



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de  
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**  
Relatório de Estágio

**Capacitar os Cuidadores Formais para a prevenção de  
quedas nos idosos institucionalizados: uma intervenção de  
Enfermagem comunitária**

Empowering Formal Caregivers to prevent falls in  
institutionalized elderly people: a community nursing intervention

**Denise Alexandra Gualdino Azevedo**



**Lisboa  
2025**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de  
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**  
Relatório de Estágio

**Capacitar os Cuidadores Formais para a prevenção de  
quedas nos idosos institucionalizados: uma intervenção de  
Enfermagem comunitária**

Empowering Formal Caregivers to prevent falls in  
institutionalized elderly people: a community nursing intervention

**Denise Alexandra Gualdino Azevedo**

Orientadora: Sr<sup>a</sup>. Professora Cláudia Mariana Julião Bacatum

---

**Lisboa**  
**2025**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que devia ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

**MarthinLuther King**

## **Agradecimentos**

O Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública foi uma aventura à qual me propus, com o objetivo de amar ainda mais o trabalho que desenvolvo no meu dia a dia. Não poderei dizer que foi uma simples aventura, mas sim uma viagem que me levou a ter momentos de sol e alegria e outros de inverno chuvoso e frio. Contudo posso dizer hoje, que foi uma aventura incrível, onde conheci pessoas incríveis e onde cresci enquanto enfermeira e cidadã deste planeta.

Gostaria de começar por agradecer a todos os professores que participaram no meu percurso escolar, salientando a Professora Cláudia Mariana Bacatum que com o seu profissionalismo, conhecimento, e afetividade conseguiu orientar-me a chegar aquele que não poderia deixar de ser o melhor porto de atracagem.

Agradeço também de coração cheio à enfermeira Eugénia Pedro e à Enf. Carla Munhoz, pelo acolhimento, estimulação de pensamento, e as horas a fio que levaram a ouvir me. Graças ao seu profissionalismo e empenho, posso hoje virar esta página e dizer que adquiri uma família, carinhosa, cheia de conhecimentos, partilhas, proatividade e educação.

Foi um caminho sinuoso, que também só foi possível através de um trabalho de equipa. Uma equipa que se formou no primeiro dia e que se uniu nas longas batalhas destes 18 meses, não poderia deixar de agradecer também a todas as colegas de turma que me acompanharam dando diariamente o que tinham de melhor para oferecer.

A toda a equipa do serviço de ORL da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, pela disponibilidade, compreensão e pelas horas dispensadas para embarcar nesta viagem.

Por último, e de extrema importância, tenho de agradecer à pessoa que me impulsionou e acompanhou nesta viagem, porque em todas as travessias sabia que poderia voltar sempre ao cantinho do meu lar, pois seria sempre brindada de força, compreensão e motivação. A sobrecarga dos últimos meses que carregou às suas costas facilitaram chegar hoje ao porto de abrigo cheia de riquezas, por isso agradeço-lhe de coração esse empenho.

## **Índice de siglas**

**APA** – AmericanPsychc

**AVD** – Atividades de Vida Diaria

**CIPE** – Classificação Internacional para Pratica de Enfermagem

**ERPI** – Estruturas Residenciais para idosos

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**MPS** – Modelo Promoção de Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PCC** – Pessoa/Contexto/Conceito

**PLS** – Plano Local de Saúde

**REPE** – Regulamento Exercício Profissional e Enfermagem

**SINAVE** – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

**UC** – Unidade Curricular

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UF** – Unidade Funcional

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USP** – Unidade de Saúde Publica

## Resumo

Mundialmente verifica-se um aumento do envelhecimento populacional, tratando-se de um processo fisiológico natural em que se visualiza um declínio progressivo de funções orgânicas, de forma heterogênea em cada pessoa. As quedas são um dos acontecimentos que ocorrem durante este processo. Atualmente, as quedas são consideradas uma problemática que vem crescendo progressivamente, por isso torna-se essencial identificar e avaliar o risco de quedas e implementar estratégias que visem a prevenção da mesma.

Nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), os cuidadores formais têm um papel ativo na segurança das pessoas idosas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, auxiliando e supervisionando as pessoas idosas no desempenho das suas atividades de vida diária.

Para o desenvolvimento do projeto recorreu-se à metodologia de Planeamento em Saúde e ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Teve uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 46 cuidadoras formais e 5 estruturas residenciais para idosos (ERPI) e 93 pessoas idosas. Como instrumentos de colheita de dados foram aplicados um questionário de caracterização a cada ERPI, um questionário de avaliação de conhecimentos e intervenções para a prevenção de quedas às cuidadoras formais e a Escala de Morse às pessoas idosas.

Da implementação do projeto resultaram protocolos de avaliação de risco, sessões de sensibilização para a temática e protocolos de atuação perante a ocorrência de queda. O desenvolvimento destes programas de educação para a saúde são desta forma uma mais-valia na capacitação da equipa multidisciplinar em múltiplas dimensões, nomeadamente na prevenção de quedas.

**Palavras chave:** enfermagem comunitária, prevenção, quedas, cuidadores formais, pessoa idosa.

## **Abstract**

Worldwide, there is an increase in population aging, which is a natural physiological process in which a progressive decline in organic functions is seen, in a heterogeneous way in each person. Falls are one of the events that occur during this process. Falls are currently considered a problem that has been progressively growing, which is why it is essential to identify and assess the risk of falls and implement strategies aimed at preventing them.

In Residential Structures for the Elderly (ERPI), formal caregivers play an active role in the safety of elderly people, contributing to improving their quality of life, assisting and supervising elderly people in carrying out their daily life activities.

The Health Planning methodology and Nola Pender's Health Promotion Model were used to develop the project. There was a non-probabilistic convenience sample composed of 46 formal caregivers and 5 residential structures for the elderly (ERPI) and 93 elderly people. As data collection instruments, a characterization questionnaire was applied to each ERPI, a questionnaire assessing knowledge and interventions for fall prevention to formal caregivers and the Morse Scale to elderly people.

The implementation of the project resulted in risk assessment protocols, awareness-raising sessions on the topic and action protocols in the event of a fall. The development of these health education programs is therefore an added value in training the multidisciplinary team in multiple dimensions, namely in preventing falls.

**Keywords:** community nursing, prevention, falls, formal caregivers, elderly people.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>11</b>
1.1. Envelhecimento um processo de mudança em crescimento mundial.....	12
1.2. Prevalência de queda na pessoa idosa.....	12
1.3. Capacitação dos cuidadores formais como estratégia de prevenção das quedas na pessoa idosa.....	13
<b>2. Os cuidados de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública na prevenção das quedas da pessoa idosa institucionalizada.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Metodologia de Planeamento em Saúde.....</b>	<b>19</b>
3.1. Diagnóstico da Situação de Saúde.....	19
3.1.1. Contexto.....	19
3.1.2. População e amostra .....	21
3.1.3. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados .....	22
3.1.4. Apresentação e análise dos resultados dados.....	22
3.2. Problemas identificados e respetivo diagnóstico de enfermagem.....	26
3.3. Determinação de prioridades.....	27
3.4. Fixação de objetivos .....	28
3.5. Seleção de estratégias.....	29
3.6. Preparação operacional.....	31
3.7. Avaliação.....	33
<b>4. Competências adquiridas.....</b>	<b>35</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>38</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>40</b>

## Introdução

O presente relatório é parte integrante da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de especialização em enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvida no 3º semestre do curso. Este pretende documentar as atividades desenvolvidas no projeto de intervenção de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, realizado numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e visa apresentar o trabalho desenvolvido, inicialmente na USP com a avaliação e vigilância do estado de saúde da população e a elaboração de um diagnóstico de saúde da comunidade, tal como a criação de um projeto de intervenção de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. A segunda parte, desenvolvida na UCC, teve como objetivo a implementação do projeto, tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde.

Este projeto de intervenção de enfermagem de saúde comunitária, “ Capacitar os cuidadores formais para a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados: uma intervenção de enfermagem comunitária”, teve como finalidade prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área geodemográfica da USP e UCC e com os objetivos de identificar os fatores responsáveis pelas quedas na pessoa idosa institucionalizada; identificar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada; avaliar o risco de queda na pessoa idosa residente em ERPI.

A operacionalização do projeto decorreu na UCC tendo por base as etapas de Planeamento em saúde.

Desta forma este relatório encontra se dividido em cinco etapas:

- A primeira que se designa por enquadramento teórico e à fundamentação da temática das quedas e a pertinência deste projeto na comunidade.
- A segunda etapa corresponde ao referencial teórico de Nola Pender e às que pretende explanar o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) desenvolvido
- A terceira etapa compreende todas as fases de Planeamento em Saúde

- A quarta etapa descreve as competências adquiridas enquanto futuro enfermeiro Mestre em Comunitária e Especialista em Saúde comunitária e saúde pública.
- A última etapa será a reflexão final de todo o trabalho desenvolvido e as principais limitações que me fui deparando ao longo de todos estes meses.

Este relatório é elaborado de acordo com o guia de normas de elaboração de trabalhos indicado pela ESEL, seguindo como norma de referência a APA 7th.

## 1. Enquadramento Teórico

Com a finalidade de identificar os determinantes de queda na pessoa idosa institucionalizada”, foi realizada uma *revisão scoping* da literatura (Apêndice I), segundo as orientações de *Joanna Briggs Institute for Scoping Review*.

Partindo da questão de pesquisa: “Quais os determinantes de queda na pessoa idosa institucionalizada, e considerando como PCC, “queda” (conceito); “pessoa idosa” (população); “institucionalizada” (contexto), foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados EBSCO, MEDLINE whit Full Text e CINAHL Plus with Full Text, tendo como critérios de seleção, artigos publicados com data de publicação superior ou igual a 2019, idioma inglês e português. Os termos de indexação utilizados foram “*nursing homes*”, “*institutionalized*”, “*falls*”, “*causes of falls*”, “*determiants of falls*”, “*risk factors for falls*” “*older people*”, “*geriatric*”, “*aged*”, e posteriormente foi utilizado dos descritores booleanos AND. Foi também realizada uma pesquisa na literatura cinzenta, tendo por base os mesmos critérios supracitados.

Com base na pesquisa bibliográfica e na *revisão scoping* realizada à problemática das quedas nos idosos, foi possível compreender que as quedas têm origem multifatorial estão identificados como preditores de queda, a idade avançada, sexo feminino, a polifarmácia, as hospitalizações, historial de queda, baixo nível educacional, residência urbana ou rural, diminuição da acuidade visual, problemas cognitivos, doenças crónicas, alcoolismo e sedentarismo.

O processo de envelhecimento por si só é um fator determinante de queda na pessoa idosa, devido à progressão da idade como às comorbilidades que o mesmo acarreta. As instituições para idosos, onde maioritariamente residem pessoas com mais de 65 anos e com muitas comorbilidades que as impedem de manter-se na comunidade, tornam-se locais de grande prevalência de queda.

A enfermagem de saúde comunitária e saúde pública tem um papel fundamental para a prevenção de quedas na pessoa idosa, devendo intervir na sua melhoria da saúde, na gestão medicamentosa, na monitorização do estado de hidratação e nutricional, assim como na capacitação para um envelhecimento ativo. Mas, o foco da enfermagem vai para além da pessoa idosa, é fundamental trabalhar a obtenção de um ambiente favorável, tal como a boa sinalização, iluminação, contrastes de cores, pisos adaptados.

Estes são elementos que devem ser trabalhados com as instituições, equipas, famílias e pessoas idosas.

Intervenção fundamental para a prevenção de queda é também a capacitação dos cuidadores sobre os riscos para a pessoa idosa e enriquecê-los de ferramentas e estratégias de prevenção de queda.

### 1.1. O Envelhecimento um processo de mudança em crescimento mundial

O envelhecimento populacional é uma realidade que cresce a um ritmo acelerado a nível mundial. Segundo Oliveira et al (2022, p.146) é “um processo fisiológico natural que consiste no declínio progressivo de funções orgânicas, variável entre cada indivíduo.”

O número de idosos tem subido devido à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, mas também ao aumento da esperança de vida (Vieira et. al.2022, p. 2), dado que nos últimos anos tem-se observado um avanço extraordinário, rápido e eficaz nas ciências e nas tecnologias com vista a melhoria da qualidade de vida das populações.

O envelhecimento está relacionado com várias alterações fisiológicas e conseqüentemente mudanças estruturais e funcionais, sendo de salientar a redução da massa muscular, aumento da fragilidade óssea, diminuição da acuidade visual e auditiva, alteração do sistema sensorial e o declínio cognitivo, que faz com que a população idosa seja considerada uma população de risco. (Vieira et. al.2022, p. 2). De acordo com Lopes et al (2022) é uma etapa do ciclo de vida com um risco acrescido para a recorrência de quedas, sendo essencial identificar e avaliar o risco de quedas em idosos tal como implementar estratégias que visem a prevenção da mesma.

### 1.2. Prevalência de queda na pessoa idosa

A Queda é definida como a descida da pessoa a um nível inferior, sem intencionalidade, podendo ocorrer ou não a perda de consciência, mas sem capacidade de evitar essa descida de forma atempada pela própria pessoa. (Silva et. al. 2022, p.2). É considerada uma “síndrome geriátrica” devido à sua enorme incidência, contudo a mesma poderá trazer riscos nocivos para a pessoa idosa e cuidador. (Vieira et.al. 2022, p. 2) com tendência a aumentar a sua incidência nas pessoas idosas.

As consequências que advêm das quedas nas pessoas idosas, tal como, fraturas, internamentos, perda de independência, medo de outras quedas, lesões e mortalidade, é essencial o controlo e a prevenção deste acontecimento para a preservação da saúde do indivíduo. (Oliveira et. al. 2022, p.146) Assim, as quedas nas pessoas idosas são um problema de saúde pública, possível de prevenir através da avaliação dos riscos e a avaliação do estado de saúde da população. (Lopes et. al. 2022, p. 2)

A monitorização da incidência de quedas deve ser uma intervenção de enfermagem, tal como o trabalho de avaliação de riscos e prevenção de ocorrência das quedas na população idosa. (Lopes et. al. 2022, p. 2) Pois, as quedas são um acontecimento que pode ser muitas das vezes prevenido e evitado, através de práticas preventivas sendo assim também possível evitar os danos que a mesmas acarretam para a pessoa idosa e cuidador (Mamani, et al., 2021, p. 258).

Múltiplas medidas multissetoriais e esforços, têm sido introduzidos com o objetivo de reduzir o risco de quedas na pessoa idosa e as consequências. (Mamani, et al., 2021, p. 258) No entanto é fundamental incutir práticas preventivas que sejam realizadas pelas pessoas idosas, ou pelos cuidadores quando estes são dependentes, pois o cuidador tem um papel importante na redução da morbilidade. (Mamani, et al., 2021, p. 258)

### 1.3. Capacitação dos cuidadores formais como estratégia de prevenção de queda na pessoa idosa

A forma pela qual o cuidador e a pessoa idosa interpretam o risco deve-se ao fato da compreensão que os mesmos têm pelo evento e influência a capacidade que as mesmas têm na adoção de medidas de prevenção perante situações de risco. (Mamani, et al., 2021, p. 263) Contudo, apesar de existir conhecimentos sobre os eventos de quedas e medidas preventivas, o mesmo pode ser insuficiente na adoção práticas preventivas e promotoras de saúde. (Mamani, et al., 2021, p. 263)

É essencial e imperativo, que profissionais de saúde, como os especialistas em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, capacitados em processos de avaliação da pessoa idosa em todos os domínios, desenvolvam intervenções fundamentadas e adequadas de prevenção e promoção de saúde, com intuito de evitar

situações de gravidade e incapacidade para com a saúde da pessoa idosa, que advêm com a ocorrência de quedas. (Coutinho, et al. 2021, p.3)

O cuidador de pessoas idosas, tem como compromisso apoiar na atividade de vida diária quando o mesmo se encontra debilitado, ou substituir quando o mesmo não consegue realizar, seja em domínios físicos, psicológicos, cognitivos ou sociais. (Coutinho, et al. 2021, p.3). Assim, é aquele que contribui para a melhoria da qualidade de vida, auxiliando e supervisionando no desempenho das suas atividades, tais como, na alimentação, na higiene, na medicação, na mobilidade e nas atividades lúdicas e sociais do idoso. (Coutinho, et al. 2021, p.3) Nestes casos, as intervenções devem ser não só dirigidas à pessoa idosa como ao cuidador, pois é o elemento ativo dos cuidados com maior capacidade de evitar a ocorrência de quedas e envolver a pessoa nas mesmas estratégias.

Para Coutinho et al (2021), as quedas aumentam a carga de trabalho desenvolvida pelo cuidador pelo que é indispensável empoderá-lo de estratégias preventivas de forma a minimizar também o seu dia a dia. O mesmo autor salienta também que uma comunidade mais dependente requer um maior número de recursos físicos e humanos, maior esforço físico e psicológico por parte dos cuidadores.

As Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), são alojamentos coletivos onde são exercidas diversas atividades de apoio social e prestação cuidados de satisfação às necessidades de idosos, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência e a segurança do idoso (Dec. Lei nº 219/2023, 13 novembro). Estas têm um papel ativo na segurança dos idosos da comunidade, nomeadamente dos seus residentes.

Por conseguinte, programas de educação para a saúde são desta forma uma mais-valia em múltiplas dimensões para as equipas multidisciplinares que integram as ERPI, pois as mesmas, têm uma responsabilidade acrescida na resposta à necessidade preventiva e de promoção de saúde dos seus utentes, nomeadamente na prevenção de quedas.

## **2. Os cuidados de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública na prevenção das quedas do idoso institucionalizado**

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses (REPE) (2012) determina que o enfermeiro deve prestar cuidados à pessoa com saúde ou doente, durante toda a sua vida, assim como às comunidades em que a pessoa está inserida. Portanto, o enfermeiro é reconhecido com competências técnicas, científicas e humanas específicas para prestar cuidados gerais.

O enfermeiro especialista é diferenciado não só pelo seu título profissional como também pelas competências que lhe permite prestar cuidados especializados, tendo por base um exercício seguro, profissional, ético e deontológico que assenta na avaliação das melhores práticas e no respeito pela preferência da pessoa idosa e num conhecimento "(...) válido, atual e pertinente, assumindo se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação." (OE, 2019, p.4749)

Enfermagem comunitária na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública tem um lugar favorecido no que se refere ao acesso e monitorização das tendo por isso como competência estabelecer "... com base em metodologia de Planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade", "contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades", "Integrar a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde", assim como realizar e cooperar "na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico". (Regulamento 428/2018, publicado em diário da República a 16 de julho de 2018)

O regulamento de competências que sustenta e solidifica a profissão do Enfermeiro Especialista em saúde Comunitária na área de especialização em saúde Comunitária e Saúde Pública, foi a base estrutural deste projeto. Por conseguinte, foi realizado um diagnóstico de saúde da comunidade, avaliando os determinantes de saúde, integrado as variáveis sócio-económicas, ambientais que tanto influenciam a população, para que posteriormente fosse possível definir prioridades, e formular objetivos e estratégias que dessem resposta ao problema identificado.

O presente projeto teve por base o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, com intervenções de acordo com as normas, os princípios éticos e legais e a deontologia da profissão, a melhoria da qualidade, através das ações de formação de prevenção de queda, a gestão do ambiente centrado na pessoa idosa e cuidador formal, a gestão e articulação da equipa, estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais tendo sempre por base a evidencia científica.

O papel do enfermeiro é preponderante nos cuidados de saúde da pessoa idosa, família e cuidador. Contudo, para a melhoria continua dos cuidados, a visibilidade da profissão é fundamental uma prática diária reflexiva tendo por base a regulamentação da profissão e a metodologia de planeamento em saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender permite “construir uma base sólida, para uma prática mais informada” (Victor, et al. 2005, p.236) fornecendo uma estrutura simples e clara, que pode ser utilizada individualmente ou em grupo, no planeamento das intervenções, na avaliação das ações que visam a promoção da saúde das pessoas idosas, identificar os fatores que influenciam os comportamentos de risco e assim capacitar a pessoa idosa e os cuidadores formais, para a aquisição de comportamentos protetores que contribuem para a prevenção das quedas na pessoa idosa institucionalizada.

Os três pilares fundamentais deste modelo, estão representados neste projeto através das características e experiências individuais dos cuidadores formais na forma como cuidam da pessoa idosa, nos sentimentos e conhecimentos sobre comportamentos que pretendem alcançar e que visam a promoção de saúde e no final na reflexão sobre o que é desejável e as formas como são possíveis alcançar.

De acordo com o MPS, as pessoas valorizam o crescimento desde que o processo de mudança seja atingido através de um equilíbrio. O processo de mudança surge através da interação entre o ambiente e o individuo e das transformações que essa interação gera.

Os comportamentos são originários das características pessoais e das experiências individuais, desta forma o défice de conhecimentos sobre as medidas preventivas e os fatores causais da prevenção de queda são influenciadores das atitudes

e comportamentos, por outras palavras, fatores biológicos, como a idade avançada e as comorbilidades da idade, a disposição e motivação, a relação construída entre pares, assim como os determinantes socioculturais, como a escolaridade das cuidadoras formais, o nível socio económico que constituem a pessoa que cuida e que faz com que as intervenções diárias sejam muitas das vezes tão diversificadas.

O desenvolvimento das ações de prevenção traduz se em múltiplos benefícios não só para a pessoa idosa, como para a pessoa que cuida e para instituição.

Os benefícios da pessoa idosa são a diversos níveis, tais como, melhoria da mobilidade, aumento da esperança de vida, diminuição dos níveis de dor, menor consumo de terapêutica, melhoria da autoestima, melhoria de hábitos de vida, diminuição do número de deslocações à urgência, etc.

Para os cuidadores formais o maior benefício é a diminuição da carga de trabalho, isto porque um idoso após a queda apresenta um maior grau de dependência, exigindo à mesmas uma maior sobrecarga de trabalho físico e psicológico. Desta forma, toda e qualquer informação e intervenção que seja com o objetivo de prevenir a queda do idoso é benéfica para quem cuida. Por outro lado, a cuidadora ao aumentar a qualidade de vida do idoso cuidado, aumenta a sua qualidade de vida concomitantemente, pois as medidas de prevenção não exigem tanto esforço físico e psicológico como as medidas ao idoso que cai recorrentemente e o torna cada vez mais dependente físico e psicológico.

Enquanto instituição, um menor nível de dependência exige obrigatoriamente menos recursos, menos gastos. Desta forma, as cuidadoras apresentam se um menor nível de cansaço, apresentando se assim mais disponíveis e um maior nível de satisfação laboral.

Múltiplas são as barreiras existentes na prevenção de queda dos idosos institucionalizados e em diversas áreas, como sociais, culturais, pessoais e institucionais. A família da pessoa idosa pode também ser muitas das vezes ser uma barreira neste processo de promoção de saúde e prevenção de queda, pois apesar de o seu objetivo ser o melhor para a pessoa que amam, não avaliando a situação com os devidos focos, damos como exemplo, uma família que muitas das vezes quando visita o idoso institucionalizado gosta de o ver cheiroso, bem vestido e aprumado, contudo muitas das

vezes as roupas e sapatos bonitos que têm nos armários não são as mais confortáveis e adequadas para o dia a dia do idoso, dificultando a mobilidade de movimentos, diminuindo a capacidade de sensorial da pessoa idosa. Outro das barreiras criadas pelos familiares é a utilização de imobilizadores, que são aplicados apenas segundo critérios e guidelines específicas, mas que enquanto familiares são vistas de forma distorcidas. Este é um trabalho a longo prazo que deve ser realizado diariamente com as famílias trabalhando vantagens e desvantagens de todos estes aspetos.

Ao nível do cuidador formal as barreiras prendem-se na tomada de consciência de que este é um problema de saúde pública, nos conhecimentos que possuem relativamente as causas das quedas e às estratégias de prevenção e seus benefícios. Contudo outras barreiras se associam como a carga de trabalho diárias, as alterações diárias nas dinâmicas e rotinas do serviço, o ambiente, o espírito de equipa e a motivação.

O ambiente físico é um dos pontos que é gerido pela instituição e que muito influencia a prevenção/ocorrência de queda do idoso, tais como, a luz, os pavimentos irregulares ou com barreiras arquitetónicas, os gradeamentos de escadas e pontos altos. No entanto, a nível institucional muitas das vezes não existem recursos humanos suficientes para dar resposta a tantas situações, os recursos financeiros são também muitas das vezes escassos para a melhoria das instalações, porém é importante manter o foco e trabalhar em parceria com os diversos recursos que a comunidade dispõem com vista a melhoria da qualidade de vida do idoso como dos profissionais que ali trabalham.

O MPS pretende assim capacitar a comunidade de forma a melhorar a qualidade de vida, no entanto o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública detém uma posição privilegiada na comunidade e competências específicas que auxiliam a gerar uma melhoria da qualidade de vida e uma modificação dos ambientes através da auscultação dos comportamentos e atitudes da comunidade para a prevenção de queda.

### **3. Metodologia de Planeamento em Saúde**

O projeto de intervenção em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública “Capacitar os cuidadores formais para a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados: uma intervenção de enfermagem comunitária tem por base a metodologia de Planeamento em Saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) esta metodologia é um processo dinâmico e constante de várias etapas interligadas entre si e dependentes umas das outras.

Estes autores definem planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários fatores socioeconómicos”. (Imperatori & Giraldes, 1992, p.6)

Para a enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, a metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho, que permite uma intervenção centrada nas necessidades e problemas reais das populações.

#### **3.1. Diagnóstico de Situação**

##### **3.1.1. Contextualização do local**

O projeto foi desenvolvido numa área geodemográfica de um concelho, que tem 78 Km<sup>2</sup> de área total dividida por quatro freguesias.

A sua população aproximada é de 252076 habitantes, com uma densidade populacional de 170 habitantes/Km<sup>2</sup>, variando consoante seja numa área rural ou urbana.

De acordo com o Plano Local de Saúde (PLS), os principais problemas de são as doenças cardiovasculares, os tumores malignos, as doenças mentais, diabetes e obesidade.

Este projeto decorreu em duas etapas, a primeira realizou-se na Unidade de Saúde Pública (USP) pertencente a uma ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo, de abril a outubro de 2023. (Cronograma – Apêndice II)

A unidade de saúde pública (USP) desta ULS está sediada numa unidade de saúde, contudo devido à dispersão da área geográfica cada concelho a ULS dispõe de vários polos de USP, interligados com a missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população de forma a elevar o nível de saúde e garantindo celebrenemente a proteção da mesma.

O desenvolvimento da sua missão tem por base o valor da equidade e garantia de acessibilidade, a garantia de qualidade nos serviços prestados, o sentido de responsabilidade e respeito pelo trabalho de todos os profissionais, o dever de cooperação interprofissional e interdisciplinar e interinstitucional em prol da promoção da saúde., a integridade na defesa dos interesses públicos e a humanização na prestação de serviço.

A USP é constituída por uma equipa multidisciplinar com médicos de saúde pública, delegados de saúde pública, enfermeiros de saúde pública e saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental, assistentes técnicos e operacionais.

Neste contexto foi possível identificar as necessidades de saúde da comunidade e os seus determinantes, observação de programas e projetos existentes de promoção de saúde, tais como a realização do Plano Local de Saúde, monitorização do estado de saúde da população pelos rastreios, assim como planificar a criação do presente projeto.

O segundo contexto decorreu de novembro de 2023 a fevereiro de 2024, no mesmo concelho, mas na unidade de cuidados na comunidade (UCC).

A unidade de cuidados na comunidade (UCC), é uma unidade funcional (UF) do um dos centros de saúde da ULS, que serve todos os residentes do concelho, assim como aqueles que se inscrevem por residência esporádica ou temporária. A sua visão é a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados, tendo como valores fundamentais, o respeito pela individualidade, a salvaguarda dos direitos humanos, a promoção da autonomia, a disponibilidade em função das necessidades, assegurar a continuidade dos cuidados, a competência profissional e conhecimentos técnico científicos, humanização dos cuidados, a cooperação e articulação com as outras unidades da ULS, estabelecendo parcerias e trabalho de equipa com fim a satisfação do utente, profissional e comunidade.

Atualmente a UCC é composta por uma equipa técnica multidisciplinar, onde constam seis (6) enfermeiros e na qual um (1) tem é especialista em enfermagem de saúde comunitária, um (1) em enfermagem de saúde materna e obstétrica e outro (1) em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Fazem parte também da equipa dois (2) assistentes técnico-administrativas, dois (2) assistentes operacionais, um (1) médico, um (1) técnico superior de serviço social, um (1) técnico superior de psicologia, e um (1) terapeuta ocupacional.

A elaboração deste projeto pretende dar resposta ao indicador 428, contratualizado pela USP e UCC, que corresponde à dimensão da “segurança do utente” e à subárea da “melhoria da qualidade”, que tinha sido contratualizado por ambas as unidades funcionais.

Por conseguinte, o presente trabalho visa a área A05 que corresponde à implementação de medidas de prevenção de queda. Para criação do diagnóstico de situação foi realizada uma monitorização dos internamentos por “fraturas do colo do fémur” dos utentes inscritos e percebeu-se a existência de um número elevado, tendo vindo a aumentar nos últimos meses.

### 3.1.2. População Alvo e Amostra

No processo de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes é fundamental definir a população alvo, pois este é um aspeto importante para a organização de projetos de comunitária.

Por conseguinte, constatou-se a existência de outros projetos no âmbito da prevenção de queda no concelho a serem desenvolvidos com pessoas idosas residentes na comunidade e por isso optou-se pela implementação do projeto nas estruturas residenciais para idosos (ERPIs).

A população alvo definida para o projeto foram os cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizados e as pessoas idosas residentes em ERPI da área geodemográfica da USP e UCC, com os seguintes critérios de inclusão:

- Cuidadores formais das ERPI, localizadas na área geodemográfica da USP e UCC;

- Pessoas Idosas residentes nessas ERPI.
- ERPI com capacidade superior ou igual a 20 residentes
- Manifestam interesse em participar no projeto, após a receção da Carta de Interesse; (Apêndice III)

A população é constituída por de cento e um (101) cuidadores formais e duzentos e vinte e quatro (224) pessoas idosas distribuídas por cinco (5) ERPIs. Destes quarenta e seis (46) cuidadores informais manifestaram interesse em participar e noventa e um (91) pessoas idosas aceitaram livremente em participar. Assim, a amostra deste projeto é constituída por quarenta e seis (46) cuidadores informais e noventa e um (91) pessoas idosas de cinco (5) ERPI's constituindo-se assim a amostra do projeto.

Este projeto foi aprovado pela comissão de ética para a saúde (CES), assim como devidamente autorizado por todas as instituições e participantes. (Anexo I)

### 3.1.3. Instrumentos de Colheita de Dados

Para colheita de dados foram usados os seguintes instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização da ERPI; (Apêndice IV) questionário de caracterização dos cuidadores formais (Apêndice V); questionário de avaliação do risco de queda (escala de Morse) (Apêndice VI). A análise e o tratamento dos dados colhidos foram realizados através do programa SPSS para um tratamento estatístico descritivo.

### 3.1.4 Apresentação e análise dos resultados dados

Das cento e vinte e uma (121) cuidadoras formais foi possível recolher cinquenta e oito (58) questionários de caracterização dos cuidadores formais, tendo sido três (3) excluídos por terem sido preenchidos por outros que não cuidadoras formais e nove (9) por não apresentarem consentimento informado devidamente assinado. Assim, foram considerados quarenta e seis (46) questionários de caraterização dos cuidados formais.

No que se refere à caracterização das instituições, nas cinco (5) ERPI residem duzentos e vinte seis (226) pessoas idosas e a equipa prestadora de cuidados é constituída por cento e vinte um (121) cuidadores formais e onze (11) enfermeiros (três a tempo integral e oito a tempo parcial).

Nas cinco (5) ERPI, o número de queda dos idosos, nos últimos seis (6) meses, foi de cinquenta e um (51) episódios de queda, o que significa que 22,76% da população residente teve pelo menos um (1) episódio de queda que originou vinte e uma (21) deslocações à urgência hospitalar e como consequência sete (7) diagnósticos de fratura.

De entre as cinco (5) instituições apenas uma (1) referiu ter um protocolo de prevenção de quedas e uma norma de atuação perante as quedas. Todas as instituições usam para avaliação do risco de queda a Escala de Morse no início da institucionalização da pessoa idosa e sempre que possível a cada seis (6) meses ou quando alteração do estado físico e mental da pessoa idosa.

As instituições definem através da escala de Morse que o grau de dependência da pessoa idosa em geral é moderado. Todavia ao ter sido aplicada a escala de Morse a noventa e uma (91) pessoas idosas da amostra identificou-se que quarenta e três (43) pessoas idosas têm risco elevado de queda, vinte e quatro (24) risco moderado e vinte e quatro (24) baixo risco.

- Caracterização dos cuidadores formais

Dos quarenta e seis (46) cuidadores formais, 97,83% são do sexo feminino e 2,17% não respondeu a esta questão. A média de idades é de quarenta e oito (48) anos, com uma idade mínima de vinte (20) anos e idade máxima de sessenta e quatro (64) anos. Em relação à função que desempenham na instituição [profissão], quarenta e três (43) indicou ser “ajudante de lar” e três (3) como “cuidadora de idoso” e nenhuma como cuidadora formal de pessoas idosas.

No que se refere às habilitações literárias, 13,04% das cuidadoras completaram apenas primeiro ciclo do ensino básico 21,74% o segundo ciclo do ensino básico, 39,13% tem o ensino secundário completo, 15,22% possuem um curso técnico profissional e 6,52% um curso superior. Apenas duas (2) cuidadoras não responderam à questão o que representa 4,35%.

Após a aplicação dos questionários de caracterização das cuidadoras identificou-se a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre causas e medidas preventivas de

queda de forma a melhorar praticas quotidianas e prevenir quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

No que respeita à questão quais as medidas que utiliza no seu dia a dia na prevenção de queda, as grades são consideradas uma das principais medidas utilizadas na prevenção de queda com 82,6%, seguindo os imobilizadores com 80,4%, a vigilância com 78,3%, a utilização de vestuário adequado e tapetes antiderrapantes com 19,6% e a avaliação de escalas com 17,4%.

A patologias e alterações fisiológicas que surgem com o avanço da idade são uma das principais causas e quedas. Por conseguinte, foi colocada a questão: quais das patologias poderiam ser responsáveis por quedas, de entre as respostas dadas 93,5% das cuidadoras formais considera a demência como uma patologia de risco, 84,8% o compromisso da visão, 82,6% o síndrome vertiginoso, 63% as patologias osteoarticulares, 52,2% o compromisso cognitivo, 45,7% a síncope, 34,8% o estado nutricional, 10,9% as alterações hormonais, 8,7% a incontinência urinária, 4,3% a incontinência fecal.

No que se refere aos cuidados essenciais a ter com os idosos na prevenção de queda identificou se com 93,5% das cuidadoras formais considera os travões das camas e das cadeiras como um cuidado a ter na prevenção de queda, seguiu-se a vigilância frequente e as grades nas camas com 91,3%. Também foram referidas as barras nos chuveiros e sanitários e os imobilizadores de tronco por 80,4% das cuidadoras formais, 76,1% referiu a opção de colocar a pessoa numa área de vigilância e ter disponibilidade para a levar à casa de banho, 67% a avaliação do piso, 52,2% utilização de tecnologia e alarmes nas camas, a utilização de almofadas de gel para prevenir escorregamentos é considerada por 32,6% e o mobiliário com 26,1%.

No que se refere aos cuidados a ter com o ambiente a mais indicada por 95,7% das cuidadoras formais, foi a de manter o piso limpo e seco e com 91,5% o manter cadeiras, camas e outros equipamentos travados. A iluminação adequada, com luz de presença e a elevação de grades da cama foi considerada por 89,4%, assim como a utilização de sapatos e vestuários adequados à marcha que se destacou com 85,1%. Com 80,9% destaca se a, intervenção rápida em caso de derrame de líquido. Com menor referência por parte das cuidadoras formais a altura da cama adequada para a pessoa (66%), a orientação em relação ao ambiente (63,8%), os equipamentos fora da área de circulação

(61%), os dispositivos de apoio de marcha em condições seguras e a sinalética de aviso de piso molhado (53,2%), as portas de entrada e saída com sistemas de controlo (40,4%) e com 34% surge as ajudas sensoriais acessíveis.

As últimas três questões correspondiam a procedimentos a executar em caso de queda destaca se com 100% avaliação do estado de consciência, com 95,7% o registo e descrição da queda, 89,1%, a avaliação dos parâmetros vitais, com 84,8% a avaliação dos danos associados à queda, 58,7% referiu que em caso de suspeita de contusão cerebral a imobilização da pessoa, e 36,8% da amostra refere que outras ações são desenvolvidas, porém apenas sete (7) das cuidadoras formais descrevem uma (1) dessas ações, de entre as quais se salienta “chamar a ambulância”, “avisar a entidade patronal/ enfermeira” “encaminharão hospital”.

A última parte do questionário de caracterização das cuidadoras formais, avalia momentos específicos das suas atividades diárias, pelo que é possível identificar através da Tabela I que existem lacunas na prática diária, tais como, “Seleciono os sapatos adequados ao pé do residente”, 6.52% da amostra nunca o fazem e 23.31% só o realizam às vezes. Sendo os sapatos parte importante da estabilização do pé e concomitantemente do corpo da pessoa idosa e uma estratégia eficaz na prevenção de queda.

<b>N.º</b>	<b>Questões</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>	<b>Não Respondeu</b>	<b>Não aplicável</b>
<b>11</b>						
<b>a</b>	Seleciono os Sapatos para o pé do residente	67,39%	23,91%	6,52%	2,17%	-
<b>b</b>	Opto por colocar sapatos abertos	54,35%	32,61%	6,52%	6,52%	-
<b>c</b>	Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	91,30%	2,17%	6,52%	0%	-
<b>d</b>	Quando realizo levantes aos residentes primeiro sento, com os pés apoiados no chão, e só depois coloco-o de pé	91,30%	2,17%	6,52%	0%	-
<b>e</b>	Não me Certifico que os pés estão bem apoiados no chão antes de colocar de pé	71,74%	4,35%	23,91%	0%	-
<b>f</b>	Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar.	84,78%	8,70%	2,17%	4,35%	-
<b>g</b>	Antes dos cuidados de higiene asseguro-me se o pavimento está escorregadio	69,57%	8,70%	17,39%	4,35%	-
<b>h</b>	Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	97,83%	2,17%	0%	0%	-
<b>i</b>	Organizo o espaço do quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo	95,65%	2,17%	2,17%	0%	-
<b>j</b>	Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	95,65%	2,17%	2,17%	0%	-

<b>k</b>	Mantenho as rodas da cama travadas	86,96%	8,70%	2,17%	2,17%	0%
<b>l</b>	Mantenho as rodas da cadeira de rodas destravadas sempre que realizo transferências	15,22%	13,04%	67,39%	2,17%	2,17%
<b>m</b>	Coloco imobilizadores de contenção física, em todos os utentes com risco de queda	69,57%	21,74%	4,35%	4,35%	0%
<b>n</b>	Coloco sempre as grades de proteção nas camas dos utentes que têm risco de queda	89,13%	4,35%	2,17%	4,35%	0%
<b>o</b>	Explico aos residentes a importância de chamar para prevenir quedas	86,96%	10,87%	0%	2,17%	0%
<b>p</b>	Levo os residentes à casa de banho sempre com a minha supervisão/permanência	80,43%	15,22%	2,17%	2,17%	0%
<b>q</b>	Incentivo os residentes a realizarem atividades físicas de manutenção	39,13%	45,70%	0%	8,70%	6,30%
<b>r</b>	Oriento o idoso para os cuidados a ter na prevenção de queda	95,69%	0%	2,17%	2,17%	0%

**Tabela n.º1** –Resultados dos Questionários de caracterização das Cuidadoras Formais, pergunta n.º11

No que respeita à questão “procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas”, 97,83% da amostra refere ser sempre, contudo “Antes dos cuidados de higiene asseguro-me se o pavimento está escorregadio” 17,39% da amostra não o faz e 80,70% apenas o efetiva, às vezes.

É de realçar a questão “Incentivo os residentes a realizarem atividades físicas de manutenção” em que 45,65% o realiza por vezes, esta ação apesar de ser efetivada apenas às vezes pode demonstrar valorização e importância da equipa por manter as capacidades do idoso. Assim como 95,65% refere sempre à questão “Oriento o idoso para os cuidados a ter na prevenção de queda”.

### 3.2. Problemas Identificados e respetivo diagnóstico de enfermagem

Esta etapa do planeamento permite assim identificar as áreas problemáticas, que justificam as intervenções de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública que determinam a pertinência das ações.

Decorrente da análise de dados realizada, considerou-se pertinente a identificação das seguintes áreas problemáticas:

1. Desconhecimento sobre causas das quedas;
2. Desconhecimento sobre medidas preventivas;

3. Défice de conhecimento sobre o risco de queda presente;
4. Falta de atividades de manutenção de mobilidade
5. Falta de protocolos e normas de atuação perante uma queda.
6. Falta de identificadores de risco de queda;

### 3.3. Determinação das Prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo de planejamento em saúde. Este é um processo que visa a tomada de decisão, procurando entender qual o problema que deve ser resolvido em primeiro lugar. A escolha dos critérios é um passo crítico neste processo, pois é daí que resulta a lista final de prioridades. Esta etapa pode se torna subjetiva, uma vez que depende das preferências do próprio planejador, porém, esta deve ser o mais objetiva possível (Tavares, 1990). A determinação destas prioridades deve ser assim feita por um grupo extenso e multidisciplinar, que sejam peritos na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, onde os critérios a adotar e o respetivo peso dependem de um consenso entre esta mesma equipa.

Para a priorização dos problemas, foi selecionado o Método de Halon, neste método são avaliadas as áreas problemáticas, através de uma escala de 0 a 10, quanto à magnitude, à gravidade e à efetividade. (Apêndice VII)

Os resultados de Priorização foram:

1. Desconhecimento sobre causas das quedas;
2. Desconhecimento sobre Medidas preventivas;
3. Falta de Protocolos e normas de atuação perante uma queda.
4. Falta de identificadores de Risco de queda;

Considerando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE) versão 2, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Défice de conhecimento causas das quedas;
2. Défice de conhecimento medidas preventivas;
3. Falta de protocolos e normas de atuação perante uma queda.
4. Falta de sinalizadores de risco;

### 3.4. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos é imprescindível para a posterior avaliação dos resultados obtidos com a implementação do projeto e deve ser feita de forma cuidadosa e o mais realista possível (Imperatori & Giraldes, 1993 p.30).

Esta etapa do processo de planejamento em saúde é fundamental, pois apenas se poderá proceder a uma avaliação dos resultados, mediante uma correta fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1990), para a formulação de objetivos existem características estruturais, que devem ser consideradas: a pertinência, a precisão, a realização e a mensuralidade.

Como refere Tavares (1990) “os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo” (p.113) e a sua formulação deve permitir “precisar os resultados que se pretendem obter, em relação a quem, em que tempo e em que espaço” (p. 102).

O estabelecimento de metas, segundo Imperatori & Giraldes (1993) são “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (p. 48) permite definir as atividades e os resultados pretendidos com a execução do projeto. Estas devem, por isso, surgir como resultado dos objetivos traçados anteriormente. Assim foram definidas como metas:

O projeto tem como objetivo geral:

“Prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área geodemográfica da USP e UCC”.

Os objetivos específicos, operacionais e indicadores são os seguintes:

<b>Problemática</b>	<b>Objetivo Específicos</b>	<b>Objetivos Operacionais</b>	<b>Indicadores</b>
Défice de conhecimento causas das quedas;	Capacitar as cuidadoras formais para as causas de queda na pessoa idosa	Aumentar o conhecimento sobre as Causas das quedas em 90% da Cuidadoras Formais.	Nº de cuidadoras presentes na sessão de educação para a saúde;
Défice de conhecimento medidas preventivas;	Capacitar as cuidadoras formais para as medidas preventivas de queda nas pessoas idosas	Instruir sobre as medidas preventivas de queda em 50 % das Cuidadoras Formais.	Nº de cuidadoras presentes na sessão de educação para a saúde; Nº de quedas nos próximos 6 meses;
Falta de protocolos e normas de atuação perante uma queda.	Criação de norma de atuação perante uma queda na pessoa idosa institucionalizada Criação de uma norma de avaliação de risco de queda na pessoa idosa institucionalizada	Existência de protocolos institucionais de atuação perante uma queda, em pelo menos 2 instituições	Nº de instituições que integraram o protocolo
Falta de sinalizadores de risco;	Criação de sinalizadores de risco para a pessoa idosa	Divulgar estratégias de sinalização de Risco em pelo menos 2 instituições	Nº de instituições que integraram os sinalizadores

**Tabela n.º: 2** - objetivos específicos, operacionais e indicadores.

### 3.5. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias, permite estabelecer a forma mais adequada de dar resposta aos objetivos traçados e de cumprir as metas pretendidas.

Imperatori & Giraldes (1993) refere no que a estratégias é o conjunto de técnicas organizadas que têm como fim a concretização dos objetivos. (p.87)

Na criação e seleção das estratégias conseguimos definir o modo adequado para diminuir os problemas de saúde prioritários identificados. Contudo é importante realizar uma definição detalhada das mesmas, analisando os recursos materiais, humanos e financeiros necessários para a concretização dos objetivos fixados.

Desta forma foi definida como estratégia o envolvimento de parceiros comunitários, tais como, a vereadora da Câmara Municipal, as diretoras técnicas e as equipas de saúde das ERPIs. Este envolvimento de parceiros comunitários facilita não só a concretização dos objetivos propostos ao nível da melhoria de saúde da pessoa idosa, como também é um gerador de forças positivas, pois estes elementos da comunidade também ambicionam a melhoria da saúde da pessoa idosa pelas suas variadíssimas vantagens. Esta estratégia facilita também o percurso da comunicação e o envolvimento da população alvo, a identificação de novas problemáticas

Segundo Stanhope & Lancaster (2008) as parcerias são “especialmente importantes para a identificação de problemas e definição de objetivos pois implica o empenho de todas as pessoas envolvidas, que é essencial para o sucesso da mudança.” (p.365)

Outra das estratégias desenhadas foi a formação em serviço, direcionado para as cuidadoras formais, um elemento fundamental na prevenção de queda da pessoa idosa.

De acordo com o MPS de Nola Pender os comportamentos são condicionados por diversos fatores, mas são motivados pelo desejo de atingir um bem-estar, desta forma é fundamental aumentar conhecimentos sobre as comorbilidades da pessoa idosa, as causas de quedas na pessoa idosa e as medidas preventivas que podem facilmente mudar a qualidade de vida da pessoa idosa e do cuidador formal.

A formação em serviço é a aquisição de conhecimentos e habilidades que decorre em simultâneo com a prática profissional e que visa a resolução de problemáticas no serviço. Desta forma garante-se um aprofundamento de desenvolvimento de capacidades e habilidades que sustentam a prestação de cuidados eficazes e adaptados à realidade da pessoa idosa e instituição.

### 3.6. Preparação Operacional

A preparação operacional teve por base a implementação das seguintes atividades:

#### **Atividade 1- Parcerias comunitárias locais**

A elaboração de uma carta de interesse (Apêndice III) foi a primeira atividade em prática pelo projeto, foi enviada por email a todas as instituições na área geodemográfica da USP e UCC de que faziam parte dos critérios de inclusão.

Previamente ao envio do email procedeu-se a um contacto telefónico, com as diretoras técnicas, que levou a formalização do email e á marcação de uma primeira visita para apresentação formal do projeto, momento em que a formanda responsável se apresentou, descreveu o projeto, os seus objetivos e os benefícios que trariam para a instituição, profissionais e pessoas idosas. (Apêndice VIII)

Para além dos parceiros institucionais foi pedido à Sr<sup>a</sup> Vereadora da Câmara Municipal do concelho que cedesse um espaço, do município onde pudesse ser realizada algumas estratégias como a sessão de formação.

O envolvimento da comunidade é uma estratégia fundamental para a consecução do projeto e de todas as restantes estratégias, permitindo abertura para a comunicação, detetar novas problemáticas, levantamento de necessidades e enquadramento das restantes estratégias definidas.

Os recursos necessários para esta atividade consistiram em computador, impressora, papel, tinteiros e o enfermeiro que se deslocou em viatura própria e suportou com todos os custos como definido anteriormente.

#### **Atividade2 - Sessão de Formação: “Prevenir para não mais cair”**

A sessão de formação é um processo que tem como intuito capacitar as cuidadoras formais para comportamentos de saúde sejam estes para aplicação diária no seu dia a dia enquanto cuidadoras como também para a gestão de saúde das pessoas idosas de quem cuidam. Desta forma as Sessões de Educação para a saúde, são definidas como uma forma de comunicação de informações que visam motivar, oferecer conhecimentos e habilidades que tendem a melhoria da saúde.

A sessão de formação, permitiu dar resposta às duas primeiras problemáticas identificadas (Défice de conhecimento causas das quedas e Défice de conhecimento medidas preventivas) foi planificada de acordo com os objetivos e os recursos utilizados foram enfermeira, sala, computador, retroprojetor, cadeiras, mesas, máquina de café, café, tapete, bolos, açúcar, copos e colheres descartáveis.

A sessão foi realizada a 31 de janeiro de 2024, foi intitulada de “Prevenir para não mais cair” (Apêndice IX) e teve a duração de duas com uma pausa de 20 minutos para um momento de convívio.

O objetivo da sessão de formação foi capacitar as cuidadoras formais para prevenção de queda nos idosos institucionalizados e as temáticas foram o envelhecimento como um processo natural; Identificar alterações decorrentes do processo de envelhecimento; Causas de quedas, Medidas preventivas de queda e medidas de atuação perante uma queda. Um dos momentos da sessão aplicou se uma sessão demonstrativa de como levantar a pessoa idosa do chão.

### **Atividade 3 – Criação de Protocolos de avaliação de risco de queda e atuação perante a queda**

A criação de normas e protocolos em instituições são fundamentais para a padronização dos cuidados, clareza dos métodos e procedimentos usados na prática quotidiana, assim como para o controle da qualidade a minimização das quedas e o desenvolvimento de um conhecimento científico.

Foi desta forma, criado e apresentado detalhadamente às diretoras técnicas com intuito de serem aprovados pelas respetivas equipas de saúde e posteriormente apresentados às cuidadoras formais em formação expressando a forma correta de intervir os seus benefícios e a importância de replicar corretamente e rotineiramente todas as intervenções. (Apêndice X) Os únicos recursos utilizados foram papel e computador e impressora.

#### **Atividade 4 – Criação de sinalizadores de risco de queda**

A criação de sinalizadores de risco surgiu com o fato de perceberem que as cuidadoras formais não distinguiam a diferença dos graus de risco em todas as pessoas idosas. Com este trabalho é possível minimizar o risco de queda, adequar as medidas preventivas ao risco da pessoa idosa, assim como valorizar a avaliação feita pelo profissional de saúde responsável pela avaliação do risco. (Apêndice XI) Nesta dinâmica foram necessários como recursos computador, impressora, papel, papel autocolante e velcro.

##### **3.7. Avaliação**

No processo de planeamento em saúde a avaliação visa a realização de uma retrospectiva de forma a perceber se as estratégias desenhadas completam os objetivos, para que se possa realizar correções e adequações do processo e concluir com sucesso o objetivo principal do projeto.

A avaliação do projeto “Capacitar os Cuidadores Formais para a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados: uma intervenção de Enfermagem comunitária” será realizada através de cada uma das intervenções implementadas, pois a mesma segundo Imperatori & Giraldes precisa de ser determinada de forma cuidadosa comparando, pertinente para chegar a conclusões sensatas.

No presente projeto, foi identificado um indicador de processo para cada um dos objetivos operacionais, sendo apresentado os resultados na tabela n.º3, de acordo com os resultados alcançados e com as respetivas percentagens.

No que se refere aos indicadores de impacto, não foi possível uma nova avaliação devido à linha temporal necessária para apreensão e aplicação dos conhecimentos que foram adquiridos nas sessões de formação, assim como o resultado da aplicação de normas e sinalizações criadas. Contudo o ideal teria sido uma nova aplicação dos questionários de caracterização dos cuidadores formais para ter uma avaliação do progresso das intervenções realizadas e uma comparação entre a fase inicial e a fase final. Assim como uma aplicação da escala de Morse, a avaliação dos registos de queda implementados e a avaliação do indicador 428 contratualizado pelas duas unidades.

Esta avaliação deveria ser realizada seis meses após a aplicação das intervenções, pelo que foi deixada a sugestão à equipa da UCC para aplicação de uma nova avaliação.

Para uma interpretação mais objetiva e clara dos indicadores de saúde foi criada uma tabela que sintetiza a adesão institucional ao projeto e a adesão dos colaboradores.

<b>Objetivos Operacionais</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados Alcançados</b>	<b>%</b>
Aumentar o conhecimento sobre as Causas das quedas em 90% da Cuidadoras Formais.	Nº de cuidadoras presentes na sessão de educação para a saúde;	52	51,48%
Instruir sobre as medidas preventivas de queda em 50% da Cuidadoras Formais.	Nº de cuidadoras presentes na sessão de educação para a saúde; Nº de quedas nos próximos 6 meses;	52	51,48%
Existência de protocolos institucionais de atuação perante uma queda, em pelo menos 2 instituições	Nº de instituições que integraram o protocolo	4	80%
Divulgar estratégias de sinalização de Risco em pelo menos 2 instituições	Nº de instituições que integraram os sinalizadores	2	40%

**Tabela n.º3** -Objetivos operacionais, indicadores, resultados alcançados e percentagens de resultados

#### **4. Competências adquiridas gerais e específicas**

No decorrer deste processo curricular foi possível desenvolver competência de enfermeiro especialista, nomeadamente de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública definidas pela ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e no regulamento n.º 428/2018, respetivamente, assim como as competências definidas nos Descritores de Dublin vinculados no processo de Bolonha, e que definem o graduado do segundo ciclo de estudos.

Perante o regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competências científicas, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (p.4744)

As competências de enfermeiro especialista abrangem quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria da qualidade, o domínio da gestão de cuidados e o domínio de desenvolvimento e aprendizagens profissionais. Neste percurso curricular tanto de componente teórico como prático na USP e UCC foi possível desenvolver habilidades e conhecimentos nestes domínios.

Estas competências só foram possível através da integração nas dinâmicas organizacionais tanto da USP como da UCC, onde pude demonstrar através da operacionalização deste projeto uma tomada de decisão segundo valores e normas deontológicas, liderando e consultando os diversos intervenientes comunitários, tendo sempre na base a promoção e proteção dos direitos da pessoa idosa, o acesso à informação e à confidencialidades de todos aqueles que se disponibilizaram para participar livremente neste projeto.

O desenvolvimento deste projeto teve como fim o indicador n.º 428 da melhoria da qualidade da USP da região, pois existia um número elevado de recorrências à urgência por quedas, foram por isso envolvidos as ERPI que faziam parte da área de abrangência da USP e UCC, através de pequenas reuniões, de forma a otimizar os recursos e as respostas e a garantir a segurança e a qualidade de todo este processo.

A operacionalização deste projeto foi longa, pois foi necessário um aprofundamento do conhecimento através de uma revisão scoping da temática que desse suporte e evidência a todo o trabalho desenvolvido.

Mas foi necessário também muitas das vezes parar para refletir, e identificar fatores que podiam estar ou vir a interferir no relacionamento que mantinha com as equipas e multidisciplinares ou com a pessoa idosa.

No que se refere às competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de especialização de Enfermagem de Saúde comunitária e saúde Pública foi mobilizada a metodologia de planeamento em saúde no desenvolvimento deste projeto tendo por base o modelo teórico de Enfermagem de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Todo este processo com fim de capacitar de cuidadores formais das ERPI que integraram o projeto, permitiu reduzir desigualdades, promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas de forma a garantir comunidades saudáveis, dinamizar as parcerias entre setores da sociedade e fortalecer o acesso a cuidados de saúde de qualidade, que são objetivos do Plano Nacional de Saúde 2030.

Uma das atividades observadas neste percurso na USP foi a vigilância epidemiológica da área geográfica através da aplicação informática do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), que foi criado para identificar situações de risco, assim como colher e atualizar dados referentes a doenças transmissíveis e a outros problemas de saúde pública. A SINAVE é um instrumento valiosíssimo na monitorização e prevenção das doenças transmissíveis.

Tal como nas competências do enfermeiro especialista e nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, também nos Descritores de Dublin, percecionei que durante este percurso desenvolvi conhecimentos na área das quedas da pessoa idosa, através não só da revisão scoping como no desenvolvimento de todo este projeto, tendo adquirido capacidades que fortaleceram a minha tomada de decisão e comunicação nos variadíssimos contextos e equipas multidisciplinares e concomitantemente a minha autoaprendizagem.

Comunicando assim capaz de emitir as minhas próprias conclusões, conhecimentos e raciocínios e beneficiando de uma aprendizagem que levo para a vida.

Desta forma, com este processo curricular concluído posso dizer que sou capaz de prestar cuidados à comunidade numa perspectiva holística esperando-se, por isso, uma resposta de excelência às necessidades da comunidade.

## 5. CONCLUSÃO

A queda na pessoa idosa é atualmente um problema de saúde pública.

A revisão da literatura realizada inicialmente, mostra nos que temos vivenciado um aumento da esperança de vida decorrentes da evolução da tecnologia e das ciências que visam a melhoria da qualidade de vida, contudo o aumento da esperança de vida não se traduz necessariamente num envelhecimento ativo, o que leva a um sem número de comorbidades e problemas de saúde à medida que a idade avança, assim como um maior número de pessoas idosas institucionalizadas.

É fundamental que os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários e instituições sociais, controlem o risco, minimizem ou eliminem aqueles que são os preditores de queda, através da implementação de medidas preventivas de queda, através da formação da pessoa idosa e seus cuidadores.

Estas medidas devem ter como alvo não só a pessoa idosa, incentivando a manutenção da autonomia, trabalhando o medo de cair e o desenvolvimento de um envelhecimento ativo assim como as próprias ERPI, ou seja, as ERPI devem ser trabalhadas para a manutenção do espaço físico adequado à pessoa idosa, à criação de rotinas de trabalho facilitadoras da autonomia da pessoa idosa, incentivando a formação dos cuidadores formais no cumprimento de um exercício profissional adequado para si e para os que cuidam.

A formação dos cuidadores formais é um elemento chave para a prevenção de queda, é importante alertar sobre os riscos, as medidas preventivas e trabalhar diariamente questões como as alterações físicas, psicológicas, sociais e culturais que podem levar a pessoa idosa a cair.

Este projeto permitiu-me perceber que é necessário um trabalho persistente do enfermeiro especialista em saúde comunitárias e saúde pública, mas esse trabalho não se pode iniciar quando a pessoa idosa é institucionalizada, mas sim na preparação da sociedade em geral para um envelhecimento ativo, na formação das grandes empresas em manter o adulto saudável e na contribuição de políticas saudáveis. Contudo, é função do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública trabalhar a pessoa idosa para a transição do domicílio para a institucionalização.

Durante o desenvolvimento deste projeto, deparei-me com o fato de a instituição atualmente tem vontade de contribuir para a melhoria de vida das pessoas idosas, mas tem dificuldade em ter todos os recursos físicos e humanos que colmatem todas as necessidades. Pelo que nós enfermeiros de saúde comunitária e saúde pública podemos dar o contributo mais valioso que temos com a implementação de projetos que avaliem o risco de queda, ajudem na gestão do ambiente físico institucional, adequado às comorbilidades da pessoa idosa, na monitorização de quedas das pessoas idosas, na formação da equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa idosa, na implementação de medidas preventivas de queda com base na evidencia científica.

A aplicação deste projeto foi uma mais valia para o meu crescimento enquanto estudante como também para as instituições. Todas as atividades desenvolvidas salientaram os benefícios da prevenção de queda, fazendo com que as barreiras existentes fossem trabalhadas em equipa para no final se assumir o compromisso de uma melhoria de cuidados de Saúde e assim um comportamento de promoção de Saúde.

A maior limitação deste estudo, foi o tempo disponível, visto que a autorização da comissão de ética para a saúde só surgiu um mês e meio antes do término da unidade curricular, estágio com relatório ter terminado. Apesar de todo o planeamento estar bem definido, a implementação depende de horários institucionais, de disponibilidade das equipas multidisciplinares. Foi um mês e meio stressante e exaustivo, mas conseguiu se chegar ao final e concluir com satisfação as metas programadas.

Deixou-se a sugestão de uma avaliação de impacto à UCC, mas este é um ponto fraco, no que se refere à avaliação deste projeto de intervenção comunitária.

Existe em Portugal, diversos trabalhos sobre quedas na pessoa idosa institucionalizada, mas é necessário investir mais em programas de prevenção, incentivar a avaliação do risco de queda e formar as equipas multidisciplinares para esta temática que são as quedas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) - *CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Coutinho, D., T., R., Galiza, F., T., Nogueira, J., M., Guedes, M., V., C., Brito, O., D., Freitas, M., C. (2021) Risco de Quedas em Idosos: Estratégia Cuidativa-educacional para Cuidadores para adoção de medidas preventivas. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine* 15(2)

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023) Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA. Lisboa. Janeiro 2023

[https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos\\_escritos\\_Publicar\\_28deze2022rev.IT17062024\\_1.pdf](https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022rev.IT17062024_1.pdf)

Imperatório, E., Giraldes, E. R. (1993) *METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE* Manual para uso em serviços centrais regionais e locais. Escola Nacional de Saúde Publica

Lopes, L., P., Nogueira, I., S., Dias, J., R., Baldissera, V., D., A. (2022) Processo de Cuidado para prevenção de quedas em idosos: teoria de intervenção prática da enfermagem. Escola AnnaNery

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0254>

Mamani, A., R., N., Reiners, A., A., O., Azevedo, R., C., S., Vechia, A., D., R., D., Segri, N., J., Cardoso, J., D., C., (2021) Práticas de Prevenção de quedas realizadas por cuidadores de Idosos. São Paulo: *Revista Recien*.2021; 11(35):257-266

<https://doi.org/1024276/rrecien2021.11.35.257-266>

Ministério das Ciências, Tecnologias e Ensino Superior (2009). Decreto de Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 178 — 14 de setembro de 2009

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/17800/0631006312.pdf>

Ministério da Saúde. (2017) Bilhete de Identidade dos cuidados de Saúde Primários. ACSS. Abril 2017

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete\\_identidade\\_indicadores\\_contratualizacao\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf)

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2023) Dec. Lei nº 219/2023 primeira alteração à portaria n.º67/20212 de 21 de Março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da Republica (série 1 n.º219/13-11-2023)

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21900/0002700051.pdf>

Oliveira, J., C., Gonçalves, G., H., Campos, D., M., Ferreira, D., L., Silva, N., C., Ansai, J., H. (2022) Telefonemas mensais e calendários como registro para a taxa de quedas de idosos da comunidade inseridos em um ensaio clínico randomizado. São Paulo

Ordem dos Enfermeiros (OE (2018)) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem e Saúde Familiar n.º428/2018 de 16 de julho (intranet).2018 (cited 2019 Feb.07) Diário da República, II Série (n.º. 135 de 16-07-2018) 19354-9.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Decreto de Lei n.º 140/20219. Diário da Republica, 2ª serie, n.º26 de 6 de Fevereiro de 2019.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Silva, f., Alvarez, A., M., Nunes, S., F., L., Silva, M., E., M., Santos, S., M., A. (2022) Avaliação do risco de quedas entre pessoas com doença de Parkinson. Escola AnnaNery

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0131>

Stanhope, M. Lancaster, J. (2008) Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população, Lusodidacta.7ª edição

Tavares, A. (1990) Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de formação e Aperfeiçoamento profissional.

Victor, J. F, Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B. (2005) Análise do diagrama do modelo de Promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):235-40

<https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?lang=pt>

Vieira, C., P., B., Gomes, B., C., Marinho, G., S., Avelino, F., V., S., D., Galiza, F., T. (2022) Fatores associados ao risco de quedas em idosos hospitalizados. Revista de Enfermagem Actual In Derme V.96 n.º38

<https://doi.org/1031011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1370>

<https://www.pensador.com/frase/MjlyODg3Mw/>