



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**Prevenção de quedas nos idosos: capacitar para não  
acontecer**

**Paula Cristina Lopes Marques Vaz**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária  
Relatório de Estágio**

**Prevenção de quedas nos idosos: capacitar para não  
acontecer**

**Paula Cristina Lopes Marques Vaz**



Orientador: Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

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

*Hermann Melville*

## **AGRADECIMENTOS**

Sozinha seria impensável realizar esta caminhada..., pelo que agradeço:

À Senhora Professora Doutora Laura Viegas pela orientação, disponibilidade permanente, palavras de incentivo e toda a enriquecedora partilha de conhecimentos que alicerçaram todo este percurso.

À Enfermeira Fernanda minha Mestre, uma força da natureza e um exemplo a seguir.

À Luísa, colega e amiga que nunca duvidou, mesmo quando eu achava que tudo estava perdido.

A Toda a equipa da Unidade Saúde Familiar por terem recebido este projeto de braços abertos, sem nunca duvidarem do seu sucesso.

Ao maravilhoso grupo de idosos deste projeto, foi um gosto e aprendizagem continua.

Ao Faísca, meu eterno companheiro dos longos serões.

Ao André, com quem nunca pensei realizar um percurso semelhante, um Orgulho.

À Joana, um furacão à espera de se tornar num lindo dia de Primavera.

Ao António que discretamente tentou conduzir um barco muitas vezes em águas de tempestade.

A Todos aqueles que me ajudaram, apoiaram e incentivaram, foi muito importante a vossa presença durante as minhas ausências. Vocês sabem! Já vos demonstrei pessoalmente.

A Todos o meu muito obrigado!

Foi um Prazer.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde

**AGS** - *American Geriatrics Society*

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

**Bi- CSP** – Bilhete de Identidade Cuidados Saúde Primários

**CES** - Comissão Ética da Saúde

**CDC** - *Centers for Disease Control and Prevention*

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEECSP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**EpS** – Educação para a Saúde

**EUPHA** - *European Public Health Association*

**EUROSTAT**- *Statistical Office of the European Union*

**EVITA**–Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

**FS** – Formação em Serviço

**INSA**- Instituto Nacional Saúde Dr. Ricardo Jorge

**IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MMSE** - *Mini Mental Examination Test*

**MPS** – Modelo Promoção Saúde

**OMS** – Organização Mundial Saúde

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PS** – Planeamento em Saúde

**RAI** – Responsável Apoio Informação

**SEI** - Sessões Educativas Individuais

**SES**- Sessão de Educação para a Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

O envelhecimento da população mundial é uma realidade nos dias de hoje e Portugal não é exceção. As quedas são o acidente doméstico mais frequente nos idosos, de causas multifatoriais, de origem intrínseca e extrínseca, causando inúmeras complicações nesta faixa etária. Prevenir a sua ocorrência é uma das intervenções mais importantes, onde a educação para a saúde assume um papel primordial para a capacitação deste grupo vulnerável.

Este projeto assenta na metodologia do processo de planeamento em saúde, tendo como referencial teórico o Modelo de Promoção Saúde (MPS) de Nola Pender. Foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da área metropolitana de Lisboa, de modo a implementar uma prática de prevenção de quedas na respetiva unidade, e assim dar cumprimento ao Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020. Para isso, pretendeu-se capacitar os idosos para a prevenção de quedas na comunidade a partir da implementação de estratégias e atividades facilitadoras da mudança de comportamentos.

O instrumento de avaliação aplicado foi um inquérito sob a forma de questionário, dividido em duas partes. A primeira parte para avaliação dos fatores socioeconómicos, biológicos, comportamentais e ambientais do idoso relacionado com quedas. Na segunda parte foram aplicadas escalas já validadas para a população portuguesa, tais como a Escala de *Barthel*, Escala do risco quedas de *Morse*, *Mini Mental State Examination* (MMSE) e Escala de práticas e comportamentos de segurança de quedas dos idosos na comunidade. A amostra de conveniência foram 37 utentes, nos quais verificou-se a existência de elevado risco quedas, inúmeros fatores de risco tanto ambiental como comportamental e déficit de comunicação sobre quedas entre os próprios idosos e entre idosos e profissionais de saúde.

Realizada uma intervenção com base na promoção e educação para a saúde. Na avaliação verificou-se ganhos em saúde no grupo de idosos decorrentes da diminuição de fatores de risco ambiental e comportamental e conseqüente diminuição do risco de queda.

**Palavras-chave:** idosos; quedas; comunidade, intervenção comunitária

## **ABSTRAT**

The aging of the world population is a reality today and Portugal is no exception. Falls are the most frequent domestic accident in the elderly, of multifactorial causes, of intrinsic and extrinsic origin, causing numerous complications in this age group. Preventing its occurrence is one of the most important interventions, where health education plays a major role in the training of this vulnerable group.

This project is based on the methodology of the health planning process, using Nola Pender's Health Promotion Model (MPS) as its theoretical framework. It was developed in a Family Health Unit (USF) in the metropolitan area of Lisbon, to implement a fall prevention practice in the respective unit, and thus comply with the National Patient Safety Plan (PNSD) 2015-2020. To this end, it was intended to train the elderly to prevent falls in the community by implementing strategies and activities that facilitate behavior change.

The instrument applied was a survey in the form of a questionnaire, divided into two parts. The first part to assess the socioeconomic, biological, behavioral, and environmental factors of the elderly related to falls. In the second part, scales that have already been validated for the Portuguese population were applied, such as the Barthel Scale, Morse Falls Risk Scale, Mini Mental Statement Examination (MMSE) and Scale of falls safety practices and behaviors of the elderly in the community. The convenience sample consisted of 37 users, in whom there was a high risk of falls, numerous risk factors, both environmental and behavioral, and a deficit in communication about falls among the elderly themselves and between the elderly and health professionals.

An intervention was carried out based on health promotion and education. In the evaluation, there were health gains in the elderly group due to the reduction of environmental and behavioral risk factors and consequent decrease in the risk of falling.

**Keywords:** elderly; falls; community; community intervention

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1.1 Envelhecimento.....	15
1.2 Quedas .....	16
1.3 Promoção da Saúde .....	19
1.4 Intervenções de Enfermagem .....	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	23
2.1 Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender .....	23
3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	25
3.1 Diagnóstico da Situação em Saúde .....	25
3.1.1. Contexto do local da intervenção comunitária .....	26
3.1.2 Seleção da Amostra.....	27
3.1.3 Procedimentos Éticos .....	28
3.1.4 Instrumentos de recolha de dados.....	28
3.1.5 Indicadores de Saúde .....	30
3.1.6 Tratamento de dados e resultados .....	31
3.2 Determinação de prioridades .....	35
3.3 Fixação de Objetivos.....	38
3.4 Objetivos operacionais: metas .....	39
3.5 Indicadores Operacionais .....	40
3.6 Seleção de Estratégias .....	43
3.7 Preparação Operacional .....	45
3. 8 Avaliação do Projeto .....	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXOS	

Anexo I – Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF

Anexo II - Autorização projeto pela CES da ARSLVT

Anexo III – Autorização da Senhora Diretora do ACES

Anexo IV – Autorização da RAI do ACES

Anexo V – Autorização do Coordenador da USF para divulgação nas instalações da USF dos meios de comunicação em saúde utilizados no projeto

Anexo VI – Comprovativo de comunicação realizada no 2º Congresso Internacional de Saúde Familiar

Anexo VII – Comprovativo de envio, receção e encaminhamento para revisão de artigo sobre quedas nos idosos para a Revista Pensar

## APÊNDICES

Apêndice I – Revisão Sistemática de Literatura

Apêndice II – MPS de acordo com Nola Pender, adaptado às quedas

Apêndice III – Cronograma de Atividades

Apêndice IV – Consentimento Informado

Apêndice V - Questionário de colheita de dados

Apêndice VI – Autorização da Escala de *Barthel*

Apêndice VII – Autorização da Escala de *Morse*

Apêndice VIII – Autorização da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade

Apêndice IX– Tabela 1 - Caraterização da amostra quanto à idade

Apêndice X – Tabela 2 - Caraterização da amostra quanto ao sexo, habilitações literárias, estado civil, co habitação e rendimento atual

Apêndice XI – Tabela 3 - Caraterização da amostra quanto à patologia

Apêndice XII – Tabela 4- Caraterização da amostra quanto ao grau de dependência

Apêndice XIII – Tabela 5 - Caraterização da amostra quanto ao risco queda

Apêndice XIV – Tabela 6 - Caraterização da amostra quanto ao deficit cognitivo, MMSE

Apêndice XV – Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à medicação habitual, automedicação, prática de exercício físico, ingestão de bebidas alcoólicas

Apêndice XVI – Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de automedicação

Apêndice XVII - Tabela 9 e 10 - Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos dos idosos na prevenção quedas na comunidade

Apêndice XVIII – Tabela 11 - Caracterização da amostra quanto aos fatores ambientais

Apêndice XIX – Tabela 12 - Caracterização da amostra quanto história quedas

Apêndice XX – Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto local queda

Apêndice XXI - Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto à causa da queda

Apêndice XXII – Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto ao tipo lesão e necessidade de cuidados saúde

Apêndice XXIII – Planeamento da formação em serviço e Apresentação em *Power Point* da FS aos profissionais de saúde da USF

Apêndice XXIV - Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* da Ação formação às cuidadoras formais do Centro Social

Apêndice XXV – Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* das SEI

Apêndice XXVI – Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* da SES idosos centro social e centro de dia

Apêndice XXVII – Cartaz sobre fatores risco quedas nos idosos: “Prevenção das quedas nos idosos: capacitar para não acontecer”

Apêndice XXVIII – Cartaz sobre medidas preventivas quedas nos idosos: “Seis dicas para não acontecer”

Apêndice XXIX – Artigo para jornal da junta de freguesia

Apêndice XXX – *Power Point* sobre quedas nos idosos para divulgação na sala espera da unidade

Apêndice XXXI – Folheto “E se cair...”

Apêndice XXXII – Manual sobre prevenção quedas para idosos e cuidadores: “Manual do idoso, familiar e cuidador para prevenção de quedas”

Apêndice XXXIII – *Flyer* “A sua casa é segura?”

Apêndice XXXIV – Esquema de procedimentos em caso de queda na USF

Apêndice XXXV – Cronograma de *Gantt*

Apêndice XXXVI– Convite para os familiares das AES aos idosos

Apêndice XXXVII – Esquema de visitas de *follow up* e contatos via telefone aos idosos do projeto

Apêndice XXXVIII – Avaliação das SEI idosos

Apêndice XXXIX – Avaliação das SES idosos Centro de Dia e Centro Social

Apêndice XL - Avaliação formação em serviço na USF

Apêndice XLI – Avaliação da formação às cuidadoras formais centro social

Apêndice XLII – Tabela 16 - Avaliação risco quedas de acordo escala de Morse, após intervenção (T2)

Apêndice XLIII – Tabela 17 - Avaliação da prática de exercício físico, após intervenção (T2)

Apêndice XLIV – Tabela 18 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área comunicação após intervenção (T2)

Apêndice XLV – Tabela 19 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área segurança, após intervenção (T2)

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Categorização das variáveis dos instrumentos de avaliação pela dimensão biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental .....	29
Quadro 2: Lista dos Problemas Identificados no diagnóstico de situação .....	34
Quadro 3: Aplicação Método de <i>Hanlon</i> nos problemas identificados .....	36
Quadro 4: Correspondência dos problemas identificados em Diagnósticos de Enfermagem CIPE® .....	36
Quadro 5: Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos, objetivo operacionais e indicadores de atividade e de resultado .....	40
Quadro 6: Estratégias e respetivas atividades do projeto .....	45
Quadro 7: Comparação da variável: risco queda T1 e T2 .....	52
Quadro 8: Registos enfermagem em SClínico da avaliação do risco queda .....	52
Quadro 9: Comparação do variável exercício físico T1 e T2 .....	53
Quadro 10: Comparação variável de comunicação da Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda na comunidade T1 e T2 .....	54
Quadro 11: Comparação da variável de práticas e comportamentos dos idosos de acordo Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda na comunidade, T1 e T2 .....	55
Quadro 12: Avaliação da variável do conhecimento dos idosos 75-85 anos .....	56

## INTRODUÇÃO

Portugal tal como outros países europeus e mundiais, caracteriza-se por possuir uma sociedade envelhecida, enfrentando por isso os problemas dessa maior longevidade, principalmente no que se refere ao estado de saúde e participação na vida social da população idosa (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

Na população idosa, as quedas são uma das principais causas de acidentes provocando uma diminuição na qualidade de vida, alterações na dinâmica familiar (Baixinho & Dixe, 2014), bem como um enorme impacto financeiro nas famílias, comunidade e sociedade em geral (Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020).

Aos serviços de saúde comunitários, carece a implementação de uma política de prevenção de quedas na população idosa, onde os enfermeiros na relação de proximidade com os seus utentes e famílias devem identificar precocemente os riscos que levam o idoso a cair (Cabrita & José, 2013), sendo esta considerada, a intervenção prioritária para a prevenção das quedas nos idosos [Organização Mundial Saúde, (OMS), 2007; *American Geriatrics Society (AGS)* 2011; *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, 2015].

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) possui como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde (Regulamento das Competências Específicas do EEECS, 2018), possuindo por isso um papel importantíssimo na capacitação dos idosos para diminuir o risco queda na comunidade.

Na USF em que foi realizado o estágio não existia uma política de prevenção de quedas na sua população idosa, pelo que um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do processo de Planeamento em Saúde (PS) na temática das quedas nos idosos se tornava imprescindível e pertinente de implementar. Assim, surgiu o projeto com o título “Prevenção das quedas nos idosos: capacitar para não acontecer”.

O presente trabalho tem como objetivo realizar a descrição do percurso efetuado durante o estágio realizado em contexto comunitário numa USF da região metropolitana de Lisboa, no período decorrido entre 24 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, em que o objetivo principal foi capacitar os idosos 75-85 anos da USF para comportamentos de prevenção de quedas.

Contudo, com este relatório pretende-se também descrever todas as atividades realizadas pela mestranda para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e das específicas de EEECSPP e em simultâneo o desenvolvimento de competências de segundo ciclo, de acordo com os Descritores de Dublin no sentido de obtenção de grau de Mestre.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro realizou-se o enquadramento teórico dos temas, tais como envelhecimento, quedas, promoção da saúde e intervenções específicas de enfermagem, de modo a alcançar evidência científica sobre o tema, para o qual foi realizado uma revisão sistemática da literatura e uma revisão *scoping* de acordo com o Protocolo de *Joanna Briggs*. No segundo capítulo aplicou-se um referencial teórico ao tema das quedas, em que o MPS *Nola Pender* foi o selecionado. No terceiro capítulo descreveu-se a metodologia do processo de planeamento em saúde segundo Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993). No último capítulo realizou-se uma síntese reflexiva, realçando as competências adquiridas, as limitações e as implicações para a prática clínica do projeto de intervenção desenvolvido.

# 1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Envelhecimento

O envelhecimento da população é nos nossos dias um triunfo da humanidade e um recurso incrivelmente valioso, porém tornou-se também num desafio para a sociedade, (OMS, 2002, 2010, 2015). Ao ser uma conquista, quer para os indivíduos quer para as sociedades, torna-se necessário analisar os desafios que surgem desta conquista e a necessidade de adaptação, criado por este paradoxo do envelhecimento, onde o aumento da esperança média de vida gera uma série de consequências complexas e gravosas, pelo que o envelhecimento se torna num dos principais problemas deste século (Cabral et al., 2013).

A PORDATA (2019) em 2018, estimou que a população com mais de 65 anos terá sido de 157,4 indivíduos por cada 100 jovens. A *Statistical Office of the European Union* [EUROSTAT (2018)] previu que a percentagem de pessoas com mais de 80 anos deverá aumentar para mais do dobro até 2080.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), com base nos últimos Censos (2011) existiam em Portugal 2.010.064 pessoas com mais de 65 anos, o que correspondia a 125,8 pessoas por 100 jovens (idade inferior a 15 anos).

A perda de habilidades inerente do envelhecimento criou na “sociedade estereótipos que caracterizam os idosos como fardos e dependentes” (OMS, 2015, p.7). A nível biológico, o envelhecimento é associado a uma deterioração molecular e celular que com o tempo provoca uma perda gradual nas capacidades fisiológicas, aumentando o risco de contrair doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015).

Sendo um processo inerente do ciclo vital, para o qual nos devemos preparar desde sempre, todas as medidas políticas e práticas, devem contribuir para um envelhecimento saudável e ativo, que privilegie e valorize a autonomia, a aprendizagem e a manutenção de uma existência ativa ao longo da vida (DGS, 2017).

Um dos obstáculos ao envelhecimento ativo e saudável na pessoa idosa é a ocorrência de quedas que ocorre frequentemente nos mais velhos exigindo medidas preventivas, pelo que é o tema abordado a seguir.

## 1.2 Quedas

Para a OMS (2018), as quedas são um enorme problema de saúde pública. Estima-se segundo a mesma fonte que mundialmente ocorram a cada ano 646.000 quedas fatais, tornando-se a segunda causa de morte por lesão não intencional.

A definição de queda não é consensual entre os diferentes autores. A OMS (2007) define queda como sendo um evento que faz com que uma pessoa descanse inadvertidamente no solo, no chão ou em outro nível inferior àquele em que se encontra.

A DGS (2015, 2017) refere que as quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo, ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são superiores requerendo, na maioria das vezes, cuidados médicos. Deste modo Kannus et al. (2007), citado por OMS (2010, p.13) afirma que “Caso não sejam tomadas medidas preventivas no futuro imediato, o número de lesões causadas por quedas é projetado para ser 100% mais alto no ano de 2030”.

Em 2006, em Portugal estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com complicações, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros (DGS, 2015).

Existem evidências que referem que um terço ou mais dos idosos com 65 anos caem uma vez por ano na comunidade, aumentando esta proporção para 32-42% nos idosos com 70 anos ou mais, podendo atingir os 50% nos idosos com mais de 80 anos, (Ciaschini, et al, 2009; Falsarella, Gasparotto & Coimbra, 2014).

As quedas sendo prevalentes na população com mais de 65 anos (Baixinho & Dixie, 2016), representam 68,7% do mecanismo de lesão que mais contribuíram para acidentes domésticos e de lazer (ADL), segundo o Sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (2014) referido pela DGS (2017).

Nos idosos que vivem na comunidade a maioria das quedas ocorre em casa e um quarto das quedas provoca fraturas de membros inferiores (Jin, 2018). As quedas são a principal causa de incapacidade física, mortalidade e exclusão social nos idosos (Luciano, Marques-Vieira & Low, 2019).

Estudos recentes, relacionam a sarcopenia inerente ao envelhecimento como estando associada ao aumento de quedas nos idosos, complicações médicas e perda de independência (Norman & Otten, 2019). O medo de cair, provoca perda de confiança na realização de tarefas diárias, restrição das atividades sociais e aumento da dependência nos idosos (Luciano et al., 2019).

Segundo Morse (2009), as quedas podem ter diferentes causas sendo classificadas como: 1) Quedas acidentais: acontecem devido a fatores externos à pessoa, normalmente em indivíduos sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. As estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais; 2) Quedas fisiológicas não antecipáveis, podendo ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas; 3) Quedas fisiológicas antecipáveis: quando acontecem em indivíduos com alterações fisiológicas e com risco de queda. Estas últimas, constituem quase 80% do total de quedas, sendo potencialmente preveníveis.

As evidências da literatura apontam para a existência de cerca de 400 diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de quedas (Czerwinski, Bialoszewski & Borowy, 2008; Falsarella, Gasparotto & Coimbra, 2014; Bento & Sousa, 2017).

O modelo apresentado pela OMS de 2007, representa como as quedas resultam da complexa relação entre vários fatores de risco, que refletem a multiplicidade de determinantes de saúde afetando direta ou indiretamente o bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2007). Os fatores de risco estão categorizados em quatro dimensões: biológica intrínseca ao indivíduo (idade, género, raça, doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas); comportamental (polimedicação, consumo excessivo de álcool, não praticar exercício físico, calçado inadequado), ambiental (desenhos arquitetónicos inadequados, escadas e pisos escorregadios, tapetes soltos, iluminação insuficiente, piso irregular ou em mau estado) e socioeconómica (baixo rendimento e baixos níveis de escolaridade, residência inadequada, escassas interações sociais, acesso limitado ou reduzido aos serviços de saúde e sociais, escassos recursos na comunidade), (OMS, 2007).

Morse (2009) refere que o aspeto mais importante da prevenção das quedas é prever o seu acontecimento e reportá-lo para que outra situação de queda possa ser

prevenida. O primeiro passo para diminuir o acidente por queda na população idosa que vive independente na comunidade, é a perceção e conhecimento dos fatores de risco e dos mecanismos das quedas (DGS, 2012).

Os fatores de proteção para as quedas nos idosos encontram-se relacionados com mudanças comportamentais e modificações ambientais. As mudanças comportamentais para estilos de vida saudáveis são um ingrediente-chave para encorajar o envelhecimento saudável e evitar quedas. Não fumar, consumo moderado de álcool, manutenção de peso adequado, praticar exercício físico e controlo da saúde são essenciais para o envelhecimento saudável e independência, (OMS, 2007). No que diz respeito aos fatores de risco ambiental, estes englobam a interação do indivíduo com o ambiente físico que o rodeia. No domicílio em que existem escadas, chão escorregadio, tapetes não fixos ao chão, iluminação insuficiente, são dos principais fatores de risco ambiental, funcionando como riscos ocultos que necessitam de intervenção (OMS, 2007).

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear (DGS, 2015).

Em Portugal, neste âmbito, foi criado o PNSD 2015-2020, onde no seu sexto objetivo estratégico refere “Prevenir a ocorrência de quedas”, de modo a que no final de 2020: 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham implementado práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas e reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou com ele convencionado (DGS, 2015).

Qualquer medida que vise a prevenção da queda no idoso é norteadada pela promoção da saúde pelo que será o tema explanado a seguir.

### **1.3 Promoção da Saúde**

A Promoção da saúde é definida pela OMS como sendo um processo que permite aos indivíduos aumentar, melhorar e controlar a respetiva saúde (OMS, 1986), tornando-se deste modo um investimento essencial (OMS, 1997) para alcançar ganhos em saúde, cabendo os Cuidados de Saúde Primários (CSP) um papel primordial, pois foca-se na promoção de uma vida saudável das suas populações (Carvalho & Carvalho, 2006). Para isso torna-se necessário implementar as estratégias referidas na Carta de *Ottawa* de 1986: desenvolver competências pessoais, criar ambientes favoráveis à saúde, estabelecer políticas públicas saudáveis, reorientar os serviços de saúde e reforçar a ação comunitária (OMS, 1986).

Complementando com a Declaração de Jakarta em 1997, que acrescenta a pertinência da cooperação na saúde, onde as parcerias se tornam indispensáveis face aos novos desafios que se impõem permitindo a partilha (OMS, 1997).

A promoção da saúde deve ser efetuada por e com as pessoas, de modo a prosperar a capacidade de atuar dos indivíduos, capacitá-los, impõe o acesso mais real e sólido no processo de decisão, assim como a obtenção de competências e de conhecimentos fundamentais para uma respetiva mudança (OMS, 1997).

O enfermeiro está numa posição privilegiada para desenvolver intervenções por e com as pessoas com vista à promoção da sua saúde, seguindo-se o tema das intervenções de enfermagem.

### **1.4 Intervenções de Enfermagem**

A "Enfermagem Comunitária ao possuir como foco de atuação primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania." (Regulamento das Competências Específicas do EEECS, 2018).

Os profissionais de enfermagem com as suas competências no domínio biopsicossocial e o contato permanente que possuem com os utentes, usufruem oportunidades únicas de liderança na promoção de uma melhor saúde na sua comunidade (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

O Enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional, pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente a referente às quedas, tornou-se num dos seus focos de atenção (Morse, 2009).

No entanto, o enfermeiro especialista com as suas competências mais avançadas e de perito (Benner, 2001) possui aptidões particulares, holísticas e uma compreensão profunda que favorecem a avaliação, o planeamento e atuação mais rápida e pertinente perante o risco de quedas existente nos idosos. Nesta sequência Benner (2001) afirma “Com o domínio da atividade vem a transformação” (p.59).

Basear a praxis clínica especializada em evidência científica e ser agente ativo no campo da investigação, é uma das várias competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, permitindo fundamentar os processos de tomada de decisão e as intervenções com conhecimento válido, atual e pertinente possuindo os cuidados de Enfermagem, nos dias de hoje uma maior importância e exigência técnica e científica [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019].

A revisão sistemática da literatura é um dos vários métodos que permite ao enfermeiro aceder à evidência científica apoiando desta forma a sua prática diária. Assim sendo, foi realizada uma revisão sistemática literatura (Apêndice I), de acordo com a metodologia do JBI para protocolos de revisões *scoping* (JBI, 2015), de modo a mapear evidência existente sobre as Intervenções do Enfermeiro na prevenção de quedas nos idosos na comunidade.

Os enfermeiros na comunidade são normalmente os responsáveis e/ou mediadores das intervenções para prevenção de quedas nos idosos (Huang & Acton, 2004; Matsumoto, Tanimura & Tanishim, 2017; Ippoliti, Falayigna & Montani, 2018), atuando em conjunto com equipas multidisciplinares, realizando educação para a saúde sobre multifatores causadores de quedas nos idosos, (Wenger, Roth, & Martin, 2011; Reuben et al, 2017).

Por todo o mundo existem inúmeros projetos multifatoriais, onde a prevenção de quedas está englobada. Os projetos CoSENSo, CAPABLE, STRIDE, EVERCARE, são exemplos, em que os enfermeiros mais próximos da comunidade possuem um papel fundamental na capacitação dos idosos que vivem nas suas casas a adaptar-se às dificuldades associadas ao envelhecimento (Matsumoto, et. al, 2017).

Segundo os estudos, a sarcopenia (Matsumoto, et al., 2017) a dor (Crowe et. al., 2017) e doenças agudas (Nazarko, 2015) são novos fatores causadores de quedas nos idosos os quais exigem atenção.

Na abordagem da temática das quedas deve-se atuar a nível preventivo (Cabrita & José, 2012) com vista à autonomia dos idosos, realizando intervenções multifatoriais, avaliando os riscos ambientais e os fatores predisponentes para quedas (Huang & Acton, 2004; Gomes & Camacho, 2017) bem como os comportamentais, promovendo um envelhecimento ativo, permitindo assim aos idosos ficar mais tempo no domicílio (Ippoliti et al., 2018). A intervenção preventiva tem o objetivo de redução dos riscos e recuperação da autonomia e da confiança (Nazarko, 2015).

Alguns estudos evidenciam que as novas tecnologias são uma mais-valia no auxílio para os profissionais de saúde no caso de queda dos idosos no domicílio, (Cheek, Nikpour & Nowlin, 2005; Reuben et al., 2017).

Familiares / prestadores informais de cuidados aos idosos quando presentes, são fundamentais, devendo ser integrados em todas as ações destinadas à prevenção de quedas dos idosos a quem prestam cuidados (Cuesta-Benjumea et al., 2016).

Terminado o capítulo sobre os temas incluídos no enquadramento teórico avançamos para o capítulo que versa sobre o modelo do referencial teórico neste projeto de intervenção comunitária.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender

Para a realização deste projeto de intervenção comunitária foi selecionado o Modelo de Promoção em Saúde (MPS) de *Nola Pender*. Este Modelo tem como alicerces a enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem social de *Albert Bandura* que integra a relevância dos métodos cognitivos na alteração comportamental (Sakraida, 2004).

Segundo (Pender et al., 2014) este modelo é um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adquirirem comportamentos saudáveis.

Na promoção de comportamentos de prevenção de quedas na população idosa pretende-se atuar principalmente nas características e experiências individuais de cada idoso em relação às quedas, bem como em conhecimentos e alterações de comportamento que influenciem a aquisição de competências para a prevenção de quedas. O MPS desenvolve-se incluindo comportamentos para melhorar a saúde podendo ser aplicado em todo o ciclo vital (Sakraida, 2004) e apresenta três grandes dimensões:

1. As Características e Experiências Individuais que incluem o Comportamento Anterior e os Fatores Pessoais: biológicos, psicológicos e socioculturais.

2. As Cognições e Afetações do Comportamento que integram os benefícios de ação percebidos e barreiras percebidos à ação; a autoeficácia percebida; atividade relacionada com a apresentação, as influências interpessoais (família, pares e prestadores), normas, apoio e modelos e ainda as influências situacionais (opções, características exigidas e estética).

3. O Resultado do Comportamento onde estão inseridas as exigências e preferências de competição. Ocorre o Compromisso com um Plano de Ação, resultando no Comportamento de Promoção de Saúde para obtenção de resultados de saúde positivos tal como refere a autora do MPS, *“Health-promoting behaviors, particularly when integrated into a healthy lifestyle, results in improved health, enhanced functional ability, and better Quality of at all stages of development”* (Pender et al., 2014, p.50).

O MPS Adaptado à problemática das quedas nos idosos encontra-se descrito em apêndice (Apêndice II).

Contudo, além do MPS considera-se pertinente e enriquecedora a aplicação do modelo de *empowerment* como um método através do qual os indivíduos e comunidades alcançam controlo sobre as suas vidas (Pender et al., 2014). “A capacitação é um processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas e fortalecendo a capacidade de resolução de problemas com efetividade” (Loureiro & Miranda, 2016, p. 202).

Segue o capítulo dedicado à metodologia do processo de planeamento em saúde abordando cada uma das suas etapas.

### **3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Em 1978, com a Conferência de Alma Ata foi recomendado aos “governos o aperfeiçoamento da estrutura administrativa e que esta seja aplicada a todos os níveis através de métodos apropriados de gestão para planearem e aplicarem em prática nos CSP” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23). Neste sentido, o Planeamento em Saúde, é definido como sendo a racionalização do uso de recursos com vista a alcançar os objetivos fixados em função dos problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tavares (1990) acrescenta que PS é um auxiliar na tomada de decisão, superando os conflitos entre equidade e eficiência, procurando no final um estado de saúde, através da sua promoção, na prevenção de doenças, cura e reabilitação a partir da inclusão de mudanças de comportamento nas populações.

Ao EEEECSP compete-lhe estabelecer com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018). Utilizou-se esta Metodologia do Planeamento em saúde neste projeto de intervenção comunitária.

De modo a permitir o controlo temporal das várias etapas do Planeamento em Saúde a desenvolver ao longo do estágio elaborou-se um Cronograma de Atividades. (Apêndice III)

Passamos a descrever cada uma das etapas do Planeamento em Saúde.

#### **3.1 Diagnóstico da Situação em Saúde**

Sendo a Primeira Etapa no processo de PS, deverá corresponder às verdadeiras necessidades de saúde de uma população (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993), onde o investigador deve caracterizar os serviços, a população, bem como as suas necessidades (Imperatori e Giraldes, 1993).

Iniciamos pela caracterização do contexto do local onde decorreu a intervenção comunitária.

### **3.1.1. Contexto do local da intervenção comunitária**

A Freguesia da área abrangência da USF, existe desde 2013, como resultado da reforma administrativa nacional. Situa-se na zona norte da área metropolitana de Lisboa.

Possui uma área de 1,66 Km<sup>2</sup>. De acordo com Censos 2011 possui 21 891 habitantes (INE, 2012), o que representa uma densidade populacional de 13 187,3 hab/km<sup>2</sup>, representando uma das mais pequenas freguesias deste concelho.

De acordo com dados da respetiva Câmara Municipal (2011), o Índice de Envelhecimento da freguesia em 2011 foi de 249,7%, sendo o mais elevado do concelho (113,7%) e superior ao Nacional (33,5%). Como consequência, o Índice de Dependência da população idosa na freguesia foi mais elevado, situando-se nos 45,5%, sendo no concelho 26,1% e no país 31,4% (Censos 2011).

Possuindo uma ampla rede de apoios comunitários desde escolas, Instituições particulares de solidariedade social (IPSS), Polícia, finanças, correios, piscinas municipais, igreja entre outros, bem como uma ampla rede de transportes públicos como Rodoviária Nacional, Metro, Carris e CP- Comboios Portugal.

A USF é uma das três unidades de saúde existentes nesta freguesia. Encontra-se localizada na zona norte, em instalações construídas de raiz para serviços de saúde, partilhando essas instalações com mais duas unidades funcionais.

A USF existe desde 2009, composta por oito médicos, sete enfermeiros e seis assistentes técnicos, funcionando como uma pequena unidade operativa com autonomia funcional e técnica que aceitaram um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes e objetivos a nível da acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade garantindo aos seus cidadãos uma carteira de serviços básica de serviços [Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2017].

Em maio de 2019 possuía 14.059 utentes inscritos, o que representa 20.277 unidades ponderadas. Destes 6318 são homens e 7741 mulheres, sendo os idosos entre os 70 e 74 anos, a faixa etária mais representativa com 1273 utentes, representando um índice de dependência de 60.32%, de acordo com a Plataforma do Bilhete de Identidade Cuidados Saúde Primários (Bi-CSP). (Anexo I).

A USF no decorrer dos dez anos da sua existência evoluiu, realizando um crescimento e amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa é uma prática efetiva. No sentido da qualidade e segurança dos seus utentes, acompanhou a evolução política esperada para os CSP direcionando os seus cuidados para o utente e comunidade. Atualmente é uma Unidade Modelo B, Acreditada pela *Andalusian Agency for Healthcare Quality* com nível Bom, desde maio 2018.

No relatório de atividades do final de 2019 apresentou um Índice de Desempenho Global de 93,3%, segundo a Plataforma do Bi- CSP a 15-03-2019.

### **3.1.2 Seleção da Amostra**

Após reunião com os responsáveis da unidade e para orientação deste projeto de intervenção, determinou-se que a população alvo do referido projeto é o grupo de idosos com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos, inscritos na USF. Assim os critérios de inclusão foram: ter idade entre os 75 e 85 anos, saber ler e escrever, concordar em participar no estudo mediante a assinatura do consentimento informado, ou do seu representante e habitar na área geográfica de abrangência da Unidade Funcional. Os critérios de exclusão foram: estar institucionalizado, não compreender o português na versão oral e/ou escrita, residir fora da área geográfica de abrangência da Unidade.

A par destes critérios, em reunião com os peritos para definição da amostra da população, decidiu-se que a amostra selecionada aleatoriamente pertenceria a um ficheiro de médico/enfermeiro de família. Segundo a plataforma do Bi-CSP a 14-03-2019, a amostra foi 1783 utentes na sua lista, dos quais 227 utentes possuem entre 75 e 85 anos, correspondendo a 116 mulheres e 111 homens.

A recolha de dados realizou-se entre os dias 16 junho e 6 de julho de 2019 na USF ou no domicílio dos utentes que durante esse período estivessem inscritos nas consultas de enfermagem e/ou médica. A seleção da amostra foi aleatória por conveniência.

### **3.1.3 Procedimentos Éticos**

Para realização deste Projeto de Intervenção Comunitária, foram cumpridos os vários procedimentos éticos solicitados pela Comissão Ética da Saúde (CES) da ARSLVT, os quais resultaram no parecer favorável à realização do respetivo projeto (Anexo II). Na sequência deste processo foi pedida autorização final à Senhora Diretora do ACES (Anexo III) e ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) do ACES (Anexo IV) ambas com parecer favorável.

Relativamente aos participantes, antes da solicitação do preenchimento do questionário era entregue o consentimento informado (Apêndice IV) e esclarecida qualquer dúvida existente, tendo em atenção os princípios éticos entre outros o do anonimato e o da confidencialidade dos dados.

### **3.1.4 Instrumentos de recolha de dados**

Para identificar os problemas e necessidades da população, foi selecionada a abordagem de inquérito sob a forma questionário (Apêndice V), o qual inclui questões para avaliar as dimensões biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental dos fatores de risco de queda preconizadas pela OMS (2007).

Assim, o questionário foi constituído por duas partes. Na primeira parte pretendeu-se recolher informação sobre as quatro dimensões citadas que inclui os dados sociodemográficos, bem como características e experiências individuais do idoso da USF relacionados com quedas com recurso aos fatores pessoais (Pender et al., 2014). Na segunda parte para completar a informação às dimensões referidas foram utilizadas escalas pré-definidas e já validadas e adaptadas para a população portuguesa. A Escala de Barthel (Araújo, Ribeiro & Oliveira, 2007) avalia o grau de dependência nas atividades de vida diária e a Escala Mini Mental Statement Examination (MMSE), (Folsteinn, 1975), (Guerreiro et al. 1994); (Morgado, Rocha & Maruta, 2009) avalia o estado cognitivo dos idosos. Também nesta segunda parte, usou-se a Escala de *Morse* (Costa Dias, 2014) que avalia o risco de queda. Todas estas escalas permitiram recolher informação para conhecer o comportamento anterior (aquele que se espera ser modificado) de acordo com o Modelo da Pender. A Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda (Baixinho & Dixie, 2016) avalia a comunicação/informação recebida sobre os fatores de risco das quedas e as suas práticas e comportamentos de segurança sobre

as quedas permitindo perceber as Cognições e Alteração do Comportamento neste grupo.

As escalas usadas foram autorizadas pelos respetivos autores. As autorizações e pedidos encontram-se em apêndice, nomeadamente:

Escala de *Barthel* (Araújo et al, 2007) (Apêndice VI);

Escala de *Morse* (Costa Dias, 2014) (Apêndice VII);

Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda (Baixinho & Dixie, 2016) (Apêndice VIII).

Para facilitar a leitura elaborou-se o quadro 1 com as variáveis do questionário categorizadas pela dimensão fisiológica, socioeconómica, comportamental e ambiental.

*Quadro 1- Categorização das variáveis dos instrumentos de avaliação pela dimensão biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental*

Dimensão dos fatores de risco	Variável	Instrumentos de avaliação
<b>Dimensão Biológica</b>	Idade	Pergunta nº 1 do questionário
	Sexo	Pergunta nº 2 do questionário
	Estado civil	Pergunta nº 4 do questionário
	Co habitação	Pergunta nº 5 do questionário
	Patologias	Pergunta nº 7 do questionário
	Declínio capacidades físicas	Escala de <i>Barthel</i>
	Declínio das capacidades cognitivas	Escala MMSE
	Risco de queda	Escala de Morse
<b>Dimensão Sócio - Económica</b>	Habilitações literárias	Pergunta nº 3 do questionário
	Rendimento atual	Pergunta nº 6 do questionário
	Medicação que toma	Pergunta nº 8 e 9 do questionário

<b>Dimensão comportamental</b>	Automedicação	Pergunta nº 10 do questionário
	Prática do exercício físico	Pergunta nº 11 do questionário
	Consumo de álcool	Pergunta nº 12 do questionário
	Comunicação e Comportamentos dos idosos em relação quedas	Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade
<b>Dimensão ambiental</b>	Tipo residência	Pergunta nº 13 do questionário
	Escadas ou elevador	Pergunta nº 14 do questionário
	Fatores preventivos quedas wc	Pergunta nº 15 do questionário
	Fatores risco domicílio	Pergunta nº 16 do questionário
	História de queda	Pergunta nº 17 do questionário
	Local da queda	Pergunta nº 18 do questionário
	Causa da queda	Pergunta nº 19 do questionário
	Momento dia em que caiu	Pergunta nº 20 do questionário
	Necessidade de cuidados de saúde	Pergunta nº 21 do questionário

### 3.1.5 Indicadores de Saúde

Os indicadores devem ser instrumentos de medida adequados e abranger critérios de conveniência tais como fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade (Tavares, 1990).

Os indicadores seleccionados neste diagnóstico de situação são:

**Taxa de Fatores Biológicos** dos utentes (75-85 anos) da USF relacionados com quedas; **Taxa de Fatores Socioeconómicos** dos utentes (75-85 anos) da USF relacionados com quedas, **Taxa de Fatores Comportamentais** dos utentes (75-85 anos) da USF relacionados com quedas; **Taxa de Fatores Ambientais** dos utentes (75-85 anos) da USF relacionados com quedas; **Taxa** de pessoas idosas (75-85 anos) da USF sem déficite cognitivo; **Taxa** de pessoas idosas (75-85 anos) da USF sem dependência nas AVD; **Taxa risco quedas** das pessoas idosas (75-85 anos) da USF; **Taxa comunicação/ informação** recebida sobre os fatores do risco de queda

verbalizada pelos idosos na prevenção de quedas dos idosos (75-85 anos) da USF; **Taxa de práticas e comportamentos de segurança** sobre quedas nos idosos (75-85 anos) da USF.

### **3.1.6 Tratamento de dados e resultados**

Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Recorreu-se à estatística descritiva no tratamento dos dados para a definição do diagnóstico da situação.

Os dados são apresentados segundo a dimensão biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental dos fatores de risco da OMS (2007).

#### **Dimensão biológica dos fatores de risco de queda**

A amostra teve um total de 37 utentes, com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos, com uma média de 79,41 anos e Desvio Padrão de 3,46 (Apêndice IX). Destes, 21 utentes são do sexo feminino, correspondendo a 56,8% e 16 utentes do sexo masculino, correspondendo a 43,2%. Estes dados são corroborados com os do estudo de Rodrigues & Contreiras (2015), no qual os idosos com a idade de 75 ou mais anos e o sexo feminino, são os que mais sofrem acidentes por quedas, No que se refere ao estado civil a maioria dos utentes era casado, cerca de 64,9%, sendo 32,4% viúvo, pelo que 75,7% dos inquiridos respondeu que não mora sozinho quando questionado (Apêndice X). Verificou-se que alguns idosos viúvos moravam com familiares próximos.

À pergunta qual/quais as patologias que os afetavam, na tentativa de perceber a condição de saúde dos inquiridos OMS (2007), a que obteve maior frequência foi a hipertensão com 48,6%, seguida de problemas visuais com 35,1%. Estes resultados foram similares aos do estudo de Almeida, Soldara, & Carli (2012). A doença cardíaca surgiu a seguir com 32,4%, a diabetes em 4º lugar com 29,7% (Apêndice XI). Os utentes questionados, informaram que os principais problemas visuais eram as cataratas, estando a aguardar marcação de intervenção cirúrgica e retinopatia devido à diabetes.

Em relação à aplicação da Escala de *Barthel* a amostra caracterizou-se por ser totalmente independente nas atividades de vida diária com 45,9% e com dependência leve 37,8% (Apêndice XII).

No que diz respeito à aplicação da Escala de *Morse* sobre o risco de queda, 43,2% dos utentes teve alto risco de quedas, 29,7% baixo risco e 27% ausência do risco queda (Apêndice XIII).

Em relação à avaliação de deficit cognitivo através da escala de MMSE, 89,2% da amostra não tem deficits cognitivos (Apêndice XIV).

### **Dimensão socioeconómica dos fatores de risco de queda**

No que diz respeito às habilitações literárias a grande maioria tem a instrução primária correspondendo a 73% dos idosos questionados, verificando-se uma baixa escolaridade, que segundo a OMS (2007), é um dos fatores socioeconómicos que predispõe às quedas. Quando inquiridos sobre o rendimento que possuem mensalmente, cerca de 45,9% refere que dá para viver, enquanto que 24,3% utentes refere que é difícil viver com o rendimento que possuem (Apêndice X).

### **Dimensão comportamental dos fatores de risco de queda**

Sobre a realização de exercício físico somente 7 utentes referem que o praticam regularmente, correspondendo a 18,9% dos utentes. Uma minoria de 7 utentes (18,9%), refere verbalmente realizar caminhadas (Apêndice XV). mas não de forma rotineira, observando-se que o fator sedentarismo está presente nesta população como fator de risco comportamental (OMS, 2007).

Em relação à ingestão de bebidas alcoólicas 40,5% afirma positivamente a sua ingestão, todos apenas às refeições (Apêndice XV).

Quando questionados se tomam medicação habitualmente 91,9% dos inquiridos referem que sim, e de entre estes, 67,6% refere não se automedicar (Apêndice XV). Os idosos não têm por hábito tomar terapêutica, que não seja prescrita, contudo, em alguns casos referem que algumas vezes deixam terminar a terapêutica de uso crónico e que demora alguns dias até vir ao médico pedir nova receita, ocorrendo nestes casos uma gestão do regime terapêutico ineficaz (Apêndice XVI).

Quanto à Escala de práticas e comportamentos dos idosos na prevenção de quedas na comunidade (Baixinho & Dixe, 2016) responderam 33 idosos, há a salientar na área da comunicação, 54,1% dos idosos referiram que nunca falam com outros idosos sobre fatores de risco de queda e com igual percentagem os idosos cujos familiares não alertaram para o risco de cair. Sobre alerta dado pelos profissionais de saúde sobre o risco de queda, 37,8% dos idosos nunca foram alertados pelo enfermeiro e 64,9% dos idosos nunca foram alertados pelo médico. Estes resultados são semelhantes a estudo realizado por (Oliveira, 2017) em idosos no domicílio, verificando-se que ao nível da comunicação não é frequente os idosos falarem sobre o risco de quedas entre eles, familiares e/ou profissionais de saúde. No âmbito das Práticas e Comportamentos de Segurança, destacou-se a existência de algum cuidado na seleção de sapatos adaptados ao pé com 62,9% a ter esse cuidado, contudo, destacou-se a maior percentagem recai na resposta nunca sobre as práticas e comportamentos de segurança por parte destes com valores superiores a 50% em 6 das 10 questões (Apêndice XVII). Conclui-se que os idosos da amostra não possuem cultura de segurança e comunicação no que diz respeito às quedas, verificando-se insuficiente educação para a saúde dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre esta temática.

### **Dimensão ambiental dos fatores de risco de queda**

Caraterizando os fatores ambientais, 97,3% dos utentes habita em apartamentos, dos quais 81,1% só têm escadas de acesso á habitação. No que diz respeito a medidas ambientais que os idosos possuem no seu domicílio para prevenção quedas, destaca-se: *i)* 78,45% possui o cuidado de utilizar tapete antiderrapante na banheira ou poliban, *ii)* somente 27% possui os tapetes fixos ao chão, *iii)* 54,1%, possui animais domésticos e *iv)* 43,2% possui fios elétricos espalhados pela casa (Apêndice XVIII). A partir destes dados verificam-se vários fatores de risco ambiental.

Quando questionados se tinham caído no último ano, 67,6% referem que sim. A casa foi o local onde se verificou maior percentagem de queda (48,6%), seguindo-se a rua (32,4%) (Apêndice XIX). Estes dados são corroborados com estudos realizados, que referem que os idosos que vivem na comunidade caem em casa com maior frequência do que na rua. Das quedas ocorridas em casa: 55,6% ocorreram no

quarto e 44,4% na casa de banho (Apêndice XX). Estes dados são similares aos do estudo de Martins et al, (2016) e Jin (2018).

A principal causa de queda no domicílio, foi em primeiro lugar devido a tapetes soltos e chão escorregadio com 36% em ambas respostas e 32% devido a calçado ou vestuário inadequado (Apêndice XXI).

Dos 25 utentes que referirem ter caído no último ano, destes 76% necessitaram de cuidados de saúde devido principalmente a feridas (57,9%) e a traumatismo craniano (31,6%), (Apêndice XXII).

Pela avaliação feita, verifica-se a existência de fatores biológicos, ambientais e comportamentais do risco de queda, desconhecendo formas de minimizar/controlar esse mesmo risco.

Do diagnóstico de situação realizado extraíram-se os seguintes problemas de saúde, os quais foram ordenados no quadro seguinte:

*Quadro 2: Lista dos Problemas Identificados no diagnóstico de situação*

PROBLEMAS	
1	43,2% idosos com elevado score de risco de queda
2	35,1% idosos apresentam alterações da acuidade visual
3	48,6% idosos com Hipertensão
4	Deficit segurança dos idosos no ambiente domiciliário
5	Deficit conhecimento dos idosos sobre medidas preventivas quedas
6	91,9% idosos tomam medicação
7	18,9% idosos praticam exercício físico regularmente
8	Elevada ausência de comunicação sobre quedas entre profissionais de saúde e idosos: 5,7% recebe informação dos médicos e 8,6% recebe informação dos enfermeiros

### 3.2 Determinação de prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde, sendo considerada a fase em que se tomam decisões, priorizando os problemas identificados de modo a decidir qual o problema que se deve intervir em primeiro lugar (Tavares, 1990), sendo uma das competências do EEECSF a utilização de regras específicas que permitam definir quais as principais prioridades em saúde (OE, 2018).

Imperatori e Giraldes (1993) defendem que “Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorreu-se à utilização de critérios através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades” (p. 65). A escolha destes critérios e a sua valorização é um passo crítico neste processo pois daí vai resultar a lista final de prioridades” (Tavares, 1990, p.83).

O Método de *Hanlon*, foi o escolhido para priorizar os problemas deste diagnóstico de situação. Este método estabelece prioridades de acordo em quatro critérios: **A** – Amplitude ou magnitude do problema, **B** – Gravidade do problema, **C** – Eficácia da situação, **D** – Exequibilidade do projeto ou da intervenção. O ordenamento dos problemas aplica-se pela seguinte fórmula  $(A+B) \times C \times D$ , em que cada critério corresponde a pesos previamente definidos ou baseados num consenso de grupo (Tavares, 1990, p. 91), sendo esta última a selecionada, através de reunião com os peritos da unidade funcional. A Amplitude (**A**) corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema em que 10 corresponde ao maior número de pessoas e 0 ao menor número de pessoas. A Gravidade do Problema (**B**) deve ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades, custos ou outro. A escala varia de 0 a 10 sendo este último correspondente à maior gravidade (Tavares, 1990, p. 91). A eficácia da solução (**C**) é classificada de acordo com escala de 0,5 a 1,5 onde 0,5 corresponde ao problema de mais difícil solução (Tavares, 1990, p. 91). A Exequibilidade (**D**) integra os cinco componentes da sigla PEARL (**P**ertinência, **E**xequibilidade Económica, **A**ceitabilidade, **D**isponibilidade de **R**ecursos e **L**egalidade, tendo somente dois valores possíveis: Sim= 1 ponto ou NÃO = 0 pontos (Tavares, 1990, p. 92)

Aplicando o Método de *Hanlon*, deu origem à seguinte ordenação dos problemas:

Quadro 3: Aplicação Método de Hanlon nos problemas identificados

Problemas identificados	A Amplitude [0-10]	B Gravidade [0-10]	C Eficácia da solução [0,5-1,5]	D Exequibilidade 1 Sim ou 0 Não	(A+B) C X D
Comunicação insuficiente entre idosos e profissionais de saúde sobre risco de quedas	7	6	0,9	1	(7+6) 0,9x1= <b>11,7</b>
Prática insuficiente de exercício físico	9	3	0,6	1	(9+3) 0,6x1= <b>7,2</b>
Deficit segurança no ambiente domiciliário dos idosos	7	5	0,9	1	(7+5) 0,9x1= <b>10,8</b>
Deficit conhecimento do idoso sobre medidas preventivas quedas e fatores de risco	10	4	1,5	1	(10 +4) 1,5x1= <b>21</b>
Risco queda elevado	5	8	0,5	1	(5+8) 0,5x1= <b>6,5</b>
Elevado consumo de medicação por parte dos idosos	1	7	1	0	(1+7) 1x0= <b>0</b>
Hipertensão	6	10	1,1	0	(6+10) 1,1x= <b>0</b>
Alterações da acuidade visual	2	9	1,3	0	(2+9) 1,3X0= <b>0</b>

Após a priorização dos problemas, estes foram transformados em diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® versão 2 de 2015 e adaptados ao sistema informático de registo SClínico, utilizado na prática diária da enfermagem na USF.

Quadro 4: Correspondência dos problemas identificados em Diagnósticos de Enfermagem CIPE®

Problemas		Diagnósticos
<b>1º- 21 Pontos</b>	Deficit conhecimento dos idosos sobre medidas preventivas de quedas e fatores de risco	Potencial para melhorar o conhecimento sobre medidas preventivas de quedas e fatores de risco
<b>2º- 11 Pontos</b>	Comunicação insuficiente entre profissionais de saúde e idosos sobre risco de quedas	Comunicação sobre quedas comprometida entre profissionais de saúde e idosos
<b>3º- 10,8 Pontos</b>	Deficit de segurança no ambiente domiciliário dos idosos	Precaução de Segurança comprometida
<b>4º- 7,2 Pontos</b>	Idosos com prática insuficiente de exercício físico	Exercício físico comprometido

Finda a priorização dos diagnósticos, segue-se a descrição de cada um deles:

► **Potencial para melhorar o conhecimento.** Este diagnóstico foi elaborado de acordo com os dados recolhidos no instrumento de recolha de dados existe um deficit de conhecimento sobre medidas preventivas de quedas. Na CIPE® Conhecimento é definido como um tipo de Pensamento com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.

► **Comunicação Insuficiente/ineficaz.** Elaborou-se este diagnóstico pela avaliação da escala de práticas e comportamentos do idoso sobre quedas na comunidade em que se verifica um deficit de comunicação do idoso sobre o tema das quedas tanto entre idosos, como com familiares e os profissionais de saúde. NA CIPE® é um tipo de Ação Interdependente com as características específicas: ações de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face-a-face ou medidas de comunicação remota como correio, correio eletrónico e telefone.

► **Precaução de segurança comprometida.** Este diagnóstico foi definido pela avaliação da escala de práticas e comportamentos do idoso sobre quedas na comunidade cujas respostas obtidas nas diferentes questões revelaram que os idosos não possuem medidas de segurança para prevenção de quedas tanto no seu ambiente como no seu comportamento. Precaução de Segurança de acordo CIPE® é um tipo de Precaução com as características específicas: desempenhar atividades diretamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo; executar atividades orientadas para a manutenção da segurança do ambiente.

► **Exercício comprometido.** Este diagnóstico emerge da baixa percentagem dos participantes que realizam exercício físico regularmente. Em CIPE®, Exercício é definido como um tipo de Autocuidado: Atividade Física com as características específicas: executar atividades físicas e programas de exercícios corporais com o objetivo de se manter em boa condição física, com boa mobilidade e saudável.

Todos os diagnósticos identificados encontram-se interligados pelo que o projeto de intervenção vai incidir simultaneamente em todos eles. A evidência

científica refere que intervenção multifatorial é uma das melhores atuações na prevenção de quedas nos idosos (Nazarko, 2015).

### 3.3 Fixação de Objetivos

Nesta etapa pretende-se fixar os objetivos a alcançar em relação a cada problema considerado prioritário num determinado espaço de tempo (Imperatori & Geraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993) na fixação de objetivos, deve-se ter em conta quatro aspetos, tais como: selecionar os indicadores dos problemas de saúde prioritários; determinar a tendência dos problemas definidos como prioritários; fixar objetivos a medio prazo e traduzir os objetivos em objetivos operacionais ou metas. Um objetivo tem como função fornecer normas e critérios às atividades que lhe sucedem (Tavares, 1990). Para este projeto de intervenção comunitária foi definido como **Objetivo Geral**:

- Capacitar os idosos entre os 75 e 85 anos da USF para comportamentos de prevenção de quedas.

Como **Objetivos Específicos** a alcançar:

- Aumentar o conhecimento dos idosos (75-85 anos) da USF sobre fatores de risco e medidas preventivas de quedas;

- Aumentar a percentagem dos idosos (75-85 anos) da USF que referem ter recebido informação dos médicos e enfermeiros sobre fatores de risco e comportamentos de segurança;

- Iniciar a avaliação do risco queda segundo a escala de Morse, aos idosos entre os (75-85 anos) por parte dos enfermeiros da USF, com respetivo registo em "SClínico";<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Este diagnóstico emergiu não pela avaliação dos dados recolhidos do instrumento de colheita de dados, mas pela comunicação com os profissionais de saúde da USF sobre a necessidade e pertinência da sua realização, plasmada na evidencia científica recolhida.

- Aumentar os comportamentos de segurança dos idosos da USF entre (75-85 anos) para a prevenção de quedas;
- Diminuir o risco de queda nos idosos (75-85 anos) da USF;
- Aumentar a prática de exercício físico dos idosos (75-85 anos) da USF.

### **3.4 Objetivos operacionais: metas**

Uma meta, é o “enunciado de um resultado desejável, tecnicamente exequível das atividades e que possa ser avaliado a curto prazo, sendo por isso uma consequência dos objetivos anteriormente definidos (Tavares, 1990).

- Alcançar que 55% dos idosos (75-85 anos) da USF adquiram práticas e conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas;
- Conseguir que 25% dos idosos (75-85 anos) atendidos nas consultas de enfermagem tenham a avaliação do risco de quedas de acordo com a Escala de *Morse* com registo em SClinico;
- Aumentar em 10% os idosos (75-85 anos) da USF que referem receber informações dos médicos e dos enfermeiros sobre fatores de risco e comportamentos de segurança;
- Aumentar em 10% os comportamentos de segurança no domicílio dos idosos (75-85 anos) da USF;
- Diminuir em 10% os idosos (75-85 anos) que apresentem elevado risco queda de acordo com a Escala de *Morse*;
- Aumentar em 5% os idosos (75-85 anos) da USF que praticam exercício físico.

### 3.5 Indicadores Operacionais

Para Tavares (1990), “Um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (p.120).

Para este projeto de intervenção comunitária foram selecionados **indicadores de resultado ou impacto** de modo a avaliar o impacto das intervenções realizadas optou-se por “medir as alterações verificadas num problema” (Tavares, 1990, p.120) e **indicadores de atividade ou execução**, pretendendo avaliar a pertinência e adesão às atividades desenvolvidas (Tavares, 1990), de modo a alcançar uma avaliação mais fidedigna do projeto.

No quadro seguinte encontra-se exposto os quatro diagnósticos de enfermagem, os objetivos específicos para cada um deles, o objetivo operacional bem como o respetivo indicador.

Quadro 5: Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos, objetivo operacionais e indicadores de atividade e de resultado.

<b>Diagnóstico de enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre fatores de risco e medidas preventivas quedas</b>		
<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicador</b>
<b>Aumentar o conhecimento dos idosos (75-85 anos) da USF sobre fatores de risco e medidas preventivas de quedas</b>	Conseguir que 55% dos idosos (75-85 anos) da USF adquiram conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas;	<b>% De Idosos (75-85 anos) que respondem corretamente no questionário de avaliação dos conhecimentos = <math>n^{\circ}</math> idosos (75-85 anos) respondem corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos / <math>n^{\circ}</math> idosos (75-85 anos) que responderam questionário avaliação de conhecimento x100</b>

**Diagnóstico de enfermagem: Comunicação sobre quedas comprometida entre idosos e profissionais de saúde**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicador</b>
<b>Aumentar a percentagem dos idosos (75-85 anos) da USF que referem ter recebido informação dos médicos e enfermeiros sobre fatores de risco e comportamentos de segurança</b>	Aumentar em 10% os idosos (75-85 anos) da USF que referem receber informações dos médicos e dos enfermeiros sobre fatores de risco e comportamentos de segurança	<b>% Idosos com informação sobre fatores de risco e comportamentos de segurança</b> = $N^{\circ}$ idosos com informação T1/ $N^{\circ}$ idosos com informação T2 x100
<b>Iniciar a avaliação do risco queda dos idosos entre os (75-85 anos) por parte dos enfermeiros da USF com respetivo registo no SClínico</b>	Avaliar o risco quedas nos idosos (75-85 anos) da USF, para que 25% dos idosos atendidos nas consultas de enfermagem tenham essa avaliação	<b>% Registos de avaliação do risco queda</b> = $n^{\circ}$ registos em SClínico de avaliação do risco de quedas realizados a idosos 75-85 anos pelo enfermeiro / $n^{\circ}$ idosos 75-85 anos atendidos pelo enfermeiro janeiro 2020 x 100

**Diagnóstico de enfermagem: Precaução de Segurança comprometida**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicador</b>
<b>Aumentar os comportamentos de segurança dos idosos da USF entre (75-85 anos) para a prevenção quedas</b>	Aumentar em 10% os comportamentos de segurança dos idosos (75-85 anos) da USF	<b>% Comportamentos de segurança dos idosos (75-85 anos)</b> = $n^{\circ}$ Respostas dos idosos (75-85 anos) na coluna "Às vezes /Sempre" da escala de práticas e comportamentos de segurança/ $n^{\circ}$ Total de idosos (75-85 anos) x100
<b>Diminuir o score do risco quedas da amostra</b>	Diminuir em 10% o risco queda dos idosos 75-85 anos) da USF com elevado risco queda	<b>x% Risco queda nos idosos (75-85 anos)</b> = $n^{\circ}$ idosos (75-85 anos) com elevado risco queda/ $n^{\circ}$ Total idosos (75-85 anos) x100

Diagnóstico de enfermagem: Exercício físico comprometido		
Objetivo específico	Objetivo operacional	Indicador
<b>Aumentar a prática de exercício físico dos idosos (75-85 anos) da USF.</b>	Aumentar em 5% os idosos (75-85 anos) da USF que praticam exercício físico	<b>% Idosos (75-85 anos) que praticam exercício físico</b> = $n^{\circ}$ idosos (75-85 anos) que pratica exercício físico / $n^{\circ}$ total de idosos (75-85) x 100

De referir que na avaliação de cada uma das formações em serviço (FS), das ações de educação para a saúde (AES) e sessões de educação para a saúde (SES) desenvolvidas ao longo de todo o processo, definiu-se indicadores de adesão e de satisfação:

**Taxa Profissionais Saúde participantes na FS** =  $n^{\circ}$  profissionais participantes FS /  $n^{\circ}$  total de profissionais x100; (indicador de adesão)

**Taxa Profissionais Saúde que avalie positivamente FS** =  $n^{\circ}$  profissionais que avaliam positivamente FS /  $n^{\circ}$  total de profissionais que avaliaram a FS x100; (indicador de satisfação)

**Taxa Cuidadoras Formais participantes na FS** =  $n^{\circ}$  profissionais participantes FS /  $n^{\circ}$  total de profissionais x100; (indicador de adesão)

**Taxa de Cuidadoras Formais que avalie positivamente a FS** =  $n^{\circ}$  profissionais que avaliam positivamente FS /  $n^{\circ}$  total de profissionais que avaliaram a FS x100; (indicador de satisfação)

**Taxa Idosos participantes na SES** =  $n^{\circ}$  idosos participantes SES /  $n^{\circ}$  idosos do projeto participaram SES x100; (indicador de adesão)

**Taxa Idosos avalie positivamente a SES** =  $n^{\circ}$  idosos que avaliam positivamente SES /  $n^{\circ}$  idosos avaliaram SES x100; (indicador de satisfação)

### 3.6 Seleção de Estratégias

Esta etapa é considerada indispensável no processo de planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). É a que requer uma maior criatividade, de modo a alcançar as metas propostas. Uma estratégia é considerada um “conjunto técnicas de gestão ou operacionais necessárias à prestação de serviços” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 88). Conceber estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos, tendo em conta os recursos disponíveis e os aspetos socioculturais da comunidade são funções inerentes ao EEECS (OE, 2018).

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender et al, 2014), para se delinear as estratégias de intervenção para educar para a promoção de um comportamento que leve à saúde, é necessário considerar os dados recolhidos relativos ao comportamento anterior demonstrado. Deste modo, as selecionadas neste projeto foram:

**Formação em Serviço:** A rápida desatualização dos conhecimentos adquiridos e as frequentes mudanças do tipo de função a realizar, guiam à constante necessidade de atualizar conhecimentos (Carvalho & Carvalho, 2006). Deste modo a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação dos profissionais (Decreto-Lei n.º 437/91). Para que a educação permanente não resulte num insucesso, é imprescindível aliar a teoria à prática (Carvalho & Carvalho, 2006). Ao enfermeiro especialista é-lhe conferida a competência de ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, atuando como formador perante as necessidades formativas diagnosticadas, favorecendo a aprendizagem e competências dos enfermeiros, avaliando sempre o seu impacto (OE, 2019).

Sendo o tema das quedas nos idosos, pouco frequente na prática dos enfermeiros da USF, tornou-se pertinente a atualização dos seus conhecimentos através da FS, a motivação para introdução de novas práticas no seu dia a dia referentes à avaliação do risco de quedas nos idosos e incentivar a comunicação entre profissionais e idoso como um facto, cuja evidência científica refere ser fundamental na prevenção quedas, permitindo assim em contexto de trabalho assimilar, questionar e motivar para aliar os conhecimentos teóricos à prática.

**Educação para a Saúde (EpS):** A educação em saúde caracteriza-se pela existência de oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem,

envolvendo alguma forma de comunicação projetada para aumentar a educação em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida, propícias ao indivíduo e à saúde da comunidade (OMS, 1998). A educação em saúde não se preocupa apenas com a comunicação de informações, mas também em promover a motivação, habilidades e confiança necessárias para que o indivíduo e comunidade adquiram medidas que melhorem a sua saúde. (OMS, 1998).

**Sessões de educação individualizadas (SEI)** tornam-se pertinentes nos idosos carecendo de métodos que englobem o processo de envelhecimento, as condições de vida, crenças e valores inerentes às necessidades dos idosos (Mallmann, Neto & Sousa, 2015).

O EEECSPP possui competências que lhe permite utilizar métodos ativos de promoção e educação para a saúde permitindo a capacitação de grupos e comunidades (OE, 2018), onde se inclui este grupo vulnerável, capacitando-o para adquirir comportamentos de prevenção de quedas.

**A Comunicação em Saúde:** A comunicação em saúde é uma estratégia fundamental para informar a população sobre questões de saúde (OMS, 1998). O uso dos meios de comunicação e outras inovações tecnológicas para disseminar informações úteis sobre saúde pública, aumentar a conscientização sobre aspetos específicos da saúde individual e coletiva de modo a alcançar um maior empoderamento dos indivíduos e comunidades (OMS, 1998). Ao EEECSPP compete-lhe o conhecimento, utilização e aplicação de técnicas de comunicação e *marketing* em saúde (OE, 2018) na população em geral e em particular aos idosos e profissionais de saúde deste projeto.

**Parceria Institucional:** A criação de parcerias vai ao encontro do preconizado pela Declaração de *Jakarta* como prioridade para a promoção da saúde no século XXI (OMS, 1997) e às competências do EEECSPP que deve promover o trabalho em parceria garantindo deste modo uma maior eficácia das intervenções (OE, 2018). Para tal, foi pertinente conciliar e unir programas existentes na comunidade, como por exemplo o programa de envelhecimento ativo do ACES, que permitiu a inclusão dos idosos da USF através da prática de exercício físico permitindo atenuar o fator de risco do sedentarismo característico desta faixa etária e confirmado pelos dados recolhidos na amostra.

### 3.7 Preparação Operacional

O início do planeamento operacional, consiste no estudo pormenorizado das atividades necessárias para a execução (Imperatori & Geraldles, 1993). No quadro seguinte encontram-se expostas as estratégias utilizadas e as respetivas atividades do projeto de modo a alcançar os objetivos propostos.

Quadro 6: Estratégias e respetivas atividades do projeto

Estratégias	Atividades
Formação em serviço	. Formação aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da USF (Apêndice XXIII)
	. Formação às cuidadoras formais de um Centro Social (Apêndice XXIV)
Educação para a saúde	. SEI no domicílio aos idosos do projeto (Apêndice XXV)
	. SES idosos do Centro social e Centro de dia (Apêndice XXVI)
Comunicação em saúde	. Realização de um cartaz sobre fatores de risco de quedas nos idosos: “Prevenção de quedas nos idosos: capacitar para não acontecer” (Apêndice XXVII)
	. Realização de um cartaz sobre medidas preventivas das quedas nos idosos com o título: “Seis dicas para não acontecer”, (Apêndice XXVIII)
	. Realização do Artigo sobre quedas para o jornal da junta freguesia e/ou página do <i>Facebook</i> (Apêndice XXIX)
	. Realização de um <i>PowerPoint</i> sobre quedas nos idosos para ser transmitido na televisão da sala de espera da USF (Apêndice XXX) com respetiva autorização do coordenador da Unidade (Anexo V)
	. Elaboração de um folheto: “E se cair...” (Apêndice XXXI)
	. Realização de um Manual de Prevenção de Quedas: “Manual dos idosos, familiares e cuidadores para prevenção de quedas” (Apêndice XXXII)
	. Realização de um <i>Flyer</i> com o tema: “A sua casa é segura?” (Apêndice XXXIII)

	Elaboração de um Guia de Procedimentos a realizar pelos profissionais de saúde em caso de queda de utentes nas instalações da USF (Apêndice XXXIV)
<b>Parceria Institucional</b>	. Criação parceria com o Projeto de envelhecimento ativo da Unidade de Fisioterapia do ACES

Pelo exposto e de acordo com as estratégias selecionadas, foram programadas atividades que se encontram distribuídas no Cronograma de *Gantt* (Apêndice XXXV) a realizar ao longo dos cinco meses de estágio, tendo permitido controlar o desempenho das atividades pré-definidas (Tavares, 1990).

Seguidamente descrevemos as estratégias e respetivas atividades:

### **Comunicação em saúde**

Após reunião com os peritos da Unidade e pela pertinência do tema decidiu-se no início da fase de execução, divulgar o projeto para a comunidade, de modo a que o tema chegasse a um maior número de pessoas, através de: *i*) um **artigo** a ser publicado no jornal da freguesia e *ii*) a realização de **cartazes** sobre fatores de risco e medidas preventivas de quedas respetivamente, para divulgação na entrada da sala de espera da unidade. Simultaneamente tomou-se a decisão pela realização de um **PowerPoint** sobre o tema das quedas nos idosos a ser projetado na televisão da sala de espera para desse modo chegar a um maior número e diversidade de utentes, alertando-os para a importância da prevenção das quedas na população com mais idade. Com todas estas atividades pretendeu-se difundir a importância do tema das quedas nos idosos na comunidade.

O **Flyer** “A sua casa é segura?” elaborou-se após diálogo com um utente que sugeriu a elaboração de uma *checklist* que permitisse aos mais interessados avaliar rapidamente os riscos no seu ambiente domiciliário. O *Flyer* ficou disponível em expositor de fácil acesso e visível na sala de espera da USF.

A elaboração de um **Guia de Procedimentos** para aquando da queda do utente na USF, foi solicitado pelos profissionais no final da formação de modo a uniformizar procedimentos aquando desse tipo de acidente na Unidade, que será afixado junto à secretaria de todos os gabinetes após aprovação em Concelho Geral da USF.

A elaboração do **Manual de Prevenção de Quedas** foi sugerida pela equipa de peritos, no âmbito da política de qualidade e segurança do utente da Unidade. Este Manual contempla informação pertinente e atual de acordo com as diretrizes da DGS sendo uma ferramenta para os profissionais de saúde que funcionará como complemento da EpS. A sua entrega aos idosos, famílias e cuidadores será um reforço na prevenção de quedas na população idosa.

A elaboração do **folheto** com o título “E se cair...” foi realizado como complemento à parceria institucional com o ACES no programa de envelhecimento ativo resultando num recurso para outros profissionais, a ser entregue aos participantes nas atividades desse programa.

### **Educação para a saúde**

Após a divulgação do projeto na comunidade foi iniciado o contato com a população alvo do projeto para a participação nas atividades planeadas, tendo-se verificado a diminuição dos participantes por vários motivos: desistência, falecimento, doença e alteração de morada por aumento da dependência dos mesmos. Devido à estação do ano em que nos encontrávamos, com vento e chuva recorrentes, verificou-se a desistência por duas vezes dos idosos para participar nas SES agendadas na USF. Foi necessário mudar a estratégia. Optou-se por reestruturar as atividades planeadas inicialmente. Atravessando um período de campanha de vacinação contra a gripe e após reunião com a equipa de saúde, decidiu-se realizar sessões educativas individuais (SEI) e personalizadas no domicílio dos utentes com o recurso de um computador portátil.

A avaliação das SEI, foi realizada através de um questionário que permitiu a avaliação da pertinência (satisfação) e adesão dos idosos (Apêndice XXV). Como forma de realizar a avaliação do indicador da taxa de conhecimentos dos idosos após a SEI, foi incluído um leque de questões no slide final no PowerPoint da SEI. Através de um jogo tradicional português o “Jogo do Galo”, foi a forma lúdica que permitiu à mestrandia perceber e avaliar o conhecimento adquirido pelo respetivo idoso após a SEI apresentada.

De modo a chegar também à família do idoso, com um papel importantíssimo na prevenção das quedas do idoso (Gomes & Camacho, 2017) foi elaborado um convite (Apêndice XXXVI) para esta, também estar presente na SEI, caso desejasse. Após

esta atividade, optou-se por novas visitas domiciliares de *follow up* e consultas de enfermagem via telefônica de acordo com um planejamento de contatos de modo a realização de para um acompanhamento de proximidade monitorizando o conhecimento adquirido durante a SEI para o reforço da necessidade do idoso assimilar comportamentos e práticas de segurança pertinentes. Esta atividade decorreu ao longo dos meses de estágio na USF. No total foram três visitas domiciliares e duas consultas de enfermagem via telefônica (Apêndice XXXVII).

Aquando da divulgação do projeto na junta de freguesia, foi solicitado pelo Centro Social e Centro de dia, a realização de uma **SES** aos idosos das respetivas instituições sobre quedas, de modo alertar estes utentes para os fatores de risco relacionados com quedas e medidas preventivas, permitindo assim a consciencialização sobre o tema. Esta solicitação foi aceite de imediato, reforçando a parceria existente entre o poder autárquico e os serviços de saúde da comunidade. Contudo, teve de ser reagendado para o mês de janeiro por motivos alheios à mestranda. Em ambos os casos, conseguiu-se que este tema chegasse a um maior número de pessoas residentes na área geográfica da freguesia e que eventualmente ao estabelecerem relações de proximidade com os idosos do estudo, permitiu aumentar a comunicação entre estes e os idosos dos referidos Centros sobre as quedas e como preveni-las a par de um reforço da atenção por parte da comunidade sobre toda a problemática que envolve as quedas.

Para que o tema se mantivesse presente, foram oferecidas cópias dos cartazes elaborados para a USF, a ambas as instituições.

### **Formação em Serviço**

A Formação em Serviço como estratégia para os profissionais da Unidade teve como objetivo: *i)* divulgar o projeto de intervenção comunitária sobre quedas nos idosos, *ii)* motivar médicos e enfermeiros através da evidência científica e documentos legais (PNSD 2015-2020), para a importância de iniciar a avaliação do risco de quedas de acordo com a escala de Morse existente em SClínico nos idosos, *iii)* motivar para a melhoria da comunicação sobre fatores de risco e comportamentos preventivos de quedas com estes utentes nas suas consultas e *iv)* difundir a necessidade de notificar na plataforma respetiva, disponível pela DGS, as quedas dos idosos da USF

tendo por base a melhoria contínua da qualidade e segurança, de modo a melhorar práticas e comportamentos benéficos para todos.

Na altura o Centro social também solicitou a realização de uma formação em serviço para as equipas de cuidadoras formais no serviço domiciliário sobre o mesmo tema. A formação realizada às cuidadoras formais do Centro Social da freguesia surgiu por intermédio de convite, após realização da SES aos idosos da mesma instituição de modo a atualizar conhecimentos e reforçar competências às equipas de cuidadoras formais, prestadoras de cuidados domiciliários aos idosos da freguesia.

### **Parceria Institucional**

Além do reforço da parceria já referida entre a USF e o Centro Social e Centro de Dia também o estabelecimento da parceria com a equipa da Unidade de Fisioterapia do ACES que envolveu o apoio da equipa médica, de modo a estimular e incentivar os idosos na participação do programa de envelhecimento ativo do ACES. Como contributo foi elaborado um **folheto** com o título “E se cair...” a ser entregue aos participantes nesta atividade.

## **3. 8 Avaliação do Projeto**

Sendo a última etapa do processo de planeamento, permite estabelecer a existência de uma ligação entre as várias etapas de todo o processo de modo preciso e pertinente, determinando o grau de sucesso dos objetivos previamente definidos (Tavares, 1990).

De referir que ao longo do estágio, houve perda de 14 participantes, tendo terminado com 23 idosos pelo que nalgumas avaliações apresentadas o denominador da amostra é flutuante.

Em relação aos idosos participantes no projeto, como já referido, dado o momento em que decorreu a intervenção colidir com a estação do ano do inverno, a maioria dos idosos desmarcou as SES agendadas para a Unidade de Saúde por motivos vários (saúde, familiar). Foi necessário mudar de estratégia realizando as mesmas sessões em forma de SEI no domicílio que abrangeu todos os participantes que se mantiveram no projeto. A adequação da estratégia ao contexto casa, espaço natural da vida, foi facilitador na medida em que é o local ideal para o idoso aprender a informação, uma

vez que esta é aprendida quando ensinada no contexto onde usualmente se vai aplicar (Gitlin & Gwyther, 2003). Como resultado desta estratégia: durante o período do diagnóstico de situação (fim do verão) verificou-se a existência de fios elétricos das ventoinhas espalhados pelo chão. No decorrer das SEI os fios passaram a ser dos aquecedores e desumidificadores (outono). Nas visitas domiciliares posteriores foram negociadas estratégias de resolução com cada idoso e por vezes com o familiar para diminuir a ocorrência deste fator de risco. Veio o natal e os fios eram das luzes das árvores e do presépio, mas desta vez já se encontravam junto da parede, presos com fita-cola.

No que diz respeito à participação/adesão dos idosos, verificou-se que foram realizadas vinte e três SEI, correspondendo uma por cada idoso participante no projeto, do qual resulta uma participação global de 100% nas mesmas. Avaliando a satisfação através da opinião dos idosos sobre a pertinência e interesse das sessões, dos vinte e três participantes, vinte e um avaliaram positivamente as ações, e dois idosos responderam “Não Sei” permitindo alcançar 91,3% de respostas com opinião positiva (Apêndice XXXVIII).

Ao convite realizado aos familiares para assistirem a esta formação, cinco familiares participaram nas mesmas, principalmente cônjuges dos idosos do projeto e uma vizinha revelando interesse dos cuidadores familiares/informais sobre o tema.

Sobre as SES realizadas no Centro de Dia da Junta de Freguesia e no Centro Social que foram realizadas a pedido das instituições, pretendia-se a participação de 55% dos idosos. Verificou-se a participação de 18 dos 30 idosos do Centro de Dia e 28 dos 50 idosos do Centro Social, correspondendo a uma participação de 60% e 56% respetivamente. No que diz respeito à avaliação das SES, pretendia-se que 60% dos idosos avaliasse positivamente a sessão e verificou-se que os 16 idosos do Centro de dia avaliaram positivamente a mesma, correspondendo a 88,8%, e do Centro Social 25 idosos o que equivale a 89,2%. Em relação ao questionário de conhecimentos aplicados aos idosos o objetivo era de pelo menos 50% de respostas corretas; observou-se que no Centro de Dia 15 responderam corretamente, obtendo-se 83,3%. No Centro Social somente 20 utentes responderam corretamente às questões correspondendo a 71,4%. Em ambas as sessões, verificou-se o alcance de todos os objetivos. (Apêndice XXXIX).

No que diz respeito a atividade de formação em serviço na USF aos profissionais conseguiu-se 80% na participação dos profissionais e 100% na avaliação da pertinência da sessão (Apêndice XL), revelando interesse por parte dos profissionais e vontade de alterar e aperfeiçoar comportamentos e assim alcançar competências que melhorem a qualidade e segurança no atendimento ao idoso no que se refere à prevenção de quedas. A avaliação desta FS referente à adesão dos profissionais à nova competência que versa sobre o registo de quedas de acordo com a Escala de Morse em SClínico e ao aumento da comunicação sobre quedas com o idoso; encontra-se descrita posteriormente.

Na formação com as cuidadoras do centro social, foram atingidos todos os indicadores a que nos propusemos (Apêndice XLI) alcançando 100% de participação das cuidadoras que abdicando de um período da hora de almoço demonstraram interesse em assistir à formação e vontade de atualizar conhecimentos, permitindo uma avaliação bastante positiva por parte das mesmas no que refere à pertinência e interesse na ordem dos 100%, verificando-se ao longo da sessão uma enorme participação das mesmas intervindo ativamente com exemplos de dúvidas que foram esclarecidas e refletidas em conjunto, verificando-se na avaliação das respostas do questionário de avaliação de conhecimentos 100% respostas corretas.

No que se refere aos indicadores de resultado, onde se pretendia que ocorresse a diminuição em 10% do risco queda dos idosos (75-85 anos) da USF com elevado risco queda de acordo com Escala de *Morse*, verificou-se como patente no quadro 7 que o score de risco neste item foi de 17,4% (Apêndice XLII), contrapondo os 43,2% do diagnóstico de situação, revelando obtenção de resultados de saúde positivos. Para tal, após análise dos vários itens que integram a escala, verificou-se que no primeiro item quando se lhes perguntava se caíram nos últimos três meses, tal não aconteceu. Na avaliação do último item, que questiona o ter consciência das suas capacidades, observou-se que a perceção das suas limitações é maior, permitindo tomar melhores decisões e estarem mais conscientes em relação aos fatores de risco para as quedas, diminuindo assim o perigo de cair.

Quadro 7: Comparação da variável: risco queda em T1 e T2

Score risco queda	Momento T 1 Avaliação inicial Diagnóstico da situação N = 37		Momento T 2 Avaliação final Após a intervenção comunitária N = 23	
	N	%	N	%
0-24 Pontos – Sem risco	10	27 %	7	30,4 %
25-50 Pontos – Baixo Risco	11	29,7 %	12	52,2 %
Superior a 51 pontos	16	43,2 %	4	17,4 %

Em relação ao objetivo operacional de alcançar que 25% dos idosos atendidos nas consultas de enfermagem ao longo do mês janeiro de 2020 tenham essa avaliação no seu processo em SClínico, verifica-se após auditoria aos registos de enfermagem, que dos 1971 atendimentos de enfermagem realizados pela equipa, 407 corresponderam a utentes entre 75 e os 85 anos, dos quais 286 possuíam no seu processo, a avaliação do risco de quedas de acordo com a Escala de Morse, correspondendo a 70,2% (quadro 8), o que permitiu alcançar o objetivo proposto, verificando uma enorme adesão da equipa de enfermagem a este novo procedimento na sua prática diária de registos.

Quadro 8: Registos enfermagem em SClínico da avaliação do risco de queda

Indicador Atividade	Objetivo Operacional	Total de utentes 75-85 Anos	Total de registos	Atingido
% Registos avaliação do risco queda	25 %	407	286	70,2%

No que diz respeito ao objetivo de aumentar em 5% os idosos (75-85 anos) da USF que praticam exercício físico, constata-se que após intervenção, dois idosos iniciaram a prática periódica de exercício físico através do projeto da Unidade de Fisioterapia do ACES, permitindo atingir o objetivo proposto com o total de 39,1% de idosos a realizarem exercício (Apêndice XLIII) como se pode verificar no quadro 9, diminuindo a diferença entre os que realizaram e os que não realizaram exercício

comparativamente ao momento antes da intervenção em que essa diferença era maior.

Quadro 9: Comparação da variável de exercício físico T1 e T2

Prática exercício físico	Momento T1 Avaliação inicial Diagnostico Situação N = 37		Momento T2 Avaliação final Após intervenção comunitária N = 23	
	N	%	N	%
<b>Sim</b>	7	18,9	<b>9</b>	<b>39,1</b>
<b>Não</b>	30	81,1	<b>14</b>	<b>60,9</b>

Em relação ao objetivo operacional em que se pretendia aumentar em 10% os idosos (75-85 anos) da USF que referem ter recebido informações dos médicos e dos enfermeiros sobre fatores de risco e comportamentos de segurança, verificou-se que aplicando novamente a escala de práticas e comportamentos de segurança, regista-se um aumento considerável na coluna do “Sempre” no item os médicos alertam-me para o risco de cair passando de somente 5,7% no diagnóstico de situação para 21,7% na fase de avaliação do projeto, correspondendo a um aumento de 16 pontos percentuais. Em relação aos enfermeiros subiu a comunicação sobre o risco de cair, a avaliação realizada pelos idosos, verifica-se neste item que ocorreu um aumento superior, passando de 8,6% para 87%, o que corresponde a um aumento de 77,4 pontos percentuais permitindo alcançar e ultrapassar o objetivo proposto (os dados estatísticos após intervenção encontram-se em Apêndice XLIV).

Quadro 10: Comparação variável de comunicação da Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda na comunidade T1 e T2

A - Comunicação	Momento T 1 Avaliação inicial Diagnóstico de situação N = 37						Momento 2 Avaliação final Após intervenção comunitária N = 23					
	Sempre		Às vezes		Nunca		Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oiço e falo com outros idosos sobre fatores risco queda	4	11,4	20	57,1	11	31,4	2	8,7	14	60,9	7	30,4
Os médicos alertam-me para o risco de cair	2	5,7	24	68,6	9	25,7	5	21,7	17	73,9	1	4,3
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	3	8,6	14	40,0	18	51,4	20	87,0	0	0	3	13,0
Os familiares alertam-me para o risco de cair	2	5,7	20	57,1	13	37,1	6	26,1	15	65,2	2	8,7
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	1	2,9	29	82,9	5	14,3	12	52,4	11	47,8	0	0
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco de queda	1	2,9	31	88,6	3	8,6	4	17,4	17	73,9	2	8,7

No que refere ao objetivo em que se pretendia aumentar em 10% os comportamentos de segurança dos idosos (75-85 anos) da USF, aplicando a escala de práticas e comportamentos na subárea de práticas e comportamentos de segurança, as respostas por parte dos idosos correspondentes às várias alíneas na coluna do “Sempre” e do “Às vezes” apresentou um aumento considerável, principalmente na coluna do “Às vezes”, percecionando-se por parte dos idosos a integração de práticas e comportamentos no seu dia a dia que lhes permite prevenir as quedas, verificando-se por defeito, valores inferiores na coluna do “Nunca”.

Destaca-se destes valores, o aumento superior a 10% em todos os itens da respetiva escala, à exceção do 1º item “Seleciono sapatos adequados ao meu pé” na coluna do “Sempre” em que ocorreu um aumento, mas inferior a 10%. No 2º item “Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante” na coluna do “Às vezes” ocorreu um decréscimo, contudo destaca-se na coluna do “Sempre” do mesmo item, o aumento superior a 10% e a inexistência de respostas na coluna do “Nunca”. (os dados recolhidos após intervenção encontram-se em Apêndice XLV).

Quadro 11: Comparação da variável de práticas e comportamentos dos idosos de acordo Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda na comunidade, T1 e T2

B-Práticas e comportamentos do idoso	Momento T 1 Avaliação inicial Diagnóstico de situação N = 37						Momento T 2 Avaliação final Após intervenção comunitária N= 23					
	Sempre		Às Vezes		Nunca		Sempre		Às Vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Seleciono sapatos adequados ao meu pé	22	62,9	9	25,7	4	11,4	<b>15</b>	<b>65,2</b>	<b>8</b>	<b>34,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	6	17,1	22	62,9	7	20,0	<b>12</b>	<b>52,2</b>	<b>11</b>	<b>47,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão, só depois coloco-me em pé	7	20,0	16	45,7	12	34,3	<b>8</b>	<b>34,8</b>	<b>14</b>	<b>60,9</b>	<b>1</b>	<b>4,3</b>
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	7	20	15	42,9	13	37,1	<b>4</b>	<b>17,4</b>	<b>19</b>	<b>82,</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	4	11,4	13	37,1	18	51,4	<b>5</b>	<b>21,7</b>	<b>17</b>	<b>73,9</b>	<b>1</b>	<b>4,3</b>
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	4	11,4	11	31,4	20	57,1	<b>5</b>	<b>21,7</b>	<b>17</b>	<b>73,9</b>	<b>1</b>	<b>4,3</b>
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	2	5,7	14	40,0	19	54,3	<b>6</b>	<b>26,1</b>	<b>16</b>	<b>69,6</b>	<b>1</b>	<b>4,3</b>
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo	6	17,1	10	28,6	19	54,3	<b>5</b>	<b>21,7</b>	<b>18</b>	<b>78,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	3	8,6	13	37,1	19	54,3	<b>7</b>	<b>30,4</b>	<b>16</b>	<b>69,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	3	8,6	13	37,1	19	54,3	<b>7</b>	<b>30,4</b>	<b>16</b>	<b>69,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Em relação ao objetivo no qual se pretendia alcançar que 55% dos idosos (75 - 85 anos) da USF adquiram conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas, após as SES individualizadas, o questionário revelou que 19 dos 23 idosos responderam acertadamente a todas as questões, representando

86,6%, dos idosos que responderam corretamente às questões do questionário, o que permitiu superar o objetivo proposto.

*Quadro 12: Avaliação da variável sobre o conhecimento dos idosos 75-85 anos*

<b>Indicador Resultado</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Total de utentes 75-85 anos</b>	<b>Número respostas corretas</b>	<b>Atingido</b>
<b>% De Idosos (75-85 anos) que respondem corretamente no questionário de avaliação dos conhecimentos</b>	50%	23	19	<b>86,6%</b>

Através dos resultados expostos anteriormente a avaliação do projeto é bastante positiva, verificando-se mudanças de comportamentos tanto nos profissionais de saúde bem como nos idosos participantes no projeto, visíveis através do atingimento e ultrapassagem dos objetivos propostos, obtendo-se a diminuição visível do score do risco de queda na população abrangente e consecutivamente a obtenção de resultados positivos em saúde.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste relatório procurou-se relatar o caminho percorrido, demonstrando que a aplicação das várias etapas do processo do planeamento em saúde, na aplicação de um projeto de intervenção comunitária para a prevenção de quedas em idosos numa USF em CSP. Através de uma abordagem multifatorial permitiu uma avaliação em que se verificou o alcance dos objetivos propostos. A capacitação dos idosos do projeto de intervenção comunitária na aquisição de comportamentos de prevenção de quedas, observável através do aumento do conhecimento sobre prevenção de quedas, permitiu alterar fatores de risco ambiental e comportamental resultando numa diminuição do score de risco de quedas dos mesmos traduzindo mudanças positivas e fortalecimento da capacidade de resolução de problemas com efetividade (Loureiro & Miranda, 2016). Deste modo a USF foi incluída nas instituições prestadoras de saúde com implementação de práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas (PNSD- 2015-2010, DGS, 2015)

Regressar à vida académica ao fim de tantos anos, não foi fácil. A evolução no Saber da Enfermagem é estrondosa. O cuidar mantém-se, mas a prática baseada na evidência, veio consolidar a Enfermagem como uma ciência e os seus profissionais exercem-na fundamentando-se numa prática avançada para realizar escolhas e tomar decisões alicerçadas no conhecimento científico. Tudo isto, requereu uma necessidade de adaptação, pesquisa e reflexão que promoveram o autoconhecimento e assertividade, de modo a apreender a evolução do conhecimento em Enfermagem. Foi a motivação que alicerçou e auxiliou a desbravar o percurso percorrido possibilitando o desenvolvimento de aprendizagens que culminaram na aquisição de competências em vários domínios visível na melhoria do desempenho profissional.

O projeto de intervenção comunitária permitiu à mestranda o desenvolvimento de competências específicas inerentes ao EEECSPP preconizadas pela OE.

Numa altura de mudança, os CSP representam um papel cada vez mais importante no tratamento da doença, mas principalmente uma enorme relevância na sua prevenção, onde os cuidados de enfermagem representam um caráter primordial, assumindo o EEECSPP com as suas competências humanas, científicas e técnicas, uma função dinamizadora para prestar cuidados especializados e mais completos à população em áreas tão diferenciadas e emergentes (OE, 2019). Assim o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, procurar a iniciativa,

possuir o espírito crítico fazer-se acompanhar de uma conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

Importante referir, a importância da mobilização dos vários recursos da comunidade para a divulgação, implementação e realização deste projeto. A Junta de Freguesia disponibilizou o jornal da freguesia como meio de comunicação que alcança a maioria dos munícipes, levando mais longe a informação sobre fatores de risco e medidas preventivas das quedas. As instituições de âmbito social que prestam cuidados aos idosos no desempenho da sua função social beneficiam de conhecimentos da área da saúde, neste caso a temática das quedas e como as prevenir, que aliado à sua abertura reverteu numa mais-valia para os idosos utilizadores das mesmas, na medida em que as suas funcionárias através da formação recebida serão agentes ativos no quotidiano da vida desses idosos na ajuda da prevenção da ocorrência de quedas.

Por último, mas não menos importante referir o contributo da equipa da Unidade de Fisioterapia do ACES que na multidão dos seus afazeres conseguiu colaborar possibilitando a inclusão dos idosos participantes do projeto no programa de exercício físico da instituição, fundamental para a prevenção quedas nesta faixa etária e permitindo a sua continuidade futura através de referenciação interna.

Com tudo isto, obteve-se um *feedback* extremamente positivo do resultado do projeto, não só por parte da equipa de profissionais da USF, verificando-se nas intervenções diárias que o tema das quedas encontra-se aplicado na sua prática diária, como a procura das várias instituições para novas SES e formação em serviço e principalmente pela mudança dos comportamentos dos idosos que ao fim destes meses conseguem ser eles a iniciar a conversa sobre o tema tanto na referência a quedas que ocorram, bem como a fatores de risco que os importunam, procurando com a equipa de saúde estratégias para atenuar os mesmos. De facto, o enfermeiro deve empregar o conhecimento proveniente da avaliação de programas para modificar de forma eficaz os comportamentos conquistando resultados mais favoráveis na comunidade alvo da sua intervenção (Pender et al, 2014).

Complementando as competências comuns e específicas do Enfermeiro em Enfermagem de Saúde Comunitária, as competências inerentes aos Descritores de Dublin foram adquiridas pela mestranda através do alcance e domínio de novos conhecimentos e capacidades de compreensão ordenada do foro científico, utilizando bases de dados como uma ferramenta de procura de conhecimento rápida e fidedigna e protocolos de revisão sistemática de literatura, que permitiram a compreensão,

adaptação e conceção de um processo de investigação mais fidedigno através da aplicação do projeto de intervenção comunitária onde foi necessário realizar julgamentos e tomar decisões ao longo de todo o processo para adaptar a novas circunstâncias que surgiam. Tudo isto permitiu retirar conclusões baseadas em evidência de todas as estratégias e atividades desenvolvidas que permitiram ganhos em saúde na população participante permitindo uma organização do conhecimento obtido de acordo com o processo de planeamento em saúde. Um acontecimento que ocorreu neste trajeto, foi a proposta de realizar a apresentação do projeto sobre quedas no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo VI) e a hipótese de realizar a sua publicação na revista Pensar (Anexo VII). A divulgação do projeto e a disseminação da informação recolhida no estudo permitiu desenvolver competências comunicacionais, de expressão e transmissão de informação de forma clara e precisa tanto aos pares como outros membros das instituições da comunidade. Por fim não devo esquecer todo o processo de autoaprendizagem, de forma orientada e autónoma extremamente necessário em todo este caminho, e para o qual foi necessário realizar um esforço complementar. As bases de dados, o programa informático SPSS, a estatística descritiva é disso um exemplo, alcançado e ultrapassado.

A responsabilidade profissional ética e legal inerente a um futuro enfermeiro especialista, esteve sempre presente em todo o percurso deste projeto, onde as normas legais, os princípios éticos inerentes à deontologia profissional foram acautelados e cumpridos, cumprindo todos os procedimentos da CES da ARSLVT como da RAI do ACES. A obtenção dos consentimentos informados dos idosos participantes neste projeto, o respeito pela sua autonomia de decisão e vontade de desistir deste processo, tendo tomado a decisão ética de ter modificado as atividades para incluir mais idosos, permitiu o cumprimento do princípio da beneficência. Este projeto de intervenção comunitária para capacitar os idosos na aquisição de comportamentos de prevenção quedas permitiu alcançar competências no domínio da melhoria continua da qualidade, dinamizando procedimentos de atuação e registos de enfermagem permitindo uma gestão de cuidados, alcançando uma melhoria continua da qualidade e segurança da USF no que respeita a prevenção de quedas nesta população, garantindo um ambiente mais seguro, contribuído para o processo

de capacitação de grupos e comunidades, utilizando modelos e estruturas conceituais e estratégias no âmbito da promoção e EpS.

Para finalizar, todo este caminho foi deveras gratificante. Proporcionou sem dúvida um crescimento pessoal e profissional, em que os resultados contribuíram para uma melhor visão da Enfermagem como disciplina e profissão, estimulando a motivação para continuação da aprendizagem e para participar, incentivar, implementar e coordenar novos projetos no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central de Sistemas de Saúde. (2019). *Otimizar recursos, gerar eficiência, modelos organizacionais*. Ministério da Saúde. Acedido 04-03-2019. Disponível em: <http://www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- Almeida, S. T., Soldera, C. L., Carli, G. A., Gomes, I., & Resende, T. d. (Jul-Ago de 2012). Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, LVIII(4), pp. 427-433. **Doi:**org/10.1590/S0104-42302012000400012
- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017). Acidentes domésticos e de lazer: resultados de vigilância EVITA 2013-2015. *Boletim Epidemiológico Observações*. Acedido:15-03-2019. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_N18\\_2017\\_artigo10.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf)
- American Geriatrics Society/ British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2010). *Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons*. New York: American Geriatrics Society. Acedido: 10-06-2019. Disponível em: [www.americangeriatrics.org/health\\_care\\_professionals/clinical\\_practice/clinical\\_guidelines\\_recommendations/2010/](http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/)
- American Geriatrics Society/ British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/ British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Panel on Prevention of Falls in Older Persons; J Am Geriatr Soc*, LIX(1), pp. 148-157. **Doi:** [10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x)
- American Psychological Association. (2012). *Manual de Publicação da APA* (6ª ed.). Porto Alegre.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados* (2ª ed., Vol. XXV). Qualidade

de Vida. Acedido: 13-04-2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>

Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (2014). Monitoramento de episódios de quedas em instituição para idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, XVI(1), pp. 28-34. **Doi:** org/10.5216/ree.v16i1.20650

Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (jan/mar de 2014). Monitoramento de episódios de quedas em Instituições para idosos. *Revista eletrônica de enfermagem*, 28-34. **Doi:**org/10.5216/ree.v16i1.20650

Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Fall. *Universal Journal of Public Health*, IV(3), pp. 139-143.

Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (2017). *Práticas das equipas na prevenção de quedas nos idosos institucionalizados: Construção e validação de escala* (3ª ed., Vol. XXVI). Texto & Contexto Enfermagem. **Doi:**10.1590/0104-07072017002310016

Baixinho, C. R., & Dixe, M. d. (2013). Monitoramento de episódios de quedas em Instituições para Idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. **Doi:**10.5216/ree.v16i1.20650

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Bento, J., & Sousa, N. (2017). Exercício físico na Prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência. *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), pp. 1-11. **Doi:** org/10.5712/rbmfc12(39)1658

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido: 19-05-2019. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24456/1/ICS\\_MVC\\_Envelhecimento.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24456/1/ICS_MVC_Envelhecimento.pdf)

- Cabrita, M. d., & José, H. M. (2013). O Idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Revista de Enfermagem*. **Doi:**10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201314
- Cabrita, M., & José, H. (2012). *O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: Programa de Enfermagem para Prevenção de Quedas*. **Doi:**10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201314
- Câmara Municipal de Loures. (2011). *ATLAS do Concelho de Loures, Estrutura demográfica*. Acedido: 10-07-2019. Disponível em: <https://www.cm-loures.pt/AtlasConteudo.aspx?DisplayId=1131>
- Câmara Municipal de Loures. (s.d.). *Atlas do Concelho*. Acedido: 13-06-2019. Disponível em: <https://www.cm-loures.pt/AtlasConteudo.aspx?DisplayId=1131>
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2015). *Reducing falls and injuries from falls: Getting started kit: evidence update*. Canada: CPSI. Acedido: 06-01-2019. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Falls.aspx>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Costs of Falls Among Older Adults*. Acedido: 10-06-2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/fallcost.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Preventing falls: A guide to implementing effective community-based falls prevention programs*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention. Acedido:10-03-2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/pdf/falls/FallPreventionGuide-2015-a.pdf>
- Cheek, P., Nikpour, L., & Nowlin, H. (Oct-Dec de 2005). Aging well with smart technology. *Nurs Adm Q*, 4, pp. 329-338. **Doi:**10.1097/00006216-200510000-00007
- Ciaschini, P., Straus, S., Dolovich, L., Leung, K., Woods, C., & al., e. (2009). Community based intervention to optimise falls risk management: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 38(6), pp. 724-730. **Doi:** 10.1093/ageing/afp176

- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *Evita - Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). Acedido: 02-0-2019. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSARelatorio\\_EVITA\\_2009-2012.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSARelatorio_EVITA_2009-2012.pdf)
- Costa-Dias, M. J., & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*. **Doi:**<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem*, IV(2), pp. 7-17. **Doi:** 10.12707/RIII1382
- Crowe, M., Jordan, J., Grillon, D., McCall, C., Frampton, C., & Jamieson, H. (Nov de 2017). The prevalence of pain and its relationship to falls, fatigue, and depression in a cohort of older people living in the community. *J Adv Nurs*, LXXIII(11), pp. 2642-2651. **Doi:**[10.1111/jan.13328](https://doi.org/10.1111/jan.13328)
- Cuesta-Benjumea, C., Henriques, M., Abad-Corpa, E., Roe, B., Orts-Cortes, M., Lidon-Cerezuela, B., . . . Sanchez-Ardila, C. (2016). *Falls prevention among older people and care providers: protocol for an integrative review*. **Doi:** [10.1111/jan.13245](https://doi.org/10.1111/jan.13245)
- Cunha, P., & Pinheiro, L. C. (abril de 2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(2). Acedido: 30-01-2020. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732016000200003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200003)
- Czerwinski, E., Bialoszewski, D., Borowy, P., Kumorek, A., & Bialoszewski, A. (2008). Epidemiology, clinical, significance costs and fall prevention in elderly people. *ortop Traumatol Rehabil*, 10(5), pp. 419-428. Acedido:10-03-2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19043349>
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 11 de novembro. Regime legal da carreira de enfermagem. *Diário da República* n.º 257/1991 - I Série A., Ministério da Saúde. Lisboa. 57235741. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>

- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma N°008/2019, Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido: 01-12-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Acedido: 26-12-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Projeto: COM MAIS CUIDADO. *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Acedido: 01-01-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>,
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa: DGS. Acedido:20-05-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Acedido: 17-07-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Acedido: 12-12-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos--e-publicacoes/prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016*. Acedido: 02-01-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...de.../dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.asp>
- Direção-Geral da Saúde. (2012.). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes Projeto: Com mais cuidado. *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas: Manual de Apoio Formulário de Candidatura*. Acedido: 11-05-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>
- Elley, C., Robertson, C., Garrett, S., Kerse, N., McKinlay, E., Lawton, B., . . . Campbell, A. (2008). *Effectiveness of a falls-and-fracture nurse coordinator to reduce falls:*

a randomized, controlled trial of at-risk older adults. NCBI. **Doi:**10.1111/j.1532-5415.2008.01802.x.

Eurostat. (2018). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido: 15-07-2019. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt#A\\_percentagem\\_de\\_idosos\\_continua\\_a\\_aumentar](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt#A_percentagem_de_idosos_continua_a_aumentar)

Falsarella, G., & Gasparotto, L. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), pp. 897-910. **Doi:** org/10.1590/1809-9823.2014.13064

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. E. (1975). A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*(12), 189-198.

Gitlin, L., & Gwyther, L. (2003). In-home interventions: helping caregivers where they live. Em I. D.W.Coon, D. Gallagher-Thompson, & L. T. (Eds.), *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical guide* (pp. 139-160). New York: Springer.

Gomes, F., & Camacho, A. (2017). O idoso e a mobilidade urbana: uma abordagem reflexiva para a enfermagem. *Revista de Enfermagem*. **Doi:**10.5205/1981-8963-v11i12a23068p5066-5073-2017

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa do MMSE. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

Huang, T., & Acton, G. (May-Jun de 2004). Effectiveness of home visit falls prevention strategy for taiwanese community-dwelling elders; randomized trial. *Public Health Nurs*, XXI(3), pp. 247-256. **Doi:**10.1111/j.0737-1209.2004.21307.x

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública: Edições da Saúde.

Ippoliti, R., Falayigna, G., Montani, F., & Rizzi, S. (2018). The private healthcare market and the sustainability of an innovative community nurses programme based on

social entrepreneurship - consenso project. *BMC Health Sery Res.*  
**Doi:**10.1186/s12913-018-3513-z

Jin, J. (2018). *Prevention of Falls in Older Adults*. JAMA. **Doi:**10.1001/jama.2018.4396

Lightbody, E., Watkins, C., Leathley, M., Sharm, A., & Iye, M. (2002). *Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial*. NCBI. **Doi:**10.1093/ageing/31.3.203

Loureiro, I., & Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde, dos fundamentos à ação* (2ª ed.). Edições Almedina.

Luciano, V., Marques-Vieira, C., Low, G., Sousa, L., & Cruz, P. J. (junho de 2019). Fear of falling among Brazilian and Portuguese older adults. *Internacional Journal of Older People Nursing*. **Doi:**10.1111/opn.12230

Mallmann, D. G., Neto, N. M., Sousa, J. d., & Vasconcelos, E. M. (2015). Educação em saúde como principal alternativa para promover. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 20(6). **Doi:** 10.1590/1413-81232015206.02382014

Martins, A. C., Silva, C., Baltazar, D., Silva, J., Santos, A., Madureira, J., . . . Sousa, I. (2016). *Fatores ambientais e prevenção de quedas - FallSensing como solução integradora Segurança, Saúde Ocupacional e Ambiental*. Acedido: 10-07-2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/51053574-Fatores-ambientais-e-prevencao-de-quedas-o-fallsensing-como-solucao-integradora.html>

Matsumoto, H., Tanimura, C., Tanishima, S., Osaki, M., Noma, H. H., & Hagimo, H. (Nov de 2017). Sarcopenia is a risk factor for falling in independently living japanese older adults: a 2-year prospective cohort study of the gaina study. *Geriatr Gerontrol Int*, XVII(11), pp. 2124-2130. **Doi:**10.1111/ggi.13047

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). *Novos valores normativos do Mini-mental state examination* (2 ed., Vol. IX). Sinapses. Acedido: 09-03-2019. Disponível em: [https://www.spneurologia.com/edition\\_download](https://www.spneurologia.com/edition_download) PDF

Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls Establishing a Fall Intervention Program* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC. Acedido: 16-06-2019. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/66a9/b96772f5d850669ab3bfd67074e3c27fd857.pdf>

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (novembro de 2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental Examination. *Sinapse - Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2). Acedido: 15-04-2019. Disponível em: [www.spneurologia.com › edition\\_download](http://www.spneurologia.com › edition_download)

Nazarko, L. (2015). *Falls secondary to postherpetic neuralgia*. **Doi:** 10.12968/npre.2015.13.1.44

Norman, K., & Otten, L. (2019). *Financial impact of sarcopenia or low muscle mass - A short review* (4ª ed., Vol. XXXVIII). El servier. **Doi:** 10.1016/j.clnu.2018.09.026

Oliveira, T. M. (2017). Prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa. *Tese de Dissertação de Mestrado*. ESEL, 2017. Acedido: 15-01-2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/21110>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Acedido:10-01-2020. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RM\\_DE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RM_DE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação Para Elaboração de Catálogos CIPE Programada: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido: 02-01-2020. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Acedido: 26-12-2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/.../Regulamento%20128\\_2011\\_CompetenciasEspecificasE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/.../Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecificasE.pdf)

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Pearson Education Limited.

- Pho, A., Tanner, E., Roth, J., Greeley, M., Dorsey, C., & Szanton, S. (Nov-Dec de 2012). Nursing strategies for promoting and maintaining function among community-living older adults: the capable intervention. *Geriatr Nurs*, XXXIII(6), pp. 439-445. **Doi:**10.1016/j.jamda.2010.07.0181
- Reuben, D., Gazarian, P., Alexander, N., Araujo, K., Baker, D., Bean, J., . . . McMahon, S. (Dec de 2017). The strategies to reduce and develop confidence in elders intervention: falls risk factor assessment management, patient engagement, and nurse co-management. *J Am Geriatr Soc*, LXV(12), pp. 2733-2739. **Doi:**10.1111/jgs.15121
- Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Silva, J. M. (OUT./NOV./DEZ. de 2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(19). **Doi:** org/10.12707/RIV18040
- Rodrigues, E., & Contreiras, T. (2014). *Quedas, diferenças ao longo da idade e sexo*. Portugal: Department of Epidemiology - Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INSA IP. Acedido: 12-07-2019. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2667/1/Poster%20Congresso%20saude%20publica%202014\\_9\\_26.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2667/1/Poster%20Congresso%20saude%20publica%202014_9_26.pdf)
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (s.d.). *Educação para a Saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas*. Coimbra: Formasau.
- Sakraida, T. (2004). Modelo promoção da saúde de Nola J. Pender. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª ed.). Lusociência.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (Apr de 2016). Mini-Mental State Examination: Screening and Diagnosis of Cognitive Decline, Using New Normative Data. *Acta Med Port*, XXIX(4), pp. 240-248. **Doi:** 10.20344/amp.6889
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *BI Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Acedido: 21-06-2019. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Teixeira, J. A. (2004). *Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utentes*. Portugal: Scielo. Acedido: 10-03-2020. Disponível em:

[https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300021](https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021)

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª ed.). Edição Lusociência.

Victor, A., Lopes, M., & Ximenes, L. (jul./set. de 2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, XVIII(3). **Doi:** 10.1590/S0103-21002005000300002

Wenger, L., Roth, C., Martin, D., Nickels, L., Beckman, R., Kramberg, C., . . . Ganz, D. (2011). *Quality of care provided in a special needs plan using a nurse care manager model*. NCBI. **Doi:**10.1111/j.1532-5415.2011.03599.x

World Health Organization. (1998). *Promotion Glossary*. Acedido: 01-01-2020. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva. Acedido: 02-06-2019. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf;jsessionid=7D915DD411844AC3786A24AEE0C91FBD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=7D915DD411844AC3786A24AEE0C91FBD?sequence=1)

World Health Organization. (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. WHO. Acedido: 16-06-2019. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1)

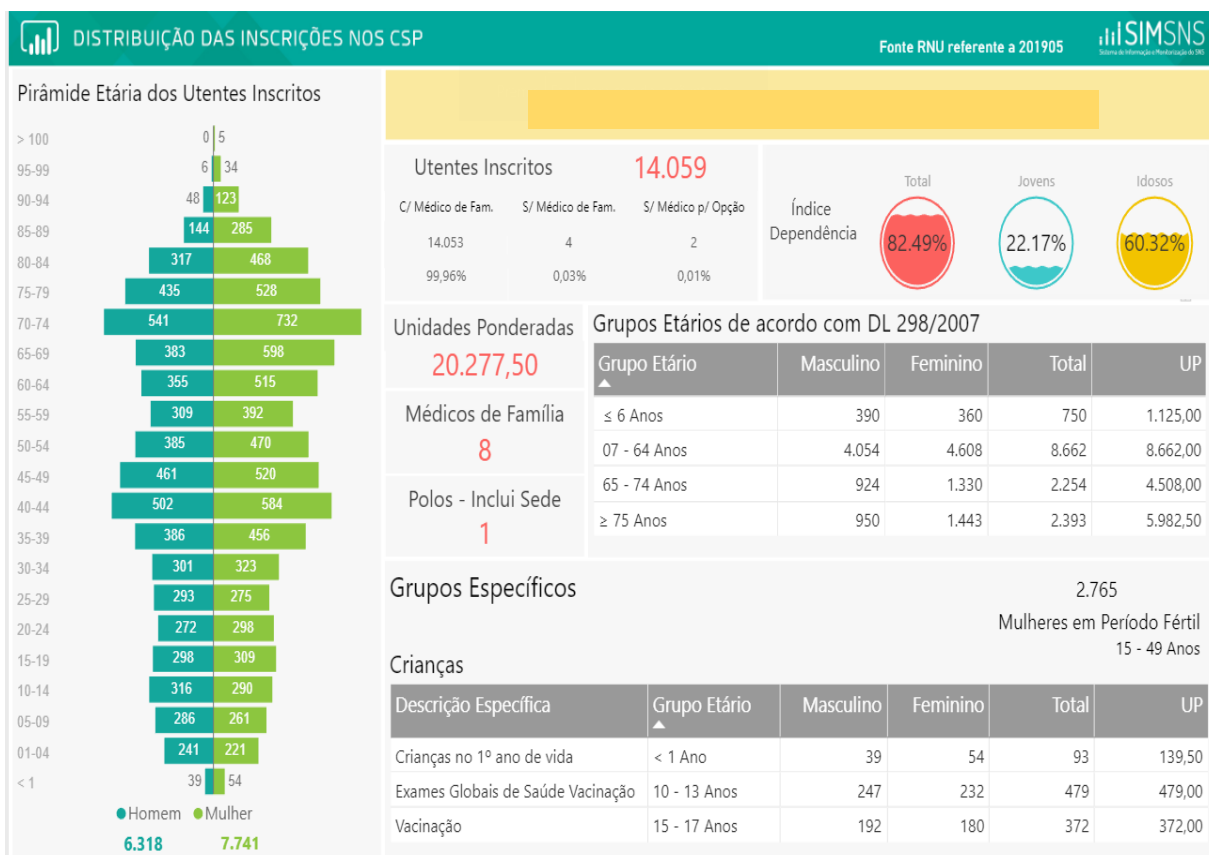
World Health Organization. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido: 16-06-2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

World Health Organization. (s.d.). *Health Education*. Acedido: 10-02-2020. Disponível em: [https://www.who.int/topics/health\\_education/en/](https://www.who.int/topics/health_education/en/)

**ANEXOS**

**Anexo I – Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF**

# Pirâmide etária dos utentes USF, junho 2019



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/3113572/Pages/default.aspx>, a 13-06 2019

**Anexo II - Autorização projeto pela CES da ARSLVT**

# Autorização projeto pela CES da ARSLVT



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Exma. Senhora  
Dr.ª Paula Cristina Vaz Marques  
[paulavaz@campus.esel.pt](mailto:paulavaz@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		4712/CES/2019	

**Assunto: Quedas nos idosos - Promover para não acontecer.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epigrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 10.05.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

**Anexo III – Autorização da Senhora Diretora do ACES**

# Autorização da Senhora Diretora do ACES



AGRUPAMENTO LOURES - ODIVELAS



## DECLARAÇÃO

Ileine Maria Noronha Lopes, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odiveelas (ACES) Loures - Odiveelas, declara nada ter nada a opor quanto à realização do Estudo com o título "Queda nos Idosos – Promover para não acontecer", tendo o parecer favorável no dia 22-05-2019, em reunião da Secção de Investigação - Comissão de Ética da ARSLVT. IP.

Mais declaro tem o ACES Loures Odiveelas condições logísticas e humanas que asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas, dado que não acarreta despesas para o Serviço.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa a presente declaração que vai ser por mim assinada.

Sacavém, 13 de Junho de 2019

**A Diretora Executiva  
ACES Loures – Odiveelas**

  
\_\_\_\_\_  
DIRETORA EXECUTIVA  
ACES LOURES - ODIVELAS  
Ileine Lopes (D.º)

## **Anexo IV – Autorização da RAI do ACES**

# Autorização da RAI do ACES

AGRUPAMENTO LOURES - ODIVELAS

**DECLARAÇÃO**

Maria Adelaide Pimentel Laranjeira do Carmo Azevedo, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Loures Odiveelas e responsável RAI dá o seu parecer favorável ao acesso aos dados dos utentes com critérios de inclusão no Projeto "Quedas no Idoso" a realizar na USF Tejo pela Sra. Enfermeira Paula Cristina Marques Vaz.

Sacavém, 24 de julho de 2019

A Presidente do Conselho Clínico e de Saúde  
do ACES Loures – Odiveelas

  
Adelaide Laranjeira (Dr.ª)

---

Unidade Territorial de Saúde – 2660-101 Sacavém – Tel. 21 9602600 / Fax 21 9602614 –  
E-mail: [aces.loures@nrsa.gov.pt](mailto:aces.loures@nrsa.gov.pt) / [aces.loures@nrsa.gov.pt](mailto:aces.loures@nrsa.gov.pt)

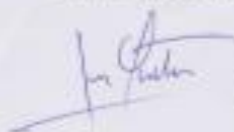
**Anexo V – Autorização do Coordenador da USF para divulgação  
nas instalações da USF dos meios de comunicação em saúde  
utilizados no projeto**

## **Autorização do Coordenador da USF para divulgação nas instalações da USF dos meios de comunicação em saúde utilizados no projeto**

**Autorização do Coordenador da USF para divulgação nas instalações da USF dos meios de comunicação em saúde utilizados no projeto.**

José Martins Nunes Almeida, coordenador médico da USF Tajo, autorizo à Mestranda Paula Cristina Lopes Marques Vaz, do 10º Mestrado Enfermagem Comunitária da ESEL, a exposição de materiais audiovisuais e meios de comunicação, inerentes ao Projeto de estágio comunitário: "Quedas nos idosos, capacitar para não acontecer" nas instalações da unidade funcional.

Moscavide, 30 setembro 2019



**Dr. José Martins**  
Coordenador Médico

**Anexo VI – Comprovativo de comunicação realizada no 2º  
Congresso Internacional de Saúde Familiar**

# Comprovativo de comunicação realizada no 2º Congresso Internacional de Saúde Familiar



**SPESEF**  
Sociedade Portuguesa de  
Enfermagem de Saúde Familiar

## DECLARAÇÃO

Declara-se que os autores **Paula Vaz, Laura Viegas, Fernanda Carneiro** apresentaram a comunicação oral com o título **Quedas nos idosos, promover para não acontecer** no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, promovido pela **Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar**, realizado nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Lisboa.

Lisboa, 18 de outubro, 2019

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

(Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo)

Presidente da Comissão Científica

(Professora Doutora Manuela Ferreira)

**Anexo VII – Comprovativo de envio, receção e encaminhamento  
para revisão de artigo sobre quedas nos idosos para a Revista  
Pensar**

# Comprovativo de envio, receção e encaminhamento para revisão de artigo sobre quedas nos idosos para a Revista Pensar

Re: Submissão de artigo - apresentação no 2º congresso internacional de enfermagem de saúde familiar

Data: Qui, 6 Feb 2020 (20:06:57 WET)

De: publicacaocinesf@spesf.pt

Para: pclmvaz@sapo.pt

 146\_Paula Cristina Lopes Marques Vaz.pdf (142 KB)  

Descarregar (2 Anexos)

 Ciclo de formações SPESF.png (154 KB)  

Boa tarde

Anexo artigo de apresentação oral realizado 2º congresso internacional de enfermagem de saúde familiar.

Boas festas

Atenciosamente

Paula Vaz

Exma Srª Enfª Paula Vaz

Desde já começamos por convidá-la em tornar-se sócia da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. Pode fazê-lo através da nossa página - <http://spesf.pt/quem-somos-4/> - e para confirmar a sua inscrição como sócio deverá realizar uma transferência ou depósito no valor de 35€ (30€ quota anual + 5€ jóia) para o IBAN:

PT50 0036 0407 99106011890 60 Montepio

Deverá enviar o comprovativo de pagamento para o correio eletrónico: [secretariado@spesf.pt](mailto:secretariado@spesf.pt)

Confirmamos o pagamento para publicação do artigo submetido para a Revista Pensar e enviamos em anexo a respetiva fatura. Acompanhe as nossas atividades em <https://spesf.pt/> e <https://www.facebook.com/spesf/?ref=bookmarks>.

Fica o convite em participar no nosso ciclo de formações que iniciou em novembro de 2019, enviamos em anexo o programa. Continue a intervir nos processos de consolidação da Enfermagem de Saúde Familiar, melhoria dos Cuidados de Saúde Primários e por um Serviço Nacional de Saúde de excelência.

Com os melhores cumprimentos,

Pªa Direção SPESF

Marlene Lebreiro, Enfª

 146\_Paula Cristina Lopes Marques Vaz.pdf (142 KB)  

 Ciclo de formações SPESF.png (154 KB)  

100%

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Revisão Sistemática de Literatura**

# **PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING**

Esta revisão *scoping*, foi orientado e realizado de acordo com a metodologia da Joanna Briggs Institute para protocolos de revisões *scoping* (JBI, 2015), e tem a finalidade de planear o mapeamento da evidência existente sobre a intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária na prevenção de quedas do idoso na comunidade.

## **1 – AUTORA**

Paula Cristina Lopes Marques Vaz, Estudante do 10º Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; paulavaz@campus.esel.pt

## **2 - TÍTULO**

Prevenção de Quedas do Idoso na comunidade: Intervenções do Enfermeiro Especialista em saúde comunitária: um protocolo de revisão *scoping*.

## **3 – QUESTÃO EM ESTUDO**

O Joanna Briggs Institute, sugere que a mnemónica “PCC” seja usada para conduzir a construção de um título, objetivo e questão do protocolo de revisão *scoping*, em que o “PCC” representa “P” de participantes, “C” de conceitos e por último “C” de contexto (JBI, 2015). Sendo a que a questão colocada, construída através da mnemónica PCC, é:

Qual a intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária na prevenção de quedas (C) do idoso (P) na comunidade (C)?

## **4 – OBJETIVOS**

O objetivo deste protocolo de revisão *scoping* é mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro especialista em saúde comunitária na prevenção de quedas do idoso na comunidade. Mais especificamente esta revisão *scoping* pretende:

- Mapear e analisar uma vasta quantidade de artigos de forma minuciosa sobre o tema;

- Analisar os conteúdos de forma clara possibilitando direcionar a pesquisa subsequente;
- Alcançar respostas à pergunta de investigação, no que diz respeito às intervenções do enfermeiro especialista que previnam a queda da pessoa idosa na comunidade.

## **5 – BACKGROUND**

Envelhecer sendo algo que faz parte do ciclo vital é desejável que o mesmo deva ser uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, implicando uma ação integrada a nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde (DGS, 2012).

De acordo com o PNS 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (DGS, 2012).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do SNS na aplicação de métodos, na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. A melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. DGS, (2015).

Este Plano encontra-se integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde integrando um ciclo de melhoria contínua da qualidade, aplicado à segurança dos doentes.

O PNSD 2015-2020 determina, no seu Objetivo Estratégico 6, “Prevenir a Ocorrência de Quedas”, pretendendo que no final de 2020:

- 95% Das instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham implementado práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas,
- Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do SNS ou com ele convencionado.

Queda é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 2010, como sendo uma situação em que “inadvertidamente se chega ao chão ou em outro nível inferior”.

As quedas têm um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade.

A OMS (2015) indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar.

As quedas resultam da relação complexa de um conjunto de fatores de risco, que podem ser subdivididos em 4 dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica (WHO,2007). Os fatores biológicos estão relacionados com as características dos intrínsecas dos indivíduos, tal como: a idade, o género, a condições de saúde e ainda com as alterações relacionadas com o envelhecimento, como o declínio físico ou cognitivo. Os fatores comportamentais, estão relacionados com estilos de vida, incluindo a toma de medicação, o estado emocional, o sedentarismo e o consumo de álcool. Os fatores de risco ambiental incluem a interação do estado físico dos indivíduos e o ambiente que os envolve. São exemplos de graus escadas, chão escorregadio, tapetes soltos, iluminação insuficiente, entre outros. Os fatores socioeconómicos estão relacionados com as condições sociais, como o baixo nível de educação, a falta de interação social e com o status económico (OMS, 2007; European Commission, 2015).

Quanto mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados como os ambientais e comportamentais, mas nem todos podem ser eliminados (DGS 2015).

Os cuidados de enfermagem centrados na população são descritos como o provimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença às populações e comunidades (Lancaster e Stanhope, 2011), o enfermeiro de saúde

comunitária é o profissional competente e apto para implementar estratégias preventivas, de promoção, de preservação e manutenção da saúde às populações através de prestação de cuidados de saúde dirigidos à pessoa, famílias e grupos. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública tem como competências atuar com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliar o estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS, realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Segundo a OMS (1974), “uma comunidade é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns”

O papel dos cuidados de saúde centrados na comunidade foi enunciado em 1978 pela Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) e reforçado pela Conferência de Otava (WHO, 1986) que definiu os vários níveis em que a promoção da saúde deve atuar: o das políticas públicas, o dos meios de vida socio ambientais, o da ação comunitária, o das aptidões individuais e o da reorientação dos serviços de saúde para a comunidade.

A OMS define pessoa idosa todo o indivíduo com mais de 65 anos, sendo, contudo, variável de acordo com a política de cada país. Em Portugal e de acordo com o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas define idoso toda a pessoa com mais de 65 anos.

Definiu-se como participantes para as intervenções do enfermeiro especialista em saúde comunitária, indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo considerado vulnerável e propenso ao risco de queda (OMS, 2010; DGS, 2015), e onde as complicações da sua ocorrência acarretam mais consequências tanto para o indivíduo, famílias e comunidade.

Relativamente ao *timing* das publicações define-se após o ano de 2015, ano de entrada em vigor em Portugal do Plano de Segurança do Doente 2015-2020.

Uma pesquisa preliminar foi feita na MEDLINE, CINAHL e na *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e não foram encontrados registros sobre revisões sistemáticas realizadas sobre o tema.

Espera-se que a realização deste protocolo de revisão *scoping*, contribua para o mapeamento da evidência, sobre a temática da intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária na prevenção de quedas do idoso na comunidade.

## **6– PALAVRAS CHAVE**

*Falls, Nursing intervention, community, older people.*

## **7 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

### **Tipos de participantes**

Esta revisão *scoping* irá considerar todos os estudos de indivíduos com mais de 65 anos, residentes na comunidade com ou sem patologia associada que já tinham sofrido quedas ou não.

### **Conceitos**

Esta revisão *scoping* considerará todos os estudos que abranjam intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária ou similar, na prevenção de quedas do idoso na comunidade

### **Contexto**

Esta revisão *scoping* considerará estudos realizados na comunidade

### **Tipos de Estudos**

Esta revisão *scoping* irá incluir estudos quantitativos, qualitativos e as revisões sistemáticas da literatura. Os estudos quantitativos incluem qualquer estudo experimental, quase-experimental ou observacional. Os estudos qualitativos incluem todos os desenhos como os fenomenológicos, teoria fundamentada e etnografias. As revisões sistemáticas de literatura incluem estudos de metanálise e metasíntese.

## 8 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Artigos que exijam pagamento para consulta;
- Artigos repetidos;
- Artigos cuja população tem de idade inferior a 65 anos;
- Artigos em que o contexto não é a comunidade
- Artigos que não possuam texto integral
- Artigos que não incluam intervenções de enfermagem na comunidade
- Artigos não redigidos em inglês, português ou português brasil.

## 10 - ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa limitada para que se possam analisar alguns dos componentes dos artigos relacionados com a temática. As palavras contidas no texto dos títulos e nos resumos destes artigos selecionados, bem como os termos indexados utilizados ou palavras-chave, serão usados para que se possa construir numa segunda fase uma estratégia de pesquisa completa, de acordo com cada base de dados utilizada.

A estratégia de pesquisa terá como finalidade localizar estudos publicados nas plataformas MEDLINE® Complete e CINAHL® Complete, que respondam à questão de investigação proposta, inseridas na base de dados EBSCO.

### - Termos de Pesquisa

	<b>Termos indexados</b>		<b>Search terms</b>
<b>População</b>	Elderly Aging Old age Older people Older adults	<b>OR</b>	65 and more
<b>AND</b>			
<b>Conceito</b>	Falls Falls Factors Falls Interventions Falls Effects Falls Prevention	<b>OR</b>	Risk Factors

	Falls Risk		
<b>AND</b>			
<b>Contexto</b>	Nursing Intervention Nursing Care Nursing Community Nursing Community Nurse <b>Community Health Nursing</b>	<b>OR</b>	Primary Care

Os descritores utilizados estão em língua inglesa, de acordo com a base de dados em uso e conforme o PCC, e foram os enumerados na tabela seguinte. Os descritores serão operacionalizados através das expressões booleanas OR e AND, quando semelhantes ou sinónimos com a expressão OR, e quando se pretende a conjugação com a expressão AND.

	<b>S1 OR</b>	<b>S2 OR</b>	<b>S3 OR</b>	<b>S4 OR</b>	<b>S5 OR</b>
	Older Adults	Falls	Community Health	Nursing Intervention	Community Nursing
	Aging	Falls Prevention	Primary Care	Nursing Care	Nursing
	Elderly	Falls Factors	<b>Primary Health Care</b>		Community nurse
	<b>Old Age</b>	Falls Interventions	Community		<b>Community Health Nursing</b>
	Older People	<b>Falls Risk</b>			
		Falls Effects			
<b>Total CINAHL®</b>	<b>233,462</b>	<b>41,335</b>	<b>338,410</b>	<b>65,182</b>	<b>651,608</b>
<b>Total MEDLINE®</b>	<b>637,147</b>	<b>162,125</b>	<b>835,924</b>	<b>55,529</b>	<b>687,779</b>

Numa terceira fase, os textos foram analisados. Realizada uma tabela dos que cumprem os critérios de inclusão, e as referências bibliográficas dos mesmos, deveriam ser analisados para despiste de eventuais artigos que não estivessem contemplados pela pesquisa realizada.

Apenas os textos publicados em português, português do brasil e inglês serão considerados para a inclusão neste protocolo de revisão scoping.

**S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5: CINAHL®- 40 e MEDLINE® - 42**

**Limitador Full texto - CINAHL® - 28 e MEDLINE® - 19**

## **11 - FONTES DE INFORMAÇÃO E SELEÇÃO DOS ARTIGOS**

Foi utilizada para a pesquisa, a plataforma eletrônica agregadora de bases de dados online, a EBSCOhost, através da qual se acedeu à MEDLINE® e à CINAHL®

Os artigos foram avaliados sobre a sua relevância para a revisão, através da informação fornecida pelo título e pelo resumo. Os artigos foram selecionados por cumprirem os critérios de inclusão e exclusão. Quando existirem dúvidas sobre a inclusão, com a leitura do título ou resumo, o texto foi avaliado na sua totalidade.

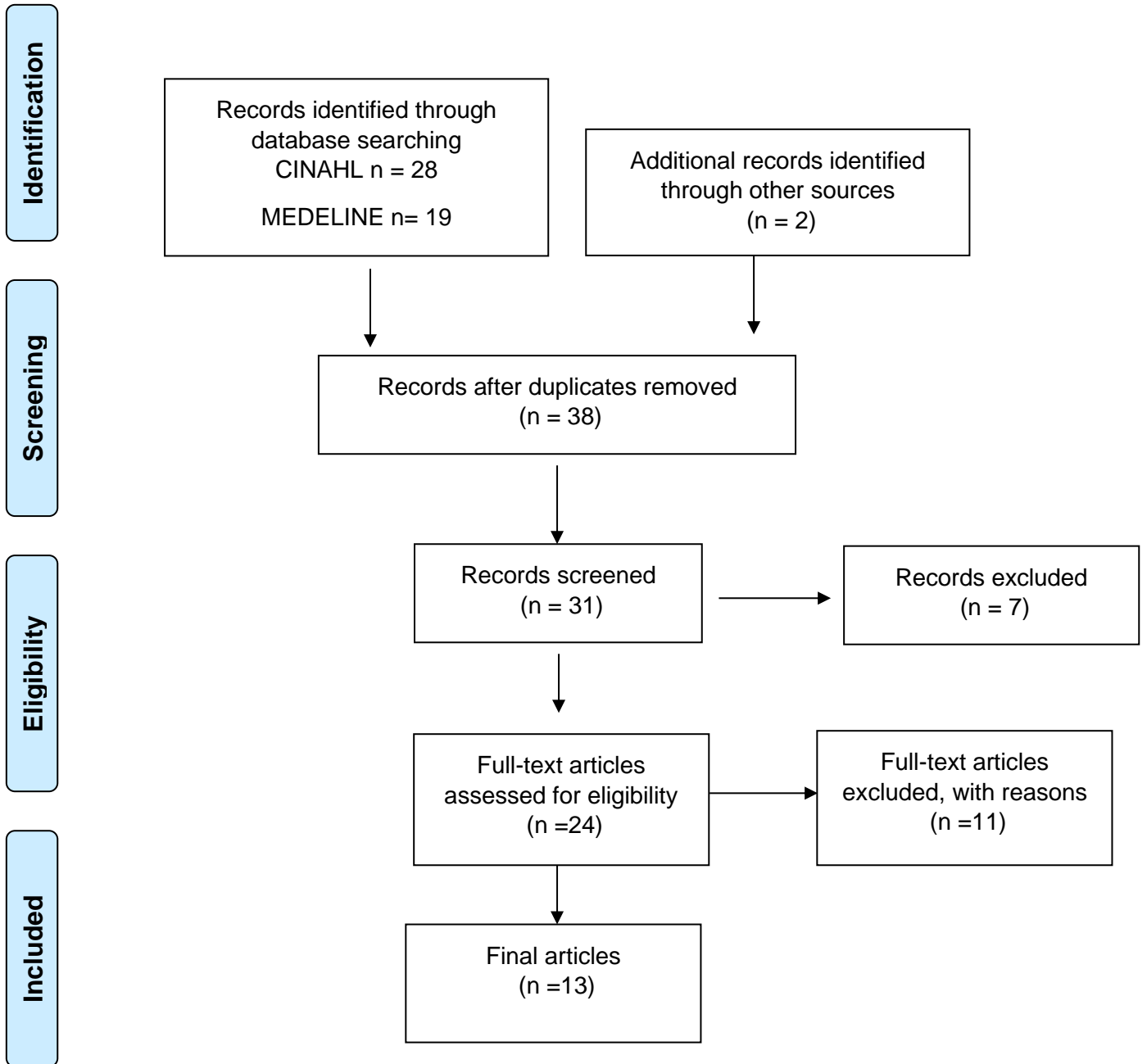
Para seleção de outros artigos possíveis de serem considerados pertinentes, realizada uma leitura das referências bibliográficas, para despiste de possíveis artigos não incluídos na pesquisa.

A seleção dos artigos encontra-se resumida no **PRISMA 2009 Flow Diagram**



## PRISMA 2009 Flow Diagram

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097



## 13 - EXTRAÇÃO DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para esta revisão scoping foi elaborado um instrumento de extração de dados de revisão foi anteriormente desenvolvido (Apêndice I). Os dados extraídos irão incluir informação detalhada sobre: os participantes, os conceitos, o contexto, o tipo de metodologia de estudo usada e as principais conclusões obtidas com o estudo (que sejam relevantes para o objetivo da revisão).

<b>Título</b>	
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	
<b>Tipo de estudo</b>	
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	
<b>Objetivo do estudo</b>	
<b>Resultados</b>	

<b>Título</b>	<b>1 - NURSING STRATEGIES FOR PROMOTING AND MAINTAINING FUNCTION AMONG COMMUNITY-LIVING OLDER ADULTS: THE CAPABLE INTERVENTION</b>
<b>Autores/ Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Pho, A; Tanner; E.; Roth,J. Greeley,M.; Dorsey, C.; Szanton, S., <b>EUA, 2012</b> <b>DOI: 10.1016/j.jamda.2010.07.018</b>
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo qualitativo. Apresentação de projeto de intervenção comunitária CAPABLE, pretendendo descrever a promoção do envelhecimento em casa.
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Idosos com mais 65 anos que vivam na comunidade.
<b>Objetivo do estudo</b>	Apresentar um programa de intervenção na comunidade, que permita um envelhecimento no domicílio e conseqüentemente uma vida melhor para os idosos.
<b>Resultados</b>	A intervenção CAPABLE descrita combina estratégias de enfermagem na comunidade em simultâneo com outros membros de uma equipa multidisciplinar, uma terapeuta ocupacional e um <i>Handyman</i> . A equipa realiza uma avaliação e de acordo com as dificuldades do individuo. Atua, capacitando-o através de gestão do risco ambiental, exercícios de equilíbrio, medo de cair, controlo a medicação, controlo da dor, acompanhamento nas atividades de vida diária, entre outras, de modo a que este adquira competências para o seu dia-a-dia. No que diz respeito as quedas, exercícios de equilíbrio, postura, fortalecimento, vigilância riscos ambientais e aulas de Tai Chi, revelam-se importantes na aquisição da capacidade funcional, força e equilíbrio. A prevenção das quedas deve ser um assunto transversal a todos os profissionais de saúde, em todos os cenários de cuidados e intervenções multifatoriais.

<b>Título</b>	<b>2 - AGING WELL WITH SMART TECHNOLOGY</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Cheek, P.; Nikpour,L: Nowlin, H. EUA 2005
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo qualitativo
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Idosos vivam comunidade
<b>Objetivo do estudo</b>	Prevenir e detetar quedas através de tecnologia doméstica inteligente.
<b>Resultados</b>	A Enfermagem deve evoluir e adaptar-se às novas tecnologias que permitam a manutenção dos idosos no domicílio e independentes. Dispositivos de alerta para quedas vão fazer parte no futuro dos lares inteligentes e a enfermagem deve adaptar-se a estas circunstâncias. Sensores que saibam gerenciar o risco (quedas nas escadas, camas e casas de banho, permitindo um atendimento domiciliário no momento do acontecimento.

<b>Título</b>	<b>3 - O IDOSO E A MOBILIDADE URBANA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA PARA A ENFERMAGEM</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Gomes, F. Camacho, A. <b>Brasil 2017</b>
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo qualitativo, descritivo, tipo análise reflexiva, com base na revisão de literatura narrativa
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Idosos brasileiros
<b>Objetivo do estudo</b>	Analisar a atuação da enfermagem na atenção ao idoso diante da mobilidade urbana
<b>Resultados</b>	<p>O enfermeiro tem na prevenção primária da saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como por meio de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo.</p> <p>Compete ao enfermeiro de cuidados de saúde primários, realizar orientações voltadas às necessidades reais do idoso fazendo uma busca ativa, avaliando riscos ambientais e fatores predisponentes para quedas.</p> <p>Essa assistência deverá ser realizada considerando o idoso na sua totalidade, hábitos, ambiente domiciliário, ambiente da comunidade, família ou cuidadores. Esses cuidados de enfermagem devem ter característica preventiva e estar voltados para a autonomia dos idosos, procurando reduzir ao máximo o número de ocorrência de quedas e internamentos por riscos ambientais.</p>

<b>Título</b>	<b>4 - FALLS SECONDARY TO POSTHERPETIC NEURALGIA</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Nazarko, L. <b>Inglaterra, 2015</b>
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo caso
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	1
<b>Objetivo do estudo</b>	Demonstrar como enfermeiros comunidade de nível avançado podem reduzir o risco queda numa pessoa idosa com nevralgia pós-herpética.
<b>Resultados</b>	Em todos os casos em que uma pessoa idosa cai, os enfermeiros comunitários de nível avançado, devem fazer o máximo para identificar as razões pelas quais uma pessoa está caindo de modo a permitir que a pessoa reduza os riscos, recupere a capacidade e a confiança. Enfermeiros praticando em nível avançado podem fazer a diferença. Eles podem investigar, tratar (quando estiver dentro do seu nível de competência) ou se referir a outros para diagnóstico e tratamento adicionais. Essas ações podem garantir que os idosos vulneráveis recebam cuidados efetivos baseados em evidências de modo a aumentar o seu bem-estar.

<b>Título</b>	<b>5 - THE PRIVATE HEALTHCARE MARKET AND THE SUSTAINABILITY OF AN INNOVATIVE COMMUNITY NURSES PROGRAMME BASED ON SOCIAL ENTREPRENEURSHIP - CoSENSo project</b>
<b>Autores/ Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Ippoliti R., Falavigna G., Montani F. and Rizzi S. <b>Itália, 2018</b>
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo piloto
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	4000 Indivíduos com mais de 65 anos pertencente aos Municípios da região Piemonte, Itália; com parceria do Departamento do Var, França; Caríntia na Áustria e Eslovénia. 36 Meses, a partir de dezembro de 2015.
<b>Objetivo do estudo</b>	Desenvolver um modelo assistencial desenvolvido por enfermeiros comunitários para apoiar o envelhecimento ativo nas áreas montanhosas. - <b>CoSENSo project</b>
<b>Resultados</b>	Não existem resultados definitivos. O projeto orientado por enfermeiros comunitários visa apoiar as atividades de vida diária de idosos de modo a promover o envelhecimento ativo e prevenção de quedas, através da promoção de alterações ambientais e comportamentais, tanto nos idosos como nas suas famílias, permitindo ficar mais tempo em casa. Pretende-se estimular as Iniciativas empreendedoras de enfermeiros comunitárias nas áreas Alpinas. Garantir a sustentabilidade do projeto CoSENSo. Transpor a evidência do resultado a nível político.

<b>Título</b>	<b>6 - “FALLS PREVENTION AMONG OLDER PEOPLE AND CARE PROVIDERS: PROTOCOL FOR AN INTEGRATIVE REVIEW”</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Cuesta-Benjumea, C. Henriques, M.; Abad-Corpa, E.; Roe, B.; Orts-Cortes, M.; Lidon-Cerezuela, B.; Avendano-Cuespedes, A.; Oliver-Carbonell, J.; Sanchez-Ardila, C. <b>Europa 2016</b>
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão sistemática literatura.
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Idosos
<b>Objetivo do estudo</b>	Rever as evidências sobre o papel dos prestadores de cuidados na prevenção de quedas em idosos com idade $\geq 65$ anos.
<b>Resultados</b>	As estratégias de prevenção de quedas têm sido o foco de muitas pesquisas na área de quedas. Principais recomendações de evidências sobre as melhores práticas de avaliação de riscos e prevenção na comunidade envolvem profissionais de saúde, como médicos de família, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas (Lonergan & Moloney 2014). Os resultados desta revisão destacarão os papéis que os prestadores de cuidados desempenham na prevenção de quedas e suas opiniões sobre as iniciativas de prevenção do outono. Espera-se que forneça informações relevantes para contribuir para a implementação de programas de prevenção de quedas. Assim, os resultados revelarão o potencial e as áreas de fraqueza, ajudando a direcionar as políticas para os profissionais de saúde, promovendo seu engajamento na prevenção de quedas entre os idosos. Revisões sistemáticas reúnem evidências necessárias para a formulação de políticas e essa evidência deve ser interpretada no contexto com evidências locais (Lewin et al. 2009). No entanto, a evidência local não está apenas vinculada a cenários geográficos, mas inclui contextos sociais, visões e experiências de parentes e cuidadores (de la Cuesta-Benjumea & Roe 2015).

<b>Título</b>	<b>7 - EFFECTIVENESS OF A FALLS-AND-FRACTURE NURSE COORDINATOR TO REDUCE FALLS: A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF AT-RISK OLDER ADULTS</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Elley, C.; Robertson, C.; Garrett,S.; Kerse,N.; McKinlay,E.; Lawton, B.; Moriarty, H.; Moyes, S.; Campbell, A.; 2008 Nova Zelândia
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo randomizado, controlado.
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Trezentos e doze moradores da comunidade com 75 anos ou mais que haviam caído no último ano.
<b>Objetivo do estudo</b>	Avaliar a efetividade de uma comunidade com o enfermeiro coordenador de quedas, fraturas e multifatorial
<b>Resultados</b>	A Avaliação domiciliar por enfermeiras de quedas para fatores de risco de fratura, riscos domésticos, encaminhamento para intervenções comunitárias apropriadas, força e programa de exercícios de equilíbrio. O grupo controle recebeu o habitual cuidado e visitas sociais. Esta intervenção liderada por enfermeiros não foi eficaz na redução de quedas em idosos que caíram anteriormente. A Implementação e aderência à prevenção de quedas medidas foi dependente do encaminhamento para outros profissionais que trabalham em sua prática clínica usual.

<b>Título</b>	<b>8 - EFFECTIVENESS OF HOME VISIT FALLS PREVENTION STRATEGY FOR TAIWANESE COMMUNITY-DWELLING ELDER: RANDOMIZED TRIAL</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Huang, T.; Acton, G. 2004 Taiwan
<b>Tipo de estudo</b>	Projeto experimental. Estudo Control.
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Uma amostra de 120 residentes sem problemas cognitivos do condado de Hsin-Chu, no noroeste de Taiwan. Ao aplicar a amostragem por conglomerados, metade da amostra foi aleatoriamente designados como o grupo experimental e outra metade como o grupo de comparação.
<b>Objetivo do estudo</b>	O objetivo desta pesquisa foi examinar o efeito de uma intervenção multifatorial para prevenir quedas aumentando autoeficácia na prevenção de quedas, melhorando o conhecimento segurança dos medicamentos, e diminuindo o número de riscos em idosos que moram na comunidade
<b>Resultados</b>	A queda é um sério problema de saúde entre os idosos. Quedas em idosos pode levar diretamente a fraturas, institucionalização e até a morte. Mesmo sem ferimentos graves, prolongada imobilização após queda pode levar a pneumonia, articulação contraturas, úlceras de pressão, depressão e dependência em idosos. Além disso, a debilidade física e psicológica devido à perda de autoestima e o medo de cair novamente pode ser gravemente debilitante, pode criar riscos de queda e imobilidade Auto protetora nessa população. No grupo com plano de tratamento sobre quedas mostrou-se superior na redução de quedas em idosos. Prevenção de quedas é a melhor maneira de resolver muitos dos problemas de saúde significativos para os idosos. Esta pesquisa tem demonstrado que os profissionais de saúde da comunidade desempenham um papel importante na diminuição da incidência de idosos que caem.

<b>Título</b>	<b>9 - SARCOPENIA IS A RISK FACTOR FOR FALLING IN INDEPENDENTLY LIVING JAPANESE OLDER ADULTS: A 2-YEAR PROSPECTIVE COHORT STUDY OF THE GAINA STUDY</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Matsumoto, H.; Tanimura, C.; Tanishima, S.; Osaki, M.; Hisashi Noma, H.; Hagino, H.; japão, 2018 <b>Doi:</b> 10.1111/ggi.13047.
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo de corte prospectivo
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	Estudo observacional prospectivo de 2 anos. Os participantes foram recrutados de indivíduos que tinham um check-up médico anual patrocinado pela cidade e não receberam cuidados de enfermagem. Um total de 223 residentes (82 homens, 141 mulheres) participaram da linha de base avaliação no estudo.
<b>Objetivo do estudo</b>	Investigar se a sarcopenia estava associada a futuras quedas na população idosa geral japonesa
<b>Resultados</b>	A principal descoberta do presente estudo sugere que a sarcopenia é um fator de risco para a queda nos idosos. As enfermeiras voltadas para a comunidade têm um papel importante para manter a atividade física e gestão da medicação nos idosos independentes que vivem na comunidade

<b>Título</b>	<b>10 - THE STRATEGIES TO REDUCE INJURIES AND DEVELOP CONFIDENCE IN ELDERLY INTERVENTION: FALLS RISK FACTOR ASSESSMENT AND MANAGEMENT, PATIENT ENGAGEMENT, AND NURSE CO-MANAGEMENT</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Reuben, D.; Gazarian, P.; Alexander, N.; Araujo, K.; Baker, D.; Bean, J.; Boulton, C.; Charpentier, P.; Duncan, P.; Latham, N.; Leipzig, R.; Quintiliani, L.; Storer, T.; McMahon, S. <b>EUA, 2017</b> <b>Doi:</b> 10.1111/jgs.15121
<b>Tipo de estudo</b>	Projeto
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	5.451 Idosos não institucionalizados com mais de 70 anos.
<b>Objetivo do estudo</b>	Encontrar Estratégias para Reduzir Traumas e Desenvolver Confiança em Idosos (STRIDE) para comparar os efeitos de uma intervenção multifatorial com aqueles de uma intervenção de tratamento usual melhorada
<b>Resultados</b>	Primeiras conclusões, final de 2019  O acompanhamento longitudinal inclui visitas presenciais (pelo menos anualmente) e ligações telefônicas (pelo menos uma vez durante o primeiro ano) para reavaliar os fatores de risco de quedas do indivíduo e para avaliar a implementação e os efeitos do plano de prevenção de quedas. Estes telefonemas e visitas determinam se o indivíduo teve dificuldade em implementar as ações específicas priorizadas no plano de assistência.

<b>Título</b>	<b>11 - O IDOSO NA EQUIPE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROGRAMA DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Cabrita, M.; José, H. 2012 Portugal <b>DOI:</b> 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201314
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	21 a 31 de agosto de 2012, ECCI Albufeira 53 Pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos
<b>Objetivo do estudo</b>	Prevenir as quedas da pessoa idosa integrada em uma Equipe de Cuidados Continuados Integrados
<b>Resultados</b>	Os resultados mostram que os idosos da ECCI estão sujeitos a determinados fatores que a literatura caracteriza como representativos riscos de quedas, os quais podem ser minimizados ou eliminados através da implementação de medidas preventivas de gestão de risco e promoção da segurança da pessoa idosa na comunidade

<b>Título</b>	<b>12 - THE PREVALENCE OF PAIN AND ITS RELATIONSHIP TO FALLS, FATIGUE, AND DEPRESSION IN A COHORT OF OLDER PEOPLE LIVING IN THE COMMUNITY</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Crowe, M.; Jordan, J.; Gillon, D.; McCall, C.; Frampton, C.; Jamieson, H. <b>Nova Zelândia, 2017</b> <b>Doi:</b> 10.1111/jan.13328
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo transversal que examina uma coorte nacional através de métodos quantitativos
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	45,418 adultos com mais de 65 anos entre 2012 e 2014 Amostra 45044 participantes
<b>Objetivo do estudo</b>	Examinar a relação dos scores de gravidade da dor com variáveis demográficas (idade, sexo e etnia) e com a frequência de quedas, fadiga e depressão usando o Home Care International Residential Instrumento de Avaliação.
<b>Resultados</b>	O estudo realizado por enfermeiros da comunidade e assistentes sociais. Estes são treinados ao longo 2 dias para estarem aptos a fazer este levantamento de dados. Destaca-se como a dor difusa está neste grupo e sua correlação com quedas, fadiga e depressão.

<b>Título</b>	<b>13 - EVALUATION OF A NURSE-LED FALLS PREVENTION PROGRAMME VERSUS USUAL CARE: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL</b>
<b>Autores / Ano da Publicação/ País de Origem</b>	Lightbody, E.; Watkins, C.; Leathley, M., Sharm, A.; Iye, M. <b>Reino Unido; 2002</b> <b>DOI:</b> 10.1093/ageing/31.3.203
<b>Tipo de estudo</b>	Teste controlado e aleatório
<b>População do estudo / tamanho da amostra/ Duração do estudo</b>	348 Pacientes consecutivos com 65 anos ou mais frequentaram o Departamento de Acidentes e Emergências com queda.
<b>Objetivo do estudo</b>	Avaliar um plano de manejo liderado por enfermeiros e um caminho de cuidados para pessoas idosas dispensadas de um Departamento de Acidentes e Emergências após uma queda.
<b>Resultados</b>	Os pacientes do grupo de intervenção tiveram menos quedas, menos atendimentos hospitalares e passaram menos tempo no hospital. Além disso, os pacientes do grupo de intervenção foram mais funcionalmente independentes aos 6 meses após a queda. Avaliação de medicação, ECG, pressão arterial, cognição, acuidade visual, audição, disfunção vestibular, equilíbrio, mobilidade, pés e calçado. Todos os pacientes receberam aconselhamento e educação sobre segurança geral em casa

## 14 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JBI (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute. Acedido a 09-04-2019. Disponível em:

[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBIscoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBIscoping-Reviews_2015_v2.pdf)

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Parker, D., & Baldini Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. Doi: 10.1097/XEB.0000000000000050

**Apêndice II – MPS de acordo com Nola Pender, adaptado às quedas**

# Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender Adaptado



## **Apêndice III – Cronograma de Atividades**

10º CMEC, Cronograma de Atividades, Paula Vaz Nº 8966

Ano Mês	2019												2020		
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar		
<b>Atividades</b>															
<b>Reunião informal com Enfª Funções Chefia e Enfª Orientadora estágio na USF Tejo</b>	Yellow	Yellow					Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow		
<b>Orientação Tutorial</b>	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange		
<b>Revisão da Literatura</b>		Pink	Pink	Pink	Pink										
<b>Pesquisa Bibliográfica</b>	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange		
<b>Estágio na USF Tejo</b>		Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green			
<b>Diagnostico situação</b>		Cyan	Cyan	Cyan	Cyan	Cyan									
<b>Apresentação do Projeto em sala de aula</b>				Purple		Purple									
<b>Pedidos de Autorização para o Projeto</b>		Red													
<b>Entrega do Desenho do Projeto de Estágio</b>						Light Green									
<b>Definição de Prioridades</b>							Cyan								
<b>Fixação de Objetivos</b>							Teal								
<b>Seleção de Estratégias</b>							Blue	Blue							
<b>Preparação da Operacional Programação</b>							Brown	Brown	Brown	Brown	Brown				
<b>Avaliação</b>											Grey	Grey			
<b>Redação final do Projeto de Intervenção</b>												Pink	Pink		

## **Apêndice IV – Consentimento Informado**

## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

### **“A queda nos idosos. Promover para não acontecer”**

Paula Cristina Lopes Marques Vaz, enfermeira na USF Tejo, no âmbito do 10º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a realizar um estudo sobre a queda nas pessoas idosas sob a orientação académica da Professora Laura Maria Monteiro Viegas, e em contexto de estágio pela Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Fernanda Carneiro.

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária sobre o risco de queda nas pessoas idosas de modo a obter dados que permitam a avaliação do risco de queda e posterior intervenção no âmbito da promoção de medidas de segurança que capacitem os idosos, suas famílias e ou cuidadores a adquirirem comportamentos que minimizem tal risco.

O estudo foi autorizado pelo Coordenador da USF Tejo, pela Direção do ACES Loures Odivelas e teve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale Tejo.

Os participantes do estudo são a população idosa beneficiária de cuidados de enfermagem do ACES Loures Odivelas, mais propriamente da USF Tejo, que aceitem participar no estudo. A pessoa idosa é avaliada a partir das respostas a um questionário com questões que permitem uma avaliação multidimensional da pessoa e a relação complexa entre todas as dimensões, dos quais se incluem fatores sociodemográficas, biológico, comportamentais e ambientais, onde estão incluídos os factores intrínsecos e extrínsecos ao risco de queda no idoso. Serão também utilizadas algumas escalas que avaliam o grau de dependência, o estado cognitivo e as práticas e comportamentos dos idosos para prevenir as quedas.

#### **A resposta pode ser por autopreenchimento ou por entrevista.**

A participação no projeto é voluntária, gratuita e estão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. A identificação dos participantes nunca será tornada pública e os contatos serão feitos em ambiente de privacidade, nomeadamente o domicílio da pessoa idosa ou nas instalações da Unidade de Saúde Familiar Tejo.

Em qualquer altura pode interromper ou desistir do consentimento e abandonar o estudo, sem quaisquer prejuízos assistenciais ou outros. Se concordar em participar neste projeto, solicito a resposta a um questionário, que demora cerca de 15 minutos a ser preenchido.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

#### **Considero que fui esclarecido sobre:**

1. Âmbito da realização da colheita de dados;
2. Objetivos do trabalho a desenvolver;
3. Confidencialidade dos dados;
4. Outras dúvidas que tiver.

Garanto que a informação recolhida será anónima e confidencial. Nesse sentido, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a), solicito o seu consentimento por escrito, em como aceita participar de livre e espontânea vontade.

Aceito

Não aceito

Assinatura da(o) entrevistado(a) ou seu/sua representante\*:

\_\_\_\_\_

Assinatura da Investigadora:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\* Representante devido a dificuldade visual

Representante devido a problemas de motricidade fina  Outra

Muito obrigada pela sua colaboração!

Paula Vaz, Enfermeira, USF, Telemóvel: 969345376

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## **Apêndice V - Questionário de colheita de dados**

## **Projeto “Quedas nos idosos, Promover para não acontecer”**

Caro(a) utente

Este questionário tem como objetivo recolher dados que permitam realizar a avaliação do risco de quedas nos idosos da USF Tejo, e posterior intervenção no âmbito da promoção de medidas de segurança que o capacite assim como aos seus familiares cuidadores a adquirirem comportamentos que minimizem tal risco. Insere-se num estudo no âmbito do 10º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que frequento.

Encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte pretende-se recolher informação sobre fatores biológico, comportamentais e ambientais, relacionados com as quedas na população idosa. Na segunda parte serão utilizadas escalas que permitem avaliar o grau de dependência, o estado cognitivo e as práticas de comportamentos dos idosos para prevenir as quedas em duas grandes áreas: comunicação e segurança.

O questionário é anónimo e os dados serão tratados de forma confidencial.

Não existem respostas certas ou erradas. Por favor responda às questões de forma rápida, espontânea e honesta.

Estamos ao dispor para eventual esclarecimento.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

# INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

## 1ª PARTE - Questionário Geral

### **I - FATORES BIOLÓGICOS E SOCIOECONOMICOS**

**1 – Idade** \_\_\_\_\_ anos

**2 – Sexo:** Feminino  Masculino

### **3 - Habilitações Literárias**

Não sabe ler

1º Ciclo (Instrução Primária)

2º Ciclo (Antigo 2º Ano)

3º Ciclo (Antigo 5º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

### **4 - Estado Civil**

Solteiro(a)

Casado(a)/União de Facto

Viúvo(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

### **5 - Mora sozinho(a)?**

Sim

Não

## 6 - O rendimento atual:

Permite viver confortavelmente	
Dá para viver	
Viver com o rendimento atual é difícil	
É muito difícil	

## 7 - Sofre de alguma destas doenças?

Doença Cardíaca	
Doença Circulatória – Hipertensão	
Doença Respiratória	
Doença Endócrina- diabetes	
Doença Neurológica	
Doença Músculo-Esquelética	
Doença Gastrointestinal	
Problemas Visuais	
Problemas Auditivos	
Carência de Vit D	
Problemas com os pés	
Deficiências nutricionais	
Tonturas	
Outras	

## **II - FATORES COMPORTAMENTAIS**

### 8 - Toma medicação regularmente?

Sim  Não

**9 – Se sim, que tipo de medicamentos toma?**

Anti-hipertensivos	
Anti -diabéticos	
Psicofármacos	
Analgésicos e Anti-inflamatórios	
Suplementos Vitamínicos	
Anticoagulantes	
Colesterol	
Outros	

**10 - Automedica-se?**

Sim  Não

**10.1 – Se sim com qual/quais os medicamentos?**

Anti-hipertensivos	
Anti -diabéticos	
Psicofármacos	
Analgésicos e Anti-inflamatórios	
Suplementos Vitamínicos	
Anticoagulantes	
Colesterol	
Outros	

**11 – Pratica exercício físico?**

Sim  Não

**11.1 – Se sim, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_**

**12 – Ingere bebidas alcoólicas?**

Sim  Não

12.1 - Se sim, à refeição

Fora da refeição

### **III – FATORES AMBIENTAIS**

#### **13 - Onde mora?**

Apartamento

Vivenda

Outro

14 – Tem escadas  elevador

#### **15 - Na casa de banho, tem:**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Barras de apoio na banheira ou <i>poliban</i>		
Tapete antiderrapante dentro banheira ou <i>poliban</i>		
Possui cadeira ou banco para se sentar na banheira ou <i>poliban</i>		

#### **16 - Na sua casa existem**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mobílias Instáveis		
Fios elétricos espalhados		
Animais domésticos		
Iluminação adequada		
Tapetes fixos ao chão		
Chão desnivelado		

#### **17- Caiu no último ano?**

Sim

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Não

### 17.1 - Se sim, onde caiu?

Casa	
Rua	
Outro local	

### 18 - Se foi em casa, qual a assoalhada?

Casa de banho	
Corredor ou hall entrada	
Cozinha	
Quarto	
Sala	
Outro	

### 19 - Qual a causa da queda?

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

### 20 – Momento do dia em que caiu?

Dia  Noite

## 21 - Necessitou de cuidados de saúde?

Sim

Não

### 21.1 - Se sim, qual o motivo

<b>Traumatismo craniano</b>	
<b>Fratura</b>	
<b>Ferida</b>	
<b>Mau estar</b>	
<b>Outra</b>	

## 2ª PARTE – Escalas avaliação

### Escala de práticas e comportamentos dos idosos para prevenir quedas na comunidade

#### Autopreenchimento (idosos sem declínio cognitivo)

<b>Comunicação</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
Oiço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda			
Os médicos alertam-me para o risco de cair			
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair			
Os familiares alertam-me para o risco de cair			
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda			
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados			
<b>Práticas e comportamentos de segurança</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé			
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante			
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé			
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé			
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar			
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio			
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas-			
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo			
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto			
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor			

## ESCALA DA DEPENDÊNCIA- BARTHEL

A preencher pela enfermeira

### Anexo III – Escala de Barthel e instruções

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Ímóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

## Escala avaliação risco quedas de Morse

A preencher pela enfermeira

<b>1- Antecedentes de Queda/ História de Queda</b>	
Não:	0 pontos
Sim:	25 pontos

<b>2 - Diagnóstico Secundário</b>	
Não:	0 pontos
Sim:	15 pontos

<b>3 - Ajuda na marcha</b>	
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado	0 pontos
Bengala / canadiana / andarilho	15 pontos
Apoio nos móveis	20 pontos

<b>4 - Terapia Endovenosa em Perfusão</b>	
Não:	0 pontos
Sim:	20 pontos

<b>5 - Tipo de Marcha</b>	
Normal	0 pontos
Desequilíbrio Fácil	10 pontos
Défice de Marcha	20 pontos

<b>6 - Estado Mental / Percepção Mental</b>	
Consciente das suas Limitações	0 pontos
Não consciente das suas Limitações:	15 pontos

Total \_\_\_\_\_ pontos

# ESCALA IDENTIFICAÇÃO DO DEFICIT COGNITIVO - ESCALA MINI-MENTAL STATEMENT EXAMINATION

A preencher pela enfermeira

## Anexo IV - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".

Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

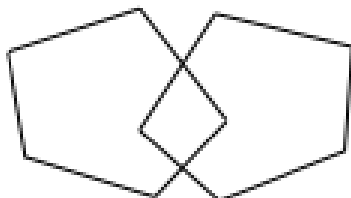
Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE:

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos  $\geq$  15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade  $\geq$  22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade  $\geq$  27 pontos

**Apêndice VI – Autorização da Escala de *Barthel***

# Autorização utilização Escala *Barthel*

Boa tarde estimada colega Paula Vaz.

Em resposta ao solicitado anexo a versão validada do índice de Barthel numa população de idosos portugueses e artigo publicado, a fim de o utilizar no seu projeto de intervenção comunitária e para o qual lhe desejo muito sucesso.  
Atenciosamente

Prof Fatima Araujo

----- Mensagem Original -----

---

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email <mailto:esep@esenf.pt> esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://www.esenf.pt/> www.esenf.pt

Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas

De: Escola Superior de Enfermagem do Porto <cit@esenf.pt  
<mailto:cit@esenf.pt> >  
Enviada: 19 de março de 2019 10:30  
Para: cit@esenf.pt <mailto:cit@esenf.pt>  
Assunto: Formulário Formulário de contactos

Formulário Formulário de contactos

Nome:

**Apêndice VII – Autorização da Escala de *Morse***

# Autorização utilização Escala Morse

24/03/2019

SAPO MAIL :: Re: Pedido autorização para utilização escala Morse

## Re: Pedido autorização para utilização escala Morse

Sex, 22 Mar 2019 [21:58:45 WET]

De: Maria José Costa Dias <enfcdias@gmail.com>

Para: PAULA CRISTINA LOPES MARQUES VAZ <paulavaz@campus.esel.pt>

Senhora Enfermeira Paula Cristina

De acordo com o seu pedido, informo que nada tenho a opor à utilização da Escala de Quedas de Morse por mim validada e adaptada linguística e culturalmente para a população portuguesa. Informo que não são permitidas alterações à escala e que apenas se destina a pessoas na idade adulta.

Com os meus melhores cumprimentos.

Maria José Costa Dias

A sexta, 22/03/2019, 13:12, PAULA CRISTINA LOPES MARQUES VAZ <paulavaz@campus.esel.pt> escreveu:

Boa tarde, Senhora Enfermeira Diretora

Chamo-me Paula Vaz, sou enfermeira no ACES Loures Odivelas, na USF Tejo, inscrita no 10.º Mestrado de Enfermagem comunitária. Estou a realizar um projeto de intervenção comunitária sobre quedas na população idosa e gostaria de utilizar a escala de Morse no diagnóstico de situação.

Aguardo resposta de consentimento

**Apêndice VIII – Autorização da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade**



**Apêndice IX– Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à idade**

**Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à idade, USF, 2019**

*Estatísticas*

*Idade*

N	Válido	37
	Omisso	0
Média		79,41
Erro de média padrão		,569
Mediana		79,00
Modo		75
Erro Desvio		3,460
Variância		11,970
Intervalo		10
Mínimo		75
Máximo		85

*Idade*

		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i> <i>m</i>	<i>Porcentagem</i> <i>m válida</i>	<i>Porcentagem</i> <i>m</i> <i>acumulativa</i> <i>a</i>
Válido	75	6	16,2	16,2	16,2
	76	3	8,1	8,1	24,3
	77	5	13,5	13,5	37,8
	78	4	10,8	10,8	48,6
	79	2	5,4	5,4	54,1
	80	5	13,5	13,5	67,6
	81	1	2,7	2,7	70,3
	83	3	8,1	8,1	78,4
	84	5	13,5	13,5	91,9
	85	3	8,1	8,1	100,0
Total		37	100,0	100,0	

**Apêndice X – Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto ao sexo, habilitações literárias, estado civil, co habitação e rendimento atual**

**Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto ao sexo, habilitações literárias, estado civil, co habitação e rendimento atual**

<i>Fatores Biológicos</i>		<i>Média</i>	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Idade		79		
Sexo	Feminino		21	56,8%
	masculino		16	43,2%
Habilitações Literárias	Não sabe ler		2	5,4%
	1º Ciclo-Instrução Primária		27	73,0%
	2º Ciclo- Antigo 2ª ano		5	13,5%
	3º Ciclo-Antigo 5º ano		2	5,4%
	Ensino Secundário		1	2,7%
	Ensino Superior		0	0,0%
Estado Civil	Solteiro(a)		0	0,0%
	Casado(a)/União de facto		24	64,9%
	Viúvo(a)		12	32,4%
	Divorciado(a) /Separado(a)		1	2,7%
Mora sozinho(a)	Sim		9	24,3%
	Não		28	75,7%
Rendimento atual:	Permite viver confortavelmente		5	13,5%
	Dá para viver		17	45,9%
	Viver rendimento atual é difícil		6	16,2%
	É muito difícil		9	24,3%

**Apêndice XI – Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto à  
patologia**

**Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto à patologia**

*Fatores Biológicos - Sofre de alguma destas doenças?*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Cardíaca	Sim	12	32,4%
	Não	25	67,6%
Circulatória - Hipertensão	Sim	18	48,6%
	Não	19	51,4%
Respiratória	Sim	4	10,8%
	Não	33	89,2%
Endócrina - Diabetes	Sim	11	29,7%
	Não	26	70,3%
Neurológica	Sim	7	18,9%
	Não	30	81,1%
Músculo-Esquelética	Sim	10	27,0%
	Não	27	73,0%
Gastrointestinal	Sim	0	0,0%
	Não	37	100,0%
Problemas Visuais	Sim	13	35,1%
	Não	24	64,9%
Problemas Auditivos	Sim	9	24,3%
	Não	28	75,7%
Carência de Vit. D	Sim	0	0,0%
	Não	37	100,0%
Problemas com os pés	Sim	7	18,9%
	Não	30	81,1%
Deficiências Nutricionais	Sim	2	5,4%
	Não	35	94,6%
Tonturas	Sim	4	10,8%
	Não	33	89,2%
Outras	Sim	6	16,2%
	Não	31	83,8%

**Apêndice XII – Tabela 4- Caracterização da amostra quanto ao grau de dependência**

## Apêndice XII – Tabela 4- Caracterização da amostra quanto ao grau de dependência

*Qual o grau de dependencia da amostra?*

		<i>Frequência</i>	<i>Porcentage m</i>	<i>Porcentage m válida</i>	<i>Porcentage m acumulativ a</i>
Válido	Dependência Total - Inferior ou igual a 25 Pontos	2	5,4	5,4	5,4
	Dependência Severa - 26 a 50 Pontos	1	2,7	2,7	8,1
	Dependência Moderada - 51 a 75 Pontos	3	8,1	8,1	16,2
	Dependência Leve - 76 a 99 Pontos	14	37,8	37,8	54,1
	Totalmente Independente - 100 Pontos	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

**Apêndice XIII – Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto ao risco  
queda**

**Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto ao risco queda***Avaliação do risco de quedas de acordo Escala de Morse*

		<i>Frequência</i>	<i>Porcentage m</i>	<i>Porcentage m válida</i>	<i>Porcentage m acumulativa</i>
Válido	0-24 Pontos - Sem risco	10	27,0	27,0	27,0
	25-50 Pontos - Baixo risco	11	29,7	29,7	56,8
	Superior a 50 - Alto risco	16	43,2	43,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

**Apêndice XIV – Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao  
deficit cognitivo, MMSE**

**Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao deficit cognitivo, MMSE**

*Avaliação das funções cognitivas da amostra através do MMSE*

		<i>Frequência</i>	<i>Porcentage m</i>	<i>Porcentage m válida</i>	<i>Porcentage m acumulativ a</i>
Válido	Com Deficit cognitivo	4	10,8	10,8	10,8
	Sem Deficit cognitivo	33	89,2	89,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

**Apêndice XV – Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à  
medicação habitual, automedicação, prática de exercício físico,  
ingestão de bebidas alcoólicas**

**Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à medicação habitual, automedicação, prática de exercício físico, ingestão de bebidas alcoólicas**

		<i>Fatores Comportamentais</i>	
		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Toma medicação regularmente	Sim	34	91,9%
	Não	3	8,1%
Automedica-se?	Sim	12	32,4%
	Não	25	67,6%
Pratica exercicio fisico?	Sim	7	18,9%
	Não	30	81,1%
Ingere bebidas alcoolicas?	Sim	15	40,5%
	Não	22	59,5%

**Apêndice XVI – Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto ao tipo  
de automedicação**

**Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de automedicação**

*Se Sim, com qual ou quais os medicamentos?*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Anti-hipertensivo	Sim	19	54,3%
	Não	16	45,7%
Anti-diabético	Sim	11	31,4%
	Não	24	68,6%
Psicofármaco	Sim	10	28,6%
	Não	25	71,4%
Analgésico e Anti-inflamatório	Sim	12	34,3%
	Não	23	65,7%
Suplementos Vitamínicos	Sim	4	11,4%
	Não	31	88,6%
Anticoagulantes	Sim	5	14,3%
	Não	30	85,7%
Colesterol	Sim	7	20,0%
	Não	28	80,0%
Outros	Sim	10	28,6%
	Não	25	71,4%

**Apêndice XVII - Tabela 9 e 10 - Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos dos idosos na prevenção quedas na comunidade**

## Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos dos idosos na prevenção quedas na comunidade

*Escala de avaliação de práticas e comportamentos do idoso na comunidade*  
*A - Comunicação*

	<i>Sempre</i>		<i>Às Vezes</i>		<i>Nunca</i>	
	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>
Oiço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda	4	10,8%	11	29,7%	20	54,1%
Os médicos alertam-me para o risco de cair	2	5,4%	9	24,3%	24	64,9%
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	3	8,1%	18	48,6%	14	37,8%
Os familiares alertam-me para o risco de cair	2	5,4%	13	35,1%	20	54,1%
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	1	2,7%	5	13,5%	29	78,4%
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados	1	2,7%	3	8,1%	31	83,8%

**Tabela 10 - Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos dos idosos na prevenção quedas na comunidade**

*Escala Avaliação das praticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas  
Práticas e comportamentos de segurança*

	<i>Sempre</i>		<i>Às Vezes</i>		<i>Nunca</i>	
	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé	22	62,9%	9	25,7%	4	11,4%
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	6	17,1%	22	62,9%	7	20,0%
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé	7	20,0%	16	45,7%	12	34,3%
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	7	20,0%	15	42,9%	13	37,1%
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	4	11,4%	13	37,1%	18	51,4%
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	4	11,4%	11	31,4%	20	57,1%
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	2	5,7%	14	40,0%	19	54,3%
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo	6	17,1%	10	28,6%	19	54,3%
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	3	8,6%	13	37,1%	19	54,3%
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	3	8,60	13,00	37,10	19,00	54,30

**Apêndice XVIII – Tabela 11 - Caracterização da amostra quanto aos  
fatores ambientais**

**Tabela 11 - Caracterização da amostra quanto aos fatores ambientais**

*Fatores Ambientais  
Na sua casa existem:*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Onde mora?	Apartamento	36	97,3%
	Vivenda	1	2,7%
	Outro	0	0,0%
Tem escadas ou elevador?	Escadas	30	81,1%
	Elevador	7	18,9%
	Nenhum	0	0,0%
Barras de apoio na banheira ou poliban	sim	4	10,8%
	não	33	89,2%
Tapete antiderrapante dentro banheira ou poliban	sim	29	78,4%
	não	8	21,6%
Possui cadeira ou banco para se sentar na banheira ou poliban	sim	7	18,9%
	não	30	81,1%
Mobílias instáveis	Sim	11	29,7%
	Não	26	70,3%
Fios elétricos espalhados	Sim	16	43,2%
	Não	21	56,8%
Animais domésticos	Sim	20	54,1%
	Não	17	45,9%
Iluminação adequada	Sim	23	62,2%
	Não	14	37,8%
Tapetes fixos ao chão	Sim	10	27,0%
	Não	27	73,0%
Chão desnivelado	Sim	2	5,4%
	Não	35	94,6%

**Apêndice XIX – Tabela 12 - Caracterização da amostra quanto  
história quedas**

**Tabela 12 - Caracterização da amostra quanto história quedas**

*Fatores Ambientais - Historia de queda*

		<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>
Caiu no último ano?	Sim	25	67,6%
	Não	12	32,4%
Local de queda: casa.	Sim	18	48,6%
	Não	19	51,4%
Local de queda: rua.	Sim	12	32,4%
	Não	25	67,6%
Local de queda: outro.	Sim	2	5,4%
	Não	35	94,6%

**Apêndice XX – Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto local  
queda**

**Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto local queda**

*Fatores Ambientais*  
*Assoalhada da casa em que caiu*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Queda em casa: casa de banho.	Sim	8	44,4%
	Não	10	55,6%
Queda em casa: corredor ou hall.	Sim	2	11,1%
	Não	16	88,9%
Queda em casa: cozinha.	Sim	3	16,7%
	Não	15	83,3%
Queda em casa: quarto.	Sim	10	55,6%
	Não	8	44,4%
Queda em casa: sala.	Sim	0	0,0%
	Não	18	100,0%
Queda em casa: outra assoalhada.	Sim	1	5,6%
	Não	17	94,4%

**Apêndice XXI - Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto à causa da queda**

**Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto à causa da queda**

<i>Fatores Ambientais</i>		<i>Qual a causa da queda?</i>	
		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Queda devido a calçado ou vestuário inadequado.	Sim	8	32,0%
	Não	17	68,0%
Queda devido a iluminação insuficiente em casa.	Sim	0	0,0%
	Não	25	100,0%
Queda devido a fios soltos e espalhados.	Sim	3	12,0%
	Não	22	88,0%
Queda devido a tapetes soltos na casa.	Sim	9	36,0%
	Não	16	64,0%
Queda devido a móveis em excesso.	Sim	0	0,0%
	Não	25	100,0%
Queda devido a ausência de antiderrapante na banheira ou poliban.	Sim	0	0,0%
	Não	25	100,0%
Queda devido a chão escorregadio.	Sim	9	36,0%
	Não	16	64,0%
Queda devido a problemas de saúde.	Sim	5	20,0%
	Não	20	80,0%
Queda devido a animal de estimação.	Sim	1	4,0%
	Não	24	96,0%
Queda devido a outras causas.	Sim	3	12,0%
	Não	22	88,0%

**Apêndice XXII – Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto ao tipo lesão e necessidade de cuidados saúde**

**Tabela 10 - Caracterização da amostra quanto ao tipo lesão e necessidade de cuidados saúde**

*Fatores Ambientais*  
*Necessitou cuidados de saúde?*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Momento do dia em que caiu?	Dia	18	72,0%
	Noite	7	28,0%
Necessitou de cuidados de saúde?	Sim	19	76,0%
	Não	6	24,0%
Motivo de procura de cuidados de saúde: traumatismo craniano.	Sim	6	31,6%
	Não	13	68,4%
Motivo de procura de cuidados de saúde: fratura.	Sim	4	21,1%
	Não	15	78,9%
Motivo de procura de cuidados de saúde: ferida.	Sim	11	57,9%
	Não	8	42,1%
Motivo de procura de cuidados de saúde: mau estar.	Sim	2	10,5%
	Não	17	89,5%
Motivo de procura de cuidados de saúde: outros.	Sim	1	5,3%
	Não	18	94,7%

**Apêndice XXIII – Planejamento da formação em serviço e  
Apresentação em *Power Point* da FS aos profissionais de saúde da  
USF**

## Planeamento da Formação em Serviço aos profissionais de saúde da USF

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Potencial para melhorar o conhecimento Comunicação comprometida
<b>Tema</b>	Prevenção Quedas nos idosos – Capacitar para não acontecer
<b>Local</b>	USF
<b>Data e hora</b>	04-12-2019 – 15h
<b>Duração</b>	30 Minutos
<b>Formador</b>	Enf <sup>a</sup> Paula Vaz
<b>População alvo</b>	Médicos e enfermeiros USF, (15 profissionais)
<b>Objetivo geral</b>	Estimular os profissionais de saúde para a problemática da prevenção quedas nos idosos
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Divulgar o diagnóstico situação do projeto de intervenção comunitária sobre projeto intervenção comunitária prevenção quedas nos idosos – Capacitar para não acontecer</li><li>• Estimular os profissionais USF Tejo para avaliação risco quedas dos idosos em SClínico</li><li>• Incentivar para avaliação queda ocorrida na unidade em SClínico</li><li>• Alertar para a importância de registo no sistema de Notificação das quedas ocorridas na unidade</li></ul>

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEUDO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>DURAÇÃO</b>
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador e do tema	Expositiva	Computador e retroprojeter	3 Minutos
DESENVOLVIMENTO	Pertinência do tema Definição queda Alguns dados estatísticos Diagnostico situação As quedas em S Clínico As quedas no Notifica Importância dos registos no âmbito da qualidade e segurança do doente	Expositiva/ Participativa	Computador e retroprojeter	17 Minutos
CONCLUSÃO	Resume dos conteúdos Considerações finais	Expositiva/Participativa	Computador e retroprojeter	10 Minutos

## Indicadores de avaliação atividades

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa profissionais participantes na formação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ profissionais participantes na formação}}{\text{n}^\circ \text{ total profissionais}} \times 100$	55%		
Taxa profissionais avalie positivamente a formação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ profissionais que avaliam positivamente a formação}}{\text{n}^\circ \text{ totais profissionais participantes na formação}} \times 100$	60 %		

## Questionário de avaliação global da formação

Para procurar melhorar as condições de realização de próximas ações solicitamos o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala: **1 - Muito Fraco; 2- Fraco; 3 -Suficiente; 4- Bom; 5-Muito Bom**

Perguntas	1	2	3	4	5
A ação respondeu as suas expetativas?					
Foram alcançados os objetivos formação?					
Enriqueceu os seus conhecimentos?					
Contribuiu para a melhoria do seu desempenho profissional?					
Duração formação					
Domínio conteúdos expostos					
Avaliação global formação					



1



2



3



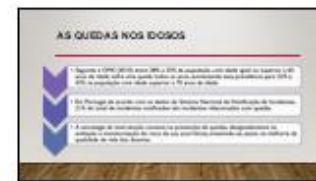
4



5



6



7



8



9



10



11



12

### ESCALA DE PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA E CUIDO NA COMUNIDADE

Adaptado de: (19) (20)

Item	Resposta	Nota
1. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	1. Nunca	1
2. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	2. Pouco	2
3. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	3. Muito	3
4. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	4. Sempre	4
5. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	5. Nunca	1
6. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	6. Pouco	2
7. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	7. Muito	3
8. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	8. Sempre	4
9. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	9. Nunca	1
10. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	10. Pouco	2
11. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	11. Muito	3
12. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	12. Sempre	4
13. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	13. Nunca	1
14. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	14. Pouco	2
15. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	15. Muito	3
16. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	16. Sempre	4
17. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	17. Nunca	1
18. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	18. Pouco	2
19. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	19. Muito	3
20. Quando eu estiver sozinho em casa, eu vou verificar se as portas e as janelas estão fechadas.	20. Sempre	4

19

### PROBLEMAS ORTÓPICOS/ANATÓMICOS DE INFIRMADEZ CRÔNICA

Problema	Resposta	Nota
1. Problemas de equilíbrio	1. Nunca	1
2. Problemas de equilíbrio	2. Pouco	2
3. Problemas de equilíbrio	3. Muito	3
4. Problemas de equilíbrio	4. Sempre	4
5. Problemas de equilíbrio	5. Nunca	1
6. Problemas de equilíbrio	6. Pouco	2
7. Problemas de equilíbrio	7. Muito	3
8. Problemas de equilíbrio	8. Sempre	4
9. Problemas de equilíbrio	9. Nunca	1
10. Problemas de equilíbrio	10. Pouco	2
11. Problemas de equilíbrio	11. Muito	3
12. Problemas de equilíbrio	12. Sempre	4
13. Problemas de equilíbrio	13. Nunca	1
14. Problemas de equilíbrio	14. Pouco	2
15. Problemas de equilíbrio	15. Muito	3
16. Problemas de equilíbrio	16. Sempre	4

20

- ### METODO DE HANLON
- Verificação de risco através de perguntas a nível do quotidiano:
1. Problemas de equilíbrio e postura
  2. Problemas de equilíbrio
  3. História de quedas
  4. Capacidade de mobilidade
- 0-3 = Risco

21

### PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS

Problema	Resposta	Nota
1. Problemas de equilíbrio	1. Nunca	1
2. Problemas de equilíbrio	2. Pouco	2
3. Problemas de equilíbrio	3. Muito	3
4. Problemas de equilíbrio	4. Sempre	4
5. Problemas de equilíbrio	5. Nunca	1
6. Problemas de equilíbrio	6. Pouco	2
7. Problemas de equilíbrio	7. Muito	3
8. Problemas de equilíbrio	8. Sempre	4
9. Problemas de equilíbrio	9. Nunca	1
10. Problemas de equilíbrio	10. Pouco	2
11. Problemas de equilíbrio	11. Muito	3
12. Problemas de equilíbrio	12. Sempre	4
13. Problemas de equilíbrio	13. Nunca	1
14. Problemas de equilíbrio	14. Pouco	2
15. Problemas de equilíbrio	15. Muito	3
16. Problemas de equilíbrio	16. Sempre	4

22

- ### PREVENÇÃO PROBLEMAS/DESEQUILÍBRIOS/QUEDAS/IMPEDIMENTOS
- #### METODO HANLON
1. Problemas de equilíbrio - 17 pontos
  2. História de quedas - 17 pontos
  3. Problemas de equilíbrio - 17 pontos
  4. História de quedas - 17 pontos
  5. Problemas de equilíbrio - 17 pontos
  6. História de quedas - 17 pontos

23

### AVALIÇÃO DO RISCO DE QUEDAS/QUEDA - ESCALA DE MORG

Item	Resposta	Nota
1. Problemas de equilíbrio	1. Nunca	1
2. Problemas de equilíbrio	2. Pouco	2
3. Problemas de equilíbrio	3. Muito	3
4. Problemas de equilíbrio	4. Sempre	4
5. Problemas de equilíbrio	5. Nunca	1
6. Problemas de equilíbrio	6. Pouco	2
7. Problemas de equilíbrio	7. Muito	3
8. Problemas de equilíbrio	8. Sempre	4
9. Problemas de equilíbrio	9. Nunca	1
10. Problemas de equilíbrio	10. Pouco	2
11. Problemas de equilíbrio	11. Muito	3
12. Problemas de equilíbrio	12. Sempre	4
13. Problemas de equilíbrio	13. Nunca	1
14. Problemas de equilíbrio	14. Pouco	2
15. Problemas de equilíbrio	15. Muito	3
16. Problemas de equilíbrio	16. Sempre	4

### PROBLEMAS DE SAÚDE

Item	Resposta	Nota
1. Problemas de saúde	1. Nunca	1
2. Problemas de saúde	2. Pouco	2
3. Problemas de saúde	3. Muito	3
4. Problemas de saúde	4. Sempre	4
5. Problemas de saúde	5. Nunca	1
6. Problemas de saúde	6. Pouco	2
7. Problemas de saúde	7. Muito	3
8. Problemas de saúde	8. Sempre	4
9. Problemas de saúde	9. Nunca	1
10. Problemas de saúde	10. Pouco	2
11. Problemas de saúde	11. Muito	3
12. Problemas de saúde	12. Sempre	4
13. Problemas de saúde	13. Nunca	1
14. Problemas de saúde	14. Pouco	2
15. Problemas de saúde	15. Muito	3
16. Problemas de saúde	16. Sempre	4

13



14

### FACTORS APTENING

Item	Resposta	Nota
1. Problemas de equilíbrio	1. Nunca	1
2. Problemas de equilíbrio	2. Pouco	2
3. Problemas de equilíbrio	3. Muito	3
4. Problemas de equilíbrio	4. Sempre	4
5. Problemas de equilíbrio	5. Nunca	1
6. Problemas de equilíbrio	6. Pouco	2
7. Problemas de equilíbrio	7. Muito	3
8. Problemas de equilíbrio	8. Sempre	4
9. Problemas de equilíbrio	9. Nunca	1
10. Problemas de equilíbrio	10. Pouco	2
11. Problemas de equilíbrio	11. Muito	3
12. Problemas de equilíbrio	12. Sempre	4
13. Problemas de equilíbrio	13. Nunca	1
14. Problemas de equilíbrio	14. Pouco	2
15. Problemas de equilíbrio	15. Muito	3
16. Problemas de equilíbrio	16. Sempre	4

15

### HISTÓRIA DE QUEDA

Item	Resposta	Nota
1. História de quedas	1. Nunca	1
2. História de quedas	2. Pouco	2
3. História de quedas	3. Muito	3
4. História de quedas	4. Sempre	4
5. História de quedas	5. Nunca	1
6. História de quedas	6. Pouco	2
7. História de quedas	7. Muito	3
8. História de quedas	8. Sempre	4
9. História de quedas	9. Nunca	1
10. História de quedas	10. Pouco	2
11. História de quedas	11. Muito	3
12. História de quedas	12. Sempre	4
13. História de quedas	13. Nunca	1
14. História de quedas	14. Pouco	2
15. História de quedas	15. Muito	3
16. História de quedas	16. Sempre	4

16



17



18



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36

**Apêndice XXIV - Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* da  
Ação formação às cuidadoras formais do Centro Social**

## Sessão Educação Saúde

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Potencial para melhorar o conhecimento Comunicação comprometida Precaução de Segurança comprometida
<b>Tema</b>	Prevenção quedas nos idosos – capacitar para não acontecer
<b>Local</b>	Centro social
<b>Data e hora</b>	Janeiro 2020
<b>Duração</b>	30 Minutos
<b>Formador</b>	Enf <sup>a</sup> Paula Vaz
<b>População alvo</b>	8 Cuidadoras formais apoio domiciliário e Centro Social e Paroquial
<b>Objetivo geral</b>	Capacitar as cuidadoras formais do apoio domiciliário para a prevenção das quedas nos idosos
<b>Objetivos específicos</b>	Alertar para a importância da prevenção quedas nos idosos Aumentar os conhecimentos das cuidadoras para os principais fatores risco de quedas nos idosos Aumentar conhecimentos sobre as principais consequências quedas nos idosos Identificar a importância de comunicar uma queda Identificar formas de prevenir quedas nos idosos Reconhecer o que fazer perante uma queda

## Planeamento da formação em serviço às cuidadoras formais

ETAPAS	CONTEUDO	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação do formador e do tema	Expositiva	Computador e retroprojektor	3 Minutos	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de queda</li> <li>- Apresentação de alguns dados estatísticos</li> <li>- Por que razão cai o idoso</li> <li>- Principais fatores de risco das quedas no idoso</li> <li>- Principais consequências das quedas no idoso</li> <li>- Importância de comunicar história da queda</li> <li>- Como prevenir quedas nos idosos</li> <li>- O que fazer em caso de queda</li> </ul>	Expositiva/Participativa	Computador e retroprojektor	15 Minutos	% Cuidadoras formais participantes na SES  % De respostas corretas ao questionário de avaliação da SES
<b>CONCLUSÃO</b>		Expositiva	Computador e retroprojektor	7 Minutos	

## Indicadores de avaliação atividades

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa cuidadoras participantes na FS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ cuidadores participantes FS}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores centro social}} \times 100$	55%		
Taxa cuidadoras avalie positivamente a FS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ cuidadores que avaliam positivamente FS}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores avaliaram FS}} \times 100$	60%		
Taxa cuidadoras respondem corretamente questionário de avaliação dos conhecimentos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ cuidadores respondem corretamente as perguntas de avaliação dos conhecimentos}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores que responderam questionário avaliação de conhecimento}} \times 100$	50%		

### Avaliação da FS Cuidadoras formais

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde sobre Quedas que assistiu

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?			
2 – A sessão teve a duração adequada?			
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?			
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas nos idosos?			

### Questionário de avaliação global da FS às cuidadoras formais

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O idoso cai porque quer?			
2 – O calçado desadequado, chão escorregadio e objetos desarrumados no chão, são fatores de risco à queda no idoso?			
3 – Feridas e fraturas são umas das complicações das quedas no idoso?			
4 – Não devemos informar o colega ou família se o idoso cai?			
5– Se o idoso está confuso após uma queda deve ser observada por um profissional de saúde?			

## Quedas nos idosos

Projeto de Intervenção comunitária  
Atividade de prevenção em idosos: respeito para nós mesmos  
Auto: Fátima Almeida - 1078100000 - Universidade Nova de Lisboa

1

### Síntese

- Definição de queda
- Apresentação de alguns fatores envolvidos
- Prevenção em idosos
- Medidas de apoio de terceiros
- Medidas de prevenção em situações de risco
- Importância do conhecimento teórico, do prático
- Como prevenir quedas em idosos
- O que fazer em caso de queda



2

### Quedas nos idosos

• O que é uma queda?

É um evento que dá origem a lesões físicas, emocionais, psicológicas e sociais, no idoso, no qual o eixo vertical inferior perde o equilíbrio (JOMAS, 2007).



3

### Alguns dados estatísticos

**Características principais**

- Aumento do número de quedas com o envelhecimento da população
- Mais de 30% dos idosos sofrem quedas
- Mais de 1 milhão de quedas por ano em Portugal
- 1 em cada 10 idosos sofre quedas
- 1 em cada 10 idosos sofre quedas

4

### Principais consequências

- Físicas
- Deslocamentos médicos
- Perda de peso
- Dor
- Medo
- Medo cair
- Ansiedade de dependência



7

### História queda

- **Quando?** De manhã ao levantar a noite
- **Quando?** (Hora a hora)
- **Como?** Muitas causas, mas as mais comuns, ocorrem fora do estado de consciência
- **Porque?** O que estava a fazer antes de cair
- **Quanto?** Se sentir alguma coisa antes de cair: tonturas, pernas pesadas, visão turvada, etc.



8

### Como se podem prevenir as quedas

- Atividades cognitivas
- Equilíbrio e postura postural
- Exercício aeróbico moderado
- Remoção de barreiras (tapetes, degraus, etc.)
- Usar calçado e roupas adequadas
- Cuidar com a alimentação adequada
- Realizar a prática de exercícios físicos



9

### Como se podem prevenir as quedas

- Verifique se a sua bagagem, mochilas ou malas não se encontram em locais de difícil acesso
- Coloque em alguns pontos de risco um sinal de fácil acesso
- Coloque barreiras físicas, quando necessário
- Sinalize os pontos de risco



10

### Importante


Consultar a comunidade de uma queda e reportar-la



11

### O que fazer em caso de queda?


- Procurar primeiro o que aconteceu
- Verificar se o idoso está consciente (abrir os olhos, pedir-lhe que responda a perguntas ou que se mexa)
- Se sentir sinais físicos de alguma parte do corpo, suspender de imediato a atividade, não mobilizar
- Contactar o 112
- Se possível, manter o idoso quieto



12

○ que fazer em caso de queda?


- **Se não há feridas:**
  - Limpar a pele com água morna e sabão
  - Desinfetar com álcool 70%
  - Se não for ferir, lavar com água corrente
  - Se ferir, lavar com água corrente e cobrir com um pano limpo
  - Realizar o curativo de acordo com orientação



13

○ que fazer em caso de queda?

- **Se o aluno bater com a cabeça...**
  - Verificar se está consciente, respirando, se movendo com dificuldade
  - Se sim, hospital para ser observado e outras medidas mais profiláticas



14



OBRIGADA!!

15

**Apêndice XXV – Planejamento e Apresentação em *PowerPoint* das  
SEI**

## Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* das SEI

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Potencial para melhorar o conhecimento Comunicação comprometida Precaução de Segurança comprometida
<b>Tema</b>	Prevenção Quedas nos idosos – Capacitar para não acontecer
<b>Local</b>	Domicílio do idoso
<b>Data e hora</b>	outubro a novembro 2019
<b>Duração</b>	30 Minutos
<b>Formador</b>	Enfª Paula Vaz
<b>População alvo</b>	Idosos e familiares
<b>Objetivo geral</b>	Capacitar os idosos para a prevenção das quedas
<b>Objetivos específicos Sessão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alertar para comportamentos que favorecem as quedas</li><li>• Elucidar para as consequências de uma queda</li><li>• Divulgar a importância de comunicar a história da queda.</li><li>• Explicar as medidas preventivas das quedas</li><li>• Estimular para necessidade de se falar sobre as quedas sofridas a um familiar, amigo ou profissional de saúde</li></ul>

## Planeamento e Apresentação em *PowerPoint* das SEI

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>DURAÇÃO</b>
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador e do tema	Expositiva	Computador	3 Minutos
DESENVOLVIMENTO	Pertinência do tema Definição queda Alguns dados estatísticos Fatores de risco quedas Consequências de uma queda História de queda Dicas para prevenir quedas Importância de falar sobre quedas	Expositiva/Participativa	Computador	15 Minutos
CONCLUSÃO	Resumo do tema	Expositiva/ Participativa	Folhetos: “Como prevenir quedas”; “Se cair”; Manual de Prevenção quedas no idoso”	12 Minutos

## Indicadores de avaliação SEI

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa idosos participantes na AES	$N^{\circ}$ idosos participantes AES / $n^{\circ}$ idosos do projeto x100	55%		
Taxa idosos avalie positivamente a AES=	$N^{\circ}$ idosos que avaliam positivamente AES / $n^{\circ}$ idosos avaliaram AES x100	60%		
Taxa conhecimentos idosos sobre quedas	$N^{\circ}$ idosos respondem corretamente questionário avaliação / $n^{\circ}$ idosos projetox100	50%		

## Avaliação da Ação educação saúde

Gostaria de saber a sua opinião sobre a Ação de Educação para a Saúde sobre Quedas que assistiu

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?			
2 – A sessão teve a duração adequada?			
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?			
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas no seu dia a dia?			

## Questionário de avaliação conhecimento sobre prevenção quedas nos idosos

Perguntas	Sim	Não	Não Sei
1 – As quedas acontecem com maior frequência em casa			
2 – Existem medicamentos que aumentam o risco queda?			
3 – Os tapetes precisam estar fixos ao chão?			
4-Objetos espalhados pela casa aumentam o risco de cair?			
5-Devemos substituir as peças de borracha de uma canadiana ou bengala quando estas estiverem gastas?			
6-Se cairmos devemos guardar segredo?			

**PREVENÇÃO DAS QUEDAS NOS IDOSOS:  
CAPACITAR PARA NÃO ACONTECER**

Plano Nacional de Segurança da Pessoa Idosa - 2016-2020

1

**QUEDAS NOS IDOSOS**

2

**O QUE É UMA QUEDA?**

3

**ONDE SÃO AS QUEDAS NOS IDOSOS MAIS FREQUENTES?**

4

**FATORES RISCO PRÓPRIOS DE CADA IDOSO**

- IDADE.
- SEXO.
- DOENÇAS CRÔNICAS.
- MEDICAÇÃO QUE TOMA.
- CONDIÇÃO FÍSICA.

5

**FATORES RISCO EXTERIORES AO IDOSO**

- ILUMINAÇÃO.
- QUADEIRÃO.
- CALÇADO.
- ESCADARIA.
- MOBILIÁRIO.

6

**FATORES RISCO EXTERIORES AO IDOSO**

SAFES DE SÓCULOS, MOBILIÁRIO INSTÁVEL, PISOS LIZOS E OBJETOS ESPALHADOS NO CHÃO.

ESCADARIA, BANHEIRO E W.C. INADEQUADOS.

7

**CONSEQUÊNCIAS DE UMA QUEDA**

- FRAATURAS.
- HEMATOMAS E/OU LACERAÇÕES.
- FRAQUELAZAMENTO.
- DOR.
- INCONTINÊNCIA.
- PERDA DE AUTONOMIA.

8

**HEI ÓRA DE QUEDA**

- ONDE A QUEDA ACONTECEU?
- QUANDO FORA O LOCAL?

9

**HISTÓRIA DE QUEDA**

- QUANTAS VEZES O IDOSO CAIU ANTES DE SER ATENDIDO?
- COMO SE SENTIU APÓS A QUEDA?
- COMO SE SENTIU ANTES DE SER ATENDIDO?
- COMO SE SENTIU APÓS SER ATENDIDO?

10

**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

- FAZER EXERCÍCIOS DE FORÇA E EQUILÍBRIO.
- TOMAR MEDICAMENTOS DE ACORDO COM O MÉDICO.
- EVITAR O USO DE ESCADARIA.
- EVITAR O USO DE CALÇADOS INADEQUADOS.

11

**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

- SUBIR E BAIXAR COM CUIDADO.
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO.
- EVITAR LOCALS COM PISOS ESCORREGADIÇOS.
- COLOCAR BARRAS DE APOIO EM BANHEIRO E W.C.

12



**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

- FAÇA O CONTATO COM A VIGILÂNCIA DO MUNICÍPIO SAÚDE
- VERIFIQUE SE A SUA BENGALA, ANDADOR OU CAMINHADA TEM AS BOMBAZINHAS EM BOMAS CONDIÇÕES
- CUIDE SE TIVER PÉ DE LISO OU PÉ COM DOENÇA DE PÉ (DIABETES)

13



**IMPORTANTE**

ALAR SEMPRE A QUEDA COMO UM SINAL DE ALERTA E BUSQUE AJUDA IMEDIATA DO MÉDICO OU FARMÁCIA

14



**EM CASO DE DÚVIDAS ...**

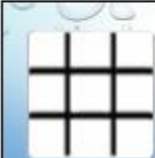
PERGUNTE SEMPRE AO SEU ENFERMEIRO OU MÉDICO DE FAMÍLIA

15



**TODOS JUNTOS FAZEMOS A DIFERENÇA NA PREVENÇÃO DAS QUEDAS NOS IDOSOS**

16



**JOGO DO GALO**

**JOGO GALO**



**PERGUNTAS**

1. AS QUEDAS ACONTECEM COM MAIOR FREQUÊNCIA EM CASA?
2. DEVEMOS MEDICAMENTOS, OU ALIMENTOS, O PREÇO QUANDO?
3. OS NÓDOS PRECISAM ESTAR BOMAS AS CALÇAS?
4. OBJETOS ESPALHADOS PELA CASA AUMENTAM O RISCO DE QUEDA?
5. DEVEMOS SUBIR EM AS PEÇAS DE SOPRACHA DE UMA CANADIANA OU BENGALA QUANDO NÃO HÁ ENFERMEIRO?
6. SE CARMES, DEVEMOS GUARDAR SEMPRE?

19

**Apêndice XXVI – Planejamento e Apresentação em *PowerPoint* da  
SES idosos centro social e centro de dia**

## Sessão Educação Saúde

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Potencial para melhorar o conhecimento Comunicação comprometida Precaução de Segurança comprometida
<b>Tema</b>	Prevenção Quedas nos idosos – Capacitar para não acontecer
<b>Local</b>	Centro social e centro dia
<b>Data e hora</b>	13-01-2020 - 15h 20-01-2020 -15h
<b>Duração</b>	30 Minutos
<b>Formador</b>	Enfª Paula Vaz
<b>População alvo</b>	50 Idosos do centro social e paroquial 35 Idosos do centro de dia da junta freguesia
<b>Objetivo geral</b>	Capacitar os utentes do centro de dia para a prevenção das quedas
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar conhecimentos sobre fatores risco quedas nos idosos</li><li>• Alertar para comportamentos que favorecem as quedas</li><li>• Explicar as consequências de uma queda</li><li>• Divulgar a importância de comunicar a história da queda</li><li>• Estimular para necessidade de se falar sobre as quedas sofridas a um familiar, amigo ou profissional de saúde.</li></ul>

### Planeamento da sessão educação saúde

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>DURAÇÃO</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador e do tema	Expositiva	Computador e retroprojektor	3 Minutos	
DESENVOLVIMENTO	Pertinência do tema Definição queda Alguns dados estatísticos Fatores de risco quedas Consequências de uma queda História de queda Dicas prevenir quedas Importância de falar sobre quedas	Expositiva/Participativa	Computador e retroprojektor	15 Minutos	% Participantes Na SES  % Respostas corretas no questionário (jogo galo)
CONCLUSÃO	Resumo do tema Pensamento	Expositiva	Computador e retroprojektor	5 Minutos	

## Indicadores de avaliação atividades

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa idosos participantes na SES	$N^{\circ}$ idosos participantes SES / $n^{\circ}$ total de idosos do centro dia ou centro social x100	55%		
Taxa idosos avalie positivamente a SES=	$N^{\circ}$ idosos que avaliam positivamente SES / $n^{\circ}$ idosos avaliaram SES x100	60%		
Taxa idosos que adquira conhecimentos	$N^{\circ}$ idosos resposta corretamente questionário / $n^{\circ}$ total de idosos	50%		

## Avaliação da Sessão Educação Saúde

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde sobre Quedas que assistiu

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?			
2 – A sessão teve a duração adequada?			
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?			
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas no seu dia a dia?			

## Questionário de avaliação conhecimento sobre prevenção quedas nos idosos

Perguntas	Sim	Não	Não Sei
As quedas acontecem com maior frequência em casa?			
Existem medicamentos que aumentam o risco queda?			
Os tapetes precisam estar fixos ao chão?			
Objetos espalhados no chão da casa provocam quedas			
Devemos substituir as peças de borracha de uma canadiana ou bengala quando estas estiverem gastas?			
Se cairmos devemos guardar segredo?			



1



2



3



4



5



6

**CONSEQUÊNCIAS DE UMA QUEDA**

- FRAATURAS
- TRAUMATISMO CEREBRAL
- FRAATURAS DE COTOVELO
- LESÃO
- MORTO
- LESÃO DE CÉLULAS DA MEMÓRIA
- LESÃO DE CÉLULAS DA MEMÓRIA

7

**HISTÓRIA DE QUEDA**

- ONDA A QUEDA ACCIDENTE
- QUANDO VIRA E LOCAL

8

**HISTÓRIA DE QUEDA**

- SINTOMAS QUE SE DESENVOLVEM ANTES DE UMA QUEDA
- SINTOMAS QUE SE DESENVOLVEM APÓS UMA QUEDA
- SINTOMAS QUE SE DESENVOLVEM APÓS UMA QUEDA

9

**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

**Genéricas**

- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO

10

**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

- EVITAR OBJETOS DO CHÃO (PIS, BARRILHOS, TAPetes, CAXIAS, ...)
- USAR CALÇADO ADEQUADO
- CUIDAR DE OBJETOS DE USO QUANDO FOR LOCAL DE RISCO

11

**DICAS PARA PREVENIR AS QUEDAS**

- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO
- FAZER EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO

12



13



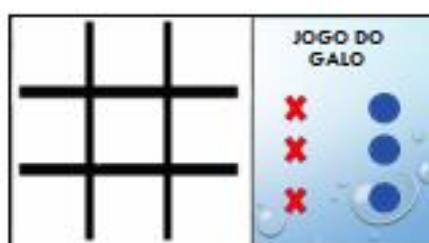
14



15



16



17



18

**Apêndice XXVII – Cartaz sobre fatores risco quedas nos idosos:  
“Prevenção das quedas nos idosos: capacitar para não acontecer”**

## Tapetes soltos



## Sedentarismo



## Chão escorregadio



## Móveis Instáveis



## Bengalas e canadianas com borrachas



## Iluminação insuficiente



## Calçado e roupa inadequada



As quedas são o acidente mais frequente nos idosos. Conhecer as suas principais causas, é o primeiro passo para que as possamos prevenir.

## Objetos soltos no chão (revistas, fios elétricos,...)



## Uso incorreto de medicamentos



## Problemas de visão



**Apêndice XXVIII – Cartaz sobre medidas preventivas quedas nos idosos: “Seis dicas para não acontecer”**

## Seis dicas para as evitar

**1** – Utilize roupa e calçado adequado



**2** – Pratique exercício físico



**3** – Evite ter objetos espalhados pelo chão (fios elétricos, roupa, calçado, ...)



**5** – Segure-se sempre ao corrimão quando subir e descer escadas



**4** – Evite o chão molhado ou escorregadio



**6** – Fixe os tapetes ao chão ou remova-os



Realizado por:

Paula Vaz, EnF<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> Mestrado de Enfermagem Comunitária,  
ESEL  
Fernanda Carneiro, EnF<sup>o</sup> Especialista, USF Tejo

**Apêndice XXIX – Artigo para jornal da junta de freguesia**

## **A USF na Prevenção Quedas dos Idosos**

A freguesia de Moscavide e Portela é uma das freguesias mais envelhecidas do concelho de Loures, apresentando um índice de envelhecimento de 249,7% (INE, 2011).

Envelhecer faz parte do ciclo de vida do ser humano, sendo a perda de capacidades, habilidades e equilíbrio uma realidade no idoso.

As quedas na população idosa são o principal acidente nesta faixa etária, sendo consideradas um enorme problema de saúde pública. Provocam fraturas, feridas, traumatismos cranianos e algumas vezes até a morte.

A dor, o medo de voltar a cair, a solidão, o aumento da dependência do próprio idoso, são das complicações mais frequentes. Esconder da família, dos profissionais de saúde, vizinhos ou cuidadores uma situação de queda é frequente.

Mas, não nos podemos esquecer das mudanças que tal acidente provoca na dinâmica familiar. Um idoso mais frágil e dependente cria a necessidade de acompanhamento nas deslocações a consultas, tratamentos, fisioterapia e nas atividades de vida diária deveras difícil no dia a dia tão atribulado das famílias.

Estudos referem que 30% dos idosos independentes na comunidade caem pelo menos uma vez por ano, principalmente em casa, local onde se sentem mais seguros.

As quedas podem estar relacionadas com fatores inerentes ao próprio indivíduo como o aumento da idade, o sexo (a mulher cai mais que o homem), existência de várias doenças crónicas (hipertensão, problemas visuais e cardíacos) e a consequente toma de várias medicações.

Associando ao consumo de álcool, canadianas e bengalas com borrachas desgastadas, calçado muitas vezes inapropriado e a não prática de exercício físico são fatores que aumentam exponencialmente o risco do idoso em cair.

Se juntarmos fatores no domicílio do idoso, como: a existência de tapetes não fixos ao chão, móveis instáveis, fios elétricos espalhados, luz insuficiente e chão escorregadio aumenta exponencialmente o risco de queda dos idosos, levando-o a recorrer aos serviços de saúde.

Aos serviços de saúde comunitários, carece a implementação de uma política de prevenção de quedas na população idosa, onde os enfermeiros na relação de proximidade com os seus utentes e famílias devem identificar precocemente os riscos que levam o idoso a cair.

A Unidade de Saúde Familiar Tejo possuindo uma política de qualidade e segurança elevada, criou um projeto que visa prevenir as quedas dos idosos, através da sua capacitação.

Deste modo pretende auxiliar o idoso, suas famílias e outros cuidadores a tomar as melhores decisões que permitam alterar comportamentos e mudanças no ambiente doméstico, prevenindo as quedas nesta faixa etária.

Por isso não se admire quando a sua equipa de saúde lhe fizer perguntas como por exemplo: já caiu este ano? onde? quando? quantas vezes? precisou de cuidados médicos ou de enfermagem?

Deste modo vamos conseguir perceber qual o seu risco de queda, registá-lo no seu processo clínico para uma continuidade de cuidados.

Junto do seu enfermeiro ou médico de família poderá solicitar orientações, participar nas várias sessões de educação para a saúde individuais ou em grupo realizadas sobre esta temática na sua USF Tejo, Centros de Dia e Junta de Freguesia.

Em simultâneo deverá manter-se ativo realizando as várias atividades de exercício físico programado divulgadas pela freguesia.

Em conjunto com a sua equipa de saúde, o idoso, família e outros cuidadores vamos lutar contra esta flagelo que são os acidentes por quedas na população idosa. .

## Bibliografia

Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R. & Dias, C. M. (2017). Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA 2013-2015 (18ª ed.). n.d.: Boletim Epidemiológico Observações. Acedido em: 15-03-2019. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_N18\\_2017\\_artigo10.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2017). Tropeções, quedas e trambolhões. Acedido em 15-03-2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoesquedas-e-trambolhoes/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Acedido em 01-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../planonacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.as>.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção de acidentes, Projeto: com mais cuidado. Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas. Acedido em 01-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>,

Direção-Geral da Saúde. (2015). Quedas. Acedido em: 10-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (s.d.). Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. Acedido em 10-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.as>

Instituto Nacional de Estatística I.P. (2012). CENSOS 2011 Resultados definitivos Portugal. Acedido em 26-02-2019. Disponível em: [https://censos.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=148313382...](https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382...)

National Center for Injury Prevention and Control. (2015). Prevent Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults (2ª ed.). Atlanta: GA: Centers for Disease Control and Prevention. Acedido em: 14-03-2019. Disponível em: [http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC\\_Guide-a.pdf](http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC_Guide-a.pdf)

NICE. (2016). Falls in older people: assessing risk and prevention. NICE Clinical guidelines. Acedido a 06-03-2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-peopleassessing->

risk-and-prevention-35109686728645 Rubenstein, L. Z. (s.d.). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age. Acedido em 10-03-2019. Disponivel em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926202>

World Health Organization. (2007). WHO global report on falls prevention in older age. France: WHO. Acedido em 15-03-2019. Disponivel em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHoGlobal-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>

**Apêndice XXX – *Power Point* sobre quedas nos idosos para  
divulgação na sala espera da unidade**

USF  
1910

**PREVENÇÃO DAS QUEDAS NOS IDOSOS:  
CAPACITAR PARA NÃO ACONTECER!**

1

**QUEDAS NOS IDOSOS**

2

**O QUE É UMA QUEDA?**

3

**UMA QUEDA É DEFINIDA PELA OMS COMO SENDO:**

• UM EVENTO QUE PODE COZIR COM UMA PERDA DE EQUILÍBRIO INAPROPRIADA, NO SÓCO, NO CHÃO OU EM OUTRO SÓCO, QUE LEVE A QUESA EM CUA SARCIBOVA.  
(OMS, 2007)

4

**ALGUNS DADOS ESTADÍSTICOS SOBRE QUEDAS NOS IDOSOS**

- 10% DA POPULAÇÃO TEM ALGUM TIPO DE QUEDA ANUAL.
- 10% DA POPULAÇÃO TEM ALGUM TIPO DE QUEDA ANUAL.
- 10% DA POPULAÇÃO TEM ALGUM TIPO DE QUEDA ANUAL.
- 10% DA POPULAÇÃO TEM ALGUM TIPO DE QUEDA ANUAL.

5

**ONDE SÃO AS QUEDAS NOS IDOSOS MAIS FREQUENTES?**

6

**ONDE SÃO AS QUEDAS NOS IDOSOS MAIS FREQUENTES?**

• 10% DA POPULAÇÃO TEM ALGUM TIPO DE QUEDA ANUAL.

7

**FATORES RISCO PRÓPRIOS DE CADA IDOSO**

- IDADE.
- SEXO.
- DOENÇAS CRÔNICAS.
- MEDICAÇÃO QUE TOMA.
- CONDIÇÃO FÍSICA.

8

**FATORES RISCO EXTERIORES AO IDOSO**

- ILUMINAÇÃO.
- OBJETOS NO CHÃO.
- ESCADARIA.
- BANHEIRO.
- COZINHA.
- QUARTO.
- LAVATÓRIO.
- BANHEIRO.

9

**FATORES RISCO EXTERIORES AO IDOSO**

- ESPERANÇA DE VIDA.
- NÍVEL DE ATIVIDADE.
- NÍVEL DE INTELIGÊNCIA.
- NÍVEL DE EDUCAÇÃO.
- NÍVEL DE RENDA.
- NÍVEL DE SAÚDE.
- NÍVEL DE SOCIALIZAÇÃO.
- NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

10

**CONSEQUÊNCIAS DE UMA QUEDA**

- FÍSICAS.
- PSICOLÓGICAS.
- SOCIAIS.
- ECONÔMICAS.
- LEGAIS.
- MÓRTE.
- INCAPACIDADE.
- DEPENDÊNCIA.

11

**HISTÓRIA DE QUEDA**

- ONDE A QUEDA ACONTECEU.
- QUANDO A QUEDA ACONTECEU.
- COMO A QUEDA ACONTECEU.
- O QUE A QUEDA ACONTECEU.
- O QUE A QUEDA ACONTECEU.
- O QUE A QUEDA ACONTECEU.
- O QUE A QUEDA ACONTECEU.
- O QUE A QUEDA ACONTECEU.

12



13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24



31



32



33



34



35



36



25



26



27



28



29



30



37



38



39



40



41



42

**Apêndice XXXI – Folheto “E se cair...”**

## Folheto “E se cair...”

### Se não se conseguir levantar:

- Tente chegar a um telefone
- Gritar por ajuda
- Fazer barulho para chamar a atenção
- Manter-se quente tapando-se com um casaco, manta ou tapete.

### Contatos úteis

Saúde 24  
808 24 24 24  
Linha urgência  
112  
Bombeiros Voluntários Moscavide e Portela  
21 945 8640  
Polícia  
21765 4242  
USF Tejo  
219449210  
Oficina do reformado (Junta Freguesia de Moscavide)  
219458670

### Realizado por:

Paula Vaz, Enfermeira, 10º Mestrado  
Enfermagem Comunitária, ESEL  
Fernanda Cameiro, Enfermeira  
Especialista, USF Tejo

### Caí ... E agora?



*Prevenção das quedas em idosos:  
capacitar para não acontecer*

### Como se pode levantar depois de cair



- Rodar de forma a ficar de barriga para baixo:
- Tentar dobrar-se sobre o estômago e colocar de gatas com as mãos assentes no chão
- Gatinhar até uma peça de mobília estável
- Colocar as mãos na mobília, pôr um dos pés à frente, bem assente no chão e fazer um esforço para se levantar
- Se possível sentar-se nessa ou noutra peça de mobília para descansar e depois conseguir pedir ajuda ou voltar a andar

**Apêndice XXXII – Manual sobre prevenção quedas para idosos e cuidadores: “Manual do idoso, familiar e cuidador para prevenção de quedas”**

## Projeto de intervenção comunitária

Prevenção de quedas nos idosos – Capacitar para não acontecer

### MANUAL DO IDOSO, FAMILIAR E CUIDADOR PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS



## **ÍNDICE**

1 - INTRODUÇÃO

2 - PORQUE CAI O IDOSO?

3 - COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS

4 – O QUE SE PODE FAZER PARA PREVENIR AS QUEDAS

5 – DICAS GERAIS PARA PREVENIR AS QUEDAS

6 - COMO TORNAR A CASA SEGURA

7 - O QUE DEVERÁ SER ENSINADO AO IDOSO?

8 – TELEFONES ÚTEIS

9 - CONCLUSÃO

10 – BIBLIOGRAFIA

## 1 - INTRODUÇÃO

As quedas são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) como um episódio em que uma pessoa repousa involuntariamente no solo, chão ou em outro nível inferior.

São o principal acidente doméstico que acontece aos idosos, necessitando muitas vezes de cuidados médicos e de enfermagem. Esta situação, altera o dia a dia não só da pessoa idosa que cai, provocando muitas vezes limitações da mesma, mas também altera a vida dos seus familiares, vizinhos, amigos e cuidadores.

O primeiro passo para prevenir as quedas é compreender as suas causas. As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustes na casa e no estilo de vida. Este manual tem por base as orientações e o manual do cuidador para a prevenção quedas no domicílio da Direção Geral de Saúde, pretendendo alertar, capacitar e auxiliar todos aqueles que rodeiam o idoso, de modo a adquirirem competências, arranjando estratégias para evitar as quedas nas suas habitações e consequentemente as suas complicações.

## 2 - PORQUE CAI O IDOSO?

A nível biológico, o envelhecimento provoca um declínio físico, o aparecimento de rugas, cabelos brancos, acentuada perda de massa muscular, assim como diminuição das acuidades visual e auditiva. A mobilidade e a linguagem alteram-se, surgem as perturbações do sono, a memória enfraquece e a capacidade de concentração, equilíbrio e reação diminui. A nível social, a pessoa passa para uma situação de inatividade laboral levando muitas das vezes ao isolamento. Ocorre também:

- ▶ Diminuição da visão;
- ▶ Diminuição do equilíbrio;
- ▶ Diminuição da força muscular;
- ▶ Dificuldades cognitivas e demência.
- ▶ Doenças (osteoporose, doença cardiovascular, depressão e doença pulmonar crónica);
- ▶ Uso de alguns medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial, psicotrópicos);
- ▶ Mobilidade reduzida: alteração da marcha e aquisição de uma postura inadequada;
- ▶ Negação da fragilidade;
- ▶ Ansiedade e depressão

### 3 - COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS

As quedas poderão provocar fraturas, traumatismos cranianos com perda ou não de consciência e/ou lesões musculares, provocando a diminuição da capacidade do idoso de se movimentar e realizar as suas atividades diárias.

A queda pode também causar efeitos psicológicos no idoso nomeadamente alterações da autoimagem, da autoconfiança, medo, vergonha e depressão.

Para o cuidador a queda provoca muitas vezes a necessidade de reajuste da dinâmica familiar, encargos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste.

### 4 – O QUE SE PODE FAZER PARA PREVENIR AS QUEDAS

Em primeiro lugar deve-se fazer uma avaliação o mais completo possível dos riscos que existam no domicílio onde o idoso se encontra.

Em casa verifique o ambiente:

<b>INTERIOR DA CASA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A iluminação é suficiente?</li><li>▪ Os interruptores estão acessíveis?</li><li>▪ As luzes de presença noturna são suficientes?</li><li>▪ Os tapetes encontram-se fixos ao chão, ou com antiderrapantes?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O chão encontra-se livre de objetos?</li></ul></li><li>▪ As cadeiras/sofás têm a altura adequada para permitirem uma transferência segura?</li><li>▪ As cadeiras têm braços de apoio?</li></ul>	<b>CASA DE BANHO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existem tapetes antiderrapantes na banheira e no polibã?</li><li>▪ Os tapetes estão em bom estado de conservação?</li><li>▪ Existem barras de apoio?</li><li>▪ Existe cadeira/banco no polibã?</li><li>▪ O chão é antiderrapante?</li></ul>
<b>ESCADAS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Têm iluminação adequada?</li><li>▪ Apresentam corrimão bilateral?</li><li>▪ O corrimão está bem firme?</li><li>▪ Os degraus estão em bom estado?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ As beiras dos degraus estão marcadas para permitir boa visibilidade?</li></ul></li><li>▪ Os degraus estão livres de tapetes?</li></ul>	<b>QUARTO/SALA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A altura da cama é adequada para transferências seguras?</li><li>▪ Os tapetes e carpetes são estão fixos?</li><li>▪ Existem luzes de presença noturna no trajeto quarto/casa de banho?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Os interruptores estão acessíveis?</li></ul></li></ul>

## 5 – DICAS GERAIS PARA PREVENIR AS QUEDAS

Existem medidas que ajudam a prevenir as quedas, como por exemplo:

- Realizar consultas médicas periódicas, para vigilância da saúde
- Realizar uma avaliação periódica da sua visão. Pode estar a usar óculos desadequados ou ter uma doença como glaucoma ou cataratas, que limitam a sua visão
  - Tomar corretamente a medicação. À medida que envelhecemos, a forma como os medicamentos atuam no nosso corpo pode alterar-se. Alguns medicamentos ou combinações de medicamentos podem fazer com que se sinta sonolento ou tonto aumentando o risco de cair. O enfermeiro de família pode auxiliar a gerir a sua medicação de acordo com indicação médica.
  - Manter-se ativo. A prática de exercício, além de fazer reforço muscular e melhorar o equilíbrio, também a ajuda a se sentir melhor e mais confiante.
  - Tornar a habitação mais segura

## 6 - COMO TORNAR A CASA SEGURA

Prevenir as quedas em **TODA A CASA** é fundamental:

- ▶ Mantenha uma boa iluminação em toda a casa e uma luz acesa na entrada principal,
  - ▶ As lâmpadas devem ser de fácil manutenção e substituição,
  - ▶ Nunca deixe fios elétricos e de telefone desprotegidos. Prenda-os à parede,
  - ▶ Evite tapetes soltos no chão. Se usar, fixe-os ao chão,
  - ▶ Pinte de cores diferentes ou faça marcas visíveis no primeiro e no último degrau das escadas. Elas devem ter degraus com piso antiderrapante. Colocar barras de apoio (corrimão),
    - ▶ Use sapatos com saltos largos e calcanhares reforçados, para evitar que o pé se movimente. Não use chinelos. Prefira os sapatos fechados. O calçado deve possuir sola antiderrapante.
    - ▶ Verificar se o chão está molhado ou escorregadio,
    - ▶ Não use camisolas e roupões compridos, para evitar tropeçar,
    - ▶ Ao dormir, deixe a luz do corredor acesa para auxiliar a visão, caso acorde no meio da noite,
    - ▶ Deixe o telefone num local de fácil acesso, se necessitar de pedir ajuda,
    - ▶ No quintal ou varandas deve evitar a acumulação de folhas e flores húmidas no chão

### **NO QUARTO:**

- ▶ Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas. Ao deitar-se, utilize sempre um travesseiro para apoiar a cabeça,
  - ▶ Use uma mesa-de-cabeceira, de preferência, com bordas arredondadas e procure fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite apoiar-se nela,

- ▶ Mantenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos,
- ▶ Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro,
- ▶ Evite prateleiras muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objeto e evitar quedas.

#### **NA CASA DE BANHO:**

- ▶ O piso da casa de banho deve ser antiderrapante,
- ▶ Evite prateleiras de vidro e superfícies cortantes, e é absolutamente proibido usar esquentador a gás dentro da casa de banho,
- ▶ Se necessitar utilize barras de apoio no polibã ou na banheira, nas paredes próximas da sanita,
- ▶ O espaço útil da casa de banho deve ser suficiente para duas pessoas. Nunca feche a porta da casa de banho à chave, para o caso de precisar de ajuda,
- ▶ Certifique-se de que os interruptores e as tomadas elétricas estão em áreas secas da casa de banho.

#### **NA COZINHA**

- ▶ Os armários não devem ficar em locais muito altos. Guarde os objetos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente, em locais de fácil acesso,
- ▶ Instale a botija de gás, sempre, fora da cozinha,
- ▶ Evite colocar peso nas portas do frigorífico e utilize as prateleiras que não exijam que baixe ou levante muito os seus braços,
- ▶ Os fornos elétricos e os micro-ondas devem ser instalados em local de fácil acesso. Lembre-se de desligar fornos, micro-ondas e ferros de passar roupa, após o uso.

#### **NA SALA**

- ▶ Procure utilizar cores claras nas paredes e aumentar a iluminação, tornando-a três vezes mais forte que o normal, para compensar dificuldades visuais. Uma boa regra é completar a iluminação com candeeiros de fácil manutenção,
- ▶ Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os atos de sentar e levantar,
- ▶ Evite esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio,
- ▶ Não use tapete em baixo da mesa da sala jantar e deixe um espaço à volta da mesa para a movimentação das pessoas,
- ▶ Prefira pisos antiderrapantes.

## 7 - O QUE DEVERÁ SER ENSINADO AO IDOSO?

O Idoso deverá ser ensinado a:

### A - Mudar de posição com movimentos lentos.

- Fazer o levante de forma progressiva.

1º. Levantar-se da cama devagar;

2º.. Colocar as pernas do lado de fora;

3º.. Aguardar nesta posição;

4º.. Com os pés no chão, calçados com sapatos adequados, levantar-se.



### B - Sentar-se para se vestir e calçar.



### C - Evitar inclinar-se para a frente para apanhar objetos do chão

Devendo utilizar ajudas técnicas para apanhar objetos.



### D - Evitar subir a bancos.

Tenha o que necessita nas prateleiras baixas.



### E - Observar o seu calçado e roupa:

Todos os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados e estar presos ao pé; Todos os sapatos devem apresentar solas antiderrapantes;

As peúgas com solas antiderrapantes, embora não seja o mais recomendado, são uma alternativa para os idosos que costumam andar em casa descalços;

As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece. Retire também os cintos dos roupões para que não tropece

### F - Verificar os auxiliares de marcha:

ANDARILHO ou CANADIANAS - O andarilho/canadiana deve ter a altura adaptada ao idoso. A parte superior deve estar alinhada com os trocânteres. Verificar as borrachas dos pés do andarilho e substituir caso se apresentem desgastadas.

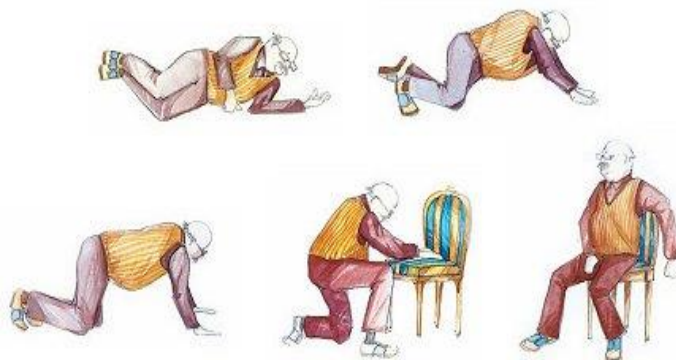
CADEIRAS DE RODAS - Verificar periodicamente se a cadeira de rodas mantém as condições de segurança: pneus e sistema de travagem. Trave sempre a cadeira de rodas e remova os descansos de pés antes das transferências



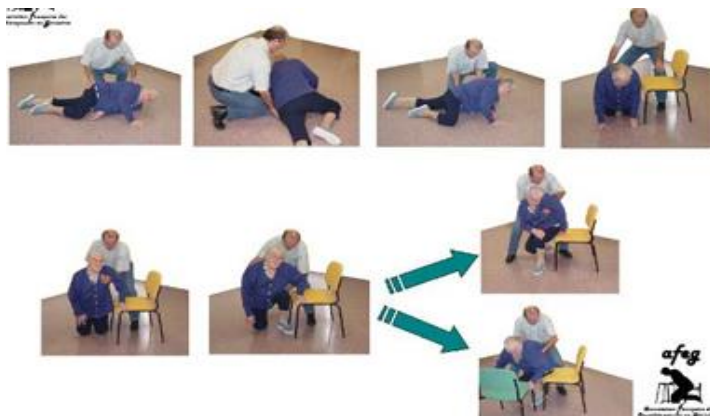
## **G - Como se deve levantar, depois de cair**

As quedas ocorrem quando menos esperamos. É necessário percebermos o melhor método para conseguirmos levantar o idoso após a queda, sem nos magoarmos mutuamente:

1. Mantenha-se calmo. Permaneça por um tempo imóvel no chão. Verifique se está ferido antes de se levantar;
- 2 Não tente levantar-se rápido. Tente deslizar ou arrastar-se ao longo do chão até um objeto seguro que se possa apoiar. Role ficando de barriga para baixo;
3. Apoie as mãos no chão e dobre os joelhos;
4. Fique na posição "de quatro";
5. Apoie-se firmemente na cadeira e impulsione para levantar-se colocando um dos pés do chão;
6. Levante-se tentando sentar-se.
7. Se você estiver frequentemente sozinho, tenha sempre um telefone portátil ou dispositivo de emergência consigo
8. Informe ao seu médico ou enfermeiro de família.
9. Se não conseguir levantar-se tente fazer barulho com algum objeto ou grite, para ser ouvido por alguém,
- 10 – Mantenha-se tapado com alguma roupa para tentar não arrefecer.



## H – Como podemos ajudar um idoso a levantar-se



- 1- Colocar o idoso de costas;
- 2- Ajuda-lo a ajoelhar-se;
- 3- Com o apoio cadeira ou degrau apoiar o braço do idoso;
- 4- Ajudá-lo a sentar-se.

## 8 – TELEFONES ÚTEIS

Saúde 24 – **808 24 24 24**

Número de Emergência - **112**

Bombeiros– [21 945 8640](tel:219458640)

Polícia - [21 765 4242](tel:217654242)

## 9 - CONCLUSÃO

As quedas nos idosos podem e devem de ser prevenidas fazendo pequenos ajustes no domicílio e no estilo de vida do idoso. Este manual pretende reunir de forma sucinta informação que permite capacitar tanto os idosos, como principalmente as suas famílias, vizinhos e ou cuidadores, para a problemática das quedas, o que normalmente as provoca, e o que podemos fazer para as evitar ou minimizar as suas complicações quando elas acontecem.

## 10 – BIBLIOGRAFIA

- Diogo, A. R., & Moura, M. (2017). *Prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Açores: Direção Regional de Solidariedade Social. Acedido: 15-06-2019. Disponível em: [https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh\\_ativo\\_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf](https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Acedido: 22-12-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Tropeções, quedas e Trambolhões*. Acedido: 10-12-2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes-quedas-e-trambolhoes/>
- Direção Geral da Saúde. (s.d.). *Programa Nacional para a saúde de Pessoas Idosas*. Acedido: 13-12-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas->
- Oshiro, S. (2013). Prevenção de quedas em idosos. Acedido: 15-11-2019. Disponível em: <http://consultoriodereabilitacao.blogspot.com/2013/04/prevencao-de-queda-em-idosos.html>
- Perracini, M., & Pires, R. (2017). *Queda em idosos: como saber se meu familiar idoso tem maior risco de cair?* Acedido: 12-12-2019. Disponível em: <https://www.plugandcare.com/queda-em-idosos-como-saber-se-meu-familiar-idoso-tem-maior-risco-de-cair/>
- World Health Organization. (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genebra: WHO. Acedido: 16-12-2019. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1)

**Apêndice XXXIII – *Flyer* “A sua casa é segura?”**

## Flyer “A sua casa é segura?”

### A SUA CASA É SEGURA?

As quedas são o principal acidente que acontece nos idosos. É no domicílio que ocorrem com mais frequência. A USF Tejo importa-se com este enorme problema de Saúde Pública. Em baixo encontra-se uma lista que vai ajudá-lo a avaliar, se na sua casa existem fatores de risco que favoreçam este tipo de acidente.

#### Lista de verificação ambiental

Coloque uma X em cada item que possui em sua casa, quantas mais cruces possuir, mais a sua casa o “protege” das quedas.

INTERIOR DA CASA	
A iluminação é suficiente?	<input type="checkbox"/>
Os interruptores estão acessíveis?	<input type="checkbox"/>
Existem luzes de presença noturna?	<input type="checkbox"/>
Os tapetes estão fixos ao chão?	<input type="checkbox"/>
O chão encontra-se livre de objetos?	<input type="checkbox"/>
As cadeiras/sofás têm a altura adequada para permitirem uma transferência segura?	<input type="checkbox"/>
As cadeiras têm braços de apoio?	<input type="checkbox"/>

QUARTO:	
A altura da cama é adequada para transferências seguras?	<input type="checkbox"/>
Os tapetes e carpetes são antiderrapantes?	<input type="checkbox"/>
Existem luzes de presença noturna no trajeto quarto/casa de banho?	<input type="checkbox"/>

CASA DE BANHO:	
Existem tapetes antiderrapantes na banheira e no poliban?	<input type="checkbox"/>
Os tapetes estão em bom estado de conservação?	<input type="checkbox"/>
Existem barras de apoio?	<input type="checkbox"/>
Existe cadeira/banço no poliban?	<input type="checkbox"/>
O chão é antiderrapante?	<input type="checkbox"/>

ESCADAS:	
Têm iluminação adequada?	<input type="checkbox"/>
Apresentam corrimão bilateral?	<input type="checkbox"/>
O corrimão está bem firme?	<input type="checkbox"/>
Os degraus estão em bom estado?	<input type="checkbox"/>
As beiras dos degraus estão marcadas para permitir boa visibilidade?	<input type="checkbox"/>
Os degraus estão livres de tapetes?	<input type="checkbox"/>

Fonte: <http://bit.ly/1n1kca> e <http://bit.ly/1n1kca> - postm para prevenir quedas de idosos em casa!



**Torne a sua casa segura!**

**Evite as quedas!**

Para algum esclarecimento,  
Informe-se junto do seu  
Enfermeiro de Família

**Apêndice XXXIV – Esquema de procedimentos em caso de queda  
na USF**

# Esquema de procedimentos em caso de queda na USF

## Protocolo Quedas USF

Este documento/protocolo foi realizado para servir de orientação aos profissionais da Unidade de saúde familiar dos procedimentos a ter em conta, caso ocorra um acidente por queda no edifício da respetiva unidade, tendo sido baseado na Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares da Direção Geral de Saúde

### 1 - Avaliação do estado saúde do utente

- ✓ Avaliação do estado de consciência;
- ✓ Avaliação dos parâmetros vitais (pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e dor, da saturação de oxigénio periférico e da glicémia capilar);
- ✓ Avaliação de danos associados à queda;
- ✓ No caso de suspeita de contusão cervical não mover a pessoa e imobilizar a coluna cervical;
- ✓ Verificação de terapêutica anticoagulante;
- ✓ Avaliar a necessidade de encaminhamento a serviço hospitalar
- ✓ Avaliar risco queda
- ✓ Registo e descrição de queda

### 2 - Notificação da queda

Notificação do incidente no sistema nacional de notificação de incidentes (Notifco@) e no sistema local de notificação adotado pela organização, com comunicação dessa notificação ao superior hierárquico a seguinte informação:

- Circunstâncias da queda (data e hora da queda, o que envolveu, espaço físico onde ocorreu, tipo de queda, estado físico e psíquico da pessoa no momento da queda);
- Referência se a queda foi presenciada por outra pessoa;
- Tipo e grau de dano (nenhum, ligeiro, moderado, grave, morte);
- A quem foi comunicada a queda;
- Intervenções efetuadas;
- Propostas de intervenção futura.

**Apêndice XXXV – Cronograma de *Gantt***

### Cronograma de Gantt

Atividades a desenvolver	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Formação aos profissionais médicos e de enfermagem da USF					
Formação às cuidadoras de um centro dia do concelho Loures					
SEI individual e personalizada e visitas de <i>follow up</i>					
SES centro social					
SES centro dia					
Realização de um poster sobre fatores de risco de quedas nos idosos					
Realização de um poster sobre medidas preventivas quedas nos idosos					
Realização artigo sobre quedas para jornal da junta freguesia					
Realização de um <i>Power Point</i> para ser transmitido na televisão da sala de espera da unidade					
Elaboração de um folheto “e se cair					
Realização de manual de prevenção de quedas para idosos e cuidadores familiares					
Realização de um <i>Flyer</i> com o tema “A sua casa é segura?”,					
Parceria com o projeto fisioterapia ACES					
Esquema de procedimentos de atuação dos profissionais de saúde em caso de queda utentes na USF					

**Apêndice XXXVI– Convite para os familiares das AES aos idosos**

## Convite para os familiares das AES aos idosos

# CONVITE

A Enfª Família do  
Senhor(a) \_\_\_\_\_,  
convida-o a estar presente numa  
Sessão Educação para a Saúde  
sobre “Prevenção quedas nos  
idosos” a realizar no dia  
\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, no  
domicílio do utente.

Qualquer esclarecimento pode contactar:

Enf.ª Paula Vaz

Tm.: 969345376



**Apêndice XXXVII – Esquema de visitas de *follow up* e contatos via  
telefone aos idosos do projeto**

## Esquema visitas de *follow up* e contatos via telefone aos idosos do projeto

Mês Atividades	outubro	novembro	dezembro	janeiro
1º Telefonema: Apresentação				
1ª VD: Entrega convite e marcação AES				
SEI				
Follow up: 1º telefonema 2º telefonema 2ª VD				
3ª VD: avaliação				

## **Apêndice XXXVIII – Avaliação das SEI idosos**

## Avaliação das SEI

### Avaliação da opinião e pertinência da SEI

<b>Perguntas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>
1 – O tema foi pertinente/interessante?	<b>23</b>		
2 – A sessão teve a duração adequada?	<b>21</b>		<b>2</b>
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?	<b>23</b>		
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas no seu dia a dia?	<b>23</b>		

### Avaliação conhecimento sobre prevenção quedas nos idosos

<b>Perguntas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>
1 – As quedas acontecem com maior frequência em casa	<b>23</b>		
2 – Existem medicamentos que aumentam o risco queda?	<b>19</b>		<b>4</b>
3 – Os tapetes precisam estar fixos ao chão?	<b>23</b>		
4- Objetos espalhados pelo chão da casa aumentam o risco de queda?	<b>23</b>		
5-Devemos substituir as peças de borracha de uma canadiana ou bengala quando estas estiverem gastas?	<b>23</b>		
6-Se cairmos devemos guardar segredo?		<b>22</b>	<b>1</b>

### Avaliação de indicadores SEI

<b>Indicador</b>	<b>Formula</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Dados</b>	<b>Atingido</b>
Taxa idosos participantes na SEI	$N^{\circ}$ idosos participantes SEI/ $n^{\circ}$ total idosos x100	55%	23/23x100	100%
Taxa idosos avalie positivamente a sessão	$N^{\circ}$ idosos que avaliam positivamente SES/ $n^{\circ}$ idosos avaliaram SEI X100	60%	21/23x100	91,3%
Taxa idoso adquiram conhecimentos	$N^{\circ}$ idosos respondem corretamente as perguntas de avaliação dos conhecimentos / $n^{\circ}$ idosos que responderam questionário avaliação de conhecimento x 100	50%	18/23x100	78,2%

**Apêndice XXXIX – Avaliação das SES idosos Centro de Dia e Centro Social**

## Avaliação das SES idosos Centro de Dia e Centro Social

### Centro de dia

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa idosos participantes na SES	$\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos participantes SES}}{\text{total de idosos do centro dia}} \times 100$	55%	18/30	60%
Taxa idosos avalie positivamente a SES	$\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos que avaliam positivamente SES}}{\text{n}^\circ \text{ idosos avaliaram SES}} \times 100$	60%	16/18	88,8%
Taxa idosos que adquire conhecimentos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ idosos resposta corretamente questionário}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos}}$	50%	15/18	83,3%

### Avaliação da Sessão Educação Saúde

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?	18		
2 – A sessão teve a duração adequada?	16		2
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?	18		
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas no seu dia a dia?	18		

### Questionário de avaliação conhecimento sobre prevenção quedas nos idosos

Perguntas	Sim	Não	Não Sei
As quedas acontecem com maior frequência em casa?	16		2
Existem medicamentos que aumentam o risco queda?	17	1	
Os tapetes precisam estar fixos ao chão?	18		
Objetos espalhados no chão da casa provocam quedas?	15		3
Devemos substituir as peças de borracha de uma canadiana ou bengala quando estas estiverem gastas?	17		1
Se cairmos devemos guardar segredo?	2	16	

## Centro Social

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa idosos participantes na SES	$\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos participantes SES}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos do centro social}} \times 100$	55%	28/50	56%
Taxa idosos avalie positivamente a SES	$\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos que avaliam positivamente a SES}}{\text{n}^\circ \text{ idosos que responderam ao questionário}} \times 100$	60%	25/28	89,2%
Taxa idosos que adquira conhecimentos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ idosos que responderam corretamente ao questionário}}{\text{n}^\circ \text{ idosos que responderam ao questionário}} \times 100$	50%	20/28	71,4%

## Avaliação da Sessão Educação Saúde

Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde sobre Quedas que assistiu

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?	27		1
2 – A sessão teve a duração adequada?	25		3
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?	25		
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas no seu dia a dia?	27		1

## Questionário de avaliação conhecimento sobre prevenção quedas nos idosos

Perguntas	Sim	Não	Não Sei
As quedas acontecem com maior frequência em casa?	23	1	4
Existem medicamentos que aumentam o risco queda?	20	1	7
Os tapetes precisam estar fixos ao chão?	28		
Objetos espalhados no chão da casa provocam quedas?	25	2	1
Devemos substituir as peças de borracha de uma canadiana ou bengala quando estas estiverem gastas?	28		
Se cairmos devemos guardar segredo?	25		3

## **Apêndice XL - Avaliação formação em serviço na USF**

## Avaliação FS na USF

<b>Perguntas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
A ação respondeu as suas expectativas?					<b>12</b>
Foram alcançados os objetivos formação?					<b>12</b>
Enriqueceu os seus conhecimentos?					<b>12</b>
Contribuiu para a melhoria do seu desempenho profissional?					<b>12</b>
Duração formação					<b>12</b>
Domínio conteúdos expostos					<b>12</b>
Avaliação global formação					<b>12</b>

## Avaliação dos indicadores FS

<b>Indicador</b>	<b>Formula</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Dados</b>	<b>Atingido</b>
Taxa profissionais participantes na FS	$\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais participantes na FS}}{\text{n}^\circ \text{ total profissionais}} \times 100$	55%	12/15x100	80%
Taxa de profissionais avalie positivamente a FS	$\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que avaliam positivamente a formação}}{\text{n}^\circ \text{ totais profissionais participantes na FS}} \times 100$	60 %	12/12x100	100%

**Apêndice XLI – Avaliação da formação às cuidadoras formais  
centro social**

## Avaliação da formação às cuidadoras formais

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O tema foi pertinente/interessante?	8		
2 – A sessão teve a duração adequada?	8		
3 – Compreendeu os conteúdos abordados?	8		
4 – A sessão vai ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas para prevenção das quedas nos idosos?	8		

## Questionário de avaliação global da formação às cuidadoras formais

Perguntas	Sim	Não	Não sei
1 – O idoso cai porque quer?		8	
2 – O calçado desadequado, chão escorregadio e objetos desarrumados no chão, são fatores de risco à queda no idoso?	8		
3 – Feridas e fraturas são umas das complicações das quedas no idoso?	8		
4 – Não devemos informar o colega ou família se o idoso cai?	8		
5– Se o idoso está confuso após uma queda deve ser observado por um profissional de saúde?	8		

## Avaliação indicadores da FS Cuidadoras do Centro Social

Indicador	Formula	Objetivo	Dados	Atingido
Taxa cuidadores participantes na SES	$\frac{\text{n}^\circ \text{ cuidadores participantes SES}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores centro social}} \times 100$	55%	8/8x100	100 %
Taxa cuidadores avalie positivamente a sessão	$\frac{\text{n}^\circ \text{ cuidadores que avaliam positivamente SES}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores avaliaram SES}} \times 100$	60%	8/8x100	100 %
Taxa cuidadores adquiram conhecimentos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ cuidadores respondem corretamente as perguntas de avaliação dos conhecimentos}}{\text{n}^\circ \text{ cuidadores que responderam questionário avaliação de conhecimentos}} \times 100$	50	8/8 x100	100 %



**Apêndice XLII – Tabela 16 - Avaliação risco quedas de acordo  
escala de Morse, após intervenção (T2)**

**Tabela 16 - Avaliação risco quedas de acordo escala de Morse, após intervenção (T2)**

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Avaliação risco quedas de acordo escala de Morse	0 a 24 pontos - Sem Risco	7	30,4%
	25 a 50 pontos - Baixo Risco	12	52,2%
	Superior a 51 pontos - Alto Risco	4	17,4%

**Apêndice XLIII – Tabela 17 - Avaliação da prática de exercício físico,  
após intervenção (T2)**

**Tabela 17 - Avaliação da prática de exercício físico, após intervenção (T2)**

*Prática de exercício físico, avaliação*

	<i>Sim</i>		<i>não</i>	
	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Pratica exercicio fisico	9	39,1%	14	60,9%

**Apêndice XLIV – Tabela 18 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área comunicação após intervenção (T2)**

**Tabela 18 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área comunicação após intervenção (T2)**

*Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda na comunidade*  
*A - Comunicação, avaliação*

		<i>Contagem</i>	<i>% de N da tabela</i>
Oíço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda	Sempre	2	8,7%
	Às Vezes	14	60,9%
	Nunca	7	30,4%
Os médicos alertam-me para o risco de cair	Sempre	5	21,7%
	Às Vezes	17	73,9%
	Nunca	1	4,3%
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	Sempre	20	87,0%
	Às Vezes	3	13,0%
	Nunca	0	0,0%
Os familiares alertam-me para o risco de cair	Sempre	6	26,1%
	Às Vezes	15	65,2%
	Nunca	2	8,7%
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados	Sempre	12	52,2%
	Às vezes	11	47,8%
	Nunca	0	0,0%
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	Sempre	4	17,4%
	Às vezes	17	73,9%
	Nunca	2	8,7%

**Apêndice XLV – Tabela 19 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área segurança, após intervenção (T2)**

**Tabela 19 - Avaliação da Escala de Práticas e Comportamentos do idoso na prevenção de quedas na comunidade, área segurança, após intervenção (T2)**

*Escala de práticas e comportamentos de segurança sobre quedas idosos na comunidade  
B - Práticas e comportamentos de segurança, avaliação*

	<i>Sempre</i>		<i>Às vezes</i>		<i>Nunca</i>	
	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>	<i>Contagem</i>	<i>% N total da tabela</i>
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé	15	65,2%	8	34,8%	0	0,0%
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	12	52,2%	11	47,8%	0	0,0%
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé	8	34,8%	14	60,9%	1	4,3%
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	4	17,4%	19	82,6%	0	0,0%
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	5	21,7%	17	73,9%	1	4,3%
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	5	21,7%	17	73,9%	1	4,3%
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas	6	26,1%	16	69,6%	1	4,3%
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo	5	21,7%	18	78,3%	0	0,0%
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	7	30,4%	16	69,6%	0	0,0%
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	7	30,4%	16	69,6%	0	0,0%

