quadro 9: Atividades, Recursos e Custos das Dimensão II e III

DIMENSÕES II E III				
Atividades	Recursos			Custos
	Humanos (Responsáveis)	Materiais	Tempo	
Apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde: “Comportamentos seguros, vida mais segura!”	2 Enfermeiros	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h30	2 x (1h30 trabalho de enfermagem x 11.20 €) = 33,60 € 32 Km x 0.36 € = 11.52€
Tema: “A importância da queda.”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1 hora	1h30 de trabalho de enfermagem x 11.20 € = 16.80€ 32 Km x 0.36 € = 11.52€
Tema: “Exercício físico e hábitos de vida saudáveis.”	1 Enfermeiro 1 Nutricionista	Computador Portátil Datashow Folhetos Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 2 horas	2h30 de trabalho de enfermagem x 10.60€ = 26.50€ 2h30 de trabalho dos nutricionistas x 10.60€ = 26.50€ Folhetos: 43 x 0.20€= 8.60€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Tema: “Comportamentos seguros, vida diária mais segura.”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Folhetos Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h30	2h de trabalho de enfermagem x 11,20€ = 22.40€ Folhetos: 43 x 0.20€= 8.60€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Tema: “Como reagir perante uma queda.”	1 Enfermeiro	Computador Portátil Datashow Viatura	Deslocação ida e volta: 30 min Duração da sessão: 1h	1h30 de trabalho de enfermagem x 11,20€ = 16.80€ Folhetos: 43 x 0.20€= 8.60€ 32 Km x 0.36€ = 11,52€
Custo Total				226€

Os recursos e os custos das restantes atividades referentes às Dimensões II e III dependerão do número de pessoas idosas encaminhadas para cada uma das atividades de acordo com as necessidades de intervenção identificadas numa primeira avaliação a qual está contemplada nos quadros anteriores. Seguidamente apresentam-se essas atividades e os respetivos intervenientes/responsáveis pela sua execução (Quadro 10).

Quadro 10: Atividades e Intervenientes/Responsáveis, Dimensões II e III

Atividades	Intervenientes/Responsáveis
Redução da medicação	Médico de Família
Proporcionar treino físico individualizado	Fisioterapeuta
Tratar problemas de visão	Oftalmologista
Manusear hipotensão postural	Médico de Família
Manusear frequência cardíaca e arritmias	Médico de Família
Suplemento de Vitamina D	Médico de Família
Manusear calçado e vestuário	Enfermeiro de Família
Minimizar riscos ambientais	Enfermeiro de Família/Equipa de Cuidados Continuados Integrados
Fornecer informação e formação	Equipa de Saúde/Multidisciplinar
Elaboração/Preparação das Sessões de Educação para a Saúde	Gestor do Projeto/Enfermeiro de Família/Nutricionista
Encaminhamento dos idosos para participarem na aula de ginástica semanal na freguesia de Odivelas	Gestor do Projeto/Enfermeiro de Família

2.4.5 - Avaliação

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo, (...) qualidade dos cuidados.” Deste modo, a avaliação tem como principal finalidade “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pelas experiências, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1992, p. 173).

Segundo Pereira (1995), os Indicadores de Saúde dão a possibilidade de conhecer o contexto para interceder corretamente e ainda documentar sobre a situação existente, sendo através deles que se conhece a realidade e se medem os progressos alcançados.

A Ordem dos Enfermeiros definiu para a Enfermagem Portuguesa, em 2007, o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem que se traduz, do ponto de vista clínico, como “ (...) um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem” (p.1), o qual possibilitou a definição

de um conjunto de indicadores, “ (...) concebidos como marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos de saúde da população” (p. 2).

Assim de acordo com este Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem, no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Primários e em particular aos Idosos/Dependentes um dos focos principais foi definido como “Cair”. Face a este foco foram definidos diagnósticos, indicadores e estabelecida a periodicidade para a sua avaliação. É então com base nestas definições que se procederá à avaliação global do projeto que traduzirá os ganhos em saúde obtidos com a sua implementação. Assim a avaliação do projeto será feita através dos seguintes indicadores de resultado (Ordem dos Enfermeiros, 2007) (Quadro 11):

Quadro 11: Indicadores de Resultado

Foco Principal	Diagnósticos	Indicadores	Fórmula	Periodicidade
Cair	- Risco de Cair	Taxa de efetividade na prevenção	N° de utentes com risco de cair/sem cair / N° de utentes com risco de cair X 100	Anual
	- Cair (atual)	Taxa de prevalência	N° de utentes com queda (cair) / N° total de utentes X 100	Semestral
	-Conhecimento da pessoa idosa sobre prevenção de queda	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	N° de pessoas idosas com ganhos em conhecimento / N° total de pessoas idosas com défice de conhecimento X 100	Anual
	- Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	N° de prestadores de cuidados com ganhos em conhecimentos / N° total de prestadores de cuidados com défice de conhecimento X 100	Anual

(Fonte: Adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Esta avaliação do projeto insere-se numa “ (...) política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adotado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.2).

A freguesia do concelho de Ferreira do Alentejo escolhida para a realização deste projeto foi a freguesia de Odivelas porque de acordo com os dados recolhidos junto do Gabinete de

Estatística da ULSBA, 11,8% da população com 75 e mais anos residente nesta freguesia e inscrita no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, com o diagnóstico de entrada de queda, no ano de 2010. A aplicação do IAI veio demonstrar que neste grupo de pessoas idosas com 75 e mais anos, 37,10% (n=23) destas pessoas idosas já sofreram uma queda; 32,30% (n=20) já sofreram duas ou mais quedas e que 30,60% (n=19) não sofreram nenhuma queda. O principal motivo de queda relaciona-se com fatores externos (41,90%) e em 48,40% não resultaram sequelas. Assim, a estrutura deste projeto de intervenção comunitária tem por base a definição de três dimensões, cuja constituição foi definida pelo número de quedas sofridas pela pessoa idosa:

- Dimensão I: pessoas idosas sem quedas;
- Dimensão II: pessoas idosas que sofreram uma queda;
- Dimensão III: pessoas idosas que sofreram duas ou mais quedas.

A dimensão I surgiu da importância de evitar a primeira queda, promovendo a segurança e qualidade de vida das pessoas idosas. As outras duas dimensões foram determinadas pelas diretrizes do Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa (Anexo I). Desta forma, este projeto contempla três grandes áreas de intervenção, sendo estas a Saúde, a Educação e o Envelhecimento Ativo. Foram definidas atividades para cada uma das dimensões. Da dimensão I faz parte o Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”; das dimensões II e III fazem parte o Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!” e as atividades determinadas pelo Algoritmo de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa (Anexo I). A avaliação final do projeto traduzirá os ganhos em saúde obtidos no que se refere ao risco de cair/ cair e ganhos em conhecimentos das pessoas idosas e dos cuidadores sobre prevenção de quedas.

3 - LIMITAÇÕES

As limitações do projeto constituem os obstáculos/entraves encontrados no decorrer das suas diferentes fases e face aos quais tiveram que se encontrar alternativas de modo a que fosse possível o seu desenvolvimento.

Uma das principais limitações do projeto foi a inexistência de um instrumento de colheita de dados sobre avaliação do risco de quedas para a comunidade que já estivesse validado para Portugal. O instrumento utilizado foi o IAI e a sua escolha deveu-se ao facto de ser o instrumento preconizado pelo ACES do Baixo Alentejo para avaliação/caracterização das necessidades das pessoas idosas, fazendo parte do Programa da Saúde do Idoso e também por ser constituído por um domínio que permite a recolha de dados sobre quedas, nomeadamente: número de quedas; momento de quedas; motivo de quedas e sequelas de quedas ocorridas. No entanto, há a salientar uma limitação deste instrumento face aos objetivos do projeto, que é não permitir a determinação do grau de risco de quedas na pessoa idosa, fornecendo apenas dados descritivos.

Daí que após a colheita e tratamento dos dados, e no que se refere às quedas, tenha sido utilizado o Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa das AGS & BGS, o qual descreve o processo sistemático de tomada de decisão e intervenção que deve ocorrer na gestão das quedas em pessoas idosas a viver na comunidade.

Outra limitação prende-se com o fator tempo, uma vez que em todos os trabalhos que têm um horizonte temporal definido para a sua execução, é necessário estabelecer prazos com vista ao cumprimento dos mesmos. Este trabalho não é exceção, pelo que o fator tempo acabou por condicionar algumas fases do projeto. Também as condições institucionais foram outro dos fatores que acabaram por condicionar este projeto levando a uma pausa na sua execução, tendo a sua continuidade sido agendada para maio de 2012. Assim, este projeto que teve o seu início em 2011, terá a sua continuidade nos anos de 2012 e 2013.

Como em qualquer estudo, as limitações podem e devem ser olhadas como oportunidades de melhorar o trabalho efetuado, pelo que devem ser encaradas como possíveis caminhos para trabalhos de projeto futuros.

4 - QUESTÕES ÉTICAS

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” (Fortin, 1999, p.116). Daqui se depreende que em qualquer tipo de investigação, as questões éticas devem ser salvaguardadas e o direito dos participantes respeitado.

Assim, foi pedida autorização ao Conselho de Administração da ULSBA para a realização do projeto, sendo o mesmo apreciado e autorizado a 28/06/2011, EDOC/2011/46756 (Anexo XII). Foi também dado conhecimento do projeto ao Coordenador e à Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e ao Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo (Anexo XIII).

As pessoas idosas foram informadas sobre os objetivos do projeto e convidados a participar tendo-lhes sido pedido o seu consentimento informado (Anexo XIV). Foi respeitada a decisão de participação e garantida, de forma inequívoca, a confidencialidade de todos os dados colhidos.

Após o consentimento informado, procedeu-se à recolha dos dados, no período de 14 de julho a 16 de agosto de 2011.

Torna-se, assim, imperativo que em qualquer trabalho de investigação em enfermagem devam estar sempre presentes os seguintes pressupostos: competência, respeito e sentido de responsabilidade.

5 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Todos os trabalhos de projeto produzem implicações para a prática da disciplina a que se referem. Serão de seguida apresentadas as mais-valias deste projeto para a prática de Enfermagem e para o estado de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa, tendo por base a redução efetiva da problemática das quedas nesta população.

A Ordem dos Enfermeiros define investigação em enfermagem como “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Conselho Diretivo, 2006, p.1).

Para Fortin (1999), a investigação numa dada disciplina visa a produção de uma base científica para orientar a prática e autenticar a credibilidade da profissão.

Reconhece-se assim, a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem e para a tomada de decisões adequadas que garantam a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade às pessoas. Deste modo a metodologia de projeto, fazendo parte da investigação, contribui para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, ao permitir o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e simultaneamente fornece contributos para a visibilidade dos cuidados de enfermagem através dos resultados obtidos.

Perante estas afirmações e sendo as quedas um acontecimento importante na vida das pessoas idosas, pelos danos que podem causar no seu estado de saúde, refletindo-se na sua autonomia, independência e qualidade de vida, este projeto é pertinente para a promoção da saúde e prevenção da doença e suas sequelas neste grupo. Implica uma atuação interdisciplinar e intersectorial onde a importância da adaptação ambiental para a prevenção de quedas diz respeito não apenas à eliminação ou redução dos riscos, mas também à prestação de cuidados que incentivem a prática do autocuidado associada à prática de exercício físico para pessoas idosas. Pode e deve, também, influenciar a elaboração de políticas de saúde e políticas sociais que visem a diminuição do número de quedas, como melhorar e adaptar as infraestruturas de locais públicos e privados, maior incentivo à prática

de exercício físico e consultas médicas e de enfermagem de vigilância do estado de saúde das pessoas idosas.

Este projeto acaba por ir de encontro à tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros, a qual afirma que a investigação em enfermagem engloba todos os aspetos da saúde com interesse para a enfermagem, nomeadamente “ (...) a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo de vida, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena” (Conselho Diretivo, 2006, p.1).

Todo este percurso levado a cabo pela profissão de Enfermagem permite demonstrar às outras profissões e comunidade em geral os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, contribuindo simultaneamente para a visibilidade social dos cuidados de enfermagem.

6 - CONCLUSÃO

A metodologia de projeto é um processo dinâmico e contínuo, do qual faz parte a racionalidade na tomada de decisões, implicando uma ação interativa para compreender a realidade, avaliar os métodos, construir um modelo futuro, estruturar objetivos adequados e avaliar todo o processo a que se destina.

Visa alterar a saúde das comunidades, com vista à obtenção de ganhos em saúde, com a utilização racional dos recursos disponíveis numa lógica de eficácia e eficiência. É particularmente importante e pertinente no desenvolvimento profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na medida em que é parte integrante das suas funções e competências.

Mas para planear em saúde é necessário conhecer o nível de saúde das comunidades, através da realização do Diagnóstico da Saúde, projetando desta forma o nível de saúde que se pretende atingir e, assim, estabelecer objetivos adequados e exequíveis; prestar cuidados de saúde de excelência, que têm por base a determinação de estratégias adequadas e a inventariação dos recursos existentes para prever corretamente os recursos necessários.

No mundo atual o envelhecimento das sociedades é um dado incontestável, e em Portugal, mais concretamente na região Alentejo, o cenário não é diferente. As quedas constituem um evento frequente, com um impacto significativo na vida das pessoas idosas, pelo que novos desafios são colocados aos serviços de saúde, nomeadamente aos Cuidados de Saúde Primários, pelas suas componentes de promoção da saúde e prevenção da doença. Dir-se-á que este desafio responsabiliza e apela aos Cuidados de Saúde Primários para a implementação e melhoria das estratégias e intervenções comunitárias, mobilizando recursos e dando respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

As políticas que apostam no desenvolvimento de ações mais próximas das pessoas idosas, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais

frequentes desta população, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e coletivo.

O presente projeto pretende, possibilitar às pessoas idosas com 75 e mais anos um envelhecimento saudável, fornecendo-lhes conhecimentos e competências para que de forma consciente e informada sejam capazes de tomar medidas, especificamente através da redução do risco de queda para corrigir estes desafios que ameaçam a sua saúde e independência. Por outro lado, possibilita a avaliação, em consulta médica e de enfermagem, do estado de saúde da população em estudo com o objetivo de identificar os fatores de risco e consequentemente desencadear as intervenções necessárias para minimizar ou eliminar esses mesmos fatores.

Trata-se de um projeto que abrange vários profissionais de saúde em diversas áreas, bem como os parceiros da comunidade, potencializando os recursos já existentes, nomeadamente no que diz respeito ao exercício físico para as pessoas idosas.

O desenvolvimento deste projeto permitiu uma visão mais alargada da problemática em questão permitindo, ainda, sugerir “caminhos” que poderão ser percorridos na obtenção de ganhos em saúde, conseguindo-se reduzir efetivamente a ocorrência de quedas na pessoa idosa.

A pesquisa bibliográfica levada a cabo demonstrou que esta problemática ainda está pouco estudada na comunidade, e em Portugal, em particular, não existe nenhum instrumento de avaliação do risco de queda validado para a comunidade. Este pode ser, assim, um dos desafios para próximos estudos, visto que a existência de instrumentos de colheita de dados específicos para as comunidades têm em conta as suas especificidades e asseguram escolhas mais adequadas e tomadas de decisão mais assertivas.

Após o término deste projeto e realizada a sua avaliação, o mesmo poderá ser replicado nas outras extensões de saúde e na sede da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ferreira do Alentejo. Contudo, é fundamental, em primeira instância, abranger todas as pessoas idosas com 75 e mais anos inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, obtendo-se um estudo completo deste grupo etário, o qual permitirá fazer comparações e tirar conclusões mais abrangentes com consequências diretas na prestação de cuidados à pessoa idosa e determinante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Através da análise SWOT, apresentada no quadro seguinte (Quadro 12), apresenta-se uma reflexão crítica sobre o projeto tendo em conta o que já foi concretizado, bem como o que está planeado.

Quadro 12 – Análise SWOT do projeto

Forças • Motivação do gestor do projeto. • Planos de Formação/Educação para a Saúde. • Promoção de Exercício Físico.	Fraquezas • Resposta não atempada dos serviços de saúde diferenciados. • Falta de recursos humanos. • Iliteracia das pessoas idosas.
Oportunidades • Educação para a Saúde. • Alfabetização de saúde. • Capacitar as pessoas idosas para a tomada de decisão e mudança de comportamentos. • Parcerias com as instituições da comunidade.	Ameaças • Falta de motivação das pessoas idosas. • Mobilidade/limitações físicas das pessoas idosas. • Doenças crónicas existentes. • Falta de financiamento do projeto.

Torna-se de extrema importância considerar o envelhecimento não como um problema, mas sim como uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para se viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Tal implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e especificamente da população idosa, e como não poderia deixar de ser, da formação e atuação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, adequada às novas realidades sociais e familiares.

Por fim, e conforme preconizado pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, importa referir que as pessoas idosas ativas e saudáveis são um importante recurso para a sua família, comunidade e economia de um país, pelo que se deve apostar na promoção da saúde e nos cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, essenciais para aumentar a sua longevidade e melhorar a sua saúde e qualidade de vida (DGS, 2006).

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

 Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (2010). *Plano de Atividades para 2010*. Documento não publicado. Beja: ACES do Baixo Alentejo

 American Geriatrics Society & British Geriatrics Society (2010). *Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons*. American Geriatrics Society. Consultado em 2011, maio 25. Disponível em <http://www.americangeriatrics.org>

 Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta

 Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (Maria Teresa Leal, Ana Gomes de Almeida, Beatriz de Mello Corrêa, Filomena Gaspar, Gabriela Mouga; Isabel Albernaz, Joana Reis, Leonor Abecasis, Lígia Andrade, M. R. Esteves Reis, Maria Adelaide Madeira, Maria Cândida Durão, Maria da Conceição Simões, Maria Saraiva & Sofia Ribeiro, trad.). Lisboa: Lusodidacta. (Obra original publicada em 1986)

 Branco, M. J., Nogueira, P., & Dias, C. M. (2001). *MOCECOS: Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Relatório*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde

 Buksman S., Vilela A. L. S., Pereira S. R. M., Lino V. S., & Santos, V. H. (2008). *Quedas em Idosos: Prevenção*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Consultado em 2011, junho 01. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf

 Carta de Ottawa (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: Ottawa. Consultado em 2011, outubro 30. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

- 📖 Castro, L.B. & Ricardo, M.M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projecto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares*. Lisboa: Texto Editores
- 📖 Cavalcanti, A. (s.d.). *Capacidade funcional: um novo paradigma em saúde*. Consultado em 2011, outubro 22. Disponível em: http://209.85.229.132/search?q=cache:kbX_Lnag3DwJ:apdmce.com.br/download/ApresentacaoAlexandre.ppt+capacidade+funcional+um+novo+paradigma+na+saude&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- 📖 Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- 📖 Conselho Directivo (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 2011, dezembro 04. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- 📖 Delors, J. & Eufrazio, J.C. (1998). *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez
- 📖 Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida: um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto. Consultado em 2011, outubro 30. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14265/2/4922.pdf>
- 📖 Dias, M.R., Duque, A.F., Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463 - 473. Consultado em 2011, novembro 01. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>
- 📖 Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde

- 📖 Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde
- 📖 Direção Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009 - 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde
- 📖 Douglas P. K. (2011). *Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation*. Consultado em 2011, maio 25. Disponível em www.update.com
- 📖 Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L. & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325. Consultado em 2011, outubro 30. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>
- 📖 Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (Nídia Salgueiro, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996)
- 📖 Frada, J. (1999). *Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Edições Cosmos
- 📖 Gabinete de Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (2011). *Dados estatísticos para o ano de 2010*. Dados não publicados. Beja: ULSBA
- 📖 Guimarães, L.H.C.T., Galdino, D.C.A., Martins, F.L.M., Abreu, S.R., Lima, M. & Vitorino, D.F.M. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista de Neurociências*. 12 (3), 130-133. Consultado em 2011, novembro 30. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003-3.pdf>
- 📖 Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação* (2ª edição). Loures: Lusociência

- 📖 Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologias de Planeamento em Saúde*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2011). Consultado em 2011, junho 01. Disponível em www.ine.pt
- 📖 Jahana, K. O. & Diogo, M. J. D'E. (2007). Quedas em Idosos: Principais Causas e Consequências. *Saúde Colectiva*, 4 (17), 148-153. São Paulo, Brasil: Editorial Bolina. Consultado em 2011, maio 30. Disponível em redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201704.pdf
- 📖 Junta de Freguesia de Odivelas (2004). *Boletim Informativo da Junta de Freguesia*. Odivelas: Junta de Freguesia de Odivelas
- 📖 Mello, M. A & Perracini C. (2000). Avaliando e adaptando o ambiente doméstico. In M. J. Diogo & Y.A. Duarte. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. (pp.187-199). São Paulo: Atheneu
- 📖 Miguel, A. (2006). Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas. (2ª ed.). Lousã: FCA
- 📖 Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 21 Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. (S. Abecassis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998)
- 📖 Paschoal, S. M. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de S. Paulo, Brazil.

📖 Paschoal, S. M. P. (1999). Autonomia e Independência. In Netto, M. P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 313-323). São Paulo: Atheneu.

📖 Pereira S. R. M., Buksman S., Perracini M., Py L., Barreto K. M. L., & Leite V.M.M. (2004, Janeiro/Março). Quedas em Idosos. *Revista AMRIGS*, 48 (1), 43-65. Consultado em 2011, junho 01. Disponível em <http://www.amrigs.com.br/revista/48-01/Diretrizes%20-%20quedas%20em%20idosos.pdf>

📖 Pereira, M. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara

📖 Perracini, M. R. & Ramos, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública*, 36 (6), 709-716. Consultado em 2011, junho 01. Disponível em www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n6/13525

📖 Perracini, M. R. (s.d.). *Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso*. Consultado em 2011, junho 01. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/artigo_quedas_monica_perracini.pdf

📖 Programa SINUS (2011). Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo. ACES do Baixo Alentejo

📖 Rabiais, S., Nunes, B., & Contreiras, T. (2006). *ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório 2005*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde

📖 Ramos, S. (2007). *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*. Consultado em 2011, novembro 22. Disponível em http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf

📖 Reyes-Ortiz, C. A., Al Snih S., & Markides K. S. (2005). Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 362-369. Consultado em 2011, maio 30. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26273.pdf>

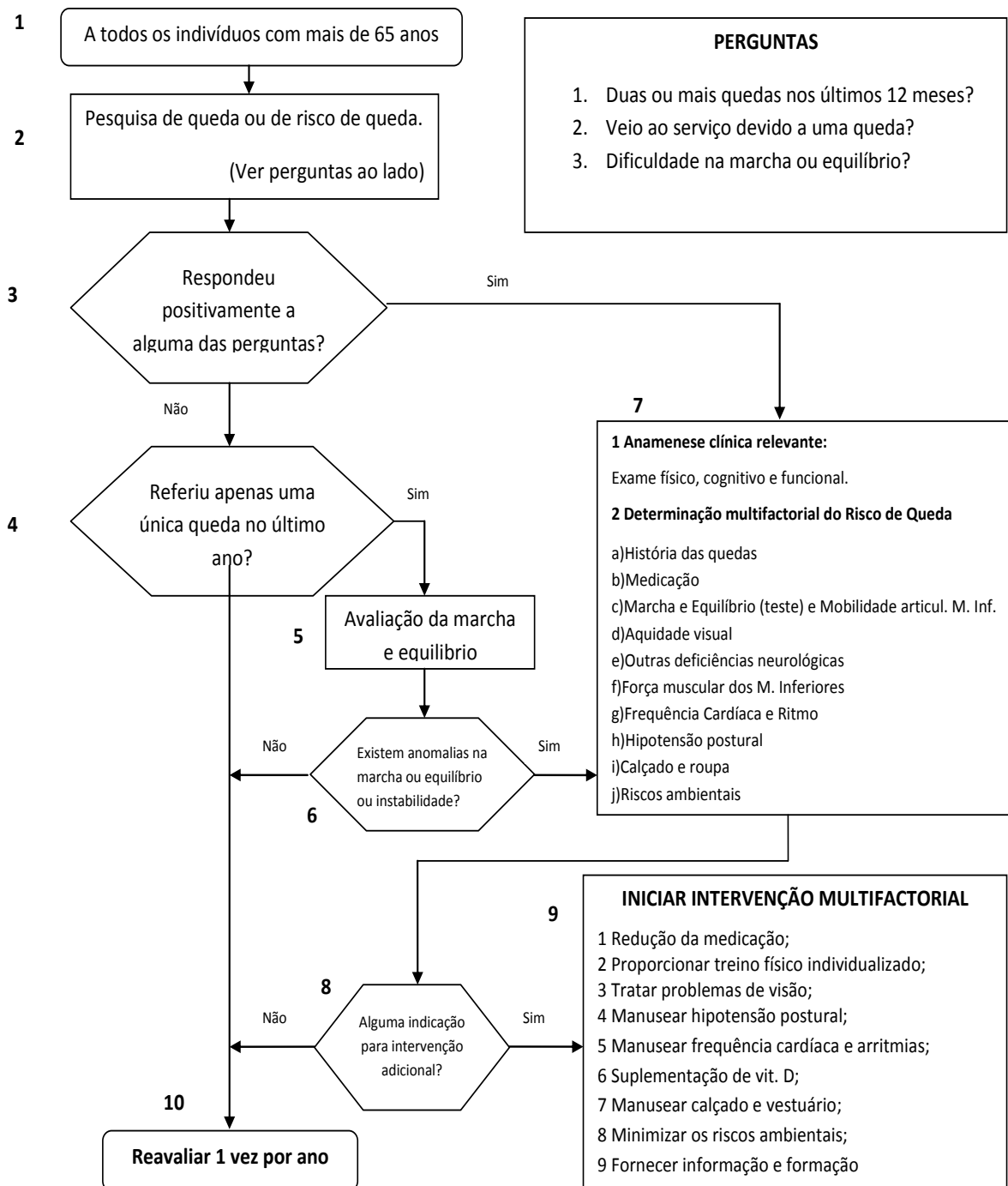
- 📖 Rodrigues, R. A. P., Kusumota, L., Fabrício, S. C. C., Marques, S. & Carbacho, A. C. (2001). Quedas com idosas na comunidade – estudo retrospectivo. *O mundo da saúde*, 25 (4), 420-423
- 📖 Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (Maria Adelaide Negrão, Maria Anabela dos Santos, Maria do Carmo Fonseca, Maria Eduarda Guimarães, Maria Etelvina Tojal, Maria Leonor Abecasis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1984)
- 📖 Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- 📖 Tinetti M.E., Speechley M. & Ginter S.F. (1988, December 29). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 319, 1701 – 1707.
- 📖 Tinetti, M.E., McAvay G. & Claus E. (1996). Does Multiple Risk Factor Reduction Explain the Reduction in Fall Rate in the Yale FICSIT Trial? *American Journal of Epidemiology*, 144 (4), 389 – 399.
- 📖 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?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Consultado em 2011, maio 29. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>.
- 📖 World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. França: WHO

ANEXOS

ANEXO I

Algoritmo Clínico de Rastreio e Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

FLUXOGRAMA - RASTREIO E PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS



Adaptado de: Prevention of Falls in Older Persons, AGS/BGS Clinical Practice Guideline, in: <http://www.medicats.com/FALLS/GOL.htm>

QUEDA A queda é uma mudança, súbita e não intencional, na posição de um indivíduo, fazendo com que entre em contacto, a um nível mais baixo, com o chão, o soalho ou um objecto e não ser consequência de um início súbito de paralisia, ataque epiléptico ou força externa esmagadora. Traduzido de: (Tinetti, M., Baker, D., Dutcher, J., Vincent, J., Rozett, R. [1997]. Reducing the risk of falls among older adults in the community. Berkeley, C.A.: Peacable Kingdom Press. 2000. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *British Medical Journal* 321: 1007-11.)

ANEXO II
Instrumento de Avaliação Integrada

Instrumento de Avaliação Integrada:

Tipo de avaliação
Respondeu ao inquérito:
Queixas de saúde

Admissão ☐ Internamento ☐
Próprio ☐ Cuidador ☐

Queixas Musculo-esqueléticas:

sinais/sintomas do pescoço
sinais/sintomas da região dorsal
sinais/sintomas da região lombar
sinais/sintomas do tórax
sinais/sintomas do flanco/axila
sinais/sintomas da mandíbula
sinais/sintomas dos ombros
sinais/sintomas dos braços
sinais/sintomas dos cotovelos
sinais/sintomas dos punhos
sinais/sintomas das mãos e dedos
sinais/sintomas da anca
sinais/sintomas da perna/coxa
sinais/sintomas do joelho
sinais/sintomas do tornozelo
sinais/sintomas do pé/dedos pé
dores musculares
sinais/sintomas musculares ã esp.
sinais/sintomas articulações ã esp.

Queixas Visão

dor no olho
olho vermelho
secreção ocular
moscas volantes/pontos luminosos/manchas
outras perturbações visuais
sensações oculares anormais
movimentos oculares anormais
aparência anormal nos olhos
sinais/sintomas das pálpebras
sinais/sintomas rel. c/ óculos
sinais/sintomas rel. c/ lentes cont.
medo de doença ocular
limitação funcional/incapacidade
outros sinais/sintomas oculares

Queixas Audição:

dores de ouvidos
problemas de audição
acúfeno/zumbido/ruído/assobio
secreção do ouvido
hemorragia do ouvido
sensação de ouvido tapado
preocupação c/ aparência orelhas
medo de doença do ouvido
limitação funcional/incapacidade
outros sinais/sintomas do ouvido

Queixas Pele:

dor/sensibilidade dolorosa da pele
prurido
verrugas
tumor/massa localizada da pele
tumores/inchaços generalizados
erupção cutânea localizada
erupção cutânea generalizada
alterações da cor da pele
infecção dos dedos das mãos/pés
furúnculo/anzaz
infecção pós-traumática da pele
picada ou mordedura de insecto
mordedura animal/humana
queimadura/escaldão
corpo estranho na pele
traumatismo/contusão
abrasão/arranhão/bolhas
laceração/corte
outra lesão cutânea

Queixas Outros Órgãos/Sistemas:

Queixas outras :
Queixas Sangue/sist hematopoético/imune :
Queixas aparelho digestivo :
Queixas aparelho circulatório :
Queixas sistema neurológico :
Queixas aparelho respiratório :
Queixas endócrino, metabólico e nutricional :
Queixas aparelho urinário :
Queixas aparelho genital feminino :
Queixas aparelho genital masculino :

Estado de nutrição

Peso Altura
CINT - Cintura - 1ª

CINT - Cintura - 2ª

CINT - Cintura - 3ª

Quedas

Nº de Quedas:

Momento de Quedas:

Menos de 1 mês
1 mês a 1 ano
Mais de 1 ano
Sem quedas

Motivo de Quedas:

Interno + externo
Interno
Externo
Sem quedas

Sequelas de Quedas ocorridas:

Com alt mobilidade
Sem alt mobilidade
Sem sequelas
Sem quedas

e: legenda:	Incapaz	N
	Dependente 3º	D
	Meios	M
	Independente	I

Andar em casa, dentro de edifícios
Locomoção e meios para visão e audição:

	Andar na rua
	meios

Indipendente

12/20/2011

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se) :
 Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir) : *
 Usar a sanita e/ou bacio/urino (usar, limpar-se, roupa, despejar) :
 Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar)
 Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar)
 Controlar a urina: *
 Controlar as fezes:
 Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer) :
 Autonomia Física e meios para visão e audição:

Usar o telefone
Fazer compras (todas as compras necessárias):
Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se)
Tarefas de lida da casa pesadas e leves):
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)
Usar transportes, onde não pode ir a pé:
Tomar os seus medicamentos
Gerir o seu dinheiro (contas,cheques, idas ao banco):
Aut. Instrumental e meios para visão e audição:

	Usar o telefone	
	Fazer compras (todas as compras necessárias):	
	Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)	
	Tarefas de lida da casa pesadas e leves):	
	Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)	
	Usar transportes, onde não pode ir a pé:	
	Tomar os seus medicamentos	
	Gerir o seu dinheiro (contas,cheques, idas ao banco):	
	Aut. Instrumental e meios para visão e audição:	

Triste / deprimido

Nervoso / ansioso

Mto tempo / sem resp
Melade de tempo
Pouco tempo
Nunca

Queixas nervoso :
sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
reacção aguda ao stress

sim?
Não?

- sentir-se irritável/zangado
- sensação de comportamento senil
- perturbação do sono
- diminuição do desejo sexual
- diminuição da satisfação sexual
- preocupação com preferência sexual
- gaguejar/balbuciar/tiques
- abuso crônico do álcool
- abuso agudo do álcool
- abuso do tabaco
- abuso da medicação
- abuso de drogas
- alterações da memória
- problemas de fase de vida de adulto
- medo de perturbações mentais
- limitação funcional/incapacidade
- outros sinais/sintomas psicológicos

Ano		Mês	
Dia do mês		Estação	
Dia da semana			

País	
Distrito	
Terra	

Casa	
Andar	

certo	✓	
errado/n resp		x

Estado Civil		Nº coabitantes	
Ter com quem desabafar/ter confidente			
Escolaridade		Profissão	

<8	>8
----	----

Andar a pé na rua (nº horas / semana)

Nº de Refeições /dia

Ginástica ou desporto (nº horas / semana) :

Outra actividade fisica

ANEXO III

Apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Saúde

Apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Saúde

Quadro 1 – Distribuição da população segundo a Idade.

Idade	Nº	%
75 - 79 anos	36	58,1
80 - 84 anos	21	33,9
85 - 89 anos	4	6,5
90 - 94 anos	1	1,6
Total	62	100.0

Quadro 2 – Distribuição da população segundo o Sexo.

Sexo	Nº	%
Masculino	24	38,7
Feminino	38	61,3
Total	62	100.0

Quadro 3 – Distribuição da população segundo Quem respondeu ao inquérito

Quem respondeu ao inquérito	Nº	%
Próprio	57	91,9
Cuidador	5	8,1
Total	62	100.0

Domínio: Queixas de Saúde

Quadro 4 – Distribuição da população segundo as Queixas Músculo-Esqueléticas

Queixas Músculo-Esqueléticas	Nº	%
Sinais/sintomas do pescoço	1	1,6
Sinais/sintomas da região lombar	20	32,3
Sinais/sintomas do tórax	1	1,6
Sinais/sintomas dos ombros	2	3,2
Sinais/sintomas dos braços	1	1,6
Sinais/sintomas das mãos e dedos	2	3,2
Sinais/sintomas da anca	2	3,2
Sinais/sintomas da perna/coxa	5	8,1
Sinais/sintomas do joelho	7	11,3
Sinais/sintomas do pé/dedos do pé	2	3,2
Dores musculares	4	6,5
Sem queixas	15	24,2
Total	62	100.0

Quadro 5 - Distribuição da população segundo as Queixas Visão

Queixas Visão	Nº	%
Dor no olho	3	4,8
Outras perturbações visuais	2	3,2
Sinais/sintomas relacionados com os óculos	3	4,8
Medo de doença ocular	1	1,6
Limitação funcional/incapacidade	29	46,8
Outros sinais/sintomas oculares	2	3,2
Sem queixas	22	35,5
Total	62	100.0

Quadro 6 - Distribuição da população segundo as Queixas Audição

Queixas Audição	Nº	%
Dores de ouvidos	2	3,2
Problemas de audição	13	21,0
Acfeno/zumbido/ruído/assobio	2	3,2
Sensação de ouvido tapado	2	3,2
Limitação funcional/incapacidade	6	9,7
Sem queixas	37	59,7
Total	62	100.0

Quadro 7 - Distribuição da população segundo as Queixas Pele

Queixas Pele	Nº	%
Prurido	1	1,6
Verrugas	1	1,6
Tumor/massa localizada na pele	1	1,6
Tumores/inchaços generalizados	1	1,6
Erupção cutânea localizada	2	3,2
Alterações da cor da pele	1	1,6
Traumatismo/contusão	1	1,6
Abrasão/arranhão/bolhas	1	1,6
Sem queixas	53	85,5
Total	62	100.0

Quadro 8 - Distribuição da população segundo as Queixas Outros Órgãos/Sistemas

Queixas Outros Órgãos/Sistemas	Nº	%
Queixas sangue/sistema hematopoético/imune	1	1,6
Queixas aparelho digestivo	2	3,2
Queixas aparelho circulatório	12	19,4
Queixas sistema neurológico	2	3,2
Queixas aparelho respiratório	9	14,5
Queixas endócrino, metabólico e nutricional	14	22,6
Queixas aparelho urinário	1	1,6
Queixas aparelho genital feminino	2	3,2
Queixas aparelho genital masculino	1	1,6
Sem queixas	18	29,0
Total	62	100.0

Domínio: Estado de Nutrição

Quadro 9 - Distribuição da população segundo o Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal (IMC)	Nº	%
Magreza (<18,5)	2	3,2
Saudável (18,6 a 24,9)	11	17,7
Peso em excesso (25,0 a 29,9)	33	53,2
Obesidade Grau I (30,0 a 34,9)	13	21,0
Obesidade Grau II (35,0 a 39,9)	3	4,8
Total	62	100.0

Quadro 10 - Distribuição da população masculina segundo o Perímetro Abdominal

Perímetro Abdominal Masculino	Nº
<94 cm	5
94 – 102 cm	5
>102 cm	14
Total	24

Quadro 11 - Distribuição da população feminina segundo o Perímetro Abdominal

Perímetro Abdominal Feminino	Nº
80 - 88 cm	6
>88 cm	31
Sem medição	1
Total	38

Domínio: Quedas

Quadro 12 - Distribuição da população segundo o Número de Quedas

Número de Quedas	Nº	%
Nenhuma queda	19	30,6
Uma queda	23	37,1
Duas ou mais quedas	20	32,3
Total	62	100.0

Quadro 13 - Distribuição da população segundo o Momento de Quedas

Momento de Quedas	Nº	%
Menos de 1 mês	4	6,5
1 mês a 1 ano	27	43,5
Mais de 1 ano	12	19,4
Sem quedas	19	30,6
Total	62	100.0

Quadro 14 - Distribuição da população segundo o Motivo de Quedas

Motivo de Quedas	Nº	%
Interno + Externo	9	14,5
Interno	8	12,9
Externo	26	41,9
Sem quedas	19	30,6
Total	62	100.0

Quadro 15 - Distribuição da população segundo as Sequelas de Quedas Ocorridas

Sequelas de Quedas Ocorridas	Nº	%
Com alterações da mobilidade	6	9,7
Sem alterações da mobilidade	7	11,3
Sem sequelas	30	48,4
Sem quedas	19	30,6
Total	62	100.0

Domínio: Locomoção

Quadro 16 - Distribuição da população segundo Andar em casa, dentro de edifícios

Andar em casa, dentro de edifícios	Nº	%
Incapaz	3	4,8
Dependente de 3º	1	1,6
Meios	8	12,9
Independente	50	80,6
Total	62	100.0

Quadro 17 - Distribuição da população segundo Andar na rua

Andar na rua	Nº	%
Incapaz	4	6,5
Dependente de 3º	2	3,2
Meios	8	12,9
Independente	48	77,4
Total	62	100.0

Quadro 18 - Distribuição da população segundo Andar em escadas

Andar em escadas	Nº	%
Incapaz	8	12,9
Dependente de 3º	4	6,5
Meios	5	8,1
Independente	45	72,6
Total	62	100.0

Quadro 19 - Distribuição da população segundo Locomoção e Meios para Visão e Audição

Locomoção e Meios para Visão e Audição	Nº	%
Meios	36	58,1
Independente	26	41,9
Total	62	100.0

Domínio: Autonomia Física

Quadro 20 - Distribuição da população segundo Lavar-se/tomar banho

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se)	Nº	%
Incapaz, não se lava	3	4,8
Dependente de 3º	9	14,5
Meios	1	1,6
Independente	49	79,0
Total	62	100.0

Quadro 21 - Distribuição da população segundo Vestir-se/despir-se

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir)	Nº	%
Incapaz, não se veste	3	4,8
Dependente de 3º	4	6,5
Meios, acabamentos	1	1,6
Independente	54	87,1
Total	62	100.0

Quadro 22 - Distribuição da população segundo Usar sanita e/ou bacio/urinol

Usar sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar)	Nº	%
Incapaz, não usa	3	4,8
Dependente de 3º	1	1,6
Independente	58	93,5
Total	62	100.0

Quadro 23 - Distribuição da população segundo Deitar-se/levantar-se da cama

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar)	Nº	%
Incapaz, não se levanta	3	4,8
Independente	59	95,2
Total	62	100.0

Quadro 24 - Distribuição da população segundo Sentar-se/levantar-se de cadeiras

Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar)	Nº	%
Incapaz, não se senta	3	4,8
Meios	1	1,6
Independente	58	93,5
Total	62	100.0

Quadro 25 - Distribuição da população segundo Controlar a urina

Controlar a urina	Nº	%
Incapaz, não controla	3	4,8
Meios/Incontinência esporádica	2	3,2
Independente	57	91,9
Total	62	100.0

Quadro 26 - Distribuição da população segundo Controlar as fezes

Controlar as fezes	Nº	%
Incapaz, não controla	3	4,8
Meios/Incontinência esporádica	1	1,6
Independente	58	93,5
Total	62	100.0

Quadro 27 - Distribuição da população segundo Alimentar-se/comer

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer)	Nº	%
Incapaz, não se alimenta	3	4,8
Dependente de 3º	3	4,8
Independente	56	90,3
Total	62	100.0

Quadro 28 - Distribuição da população segundo Autonomia Física e Meios para Visão e Audição

Autonomia Física e Meios para Visão e Audição	Nº	%
Meios	34	54,8
Independente	28	45,2
Total	62	100.0

Domínio: Autonomia Instrumental

Quadro 29 - Distribuição da população segundo Usar o telefone

Usar o telefone	Nº	%
Incapaz, não usa	15	24,2
Dependente de 3º	5	8,1
Independente	42	67,7
Total	62	100.0

Quadro 30 - Distribuição da população segundo Fazer compras

Fazer compras (todas as compras necessárias)	Nº	%
Incapaz, não faz	11	17,7
Dependente de 3º	13	21,0
Independente	38	61,3
Total	62	100.0

Quadro 31 - Distribuição da população segundo Preparar refeições

Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se)	Nº	%
Incapaz, não faz	15	24,2
Dependente de 3º	10	16,1
Independente	37	59,7
Total	62	100.0

Quadro 32 - Distribuição da população segundo Tarefas de lida de casa

Tarefas de lida de casa (pesadas e leves)	Nº	%
Incapaz, não faz	19	30,6
Dependente de 3º	7	11,3
Independente	36	58,1
Total	62	100.0

Quadro 33 - Distribuição da população segundo Lavar/tratar da sua roupa

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)	Nº	%
Incapaz, não faz	19	30,6
Dependente de 3º	5	8,1
Independente	38	61,3
Total	62	100.0

Quadro 34 - Distribuição da população segundo Usar transportes

Usar transportes, onde não pode ir a pé	Nº	%
Incapaz, não usa	5	8,1
Dependente de 3º	36	58,1
Independente	21	33,9
Total	62	100.0

Quadro 35 - Distribuição da população segundo Tomar os seus medicamentos

Tomar os seus medicamentos	Nº	%
Incapaz, não toma	3	4,8
Dependente de 3º	10	16,1
Independente	48	77,4
Não toma medicação	1	1,6
Total	62	100.0

Quadro 36 - Distribuição da população segundo Gerir o seu dinheiro

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, ir ao banco)	Nº	%
Incapaz, não faz	5	8,1
Dependente de 3º	15	24,2
Independente	42	67,7
Total	62	100.0

Quadro 37 - Distribuição da população segundo Autonomia Instrumental e Meios para Visão e Audição

Autonomia Instrumental e Meios para Visão e Audição	Nº	%
Meios	35	56,5
Independente	27	43,5
Total	62	100.0

Domínio: Queixas Emocionais

Quadro 38 - Distribuição da população segundo Queixas Emocionais: Triste/Deprimido

Triste/Deprimido	Nº	%
Muito tempo/sem resposta	14	22,6
Metade do tempo	12	19,4
Pouco tempo	18	29,0
Nunca	18	29,0
Total	62	100.0

Quadro 39 - Distribuição da população segundo Queixas Emocionais: Nervoso/Ansioso

Triste/Deprimido	Nº	%
Muito tempo/sem resposta	5	8,1
Metade do tempo	15	24,2
Pouco tempo	18	29,0
Nunca	24	38,7
Total	62	100.0

Quadro 40 - Distribuição da população segundo Outras Queixas

Outras Queixas	Nº	%
Sentir-se irritável/zangado	2	3,2
Sensação/comportamento senil	2	3,2
Perturbação do sono	14	22,6
Abuso crónico do álcool	1	1,6
Alterações da memória	4	6,5
Limitação funcional/incapacidade	1	1,6
Sem queixas	38	61.3
Total	62	100.0

Domínio: Estado Cognitivo

Quadro 41 - Distribuição da população segundo o Ano

Ano – Em que ano estamos?	Nº	%
Certo	37	59,7
Não responde/não sabe/erra	25	40,3
Total	62	100.0

Quadro 42 - Distribuição da população segundo o Mês

Mês – Em que mês estamos?	Nº	%
Certo	46	74,2
Não responde/não sabe/erra	16	25,8
Total	62	100.0

Quadro 43 - Distribuição da população segundo o Dia do mês

Dia do mês – Quantos são hoje?	Nº	%
Certo	42	67,7
Não responde/não sabe/erra	20	32,3
Total	62	100.0

Quadro 44 - Distribuição da população segundo a Estação do ano

Estação do ano – Em que estação do ano estamos?	Nº	%
Certo	47	75,8
Não responde/não sabe/erra	15	24,2
Total	62	100.0

Quadro 45 - Distribuição da população segundo o Dia da semana

Dia da semana – Que dia da semana é hoje?	Nº	%
Certo	55	88,7
Não responde/não sabe/erra	7	11,3
Total	62	100.0

Quadro 46 - Distribuição da população segundo o País

País – Como se chama o nosso país?	Nº	%
Certo	51	82,3
Não responde/não sabe/erra	11	17,7
Total	62	100.0

Quadro 47 - Distribuição da população segundo o Distrito

Distrito – Em que distrito vive?	Nº	%
Certo	52	83,9
Não responde/não sabe/erra	10	16,1
Total	62	100.0

Quadro 48 - Distribuição da população segundo a Terra

Terra – Em que terra vive?	Nº	%
Certo	59	95,2
Não responde/não sabe/erra	3	4,8
Total	62	100.0

Quadro 49 - Distribuição da população segundo a Casa

Casa – De quem esta casa?	Nº	%
Certo	58	93,5
Não responde/não sabe/erra	4	6,5
Total	62	100.0

Quadro 50 - Distribuição da população segundo o Andar

Andar – Em que andar estamos?	Nº	%
Certo	57	91,9
Não responde/não sabe/erra	5	8,1
Total	62	100.0

Domínio: Estado Social

Quadro 51 - Distribuição da população segundo o Estado Civil

Estado Civil	Nº	%
Viúvo/Separado/Solteiro	30	48,4
Casado/União de facto	32	51,6
Total	62	100.0

Quadro 52 - Distribuição da população segundo o Número de Coabitantes

Número de Coabitantes	Nº	%
Zero	19	30,6
Um	34	54,8
Dois	7	11,3
Três ou mais	2	3,2
Total	62	100.0

Quadro 53 - Distribuição da população segundo o Tempo em que está só nas 24 horas

Tempo em que está só nas 24 horas	Nº	%
Menos de oito horas	43	69,4
Oito horas ou mais	19	30,6
Total	62	100.0

Quadro 54 - Distribuição da população segundo Ter com quem desabafar/ter confidente

Ter com quem desabafar/ter confidente (falar de assuntos pessoais)	Nº	%
Tem confidente	53	85,5
Não tem confidente	9	14,5
Total	62	100.0

Quadro 55 - Distribuição da população segundo a Escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Sem educação, educação 1ª (pré – 1ª)	52	83,9
1º estadio de educação básica (4ª classe/6º ano)	10	16,1
Total	62	100.0

Quadro 56 - Distribuição da população segundo a Profissão

Profissão	Nº	%
Operadores de máquinas/fábricas	1	1,6
Vendedores ambulantes, agricultores e pescas não qualificados, empregada doméstica	59	95,2
Serviços e vendedores	1	1,6
Administrativos	1	1,6
Total	62	100.0

Domínio: Hábitos

Quadro 57 - Distribuição da população segundo Andar a pé na rua

Andar a pé na rua (número de horas/semana)	Nº	%
Uma hora/semana	4	6,5
Duas horas/semana	7	11,3
Três horas/semana	11	17,7
Quatro horas ou mais/semana	30	48,4
Nenhuma	10	16,1
Total	62	100.0

Quadro 58 - Distribuição da população segundo Ginástica ou Desporto

Ginástica ou Desporto (número de horas/semana)	Nº	%
Uma hora/semana	7	11,3
Duas horas/semana	1	1,6
Nenhuma	54	87,1
Total	62	100.0

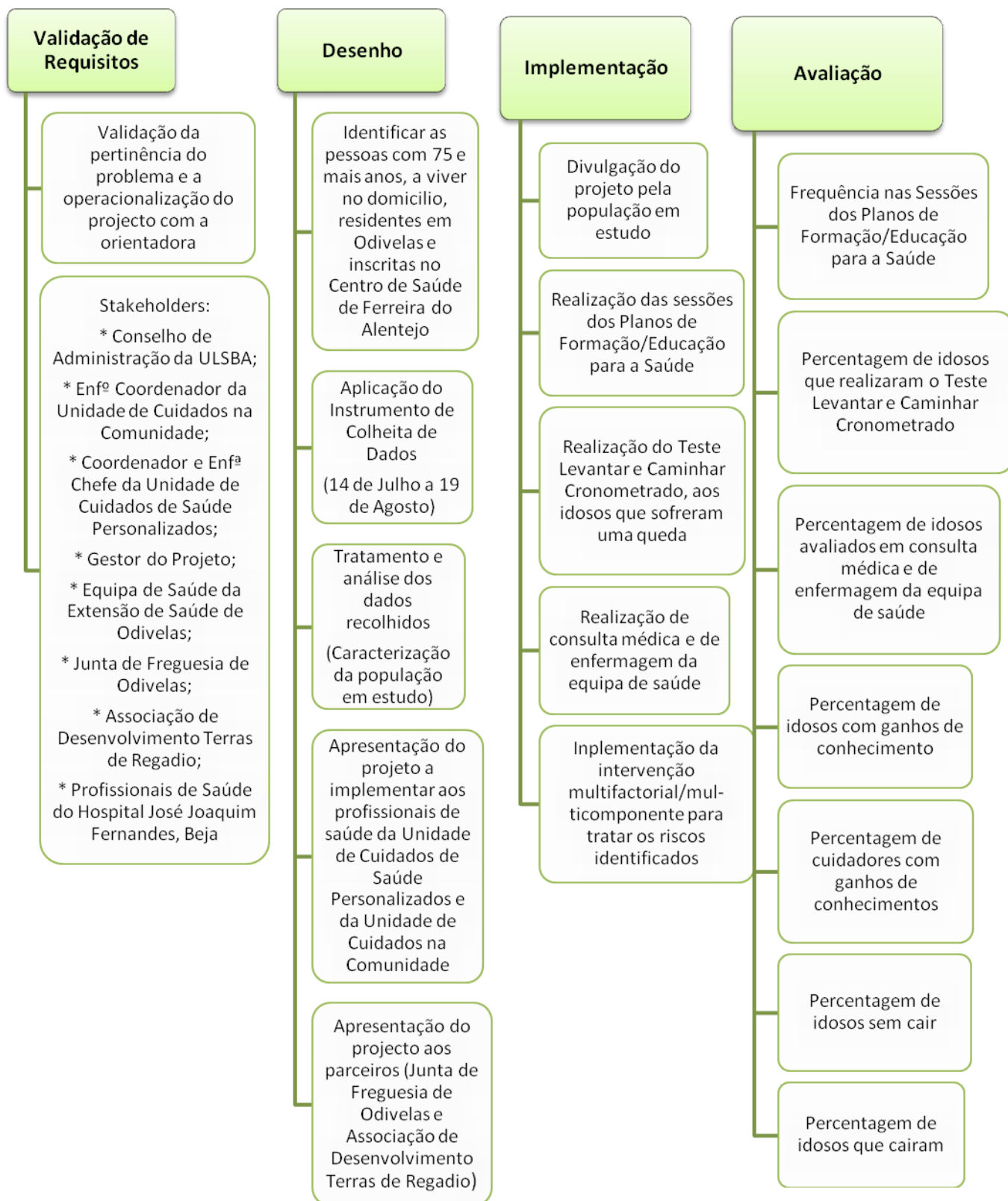
Quadro 59 - Distribuição da população segundo Outra Atividade Física

Outra Atividade Física (número de horas/semana)	Nº	%
Duas horas/semana	2	3,2
Três horas/semana	5	8,1
Quatro horas ou mais/semana	29	46,8
Nenhuma	26	41,9
Total	62	100.0

Quadro 60 - Distribuição da população segundo Número de refeições/dia

Número de refeições/dia	Nº	%
Duas (almoço e jantar)	5	8,1
Três (pequeno-almoço, almoço e jantar)	41	66,1
Quatro (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar)	10	16,1
Cinco (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia)	6	9,7
Total	62	100.0

ANEXO IV
Estrutura do Projeto



Estrutura do Projeto

ANEXO V

Teste Levantar e Caminhar Cronometrado

Teste Levantar e Caminhar Cronometrado

Instruções	O teste “Levantar e Caminhar Cronometrado” mede, em segundos, o tempo gasto por uma pessoa para: a partir de uma poltrona padronizada, com braços (altura do assento ao chão aproximadamente de 46 cm, altura dos braços ao chão de aproximadamente 65 cm), levantar-se e andar três metros, depois, rodar sobre si mesmo e voltar para trás, para a cadeira e sentar-se. A pessoa usa o seu calçado regular e as suas ajudas técnicas, caso as tenha (canadianas, andarilho). Nenhuma assistência física é dada. Começa com as costas contra a cadeira, os braços repousando sobre os braços da cadeira, e a sua ajuda técnica na mão. É instruída para que, com a palavra "vá" se deve levantar e andar num ritmo confortável e seguro sobre uma linha no chão com três metros de comprimento, ao chegar ao fim da linha rodar sobre si próprio, retornar à cadeira e sentar-se novamente. A pessoa executa o teste uma primeira vez para treinar/familiarizar-se. Qualquer cronómetro ou relógio de pulso com segundos pode ser usado para a medição do tempo.
Instruções à Pessoa	"Quando eu digo 'vá', quero que se levante e ande na linha, quando chegar ao fim, volte-se e em seguida, caminhe de volta à cadeira e sente-se novamente. Caminhe no seu ritmo normal."
Resultados do teste	Idosos que demoram mais de 13,5 segundos para completar o teste têm um risco elevado para quedas.
Pontuação	Tempo 'Up and Go' test _____sec. Instável quando se vira/levanta/caminha? _____ Usou ajudas técnicas? _____ Tipo de ajuda: _____
Fonte Bibliográfica	Traduzido de: Timed Up & Go Test (TUG) Research Report Author: Anne Shumway-Cook, Sandy Brauer, and Marjorie Woollacott In: http://www.dhmc.org/dhmc-internet-upload/file_collection/tug_0109.pdf. Acedido 30/05/2011.

ANEXO VI
Logotipo



Quedas

Mais Vale Prevenir!

ANEXO VII

Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”

Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”

Temas a desenvolver	Conteúdos a desenvolver	Duração	Local	Formador
Apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”	Boas vindas Objetivos A quem se destina Avaliação de conhecimentos	1h30	Odivelas	Gestor do projeto Enfermeiro de família
Porque caímos?	Fatores de risco intrínsecos Fatores de risco extrínsecos	1 hora	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família
Exercício físico e hábitos de vida saudáveis	Importância do exercício físico Programa de exercícios Importância da alimentação	2 horas	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família Nutricionista
Mover-se em segurança	Segurança em casa Atividades de vida realizadas em segurança	1h30	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família
Como reagir perante uma queda	Como levantar-se após uma queda Como pedir ajuda	1 hora	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família

ANEXO VIII

Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”

Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”

Temas a desenvolver	Conteúdos a desenvolver	Duração	Local	Formador
Apresentação do Plano de Formação/Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”	Boas vindas Objetivos A quem se destina Avaliação de conhecimentos	1h30	Odivelas	Gestor do projeto Enfermeiro de Família
A importância da queda	Fatores de risco para a queda Consequências de uma queda	1 hora	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família
Exercício físico e hábitos de vida saudáveis	Importância do exercício físico Programa de exercícios em idosos com queda Importância da alimentação	2 horas	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família Nutricionista
Comportamentos seguros, vida diária mais segura	Segurança em casa Atividades de vida realizadas em segurança	1h30	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família
Como reagir perante uma queda	Como levantar-se após uma queda Como pedir ajuda	1 hora	Odivelas	Gestor do projeto/Enfermeiro de Família

ANEXO IX
Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

[illegible]

Cronograma de Atividades

[illegible]

Cronograma de Atividades

[illegible]

ANEXO X

Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde “Evitar a primeira queda!”

ANEXO XI

Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde “Comportamentos seguros, vida mais segura!”

Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde “Comportamentos seguros. vida mais segura!”

[illegible]

ANEXO XII

Autorização do Conselho de Administração da ULSBA

Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2011/46756

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de um Trabalho Projecto**Observações:****Processos**

Código	Assunto	Estado
--------	---------	--------

Antecedentes

Código	Assunto	Data Início
--------	---------	-------------

Registos Associados

Livro	Ano	Número	Assunto	Observações	Criado em
-------	-----	--------	---------	-------------	-----------

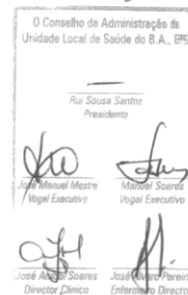
Conhecimentos

Perfil	Nome	Autor	Data
--------	------	-------	------

Etapas

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2011/46756
Etapa nº: 1
Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Carla Espada - ULSBA
Executante: Carla Espada - ULSBA
Data de Leitura: 20-06-2011 10:18:05
Envio: 20-06-2011 10:23:41
Assinada: Não
Documentos: Nome Assinaturas
Trabalho de Mestrado.doc

Acta N.º 25
28.06.2011
Ponto 6.1

**Cópias Para:**

Parecer/Informação: Carla Andrade Espada solicita a V. Ex.ª autorização para a realização de um Trabalho Projecto no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária (segue informação detalhada em anexo).

Com os meus melhores cumprimentos

Carla Andrade Espada

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2011/46756
Etapa nº: 2
Nome:

ANEXO XIII

**Conhecimento à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e à Unidade de Cuidados na
Comunidade de Ferreira do Alentejo**

De: Carla Espada - ULSBA

Enviada: terça-feira, 28 de Junho de 2011 10:27

Para: Jorge Santos - ULSBA

Cc: Natália Espanhol - ULSBA; Mário Almeida - ULSBA

Assunto: Trabalho Projeto no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Dr. Jorge; Enf^a. Natália e Enf^o. Mário

Estando a frequentar o I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Beja, venho por este meio informar V. Ex.^a da formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSBA, para a realização de um Trabalho Projeto sobre “Quedas em Idosos a viver na Comunidade”.

Pretende-se a realização de um diagnóstico da situação e com base neste a implementação de um conjunto de medidas que visem colmatar os problemas identificados. O projeto irá decorrer na freguesia de Odivelas e é dirigido à população idosa com 75 e mais anos, residente no seu domicílio.

Sem outro assunto

Disponível para qualquer esclarecimento.

Com os meus melhores cumprimentos

Carla Andrade Espada

UCC - Cuidar Ferreira na Proximidade

ANEXO XIV
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Este questionário faz parte de um Trabalho Projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária cujo objetivo é prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas com 75 e mais anos, a viver no domicílio, em Odivelas e inscritas no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

A resposta que der é confidencial.

A sua participação é muito importante para este projeto, mas se, por qualquer razão, não quiser, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Se concordar em participar neste projeto, por favor, assine no espaço abaixo.

Obrigada por participar.

Obrigada pela sua atenção.

Eu, abaixo assinado, (nome completo), tomei conhecimento do objetivo do projeto e do que tenho de fazer para participar no projeto. Fui esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho o direito de recusar/participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar neste Trabalho Projeto, respondendo ao questionário.

Assinatura:

Data: