



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em: Educação para a Saúde

Desenvolvimento e validação de um manual de prevenção de quedas destinado a idosos residentes na comunidade

Catarina Alexandra Gomes da Silva

2014

Desenvolvimento e validação de um manual de prevenção de quedas destinado a idosos residentes na comunidade

Catarina Alexandra Gomes da Silva

Trabalho de Projeto submetido para obtenção do grau de Mestre em Educação
para a Saúde

Orientação: Doutora Anabela Correia Martins

Coorientação: Mestre Isabel Maria Andrade

Coimbra 2014

Agradecimentos

A realização deste trabalho de projeto só foi possível graças à colaboração e ao contributo de algumas pessoas ou instituições às quais gostava de deixar registada a minha gratidão, designadamente:

Aos idosos do Centro de Convívio da 3ª idade do Entroncamento, por terem aceite o desafio que lhes propus. Sem eles este projeto teria sido mais difícil de concretizar;

Aos Serviços Sociais da Câmara Municipal do Entroncamento, na pessoa da Dra. Rita Rafael pela disponibilidade que demonstrou em receber o projeto e pelo apoio prestado, e na pessoa da Dra. Andreia pela simpatia e pelo apoio dado no decorrer das sessões;

Aos meus vizinhos, Sr. Manuel e Dª Maria pela disponibilidade em serem os modelos fotográficos do manual, também sem eles teria sido mais difícil;

Às minhas colegas de mestrado pelo apoio que me deram ao longo destes dois anos, particularmente à Diana Cardoso, à Filipa Fonseca, à Gabriela Ferreira e à Tânia Dias a quem agradeço a amizade;

À minha coorientadora, Mestre Isabel Maria Andrade, pelo encorajamento e apoio demonstrado, assim como pelas sugestões dadas;

À minha orientadora, Doutora Anabela Correia Martins, pelo interesse manifestado no meu trabalho académico, pelo desafio lançado e constante incentivo, pela disponibilidade e apoio ao longo desta jornada;

À minha família, nomeadamente aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio que sempre me dão, mas particularmente à minha mãe pelo constante apoio e incentivo, por nunca duvidar das minhas capacidades e por estar sempre disponível para me ajudar.

A todos dedico este trabalho.

Índice Geral

Introdução	- 1 -
Enquadramento Teórico	- 4 -
Metodologia	- 8 -
2.1- Fase I - Recolha dos manuais educativos e aplicação do <i>Health Literacy INDEX</i> (de junho de 2013 a dezembro de 2013).....	- 8 -
2.2 - Fase II: Construção do manual educativo sobre prevenção de quedas	- 9 -
2.3 - Fase III: Validação do manual para a população portuguesa – Sessões de dinamização (de abril a maio de 2014)	- 10 -
2.3.1 – Local.	- 10 -
2.3.2 – Participantes.	- 11 -
2.3.3 - Instrumentos de recolha de dados.	- 11 -
2.3.4 - Sessões de intervenção para dinamização do manual.	- 12 -
Resultados	- 14 -
Discussão	- 22 -
Conclusão	- 28 -
Referências Bibliográficas	- 31 -

Índice de tabelas

Tabela 1 – Agendamento das sessões de dinamização	- 11-
Tabela 2 - Sistematização do material educativo formal recolhido	- 13-
Tabela 3 - Componentes dos Manuais Educativos	- 15-

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Comparação das respostas corretas antes e depois da intervenção, relativas ao questionário de avaliação de conhecimentos	- 17-
Gráfico 2 – Utilidade das informações dadas	- 17-
Gráfico 3 – Forma de apresentação/ aspeto da informação apresentada	- 18-
Gráfico 4 – Grau de dificuldade de leitura	- 18-
Gráfico 5 – Grau de dificuldade de seguir as instruções e imagens dos exercícios apresentados	- 19-
Gráfico 6 – Utilidade da lista de verificação do ambiente doméstico	- 19-
Gráfico 7 - Grau de aprendizagem de novos conselhos	- 20-
Gráfico 8 - Pré – disposição para a mudança	- 20-

Índice de Anexos

Anexo A – Questionário para caracterização do grupo	- 1 -
Anexo B – Questionário para averiguar os conhecimentos sobre o tema em estudo	- 3 -
Anexo C – Folheto distribuído aos participantes	- 5 -
Anexo D – Tabelas de avaliação individual de cada um dos manuais	
(1) Exercise and physical activity – Your Everyday Guide	- 7 -
(2) Staying Steady : Keep active and reduce your risk of falling	- 8 -
(3) Standing up to falls – Your guide to preventing falls and protecting your independence	- 9 -
(4) Don't fall for it – Falls can be prevented! A guide to preventing falls for older people	- 10 -
(5) Home Exercise Programme: 1 - Postural Stability Strength & Balance; 2- Otago Strength & Balance; 3 – Chair Based	- 11 -
(6) Riscos domésticos entre os idosos: Guia de Prevenção	- 12 -
(7) Staying active and on your feet	- 13 -
(8) Take Action... to prevent falls	- 14 -
(9) Fall Prevention Information for Patients and Families	- 15 -
(10) Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function : <i>Livro 1 a 3</i>	- 16 -
(11) Homefront guide to preventing falls for older people	- 17 -
Anexo E – Manual elaborado sobre prevenção de quedas	- 1 -

Abreviaturas

Nome	Sigla
American Geriatrics Society	AGS
Acidente vascular cerebral	AVC
Centers for Disease Control and Prevention	CDC
Center for Health Care Strategies	CHCS
Center for Research and Prevention of Injuries	CE.RE.PRI
Direção Geral de Saúde	DGS
Educação para a Saúde	EpS
European Network for Safety among Elderly	EUNESE
Grantmakers In Health	GIH
Instituto Nacional de Estatística	INE
Literacia em Saúde	LP
Organização Mundial de Saúde	OMS
Robert Wood Johnson Foundation	RWJF

Resumo

O envelhecimento é um dos fenómenos demográficos da sociedade atual, sendo as quedas um dos problemas de saúde pública que mais afeta a população idosa. Para prevenir quedas têm sido testadas intervenções multifatoriais, que incluem diversas abordagens, tais como a educacional. No desenvolvimento de material de educação para a saúde deve ter-se em conta os princípios de adequabilidade da literacia em saúde, visto que, quanto mais ajustada e “user-friendly” for a informação, maior é a probabilidade de adesão e adoção dos comportamentos ensinados. Esta adequabilidade é fundamental, surgindo o *Health Literacy INDEX* como uma ferramenta de análise da conformidade desses manuais face a diferentes critérios nos grandes domínios da linguagem, suporte gráfico e envolvimento do utilizador. **Objetivo:** Desenvolver um manual sobre prevenção de quedas, destinado a idosos residentes na comunidade, de acordo com os princípios de adequabilidade em literacia em saúde e validá-lo para a população portuguesa. **Metodologia:** A fase I compreendeu a pesquisa de manuais educativos sobre prevenção de quedas, destinados a idosos, em motores de busca genéricos e em portais institucionais, tendo sido selecionados 11 manuais, publicados após 2006. Estes foram sujeitos à aplicação da ferramenta de avaliação *Health Literacy INDEX*, para verificação da sua conformidade, em termos de literacia em saúde, e aferição dos pontos fortes e fracos. Na fase II elaborou-se um manual sobre prevenção de quedas destinado a idosos em língua portuguesa, segundo as demandas da literacia em saúde e tendo por base a avaliação efetuada na fase anterior. Na fase III, dinamizou-se o manual junto de um grupo de 16 indivíduos, tendo por objetivo a sua validação. **Resultados/Discussão:** Na análise da conformidade, realizada na fase I, 10 dos 11 manuais obtiveram pontuações superiores a 50%, destacando-se quatro (A, C, J e K) com pontuações superiores a 75%. As componentes mais abordadas nos manuais foram a atividade física, estratégias em caso de queda, modificações do ambiente doméstico e visão. Na dinamização do manual não foram identificadas dificuldades na sua compreensão e os participantes demonstraram uma pré-disposição para intervir nos fatores de risco identificados. Relativamente ao manual consideraram que tinha uma apresentação muito boa, com conteúdo muito útil e fácil de ler. O que pode ser explicado pela aplicação, neste manual, das recomendações para a literacia em saúde preconizadas na literatura. **Conclusão:** O sucesso das intervenções na prevenção de quedas em idosos, dependerá em parte, das características dos manuais informativos, bem como do nível de literacia em saúde dos destinatários, apresentando-se o *Health Literacy INDEX* como uma ferramenta adequada à validação e/ou produção de manuais informativos. Futuramente, e por forma a consolidar os resultados obtidos, pretende-se replicar este projeto, através da sua dinamização junto de outros grupos, em contextos de promoção da saúde e envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Literacia em saúde; prevenção de quedas; manual educativo; Idosos; *Health Literacy INDEX*

Abstract

Ageing is a demographic phenomenon of our society, and falls are a public health problem that mostly affects older people. The prevention of falls can be achieved through multiple factorial interventions, including the educational approach. In the development of health information materials, it is important to take into consideration the health literacy adequacy, because the more it is user-friendly and includes fitted information, the higher is the probability of compliance to preventive strategies. Because this adequacy is paramount, the Health Literacy INDEX is a tool used to evaluate the health literacy demands of the health information materials in different criteria, such as features of text, graphics and content characteristics. **Aim:** Development and validation of a fall prevention manual dedicated to the Portuguese elderly, living in the community, according to health literacy demands. **Methods:** In phase I, a search has been conducted to find fall prevention manuals dedicated to the elderly, in search engines and in government web portals. A sample of 11 manuals, published after 2006, was selected for evaluation through the Health Literacy INDEX tool, and analysis of strengths and weaknesses. In phase II, a fall prevention manual dedicated to the elderly, was prepared in Portuguese language, on the basis of health literacy demands and according to the evaluation done on the previous phase. In phase III, eight dynamic sessions took place with a 16 elements focus group, in order to validate this manual to the Portuguese population. **Results/Discussion:** After Phase I analysis, 10 out of the 11 manuals scored higher than 50%, while four (A, C, J and K) over 75%. Physical activity, strategies in case of falls, home modifications and vision were the main indicators developed in the manuals. During the sessions for the presentation of the manual, no difficulties were identified in the understanding of the information and the participants showed intention to change in terms of the risk factors. Overall, the manual presentation pleased the participants and it was also referred that the content was very useful and easy to read, which may be a consequence, during the development of the manual, of the respect for the recommendations in terms of health literacy adequacy. **Conclusions:** The success in the prevention of falls in the elderly will partly depend on the characteristics of the health information materials, but also on the health literacy level of its target audience, being Health Literacy INDEX an adequate tool for the validation and/or development of those materials. For future projects, it would be interesting to replicate this project in others focus groups, in health promotion and healthy ageing contexts.

Keywords: Health Literacy, fall prevention; educational manual; elderly; Health Literacy INDEX

Introdução

O envelhecimento é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011), tendo-se vindo a assistir, desde a 2ª metade do século XX, a um aumento significativo da população idosa (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

Este aumento demográfico apresenta-se como um grande desafio para a sociedade global, particularmente a Europeia, onde se prevê que em 2025 um terço da população tenha 60 anos ou mais (Comissão Europeia, 2007).

Assim sendo, torna-se imperativo investir na área da saúde, tendo em vista proporcionar à população idosa (indivíduos com 65 anos ou mais) um envelhecimento saudável (Comissão Europeia, 2007).

Para que o envelhecimento seja efetivamente saudável é necessário criar condições que permitam à população idosa aumentar a sua capacidade de controlo sobre os determinantes da sua saúde e isso passa pela mudança e/ou adoção de estilos de vida saudáveis (Santos, 2010). A promoção da saúde surge aqui como o processo através do qual se pretende alcançar este fim.

Uma das estratégias principais da promoção da saúde é o recurso à educação para saúde (EpS) (Saboga-Nunes, s.d.), uma vez que os conhecimentos e as crenças de saúde dos indivíduos são entendidos como preditores de comportamentos de saúde (Santos, 2010). Assim, a EpS opera como ferramenta facilitadora da aprendizagem de comportamentos saudáveis (Saboga-Nunes, s.d.). Segundo Santos (2010), a possibilidade das pessoas terem atitudes saudáveis e consequentemente, adotarem comportamentos e estilos de vida saudáveis depende da transformação de crenças erradas em crenças corretas.

Por outro lado, a capacitação dos indivíduos é traduzida em competências, para que se tornem mais responsáveis e se envolvam nas tomadas de decisão sobre a sua vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013). Contudo, este maior envolvimento do indivíduo na tomada de decisão não é tão linear, já que pressupõe que o indivíduo tenha competências de literacia em saúde (LS) (Santos, 2010).

Quando os destinatários de um programa de EpS são idosos, como é o caso deste projeto, a LS ganha um relevo particular, visto que, em geral, os idosos têm níveis de literacia mais baixos que os adultos de outros grupos etários (Rudd, 2009; Santos, 2010)

Segundo a revisão de Santos (2010), a baixa LS pode “manifestar-se” através de várias formas, por exemplo, através do uso inadequado de medicamentos, do recurso excessivo aos serviços de saúde, de maiores taxas de hospitalização ou até mesmo da diminuição da utilização de medidas preventivas.

Estas medidas preventivas, em muitos casos, vêm descritas em materiais impressos, como folhetos ou manuais informativos que são colocados à disposição dos indivíduos. Todavia, muitas vezes, a linguagem utilizada nesses materiais excede a capacidade de leitura do público-alvo (Rudd, 2009).

A prevenção de quedas em idosos é uma área de intervenção que recorre frequentemente a esses materiais educativos ou manuais, integrados habitualmente na componente educacional de programas multifatoriais.

Se atentarmos que as quedas são consideradas a maior ameaça à saúde e independência dos idosos e que são a principal causa de morte por lesão nesta faixa etária (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2008) é imperioso que as medidas enunciadas nesses materiais informativos estejam adequadas, em termos de LS, a todos aqueles que as consultem.

Com o objetivo de avaliar a adequabilidade, em termos de LS, dos materiais informativos surgiu a ferramenta *Health Literacy INDEX* (INDEX) (Kaphingst et al., 2012), ao qual se recorrerá numa das etapas deste trabalho de projeto.

Colocam-se então as questões, estarão os manuais informativos disponíveis adequados aos níveis de LS da população em geral? Por que razão existe uma grande diversidade de manuais sobre prevenção de quedas a nível internacional e em Portugal não há referências?

Com o presente trabalho pretende-se contribuir para encontrar respostas para estas interrogações e ainda dar um passo em frente no ainda longo caminho a percorrer na educação para a saúde em Portugal.

Foi então realizado um estudo de revisão de manuais de prevenção de quedas destinados a idosos, que foram sujeitos à aplicação da ferramenta de avaliação INDEX.

Posteriormente, tendo em conta a avaliação efetuada, elaborou-se um manual educativo sobre o tema em estudo. Com base nesse manual, desenvolveu-se um programa de educação aplicado a um grupo de 16 indivíduos, que frequentam o Centro de Convívio

da Terceira Idade do Entroncamento. Todos os procedimentos estão descritos ao longo deste estudo.

O trabalho tem cinco capítulos. O enquadramento teórico apresenta dados e descreve os conceitos essenciais que sustentam a realização deste estudo, como a prevalência de quedas na população idosa e as implicações/ consequências para a qualidade de vida dos indivíduos, assim como o tipo de intervenções que têm vindo a ser desenvolvidas para prevenir quedas e a importância da LS em saúde na elaboração de materiais educativos distribuídos nessas mesmas intervenções. Seguidamente apresentam-se os objetivos do estudo e no capítulo seguinte, a metodologia, onde se apresenta o desenho do estudo, nomeadamente as suas diferentes fases do estudo, o processo de seleção amostral, a caracterização dos participantes e a descrição dos procedimentos de intervenção. À metodologia seguem-se os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, onde se responderão às questões de investigação. Finalmente, na conclusão, serão apresentadas as principais conclusões e recomendações futuras.

Enquadramento Teórico

A população idosa tem aumentado ao longo das últimas décadas – é um facto - e Portugal não é exceção. No ano de 2011, a população idosa representava 19% da população portuguesa, ao contrário do que se havia aferido em 2001, correspondendo a 16%. (INE, 2011). Para 2050, estima-se que esta faixa etária atinja os 32% da população (DGS, 2012).

Tendo em conta este aumento considerável da população idosa, num documento já datado de 2007, a Comissão Europeia apontava a necessidade de otimizar as oportunidades para a participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida desta população, ou seja, promover um envelhecimento ativo (*active ageing*), destacando as oportunidades ao nível da saúde física, social e mental, que permitam às pessoas mais velhas assumir um papel ativo na sociedade, sem discriminação, podendo desfrutar de uma boa qualidade de vida, de forma independente, proporcionando-lhes assim um envelhecimento saudável (*healthy ageing*) (Comissão Europeia, 2007).

No envelhecimento há tanto um declínio físico como cognitivo. A nível cognitivo, a maioria dos idosos experiência declínio ao nível de determinadas capacidades cognitivas, havendo uma tendência para processarem a informação de forma mais lenta e uma dificuldade em processarem múltiplas informações dadas num curto espaço de tempo e em perceber conceitos abstratos (Speros, 2009). A nível físico é caracterizado por um declínio gradual que expressa-se, por exemplo, através da diminuição da elasticidade da pele e da força muscular e do declínio da acuidade auditiva e visual, alterações estas que podem levar à ocorrência de lesões (Fernández-Ballesteros, 2013).

Segundo a DGS (2012), as lesões mais frequentes na população idosa resultam de quedas. Estas, segundo o relatório ADELIA (Contreiras, Rodrigues e Nunes, 2011), representam o principal mecanismo de lesão que ocorre em ambiente doméstico, aumentando a sua frequência com a idade, por exemplo, nas pessoas com 75 ou mais anos as quedas representam 90% das ocorrências. À escala mundial, a OMS (2007) refere que 28 a 35 % dos indivíduos com 65 anos ou mais sofre uma queda todos os anos, aumentando para 32 a 42% se falarmos na faixa etária a partir dos 70 anos.

Por definição, as quedas correspondem a um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial (Clemson et al., 2012) e são hoje

consideradas, juntamente com as suas consequências, um problema de saúde pública (OMS, 2007).

As consequências são várias e vão desde a hospitalização, à perda de autonomia, à institucionalização e até à morte (Comissão Europeia, 2007; Gardner, Robertson e Campbell, 2000). As consequências a nível social e psicológico também são significativas, destacando-se a perda de confiança dos indivíduos, que acabam por se isolar e restringir as atividades do seu dia-a-dia (Skelton e Todd, 2007), surgindo por vezes associadas a um quadro de depressão (OMS, 2007). A todas estas consequências somam-se ainda os elevados custos económicos (Clemson et al., 2012).

As quedas resultam da interação de múltiplos e diversos fatores de risco, alguns dos quais podem ser corrigidos. Como o risco de cair é proporcional aos fatores de risco presentes é necessário primeiramente identificá-los e depois atuar sobre eles, de modo a prevenir as suas consequências (American Geriatrics Society, AGS, 2001).

Os fatores de risco aumentam com a idade e estão usualmente associados às condições de saúde e ao envelhecimento. O CDC categoriza-os em três grupos: fatores de risco biológicos, fatores de risco comportamentais e fatores de risco ambientais. Entre outros, nos fatores de risco biológicos são referidos problemas de mobilidade devido a fraqueza muscular ou problemas de equilíbrio; doenças crónicas, como a artrite; alterações e perda de visão e perda de sensibilidade nos pés. Nos fatores de risco comportamentais são referenciados a inatividade física, os efeitos secundários da medicação e/ou as interações por uso de álcool. Dos fatores de risco ambientais são exemplo os perigos do ambiente doméstico, como a fraca iluminação ou espaços públicos mal concebidos (CDC, 2008). Surgindo ainda referenciado como fator de risco a utilização de um dispositivo auxiliar para caminhar (AGS, 2001).

Em acréscimo a estes fatores, a Comissão Europeia identificou mais quatro fatores de risco, nomeadamente a história de pelo menos uma queda no ano anterior, a prescrição de quatro ou mais medicamentos, o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) ou doença de Parkinson e ainda a impossibilidade do idoso se levantar de uma cadeira sem a ajuda dos braços. Quando três ou mais destes fatores estão presentes aumenta o risco de queda nos seis meses seguintes (Comissão Europeia, 2007).

Alguns destes fatores de risco são intrínsecos ao envelhecimento, não sendo por isso mutáveis, no entanto outros são passíveis de serem corrigidos. É neste âmbito que se podem desenvolver intervenções de EpS.

No caso particular das quedas têm sido desenvolvidos diferentes tipos de intervenção, tendo como alvo dois tipos de público, designadamente idosos que vivem na comunidade (em suas casas) e idosos institucionalizados, necessitando cada um de uma intervenção específica (Comissão Europeia, 2007).

No caso particular das quedas têm sido desenvolvidas diferentes tipos de intervenções: simples, múltiplas ou multifatoriais. As simples incluem apenas uma categoria de intervenção, sendo a categoria do exercício a mais comum, as múltiplas consistem na combinação de duas ou mais categorias e as multifatoriais consistem em mais do que uma categoria de intervenção, onde cada indivíduo recebe uma intervenção específica em virtude de uma avaliação individual sobre os fatores de risco, o que não acontece nos dois tipos de intervenção anterior, onde todos os indivíduos recebem a mesma intervenção (Gillespie et al., 2012).

No caso de serem programas multifacetados é aconselhado que se inclua uma abordagem clínica, educacional e ambiental, cuja ênfase deverá variar de acordo com as circunstâncias (Center for Research and Prevention of Injuries, [CE.RE.PRI], 2007). O CDC (2008) acrescenta ainda que as intervenções multifatoriais deverão combinar o exercício com o despiste e redução de outros riscos, como alterações da visão, a revisão e gestão da medicação, a educação e o ambiente quotidiano. No que à educação diz respeito, o CDC (2008) considera que um programa de prevenção de quedas eficaz deverá incluir a educação sobre quedas e seus fatores de risco, assim como medidas preventivas.

Quando, no âmbito desta componente educacional, se transpõem as medidas educativas para materiais informativos, deve ter-se em conta a variabilidade existente ao nível da LS das populações.

Isso nem sempre acontece, verificando-se que os materiais informativos estão frequentemente escritos e ilustrados em linguagem escrita e simbólica difícil de interpretar para a maioria dos leitores (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

A LS pode ser definida como a capacidade dos indivíduos obterem, comunicarem, processarem e entenderem a informação de saúde e os serviços necessários para tomarem decisões apropriadas para a sua saúde (Kaphingst et al., 2012). Implicando ainda o

desenvolvimento de competências que permitam ao indivíduo obter informação e aplicá-la com sucesso à sua realidade (Sihota e Lennard, 2004).

Uma vez que uma LS limitada tem sido associada a um aumento das disparidades em saúde, a piores resultados em saúde e a um aumento da utilização dos serviços de saúde (CDC, 2009), é de particular importância intervir neste âmbito, pelo que têm sido desenvolvidas algumas ferramentas para avaliar a adequabilidade, em termos de LS, dos materiais informativos colocados à disposição da população, sendo uma dessas ferramentas o *Health Literacy INDEX*, que é a ferramenta utilizada neste projeto (Kaphingst et al., 2012).

Quando os materiais educativos se apresentam de forma organizada e utilizam linguagem adequada, os indivíduos ficam menos dependentes de outras pessoas para os ajudar a compreender a informação e são mais capazes de tomar decisões informadas sobre a sua saúde (Robert Wood Johnson Foundation [RWJF], 2005).

Assim, tendo em conta a revisão da literatura efetuada definiram-se para este projeto os seguintes objetivos:

1. Recolher material educativo formal publicado, destinado a idosos e/ou familiares, sobre prevenção de quedas;
2. Avaliar a adequabilidade dos manuais educativos sobre prevenção de quedas, destinados a idosos, utilizando o *Health Literacy INDEX*
3. Construir e validar um manual adaptado à população portuguesa;
4. Aumentar os conhecimentos e as competências dos indivíduos para identificação dos fatores de risco e consequências das quedas.

Metodologia

Para este estudo desenhou-se uma metodologia do tipo investigação-ação, que, como o próprio nome indica, é definida por um plano de investigação e por um plano de ação, centrando-se na prática e na melhoria das estratégias utilizadas (Fernandes, 2006).

Este tipo de metodologia permite uma ligação efetiva entre a investigação e a sua aplicação em termos práticos, uma vez que o objetivo final é obter respostas que sejam aplicáveis na prática diária dos intervenientes e que possam ser transmitidas a outros interessados, os participantes são assim encarados como co-investigadores, pois as suas opiniões são tidas em conta (Lourenço, Oliveira & Monteiro, 2004).

Em suma, a investigação-ação permite que os destinatários assumam a responsabilidade de saber e decidir quais as mudanças que pretendem (Fernandes, 2006).

Este estudo tem ainda um carácter piloto, pois é um teste em pequena escala do material educativo produzido, pretendendo-se identificar os pontos fracos e problemas antes de o colocar ao dispor da população em geral (Bailer, Tomitch & D'Ely, 2011).

Desenhou-se então o estudo, que decorreu em três fases:

2.1- Fase I - Recolha dos manuais educativos e aplicação do *Health Literacy INDEX* (de junho de 2013 a dezembro de 2013)

Para a recolha do material educativo formal recorreu-se a motores de busca genéricos, como o Google, e consultaram-se alguns portais institucionais, como a DGS, o CDC e a European Network for Safety among Elderly (EUNESE).

A pesquisa foi efetuada em inglês e em português e pesquisaram-se termos como *fall prevention booklet, fall prevention manual, older people, seniors, fall prevention materials, educational materials*, manual de prevenção de quedas, idosos.

Dos manuais encontrados foram excluídos aqueles que eram destinados a profissionais de saúde e a cuidadores, tendo-se incluído apenas os destinados a idosos. Para além disso, só se consideraram manuais publicados a partir de 2006.

Foram selecionados onze manuais informativos provenientes da Austrália (quatro manuais), do Canadá (um), dos Estados Unidos da América (dois), da Nova Zelândia (um), de Portugal (um), do Reino Unido (dois).

O *Health Literacy INDEX* foi a ferramenta de avaliação utilizada para a análise dos manuais educativos. Enquanto ferramenta de avaliação, os seus objetivos são ajudar

potenciais utilizadores de materiais informativos a tomar decisões informadas sobre que materiais usar e examinar os efeitos que um material educativo, elaborado conforme os princípios da LS, tem em termos de resultados em saúde (Kaphingst et al., 2012).

Este INDEX contém 63 indicadores organizados em 10 critérios, distribuídos por três grandes domínios: características do texto, características gráficas e características de conteúdo. Os critérios são: linguagem simples, objetivo claro, gráficos de apoio, envolvimento do utilizador, aprendizagem baseada na habilidade, adequação ao público-alvo, instruções ao usuário, detalhes do desenvolvimento, métodos de avaliação e força da evidência (Kaphingst et al., 2012).

Quando um indicador é avaliado recebe uma cotação de “sim” ou “não”; alguns indicadores são subordinados aos indicadores anteriores. No final, a pontuação corresponderá à proporção calculada entre o número de respostas “sim” e os indicadores aplicáveis, podendo variar entre 0 e 100 % (Kaphingst et al., 2012).

Cada manual foi sujeito a avaliação por três observadores distintos. Posteriormente, os resultados dessa avaliação foram discutidos entre os diferentes observadores até se chegar a consenso quanto aos mesmos.

2.2 - Fase II: Construção do manual educativo sobre prevenção de quedas (de janeiro a abril de 2014)

Após a recolha e análise dos manuais, e tendo por base os resultados obtidos, iniciou-se a II fase deste projeto, que disse respeito à construção de um manual destinado a idosos, sobre prevenção de quedas, em língua portuguesa e de acordo com os princípios de adequabilidade da LS preconizados no INDEX.

Definiu-se que o manual incluiria oito componentes distintas, nomeadamente sobre o estado geral de saúde, a alimentação, a medicação, a visão, a atividade física (com exemplos de exercícios), o calçado, o ambiente doméstico e como reagir em caso de queda.

Na sua construção teve-se particular atenção às características do texto, características gráficas e no que ao conteúdo diz respeito.

Assim, e segundo o preconizado por alguns autores, utilizou-se linguagem simples, privilegiando a voz ativa e um estilo conversacional, minimizou-se o recurso a termos médicos/técnicos, que quando usados são explicitados, de modo a tornar a informação mais próxima da forma como os indivíduos comunicam e assim torná-los mais recetivos à

aprendizagem (Kaphingst et al., 2012; Center for Health Care Strategies [CHCS], s.d.; Wizowski, Harper e Hutchings, 2008).

O texto foi ainda apresentado por tópicos ao invés de parágrafos (prosa), procurando não exceder as 5 mensagens principais, neste caso os conselhos/dicas a adotar, visto que, segundo Kaphingst et al. (2012), este tipo de disposição atrai a atenção para os elementos chave, que não devem ultrapassar as 5 mensagens, por forma a facilitar a aprendizagem e a retenção de informação.

A nível gráfico, apostou-se em imagens que apenas tivessem relação com os conteúdos apresentados, principalmente no capítulo relacionado com a atividade física, onde os exercícios propostos são todos acompanhados por imagens que ilustram a ação a efetuar, ajudando assim a concretizar uma ideia mais abstrata, como é o caso das instruções para a execução do referido exercício.

Relativamente às características do conteúdo, criou-se um espaço para registo do nome do utilizador do manual e disponibilizou-se um questionário por forma a autoavaliar os seus fatores de risco. No que à apresentação do conteúdo diz respeito, utilizaram-se algumas questões como forma de organização da informação e de captação da atenção dos leitores. Um outro aspeto que se procurou privilegiar foi o envolvimento dos indivíduos no processo educativo, tendo-se incorporado algumas atividades interativas, como o preenchimento de uma tabela com a medicação que tomam, o registo das mudanças implementadas à medida que vão efetuando os diferentes exercícios, o preenchimento de uma tabela com os exercícios efetuados e uma lista de verificação do ambiente doméstico.

Foi ainda elaborado um questionário, que faz parte integrante do manual, e que tem como objetivo recolher as impressões, assim como sugestões e comentários dos participantes, relativamente à estrutura e *layout* do próprio manual.

2.3 - Fase III: Validação do manual para a população portuguesa – Sessões de dinamização (de abril a maio de 2014)

2.3.1 – Local.

Após o desenvolvimento do manual realizaram-se oito sessões, com a finalidade de fazer um teste de compreensão e utilidade, no Centro de Convívio da Terceira Idade do Entroncamento, que é responsabilidade da Câmara Municipal, estando sob a alçada dos serviços sociais.

Qualquer idoso habitante da cidade, desde que tenha pelo menos 65 anos, pode inscrever-se, não havendo obrigatoriedade em termos de dias a frequentar, aí são promovidas várias atividades, desde aulas de hidroginástica e de ginástica, jogos tradicionais, sessões de esclarecimento sobre vários temas. Para além disso, os idosos são frequentemente envolvidos em iniciativas promovidas pelo município, de que é exemplo o Dia Municipal do Idoso.

2.3.2 – Participantes.

A população-alvo deste estudo corresponde aos frequentadores do Centro de Convívio. Daí extraiu-se um grupo que se caracterizou por ser não probabilístico, intencional ou por conveniência, uma vez que os participantes foram recrutados de entre os frequentadores do local onde estava definido ocorrer a intervenção.

O grupo extraído desta população inicialmente era composto por 19 indivíduos, no entanto três foram excluídos, por falta de comparência, restando 16. Desses, 13 eram mulheres (81,25%) e 3 eram homens (18,75%); a sua média de idades era de aproximadamente 79 anos e quanto à escolaridade 13 tinham a 4ª classe, dois a 3ª classe e um a 1ª classe. Foram excluídos os indivíduos analfabetos e os indivíduos que não assistiram a todas as sessões teóricas.

Quanto aos fatores de risco, os mais prevalentes foram a idade, tendo todos os indivíduos mais de 65 anos, a presença de perigos domésticos, o uso de calçado inadequado e a toma diária de quatro ou mais medicamentos.

2.3.3 - Instrumentos de recolha de dados.

Nesta fase do estudo utilizaram-se dois instrumentos de recolha de dados, nomeadamente um questionário para averiguar os fatores de risco e recolher os dados demográficos de cada um dos participantes (idade, sexo e escolaridade) (Anexo A) e um questionário para verificar os conhecimentos sobre o tema em estudo (Anexo B). O primeiro questionário apresentava 15 questões de resposta fechada (Sim/Não), sendo que as primeiras 14 questões eram dirigidas a aferir os fatores de risco; o segundo questionário, de tipologia Verdadeiro/Falso, apresentava 15 afirmações para serem classificadas. Este questionário, de tipologia Verdadeiro/Falso, foi passado duas vezes, uma antes da implementação das sessões e outro após o seu término.

Adicionalmente, e como já referido na fase II, foi criado um outro questionário, parte integrante do manual educativo, para aferir as impressões e sugestões dos participantes relativamente ao conteúdo, à apresentação, à leitura, aos exercícios, à lista de verificação do ambiente doméstico, ao impacto do manual e à pré-disposição para implementar mudanças. Este questionário foi preenchido e recolhido após o término da intervenção (Anexo B).

2.3.4 - Sessões de intervenção para dinamização do manual.

Para a dinamização do manual informativo foram planeadas oito sessões. Antes do decorrer das sessões foi realizada uma visita informal ao local do estudo, tendo como objetivo recrutar os indivíduos interessados em participar. Efetuou-se uma breve exposição oral sobre o propósito do estudo que iria decorrer e depois foi distribuído um folheto (Anexo C) aos interessados em participar.

As oito sessões, com uma duração média de 40 minutos, decorreram conforme o plano a seguir apresentado.

Tabela 1 – Agendamento das sessões de dinamização

Nº de Sessão	Dia	Hora	Tema
1	29/04 - 3ª Feira	15h30m	O envelhecimento e a saúde
2	02/05 - 6ª Feira	16h	Alimentação, Medicação e Visão
3	06/05 - 3ª Feira	15h30m	Atividade Física e Exercícios
4	08/05 - 5ª Feira	15h30m	Exercícios (continuação), Calçado
5	13/05 - 3ª Feira	15h30m	Ambiente Doméstico
6	19/05 - 2ª Feira	16h	Como reagir em caso de queda.
7	23/05 - 6ª Feira	16h	Sessão de acompanhamento
8	27/05 - 3ª Feira	15h30m	Sessão de acompanhamento

As sessões foram maioritariamente expositivas, com recurso ao *Microsoft Office Power Point®*, tendo os conteúdos abordados sido idênticos aos que constam no manual.

As sessões um a seis tiveram como objetivo facilitar a aplicação do conhecimento transmitido à realidade diária.

A primeira sessão iniciou-se com uma pequena exposição oral sobre o que iria tratar a formação e, após a apresentação de todos os participantes e da responsável pelo projeto, passou-se ao preenchimento dos dois questionários iniciais. Depois foi distribuído

um manual a cada um dos participantes e foi indicada a forma como deveria ser usado/consultado.

Na segunda sessão, que foi sobretudo expositiva, abordou-se o tema da alimentação, da medicação e da visão. Explicou-se o conceito da roda dos alimentos e como ele é aplicável no dia-a-dia e desafiou-se os participantes a elaborarem a lista da sua medicação.

Nas sessões três e quatro, aquando da explicação dos exercícios, pediu-se a colaboração de voluntários para executarem os exercícios seguindo as instruções que eram lidas oralmente. Ainda nesta sessão foi apresentado um vídeo motivacional, onde se observava uma mulher idosa, juntamente com o seu par, a dançar de forma acrobática.

Na sessão cinco, após a intervenção expositiva, também se apresentou um vídeo para ser discutido em grupo. Esse vídeo mostrava um idoso a realizar a sua higiene, designadamente a tomar um duche; durante esse procedimento e devido a um conjunto de fatores o idoso cai na banheira. Após a apresentação do vídeo foi pedido aos participantes para identificarem quais os fatores que levaram o idoso a cair. Após esta identificação mostrou-se outro vídeo com as correções necessárias, para que aquela atividade do dia-a-dia não representasse um perigo.

Na sessão seis, foi ensinada a forma correta de um indivíduo se levantar após uma queda, foi também visionado um vídeo que mostrava essa ação e que permitiu fazer um breve resumo dos conteúdos abordados. Este momento permitiu ainda promover um momento para discussão de ideias com os participantes. Nesta sessão foi ainda preenchido o questionário final para reavaliação dos conhecimentos (Anexo B) e o questionário de opinião sobre o manual.

As sessões de acompanhamento tiveram por objetivo apurar se os participantes estavam a adotar as medidas preconizadas no manual, motivá-los a continuar a aplicá-las e reforçar a importância de o continuarem a fazer. Como complemento foi ainda feita uma revisão geral dos conteúdos ministrados ao longo de todas as sessões, dando enfoque aos principais conselhos relacionados com cada uma das componentes do manual.

De uma forma geral, apesar das sessões terem sido sobretudo expositivas, procurou-se sempre obter *feedback* através da colocação de questões para se perceber o que os participantes já sabiam sobre o tema. Para além disso, no início de cada sessão eram lembrados alguns dos principais aspetos abordados nas sessões anteriores.

Ao longo das sessões insistiu-se bastante com os participantes, no sentido de recolher as suas impressões sobre os conteúdos, por exemplo, se a informação era clara ou se existiam termos que eram desconhecidos.

Resultados

Da primeira fase da investigação, ou seja, da recolha e análise dos manuais educativos resultaram as seguintes tabelas que sistematizam a informação obtida.

A Tabela 2 evidencia, não só as informações relativas aos títulos dos manuais, data, e instituição e país de proveniência, como apresenta ainda o resultado da avaliação dos diferentes itens que constam no INDEX. Por falta de informação disponível os critérios 9 e 10 não foram pontuados, assim como o indicador 2.3 alínea 3 e o indicador 3.2. As tabelas correspondentes às avaliações estão disponíveis no anexo D.

Tabela 2: Sistematização do material educativo formal recolhido

Título do Manual	Data	Instituição	País	Avaliação (%)
(1) Exercise and physical activity – Your Everyday Guide	2013	National Institute on Aging -National Institute on Aging - National Institutes of Health	Estados Unidos da América	SIM: 87,8 NÃO: 12,2
(2) Staying Steady : Keep active and reduce your risk of falling	2013	Age UK	Reino Unido	SIM: 48,6 NÃO: 51,4
(3) Standing up to falls – Your guide to preventing falls and protecting your independence	2012	Accident Compensation Corporation (ACC)	Nova Zelândia	SIM: 75,6 NÃO: 24,4
(4) Don't fall for it – Falls can be prevented! A guide to preventing falls for older people	2011	Department of Health and Ageing – Australia Government	Austrália	SIM:69 NÃO: 31
(5) Home Exercise Programme 1 - Postural Stability Strength & Balance 2- Otago Strength & Balance 3 – Chair Based	2011	Later Life Training	Reino Unido	SIM: 69 NÃO: 31
(6) Riscos domésticos entre os idosos: Guia de Prevenção	2010	Fundación MAPRE	Portugal	SIM: 60 NÃO: 40
(7) Staying active and on your feet	2010	NSW Department of Health	Austrália	SIM:68,3 NÃO: 31,7
(8) Take Action... to prevent falls	2008	Winnipeg Regional Health Authority	Canadá	SIM: 72,7 NÃO:27,3
(9) Fall Prevention Information for Patients and Families	2008	Maine Health	Estados Unidos da América	SIM: 58,3 NÃO:41,7
(10)Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function <i>Livro 1 e 2</i> <i>Livro 3</i>	2007 2008	Faculty of Health Sciences University of Sydney	Austrália	SIM:78 NÃO:22
(11)Homefront guide to preventing falls for older people	2006	Department of Veterans' Affairs - Australia Government	Austrália	SIM:77,3 NÃO:22,7

Tabela 3: Componentes dos Manuais Educativos

	Componentes do Manual								
Referência do Manual	Atividade Física	Demonstração de Exercícios	Calçado	Medicação	Nutrição	Visão	Modificações do Ambiente Doméstico	Como reagir em caso de queda	Outras Componentes
(A)	X	X			X				-
(B)	X		X	X		X		X	
(C)	X		X			X	X	X	Influência de outros problemas de saúde
(D)	X			X	X	X	X	X	“
(E)		X							-
(F)							X	X	Quedas: fatores de risco, causas e recomendações
(G)	X	X	X	X	X	X	X	X	Influência de outros problemas de saúde
(H)	X		X	X	X	X	X	X	“
(I)	X		X	X		X	X	X	Quedas: fatores de risco
(J)		X							-
(K)	X	X	X	X	X	X	X	X	Quedas: fatores de risco; incontinência e álcool
	8/11	5/11	6/11	6/11	5/11	7/11	7/11	8/11	

Após a aplicação do INDEX e de se ponderarem os diferentes indicadores obtiveram-se as pontuações (Tabela 2), verificando-se que 10 dos 11 manuais tiveram uma pontuação superior a 50% no que à classificação “SIM” diz respeito, destacando-se os manuais (A), (C), (J) e (K) com pontuações superiores a 75%. Também foram identificadas as componentes de cada manual (Tabela 3), observando-se que as componentes mais presentes são a atividade física, a informação sobre como reagir em caso de queda, logo seguida da componente das modificações do ambiente doméstico e da visão.

Da segunda fase deste projeto resultou um manual educativo sobre prevenção de quedas, destinado a idosos residentes na comunidade (Anexo E). Este manual é composto por oito capítulos, coincidentes com as componentes já enunciadas na metodologia. Para além disso, conta ainda com exemplos de exercícios devidamente ilustrados, com fotografias originais, aconselhados para prevenir quedas; com uma tabela para registo dos exercícios efetuados; com uma tabela para preenchimento da medicação, tabela essa que pode ser retirada do manual e depois transportada pelo indivíduo no seu dia-a-dia; uma lista de verificação do ambiente doméstico; com a ilustração, também com fotografia originais, da técnica adequada de como se levantar após uma queda e uma folha de contactos úteis.

Na terceira fase foram preenchidos os questionários, antes e após a intervenção, para comparação dos conhecimentos do grupo sobre o tema. Os resultados obtidos estão apresentados no gráfico nº1, onde está documentado apenas o número de respostas corretas dadas pelos indivíduos a cada uma das afirmações. Cada afirmação é identificada pela letra “P” e pelo seu número de ordem no questionário.

Através da observação do gráfico 1 verifica-se que as afirmações P1, P5, P7 e P13 não levantaram dúvidas, uma vez que houve unanimidade tanto antes como após a intervenção. Relativamente às afirmações P3, P8 e P14, constata-se um aumento significativo de respostas corretas. A afirmação P9 também demonstra um aumento significativo, contudo ainda se verifica um número mais baixo de respostas certas, comparativamente às outras afirmações. Podemos ainda aferir que, após a intervenção, as afirmações P1, P2, P4 a P8 e P10 a P15 alcançaram o pleno de respostas corretas na amostra em estudo.

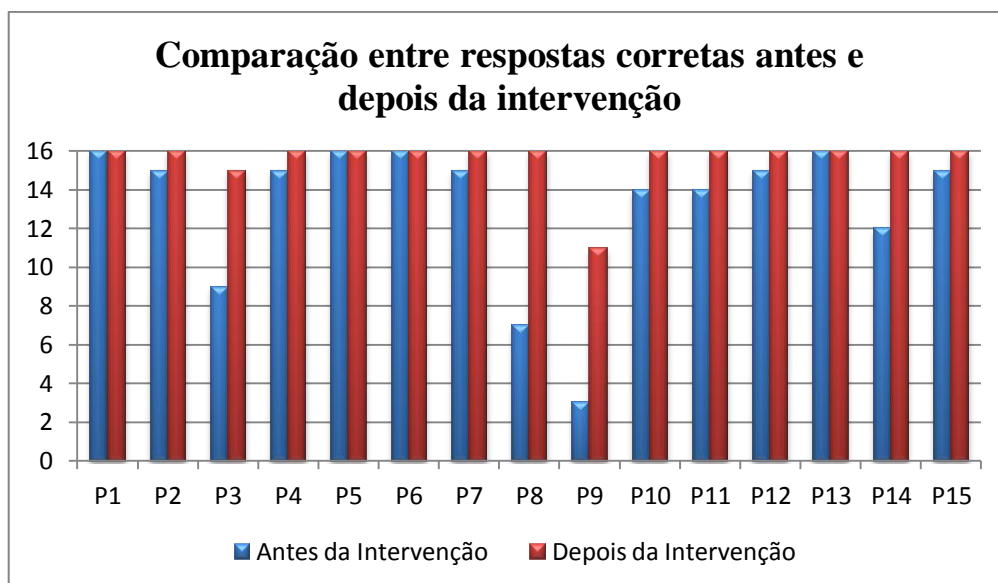


Gráfico 1: Comparação das respostas corretas antes e depois da intervenção, relativas ao questionário de avaliação de conhecimentos (Anexo B)

Após a intervenção foi ainda efetuado o questionário que tinha por objetivo aferir a opinião dos participantes relativamente ao manual distribuído, cujos resultados se podem ver nos gráficos seguintes (Gráfico nº2 a 8).

Atentando no Gráfico 2, que reflete a opinião dos participantes quanto à utilidade das informações apresentadas, verifica-se que 12 pessoas (75%) acharam as informações muito úteis e as restantes quatro (25%) acharam-nas úteis.

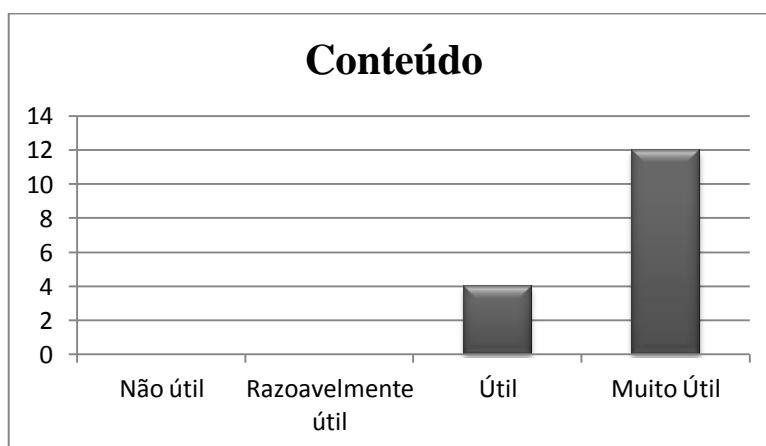


Gráfico 2: Utilidade das informações dadas

No Gráfico 3, respeitante à forma de apresentação da informação, constata-se que 13 pessoas (81,25%) acharam a forma de apresentação muito boa e os restantes três (18,75%) acharam-na boa.

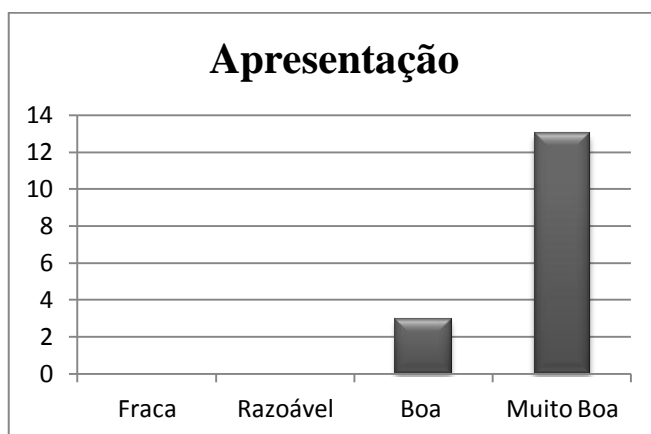


Gráfico 3: Forma de apresentação/ aspeto da informação apresentada

Quanto ao grau de dificuldade de leitura, presente no Gráfico 4, observa-se que 10 pessoas (62,5%) consideraram fácil entender a informação, ao passo que seis (37,5%) acharam muito fácil.

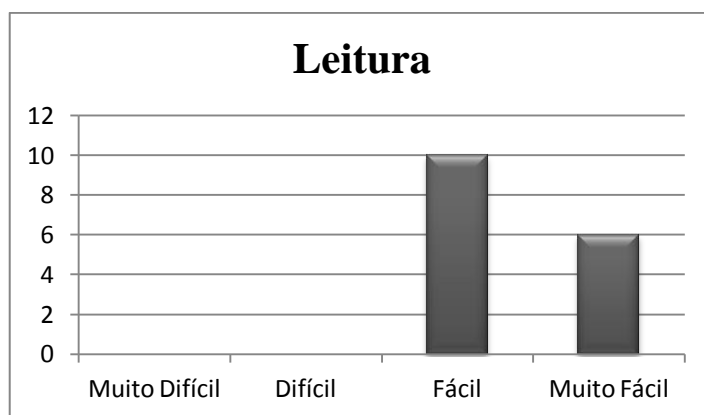


Gráfico 4: Grau de dificuldade de leitura

Seguir as instruções e as imagens dos exercícios foi muito fácil para nove pessoas (56,25%) e fácil para sete pessoas (43,75%) (Gráfico 5).

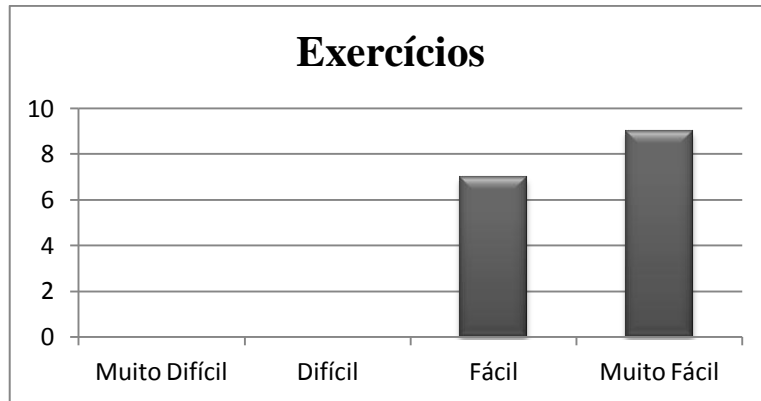


Gráfico 5: Grau de dificuldade de seguir as instruções e imagens dos exercícios apresentados

A lista de verificação do ambiente doméstico foi considerada muito útil por 11 pessoas (68,75%) e útil por cinco pessoas (Gráfico 6).

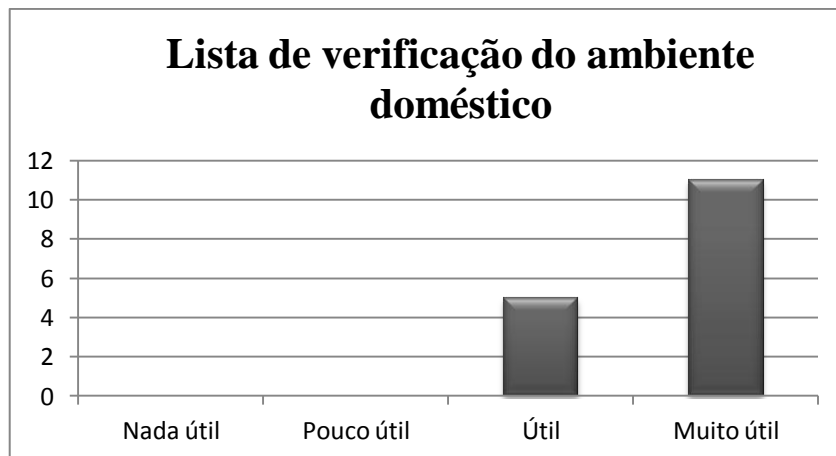


Gráfico 6: Utilidade da lista de verificação do ambiente doméstico

Relativamente ao impacto que a intervenção teve junto dos participantes, no que diz respeito à aquisição de conhecimento, apurou-se que 10 pessoas (62,5%) afirmam ter obtido muitos bons conselhos com a leitura deste manual e as restantes seis (37,5%) dizem ter aprendido bastante (Gráfico 7).

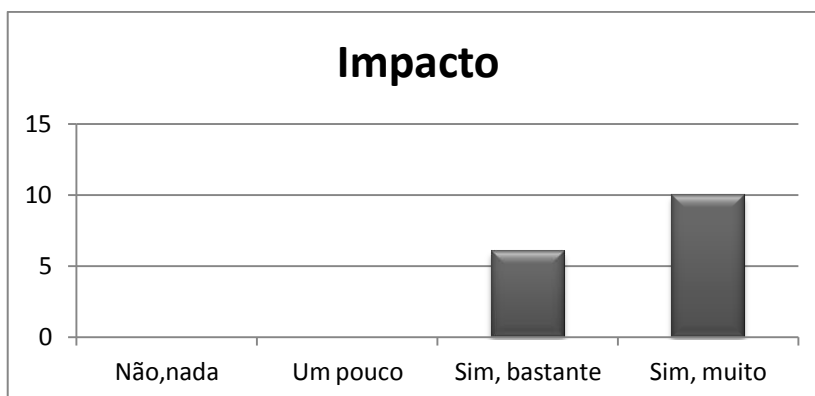


Gráfico 7: Grau de aprendizagem de novos conselhos

Quando questionados sobre a sua pré-disposição para intervir nos fatores de risco que identificaram 11 pessoas (68,75%) afirmam que de certeza que vão intervir nos fatores de risco detetados, três pessoas (18,75%) dizem ir tentar e por fim duas pessoas (12,5%) afirmam ir pensar nisso (Gráfico 8).

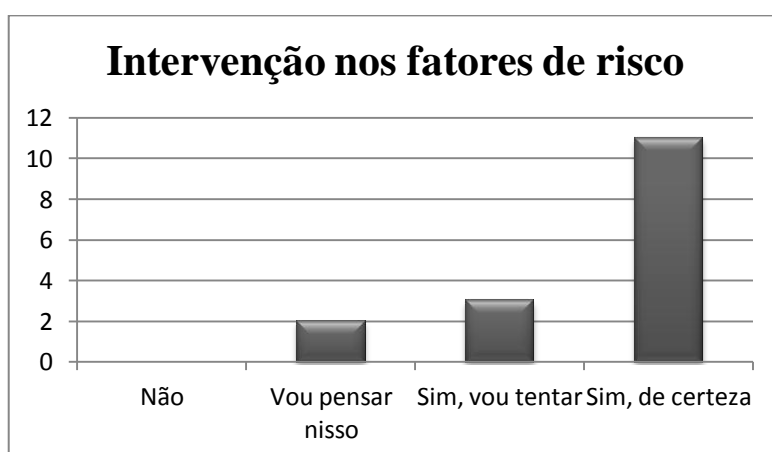


Gráfico 8: Pré – disposição para a mudança

No mesmo questionário onde estavam as perguntas que deram origem a estes gráficos estava ainda um espaço destinado a recolher as sugestões ou comentários relativamente ao manual. Os comentários foram muito similares, podendo enumerar-se alguns como “Gostei do manual, foi fácil de perceber”, “Gostei muito das sugestões, foram muito úteis”, “Achei muito útil a explicação deste manual”, “Acho que o manual está muito completo e todas as sugestões serão úteis para não cair tantas vezes no meu dia-a-dia”, “Gostei destas sessões de esclarecimento, percebi a informação e acho as soluções boas”.

O *feedback* obtido durante as sessões foi positivo, não tendo os participantes revelado nenhuma dificuldade de compreensão, nem desconhecimento de algum termo, apesar de ter sido demonstrada abertura para responder a dúvidas e de terem sido questionados várias vezes no sentido de saber se havia alguma dificuldade.

Discussão

No que à aplicação do INDEX diz respeito podem-se tecer algumas considerações. Visto que é uma ferramenta genérica de análise de materiais informativos relacionados com qualquer tema relativo à saúde, foca-se mais no aspeto formal dos materiais, por exemplo, no aspeto gráfico ou na linguagem utilizada, negligenciando o conteúdo propriamente dito que consta nos materiais, ou seja, um material pode ter uma elevada pontuação de “SIM” relativamente a um outro material, mas a informação que lá consta pode ser incompleta ou não ser a mais adequada às necessidades do público a que se destina.

Assim, é possível aferirmos apenas a adequação dos materiais em termos formais e não em termos de conteúdo propriamente dito, o que poderá representar uma fragilidade desta ferramenta de avaliação. No entanto, e de acordo com a revisão de Kaphingst et al. (2012), o INDEX apresenta como principais vantagens, relativamente às outras ferramentas que analisaram, reunir numa só ferramenta todos os domínios da LS, nomeadamente o acesso (detalhes do desenvolvimento do material,...), a compreensão (linguagem utilizada, recurso a imagens,...), a avaliação dos resultados e a aplicabilidade da informação (envolvimento do utilizador, ter instruções,...).

Relativamente às intervenções em que estes manuais são utilizados e, de acordo com Gillespie et al. (2003, citado por Comissão Europeia, 2007), são as intervenções multifatoriais, que contemplam vários fatores de risco, aquelas que se mostram mais eficazes na redução de quedas, facto que vem reforçado na sua investigação de 2009 (Gillespie et al., 2009).

Atendendo a isto, e visto que alguns dos fatores de risco podem ser minorados e/ou prevenidos, é importante que a componente educativa das intervenções, que pretendem prevenir quedas, incida sobre esses mesmos fatores. Daí a importância dos manuais educativos contemplarem várias componentes ao invés de apenas uma.

No que respeita às componentes apresentadas nos manuais, verifica-se que a atividade física é uma das mais abordadas, o que faz todo o sentido, visto que, como a evidência sugere a prática de determinados exercícios que se foquem na caminhada, no treino de força e equilíbrio podem efetivamente prevenir quedas (Comissão Europeia, 2007).

As modificações do ambiente doméstico também podem ajudar a prevenir quedas, principalmente junto de grupos com maior probabilidade de vir a cair, por exemplo, junto dos idosos que já têm história de queda (Comissão Europeia, 2007; Gillespie et al., 2009), assim como a monitorização da medicação dos idosos. A revisão de Gillespie et al. (2009) revela que um programa educativo que intervenha ao nível da medicação reduz significativamente o risco de queda, o que realça também a importância desta componente.

A visão também é uma das componentes mais abordada, no entanto e apesar de não haver estudos experimentais que relacionem as intervenções ao nível da visão e as quedas, sabe-se que a percentagem de fraturas da anca que derivaram de quedas é maior em idosos com dificuldades visuais (AGS, 2009).

Por fim, a outra componente mais abordada foi o calçado, porém ainda não existem estudos que avaliem a taxa de quedas após intervenção neste âmbito. Apesar disso, sabe-se que sapatos rasos obtiveram melhores resultados no que ao equilíbrio, quer estático quer dinâmico, diz respeito, comparando com calçado com salto mais alto (AGS, 2009).

Todo o processo de construção do manual educativo utilizado neste projeto teve por base os resultados que derivaram da aplicação do INDEX aos manuais indicados na Tabela 1.

O CDC defende que para um programa de prevenção de quedas ser efetivo deve incluir cinco áreas de intervenção, designadamente a área da educação (sobre quedas e seus fatores de risco), atividade física (através da realização de exercício), revisão da medicação, exames à visão e avaliação da segurança do ambiente doméstico e suas modificações (CDC, 2008).

Atendendo a isto, e tendo como modelo os manuais com maior cotação de “YES” e suas respetivas componentes, foi definido que o manual a construir seria composto por oito componentes, as cinco que o CDC (2008) aconselha como áreas de intervenção, acrescentando ainda o estado geral de saúde, a alimentação e o calçado, tal como consta em alguns dos manuais avaliados.

Relativamente às características do texto, as opções tomadas vão ao encontro do preconizado por alguns autores, que indicam que a linguagem simples, a utilização da voz ativa e de um estilo conversacional, assim como a minimização de termos técnicos atuam como facilitadores da aprendizagem, já que se aproximam da forma como os indivíduos comunicam (Kaphingst et al., 2012; CHCS, s.d.; Wizowski, Harpe & Hutchings, 2008; RWJF., 2005).

Os idosos, devido ao envelhecimento cognitivo e à perda da memória a curto prazo, têm dificuldade em assimilar mensagens muito complexas (Speros, 2009), por isso a quantidade de informação nova apresentada deve ser limitada a, no máximo, cinco mensagens principais, as quais deverão ser apresentadas por tópicos (Kaphingst et al., 2012; Speros, 2009). Foi essa a opção que se tomou na construção do manual, apesar de nem sempre se ter conseguido restringir às cinco mensagens principais, por capítulo.

Kaphingst et al. (2012) defende que este tipo de apresentação da informação, não só atrai a atenção para os elementos-chave como facilita a aprendizagem e a retenção de informação. Para além disso, esta disposição da informação oferece ainda mais espaços brancos, o que proporciona ao leitor um alívio visual (RWJF, 2005).

Numa outra componente relacionada com a construção do manual surgem as características gráficas. De facto, aquilo em que se repara em primeiro lugar quando se recebe um material educativo ou informativo, seja um manual ou um panfleto, é o aspeto visual, nomeadamente como é apresentado, como está organizado, se é atrativo e apelativo e se tem um aspeto *clean* (RWJF, 2005).

O aspeto convidativo é particularmente importante nos indivíduos com baixos níveis de literacia, já que todos os leitores querem, ao pegar num documento deste tipo, saber do que trata (RWJF, 2005)

Daí ser essencial, quando se utilizam imagens, que elas sejam representativas do tema que se está a tratar, que acrescentem interesse e tornem o documento mais apelativo e que sejam ainda representativas do público a que se destinam, tornam-se assim familiares (Kaphingst et al., 2012; RWJF, 2005). Seguindo esta recomendação, as imagens que são apresentadas no manual construído, estando na sua maioria relacionadas com os exercícios físicos recomendados, refletem o público-alvo, já que são idosos que estão a demonstrar esses exercícios, fazendo com que os leitores se identifiquem mais facilmente com essas imagens e conseqüentemente haja mais aceitação e receptividade. Para além disto, as imagens têm ainda o poder de concretizar ideias abstratas. Também aqui as imagens dos exercícios propostos ilustram as instruções dadas, ajudando a esclarecer qualquer dúvida que surja. As opções tomadas, relativamente às imagens dos exercícios, vão ao encontro das opções tomadas por dois dos manuais com maior cotação, o “G” e o “J”, que também utilizam imagens reais.

Um material educativo por si só apelativo poderá não ser suficiente para estimular os idosos a aprender, devendo-se procurar envolvê-los no processo de aprendizagem, uma vez que uma participação ativa neste processo leva a um processamento cognitivo mais profundo, resultando numa melhor aprendizagem (Kaphingst et al., 2012). Por isto, no manual optou-se por colocar várias atividades para preenchimento e assim maior envolvimento dos participantes. Estas atividades foram, inicialmente, o questionário para conhecimento próprio dos fatores de risco; a tabela para registo da medicação; uma zona, junto a cada exercício, para registo das mudanças implementadas; uma tabela para registo dos exercícios praticados e ainda a lista de verificação do ambiente doméstico. Também estas opções vão ao encontro do apresentado por alguns dos manuais analisados e com maior cotação, designadamente o “C”, que apresenta uma lista de verificação do ambiente doméstico, o “H, que apresenta um questionário para averiguar os fatores de risco) e o “J”, que apresenta um espaço para registo das mudanças efetuadas relativamente à prática dos exercícios propostos.

Um outro aspeto a tomar em conta para a construção do manual, e que de certa forma vem complementar tudo aquilo que já foi enunciado anteriormente, é a sua formatação. De acordo com o *The Health Literacy Style Manual* (RWJF., 2005), devem ser escolhidas fontes simples e familiares, especialmente se for destinado a indivíduos com baixa literacia, referenciando-se a fonte “Times New Roman” como uma das mais indicadas, pois é fácil de ler e os pequenos traços ajudam os olhos a acompanhar horizontalmente a linha do texto. Este deve estar alinhado à esquerda para que os leitores mais facilmente encontrem o início da linha de texto seguinte. Se atentarmos no manual elaborado facilmente verificamos que houve um cuidado nas opções tomadas, de modo a irem ao encontro destas mesmas recomendações.

Para uma intervenção ser eficaz e dela resultar uma mudança no comportamento está descrito que deve ter determinadas características, designadamente existir, pelo menos, quatro a sete sessões de contacto, a decorrer por, pelo menos, duas semanas. Cada contacto deverá durar no mínimo 10 minutos e deverá ser direto, ou seja, pessoa-a-pessoa. Deve ainda incluir o treino de habilidades comportamentais específicas, enfatizar os resultados positivos, incorporar oportunidades para adaptação individual e ser acompanhada de forma consistente e repetida (Grantmakers In Health [GIH], 2004).

Por tudo isto, no desenho desta intervenção optou-se por efetuar as oito sessões, seis delas para dinamização de conteúdos e duas para acompanhamento e motivação. Os contactos foram realizados pelo menos uma vez por semana, 40 minutos cada sessão.

Quanto à metodologia de dinamização dos conteúdos, procurou-se reforçar a importância da aplicação das recomendações e enfatizar os resultados positivos que as mesmas trariam para a vida de cada um, de forma a estimular os participantes a adotarem as recomendações preconizadas e assim alterarem comportamentos menos adequados que existissem.

Após as sessões e atendendo-se aos resultados obtidos, pode dizer-se que as estratégias aplicadas tiveram sucesso, pois houve um aumento de respostas corretas no questionário final, o que significa que houve assimilação de novos conhecimentos e/ou reformulação de ideias incorretas pré-existentes.

Quanto à adoção das recomendações, aferiu-se junto dos participantes a sua intenção em mudar e em alguns casos houve mesmo a efetivação de algumas alterações na rotina do seu dia-a-dia, como por exemplo, a elaboração da lista de medicamentos, a prática de alguns dos exercícios propostos, a eliminação de obstáculos no ambiente doméstico. Foi por haver esta possibilidade dos participantes serem os agentes ativos na mudança do seu comportamento que se optou por escolher este Centro de Convívio onde todos os idosos são ativos, independentes e vivem em comunidade, tendo assim autonomia para tomar as decisões relativas à sua vida.

Apesar dos idosos não terem referido dificuldades em compreender a informação que lhes foi apresentada, durante a dinamização das sessões, foram percecionadas algumas dificuldades, sobretudo no preenchimento dos questionários. Afirmações com sentido negativo, como a questão 14 do questionário de conhecimentos do Anexo B, que fala em “gasto desnecessário”, ou a questão 9 do mesmo questionário, que apresenta uma disjunção (“andar de chinelos ou apenas de meias”), foram questões em que os idosos sentiram dificuldades, até porque muitos referiam que não deviam andar de meias, mas não entendiam que isso já implicaria a resposta ser falsa. Poderá atribuir-se a essa razão esta questão ser a que mais respostas erradas obteve.

Outra situação constatada foi a dificuldade dos idosos em entenderem afirmações genéricas, por exemplo, a afirmação 1 do questionário de conhecimentos (Anexo B) fala da população idosa e ao responderem ouvia-se frequentemente comentários “eu não caio”,

surgindo dúvidas na resposta e como tal houve necessidade de esclarecer que era sobre a população em geral e não sobre o indivíduo que preenchia o questionário.

No que respeita ao manual nunca foram detetadas dúvidas, talvez porque aquando da exposição oral das recomendações, foi dada uma explicação detalhada daquilo que estava escrito, contribuindo assim para a dissipação das dúvidas que entretanto surgissem.

Conclusão

O aumento da esperança média de vida associado ao aumento da população idosa acarreta novos desafios para a sociedade.

Um desses desafios é a prevenção de acidentes neste segmento de população, destacando-se a prevenção de quedas como área de intervenção prioritária, uma vez que as lesões mais frequentes na população idosa resultam de quedas.

Neste sentido várias intervenções têm sido desenvolvidas, onde a componente educativa tem ganho destaque, isto porque, disponibilizando informação aos indivíduos, sobre os comportamentos de risco e os benefícios de os alterarem, está-se a contribuir para que possam tomar decisões mais informadas e conscientes das suas consequências.

Assim sendo, torna-se deveras importante que a informação apresentada vá ao encontro das necessidades de qualquer indivíduo, qualquer que seja o seu nível de LS.

Na pesquisa efetuada verificou-se que vários países já disponibilizam manuais educativos sobre prevenção de quedas, destinados a idosos, o que demonstra que este tema é cada vez mais valorizado. Prevenindo quedas está a apostar-se na melhoria da qualidade de vida dos idosos e na manutenção da sua independência, para além disso a aposta na educação contribui para vir a obter ganhos futuros também em termos económicos.

Na fase I deste projeto verificou-se que os 11 manuais recolhidos não seguem todas as demandas da LS preconizadas na ferramenta de avaliação utilizada. Desses 11 manuais apenas um era de Portugal, e indo ao encontro dos resultados dos outros manuais, em termos de literacia em saúde, não era totalmente satisfatório e não se encontrou informação disponível sobre os efeitos do seu uso.

A análise efetuada, permitiu conferir os pontos fortes e as falhas dos manuais já disponíveis e permitiu que, quando se avançou para a elaboração de um manual, já se tivesse uma maior perceção sobre quais as opções a tomar e que estratégias aplicar, não só para captar a atenção dos leitores, mas também para facilitar a sua aprendizagem.

Esta análise aferiu que a utilização de imagens consonantes com o público-alvo, o recurso a atividades que promovem o envolvimento do utilizador, a utilização de imagens reais, relacionadas com os exercícios físicos propostos, para ilustrar ideias abstratas e a apresentação da informação por tópicos foram os principais pontos fortes encontrados na análise dos manuais. Por outro lado, a utilização de um nível de linguagem superior ao que

a maioria dos indivíduos consegue compreender e a apresentação de cinco ou mais mensagens chave por capítulo foram os principais pontos negativos.

Partindo dos pontos fortes e das falhas encontradas nos manuais analisados e aplicando as demandas da LS apresentadas na literatura, elaborou-se um manual, que foi depois dinamizado.

Esta dinamização, apesar de ter como objetivo a validação do manual, apresentou-se como um complemento ao próprio manual, podendo no futuro virem a tornar-se indissociáveis. Isto porque as sessões, por envolverem contacto direto com os participantes, permitem esclarecer dúvidas que surjam. Para além disso, permitem uma exploração do tema consoante o tipo de grupo em que se está a fazer a intervenção, por exemplo, num grupo rural poderão ser utilizados determinados tipos de abordagem que não serão válidos para um grupo urbano e a intervenção direta permite essa adaptação que o manual por si só e por ser mais *standardizado* não permite.

Adicionalmente pode-se ainda recorrer a vídeos, como aconteceu nas sessões deste projeto, que facilitam a compreensão de determinados conceitos e a assimilação dos mesmos.

As sessões permitem ainda perceber *in loco* a importância e os sentimentos que determinado fator tem na vida dos indivíduos, possibilitando depois encontrar a melhor forma para demonstrar os benefícios que a adoção de determinados comportamentos e atitudes terão nas suas vidas.

Em suma, o manual obtido revelou integrar as componentes que, tanto a literatura como os próprios participantes consideram útil e ajustado à situação real dos idosos, quando integrados nas suas comunidades, e estará ao dispor de quem manifestar interesse em o utilizar quando o objetivo for promover a saúde e um envelhecimento ativo e saudável, particularmente com o foco na prevenção de quedas.

A maior limitação deste projeto, não foi tanto a sua dimensão, mas o facto de os participantes pertencerem a uma comunidade pequena e a sua formação formal ser de nível baixo, o poderá estar relacionado com a ausência de recomendações e críticas relativamente ao manual, podendo afirmar-se, por essa razão, tratar-se do “worst scenario”. Contudo, na nossa perspetiva, um manual adequado a pessoas com baixos níveis de literacia, será muito provavelmente perceptível para outros grupos. No entanto, pretendemos

replicar a aplicação do manual a outros grupos de idosos com diferentes graus de educação formal, nomeadamente a frequentar universidades seniores.

No futuro e para consolidar a validação do manual para a população portuguesa, estão a ser consideradas diligências para dinamizar o manual junto de outros grupos de idosos com diferentes graus de educação formal, nomeadamente a frequentar universidades seniores, onde se poderá esperar mais sentido crítico e diferentes expectativas, contribuindo para a sua melhoria. Da mesma forma, em termos de *design* acreditamos que se poderá melhorar a versão papel e, até mesmo, desenvolver uma versão noutra formato, nomeadamente eletrónico.

Ainda numa perspetiva futura, é nossa intenção integrar este manual num projeto multifatorial de prevenção de quedas e assim continuar a contribuir, não só para a melhoria da saúde individual, como pública, mas também para a criação e divulgação de conhecimento científico, caminho por nós já alicerçado com contributos baseados na nossa primeira e segunda etapas deste projeto:

- *A fall prevention manual for older adults according tp health literacy demands*, apresentado no 2nd IPLeia International Health Congress, em Leiria, nos dias 9 e 10 maio de 2014 (poster); e
- *Aplicação do Health Literacy Index na avaliação de manuais informativos sobre prevenção de quedas destinados a idosos*, apresentado no IX Congresso Português de Osteoporose, organizado pela Sociedade Portuguesa de Osteoporose e Doenças Ósseas Metabólicas (SPODOM), em Aveiro, de 27 de Fevereiro a 1 de Março de 2014 (poster).

Referências Bibliográficas

- Accident Compensation Corporation, ACC. (2012). *Standing up to falls – Your guide to preventing falls and protecting your independence*. ACC: New Zeland
- Age UK. (2013). *Staying Steady: Keep active and reduce your risk of falling*. Age UK: United Kingdom
- American Geriatrics Society, AGS. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (5), 664-672. Doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49115.x
- Bailer, C., Tomitch, L. M. B. & D'Ely, R. C. S. (2011). Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. *Revista Intercâmbio*, XXIV, 129-146, 2011. Retirado de http://www.academia.edu/1651234/A_importancia_do_estudo_piloto_Bailer_Tomitch_and_DEly_2011_
- Centre for Health Advancement. (2010). *Staying active and on your feet*. NSW Department of Health: Australia
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2008). *Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). *Improving Health Literacy for Older Adults: Expert Panel Report*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Center for Health Care Strategies, CHCS. (s.d.). *Fact Sheets: Health Literacy*. New Jersey: Center for Health Care Strategies
- Center for Research and Prevention of Injuries, CE.RE.PRI. (2007). *APOLLO: Strategies And Best Practices For The Reduction Of Injuries*. Athens, Greece: University of Athens
- Clemson, L., Singh, M., Bundy, A., Cumming, R., Manollaras, K., O'Loughlin, P., Black, D. (2012). Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomized parallel trial. *BMJ*, 345, 1-15. doi: 10.1136/bmj.e4547
- Contreiras, T., Rodrigues, E., Nunes, B. (2011). *Adelia - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Instituto Nacional Ricardo Jorge: Lisboa, Portugal
- Comissão Europeia. (2007). *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. Swedish National Institute for Public Health, Stockholm, Sweden.
- Department of Health and Ageing. (2011). *Don't fall for it – Falls can be prevented! A guide to preventing falls for older people*. Australia Government: Australia
- Department of Veterans' Affairs. (2006). *Homefront guide to preventing falls for older people*. Australia Government: Australia
- Direção Geral de Saúde, DGS. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. DGS: Lisboa, Portugal

- Fundación MAPRE. (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: Guia de Prevenção*.
Fundación MAPRE, Portugal
- Fernandes, A. M. (2006). *Projecto SER MAIS - Educação para a Sexualidade Online*.
Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências – Universidade do Porto, Portugal
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitation of age. In: Oliveira, A. L. (coord.), *Promoting conscious and active learning and aging (25-74)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Gardner, M., Robertson, M.C., Campbell, A.J. (2000). Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomized controlled trials. *Br J Sports Med*, 34, 7-17. doi : 10.1136/bjism.34.1.7
- Gawler, S. (2011). *Home Exercise Programme - Postural Stability Strength & Balance* (Vol.1). Later Life Training: United Kingdom
- Gawler, S. (2011). *Home Exercise Programme - Otago Strength & Balance* (Vol.2). Later Life Training: United Kingdom
- Gawler, S. (2011). *Home Exercise Programme - Chair Based* (Vol.3). Later Life Training: United Kingdom
- Gillespie L.D., Robertson M.C., Gillespie W.J., Lamb S.E., Cumming R.G., Rowe B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD007146. Doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.
- Gillespie L.D., Robertson M.C., Gillespie W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 9: CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Grantmakers In Health, GIH. (2004). *Healthy behaviors: Addressing chronic disease at its roots*. Grantmakers In Health: Washington, DC.
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. INE: Lisboa, Portugal
- Kaphingst, K. A., Kreuter, M. W., Casey, C., Leme, L., Thompson, T., Cheng, M. R., Jacobsen, H., et al. (2012). Health Literacy INDEX: development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. *J Health Commun*, 17 Suppl 3, 203-221. doi: 10.1080/10810730.2012.712612
- Lourenço, J. M., Oliveira, M. S. & Monteiro, S. F. (2004). *Investigação – ação: princípios gerais*. Manuscrito não publicado, Metodologia da Investigação I, Departamento de Educação, Faculdade de Ciências – Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2007). *Global Report on Fall Prevention in Older Age*. OMS: Geneva, Switzerland.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark. Consultado a partir de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf

- Lindy Clemson,L., Singh, M.F., Munro, J. (2007). *Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function - LiFE Participant Manual* (Vol. 1). Faculty of Health Sciences, University of Sydney: Australia
- Lindy Clemson,L., Singh, M.F., Munro, J. (2007). *Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function - LiFE Participant Manual 2 Intermediate*. Faculty of Health Sciences, University of Sydney: Australia
- Lindy Clemson,L., Singh, M.F., Munro, J, O’Loughlin, P. (2008). *Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function - CHANGING HABITS FOR LIFE LiFE manual 3, more challenging activities*. Faculty of Health Sciences, University of Sydney: Australia
- Maine Health. (2008). *Fall Prevention Information for Patients and Families*. Maine Health: United States of America
- National Institute on Aging. (2013). *Exercise and physical activity – Your Everyday Guide*. National Institutes of Health: United States of America
- Robert Wood Johnson Foundation, RWJF. (2005). *The Health Literacy Style Manual*. RWJF: New Jersey, United States of America
- Rudd, R. E. (2009). Overview: Low health literacy among older people. In: Centers for Disease Control and Prevention, CDC, *Improving Health Literacy for Older Adults: Expert Panel Report (5-6)*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Saboga Nunes. (s.d.). Documentos de referência em promoção da saúde: A Carta de Ottawa. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Consultado em Novembro 06, 2013 a partir de <http://renasceres.net/wp-content/uploads/2013/10/who-1986-Ottawa.pdf>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), 127-134
- Sihota, S. & Lennard, L. (2004). *Health Literacy being able to make the most of health*. National Consumer Council, London.
- Skelton, D.A. & Todd, C. J. (2007). Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe. Four years on. *J Musculoskelet Neuronal Interact*, 7 (3), 273-278
- Speros, C. I. (2009). More than words: promoting health literacy in older adults. *Online J Issues Nurs*, 14 (3), 1-14. Retirado de: <http://www.medscape.com/viewarticle/717469>
- U.S. Department of Health and Human Services, (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Office of Disease Prevention and Health Promotion
- Winnipeg Regional Health Authority. (2008). *Take Action... to prevent falls*. Winnipeg Regional Health Authority: Canada
- Wizowski, L., Harper, T. & Hutchings, T. (2008). *Writing health information for patients and families* (3rd ed.). Canada: Hamilton Health Sciences

Anexos

Anexo A - Questionário para caracterização do grupo

Este questionário destina-se a recolher dados para caracterização do grupo onde irá ser feita a intervenção relativa ao trabalho de projeto da aluna Catarina Silva, realizado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

É garantido o anonimato dos dados recolhidos.

Dados Pessoais:

Nome (1º e último): _____

Idade: _____ Sexo: Feminino__ Masculino__

Escolaridade: _____

As seguintes perguntas têm por objetivo verificar se tem algum ou alguns dos fatores que aumentam o risco de poder vir a cair.

Coloque um **X** na opção que mais aplica ao seu caso.

	Sim	Não
1. Tem 65 ou mais anos?		
2. Caiu nos últimos 6 meses?		
3. Caiu nos últimos 12 meses?		
4. Caso tenha caído nos últimos 6 ou 12 meses teve alguma lesão (por exemplo: partiu um osso, ficou impossibilitado de fazer alguma coisa)?		
5. Se SIM , qual? _____		
6. Tem três ou mais doenças crónicas (por exemplo: artrite, diabetes, tensão arterial elevada, problemas de coração, problemas de incontinência urinária)?		
7. Faz menos de três refeições diárias?		
8. Por dia, bebe menos de cinco copos de água ou mais de um copo de álcool?		
9. Por dia, toma quatro ou mais medicamentos?		
10. Já passaram mais de dois anos desde a última vez que fez exames à sua visão?		
11. Pratica exercício físico menos de duas vezes por semana (30 minutos por dia)?		

12. Precisa da ajuda dos braços para se levantar de uma cadeira?		
13. Costuma utilizar sapatos de salto alto ou com solas escorregadias?		
14. Em casa, costuma utilizar chinelos ou andar só de meias?		
15. Em sua casa existem objetos que podem originar quedas (por exemplo: tapetes, escadas)?		
16. Tem alguma prótese articular? Se sim, onde? _____		

Muito Obrigada pela sua Colaboração!



Anexo B - Questionário sobre o tema em estudo

Este questionário destina-se a verificar quais os seus conhecimentos sobre o tema “Prevenção de Quedas em Idosos”.

Os dados obtidos serão utilizados para a elaboração do trabalho de projeto da aluna Catarina Silva, realizado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

Idade: _____ Sexo: Feminino__ Masculino __

De seguida são apresentadas várias frases. Assinale com um **X** se acha que são Verdadeiras ou Falsas.

	Verdadeiro	Falso
1. As quedas são frequentes na população idosa.		
2. Ter uma vida ativa ajuda a evitar quedas.		
3. Tomar vários medicamentos aumenta as possibilidades de vir a cair.		
4. Deve consultar o oftalmologista, pelo menos, de 2 em 2 anos.		
5. Uma alimentação saudável ajuda a prevenir quedas.		
6. Fazer caminhadas diárias ajuda os músculos a ficarem mais fortes.		
7. Jardinar é um bom exercício para melhorar o equilíbrio.		
8. Quando não chego a uma prateleira mais alta devo usar um banco para a alcançar.		
9. Em casa devo andar de chinelos ou apenas de meias.		
10. Quando estou no banho devo colocar o sabonete no chão da banheira ou do chuveiro.		
11. É importante ter uma lanterna junto da mesa-de-cabeceira.		
12. Uma casa com tapetes é uma casa segura.		
13. É importante ter junto ao telefone uma lista com números a quem posso ligar em caso de emergência.		

14. Instalar corrimões nas escadas de casa é um gasto desnecessário.		
15. Preciso de comprar cadeiras. As mais adequadas são as sem braços.		

Muito Obrigada pela sua Colaboração!



Anexo C – Folheto Informativo

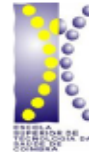
Agendamento das Sessões

Dia	Hora	Tema
29/04 - 3ª Feira	15h30m	O envelhecimento e a saúde
02/05 - 6ª Feira	16h	Alimentação, Medicação e Visão
06/05 - 3ª Feira	15h30m	Atividade Física e Exercícios
08/05 - 5ª Feira	15h30m	Exercícios (continuação)
13/05 - 3ª Feira	15h30m	Calçado, Ambiente Doméstico
19/05 - 2ª Feira	16h	Ambiente Doméstico (continuação), Como reagir em caso de queda.
23/05 - 6ª Feira	16h	Sessão de acompanhamento
27/05 - 3ª Feira	15h30m	Sessão de acompanhamento

Local: Centro de Convívio da
3ª idade do Entroncamento

**A sua presença é importante
em todas as sessões.**

Conto consigo!



Este trabalho está a ser desenvolvido pela aluna Catarina Alexandra Gomes da Silva, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projeto” do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Anabela Correia Martins e coorientação da Mestre Isabel Andrade.

Contactos:

-Catarina Silva: catarinagomesdasilva@gmail.com

Telemóvel: 969486043

Anabela Correia Martins:

anabelacmartins@estescoimbra.pt

Isabel Andrade: imandrade@estescoimbra.pt

Prevenção de quedas



Um desafio ao seu
alcance

Formadora: Catarina Silva
Mestranda em Educação para a Saúde

As quedas e o envelhecimento

À medida que envelhecemos...
... a saúde vai-se alterando;
... a independência passa a ser uma preocupação maior na nossa vida;
... a força muscular e o equilíbrio diminuem, o que pode provocar quedas.

Boa notícia!

As quedas podem ser prevenidas!

Fatores de Risco

As quedas podem ocorrer em qualquer idade, mas quando se tem 65 anos ou mais, as consequências podem ser mais graves e afetar a sua mobilidade, independência e forma de vida.

É importante que conheça os seus fatores de risco, para que possa tomar medidas adequadas para prevenir estas quedas.

Quais as medidas a tomar?

Para saber quais as medidas que pode tomar foi elaborado um manual sobre o tema – Prevenção de quedas em idosos - que contém várias informações sobre como prevenir a ocorrência de quedas.

Aborda vários temas, tais como:

1. A sua saúde
2. Alimentação Saudável
3. Medicação
4. Visão
5. Atividade Física
6. Calçado
7. Ambiente doméstico
8. Como reagir em caso de queda

Para melhor conhecer estas medidas **convido-o (a)** a assistir às sessões informativas que decorrerão no Centro de Convívio da 3ª Idade do Entroncamento.

Anexo D – Tabelas Individuais de análise dos manuais

(1) Exercise and physical activity – Your Everyday Guide

	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A	-		3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1	X		N/A	-		6.2.4		
N/A	-		3.2			1	X	
1.3			1				4/6	2/6
1	X		2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				3/4	1/4	1	X	
1		X	4. User Involvement			2	X	
N/A	-		4.1			3	X	
1.5			1	X		N/A	-	
1		/	2	X		7.2		
2		/	3		X	1	X	
3		/	4	X		2	X	
N/A	X		5	X		3	X	
	4/5	1/5	N/A	-			6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2	X		N/A	-		2	X	
N/A	-			6/7	1/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1	X		5.1				3/3	0/3
N/A	-		1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1		X			
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	7/7	0/7	6.2.1					

(2) Staying Steady : Keep active and reduce your risk of falling

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2		X	1		X
N/A			3			6.2.3		
1.2			4			1	X	
1		X	N/A			6.2.4		
N/A			3.2			1		X
1.3			1				3/6	3/6
1	X		2			7. Instructions		
N/A			N/A			7.1		
1.4.				1/4	3/4	1		
1		X	4. User Involvement			2		
N/A			4.1			3		
1.5			1		X	N/A	X	
1			2		X	7.2		
2			3		X	1	X	
3			4	X		2	X	
N/A			5			3	X	
	3/5	2/5	N/A				3/3	0/3
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1		X	8.1		
1	X		2		X	1	X	
2		X	N/A			2		
N/A				1/7	6/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/2	0/2
N/A			1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2		X	10. Strength of Evidence		
1	X		3		X			
2	X			1/3	2/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A			6.1					
2.4			1		X			
1	X		2	X				
2		X	6.2					
	4/7	3/7	6.2.1					

(3) Standing up to falls – Your guide to preventing falls and protecting your independence

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1	X	
N/A	-		3	X		6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1		X	N/A	-		6.2.4		
N/A	-		3.2			1		X
1.3			1				4/6	2/6
1	X		2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				4/4	0/4	1		X
1		X	4. User Involvement			2		
N/A	-		4.1			3	/	
1.5			1	X		N/A	/	
1	X		2		X	7.2		
2	X		3		X	1	X	
3	X		4		X	2	X	
N/A	-		5		X	3	X	
	6/8	2/8	N/A	-			3/4	1/4
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2	X		N/A	-		2	/	
N/A	-			3/7	4/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/2	0/2
N/A	-		1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3	/		6.Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1		X			
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	6/7	1/7	6.2.1					

(4) Don't fall for it – Falls can be prevented!

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A	-		3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1		X	N/A			6.2.4		
N/A	-		3.2			1		X
1.3			1				4/6	2/6
1	X		2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				3/4	1/4	1		X
1		X	4. User Involvement			2		
N/A	-		4.1			3		
1.5			1	X		N/A	/	
1	X		2		X	7.2		
2	X		3		X	1	X	
3			4		X	2	X	
N/A	-		5		X	3	X	
	6/8	2/8	N/A	-			3/4	1/4
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1		X	8.1		
1	X		2		X	1	X	
2	X		N/A	-		2	X	
N/A	-			1/7	6/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				3/3	0/3
N/A	-		1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1	X				
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	6/7	1/7	6.2.1					

(5) Home Exercise Programme: Postural Stability Strength & Balance / Otago Strength & Balance/ Chair Based

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1		X
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A	-		3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1	X		N/A	-		6.2.4		
N/A	-		3.2			1		X
1.3			1				1/6	5/6
1	X		2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				3/4	1/4	1	X	
1	X		4. User Involvement			2	X	
N/A	-		4.1			3	X	
1.5			1		X	N/A	-	
1	X		2		X	7.2		
2	X		3		X	1	X	
3	X		4		X	2	X	
N/A	-		5		X	3	X	
	8/8	0/8	N/A	-			6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1		/	2	X		1	X	
2	/		N/A	-		2		X
N/A	X			2/7	5/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1	X		5.1				2/3	1/3
N/A	-		1		X	9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			2/3	1/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1		X			
1	X		2		X			
2	X		6.2					
	5/5	0/5	6.2.1					

(6) Riscos domésticos entre os idosos: Guia de Prevenção

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A			3			6.2.3		
1.2			4			1	X	
1		X	N/A			6.2.4		
N/A			3.2			1		X
1.3			1				4/6	2/6
1	X		2	/		7. Instructions		
N/A			N/A			7.1		
1.4.				4/4	0/4	1		
1		X	4. User Involvement			2	/	
N/A			4.1			3	/	
1.5			1		X	N/A	X	
1			2		X	7.2		
2	/		3		X	1		X
3	/		4		X	2	/	
N/A			5	X		3	/	
	3/5	2/5	N/A				0/1	1/1
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1		X	8.1		
1	X		2		X	1		X
2		X	N/A			2	/	
N/A				1/7	6/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				1/2	1/2
N/A			1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3	/		6.Audience Appropriateness					
N/A			6.1					
2.4			1	X				
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	5/7	2/7	6.2.1					

(7) Staying active and on your feet

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A		-
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A		-	3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1		X	N/A		-	6.2.4		
N/A		-	3.2			1		X
1.3			1				3/6	3/6
1		X	2			7. Instructions		
N/A		-	N/A		-	7.1		
1.4.				3/4	1/4	1	X	
1		X	4. User Involvement			2	X	
N/A		-	4.1			3	X	
1.5			1	X		N/A		-
1			2		X	7.2		
2			3	X		1	X	
3			4		X	2	X	
N/A		X	5		X	3	X	
	2/5	3/5	N/A		-		6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2		X	N/A		-	2		X
N/A		-		4/7	3/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/3	1/3
N/A		-	1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A		-	6.1					
2.4			1		X			
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	5/7	2/7	6.2.1					

(8) Take Action... to prevent falls

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1. Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1	X	
N/A	-		3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1		X	N/A	-		6.2.4		
N/A	-		3.2			1		X
1.3			1				4/6	2/6
1		X	2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				3/4	1/4	1	X	
1		X	4. User Involvement			2	X	
N/A	-		4.1			3	X	
1.5			1	X		N/A	-	
1	X		2		X	7.2		
2	X		3	X		1	X	
3	X		4		X	2	X	
N/A	-		5	X		3	X	
	5/8	3/8	N/A	-			6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2		X	N/A	-		2		X
N/A	-			5/7	2/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/3	1/3
N/A	-		1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6. Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1		X			
1		X	2	X				
2	X		6.2					
	4/7	3/7	6.2.1					

(9) Fall Prevention Information for Patients and Families

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A	-		3		X	6.2.3		
1.2			4		X	1	X	
1	X		N/A	-		6.2.4		
N/A	-		3.2			1		X
1.3			1		/		4/6	2/6
1		X	2	/		7. Instructions		
N/A	-		N/A	X		7.1		
1.4.				2/4	2/4	1		X
1		X	4. User Involvement			2		/
N/A	-		4.1			3	/	
1.5			1	X		N/A	-	
1		/	2		X	7.2		
2		/	3		X	1		X
3		/	4		X	2		/
N/A	X		5		X	3	/	
	3/5	2/5	N/A	-			-	-
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1		X	8.1		
1	X		2		X	1	X	
2	X		N/A	-		2		X
N/A	-			1/7	6/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/3	1/3
N/A	-		1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3		X			
2	X			2/3	1/3			
3	X		6.Audience Appropriateness					
N/A	-		6.1					
2.4			1	X				
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	7/8	1/8	6.2.1					

(10) Lifestyle – integrated functional exercise reducing falls and improving function

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A		-
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1		X
N/A		-	3		X	6.2.3		
1.2			4	X		1	X	
1	X		N/A		-	6.2.4		
N/A		-	3.2			1	X	
1.3			1				4/6	2/6
1		X	2	/		7. Instructions		
N/A		-	N/A		X	7.1		
1.4.				3/4	1/4	1	X	
1	X		4. User Involvement			2	X	
N/A		-	4.1			3	X	
1.5			1	X		N/A		-
1		/	2		X	7.2		
2		/	3		X	1	X	
3		/	4	X		2	X	
N/A		X	5		X	3	X	
	4/5	1/5	N/A		-		6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2	X		N/A		-	2		X
N/A		-		4/7	3/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1		X	5.1				2/3	1/3
N/A		-	1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A		-	6.1					
2.4			1		X			
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	6/7	1/7	6.2.1					

(11) Homefront guide to preventing falls for older people

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.Plain Language			3. Supporting Graphics			1	X	
1.1			3.1			N/A	-	
1	X		1	X		6.2.2		
2	X		2	X		1	X	
N/A			3			6.2.3		
1.2			4			1	X	
1		X	N/A			6.2.4		
N/A			3.2			1		X
1.3			1				5/6	1/6
1		X	2	/		7. Instructions		
N/A			N/A			7.1		
1.4.				4/4	0/4	1	X	
1		X	4. User Involvement			2	X	
N/A			4.1			3	X	
1.5			1		X	N/A		
1	X		2		X	7.2		
2	X		3		X	1	X	
3	X		4		X	2	X	
N/A			5			3	X	
	5/8	3/8	N/A				6/6	0/6
2. Clear Purpose			4.2			8. Development Details		
2.1			1	X		8.1		
1	X		2	X		1	X	
2	X		N/A			2		X
N/A				2/7	5/7	8.2		
2.2			5. Skill-based Learning			1	X	
1	X		5.1				2/3	1/3
N/A			1	X		9. Evaluation Methods		
2.3			2	X		10. Strength of Evidence		
1	X		3	X				
2	X			3/3	0/3			
3			6.Audience Appropriateness					
N/A			6.1					
2.4			1	X				
1	X		2	X				
2	X		6.2					
	7/7	0/7	6.2.1					

Anexo E – Manual sobre prevenção de quedas, destinado a idosos residentes na comunidade e que resultou deste projeto.

PREVENIR QUEDAS

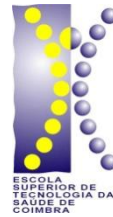
An elderly couple is walking on a paved path in a community center courtyard. The man is wearing a dark jacket and glasses, and the woman is wearing a light-colored vest and white pants. They are walking towards the camera. In the background, there is a modern building with a curved roof and a fenced-in area, possibly a sports field. The sky is overcast.

UM DESAFIO AO SEU ALCANCE

Guia para idosos residentes na comunidade

Este manual pertence a

Caso encontre este manual contacte



Este manual foi desenvolvido pela aluna Catarina Alexandra Gomes da Silva, no âmbito da Unidade Curricular de “Trabalho de Projeto” do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Anabela Correia Martins e coorientação da Mestre Isabel Andrade.

Contactos:

- Catarina Silva:
catarinagomesdasilva@gmail.com
Telemóvel: 969486043
- Anabela Correia Martins:
anabelacmartins@estescoimbra.pt
- Isabel Andrade:
imandrade@estescoimbra.pt

Índice

Introdução	1
Estarei em risco de cair?	2
Como utilizar este manual	4
Capítulo 1: A sua saúde	5
Capítulo 2: Alimentação saudável	7
Capítulo 3: Controle a sua medicação	8
Capítulo 4: Esteja atento à sua visão	11
Capítulo 5: Seja ativo (a)	13
Exemplos de exercícios que pode fazer	15
Recomendações importantes	25
Os exercícios que pratico	26
Capítulo 6: Calçado seguro	28
Capítulo 7: Ambiente doméstico seguro	30
Lista de verificação do ambiente doméstico	34
Capítulo 8: E se cair?	37
Contactos úteis	40

Introdução

- À medida que envelhecemos...

... a saúde vai-se alterando;

... a independência passa a ser uma preocupação maior na nossa vida;

... a força muscular e o equilíbrio diminuem, o que pode provocar quedas.

As quedas podem ser prevenidas!

Prevenir quedas é importante para continuar ativo (a) e independente.

Basta tomar algumas medidas simples e eficazes relativamente à sua saúde e à forma como se comporta.



Boa notícia!

Poderá encontrar essas medidas descritas ao longo dos vários capítulos deste manual.

Estarei em risco de cair?

As quedas podem ocorrer em qualquer idade, mas quando se tem 65 anos ou mais, as consequências podem ser mais graves e afetar a sua mobilidade, independência e forma de vida.

As perguntas seguintes irão ajudá-lo (a) a perceber quais os fatores que aumentam o seu risco de cair.

Se a sua resposta for **SIM** assinale com a letra **X**

1. Tem 65 anos ou mais?	
2. Caiu nos últimos doze meses?	
3. Caiu nos últimos seis meses?	

À medida que envelhecemos a probabilidade de cairmos aumenta. Caso tenha caído nos últimos tempos também há uma maior probabilidade de voltar a cair.

4. Tem três ou mais doenças crónicas (por exemplo: artrite, diabetes, tensão arterial elevada, problemas de coração, problemas de incontinência urinária)?	
--	--

O seu estado de saúde também está relacionado com a probabilidade de vir a cair. Caso sinta alguma alteração na sua saúde deverá contar a um profissional de saúde. Faça um exame geral à sua saúde uma vez por ano.

5. Faz menos de três refeições diárias?	
6. Por dia, bebe menos de cinco copos de água ou mais de um copo de álcool?	

Para uma boa saúde deve fazer pelo menos 5 refeições diárias. A sua alimentação deve incluir alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos. Deve beber pelo menos cinco copos de água por dia e limitar a ingestão de álcool.

7. Por dia, toma quatro ou mais medicamentos?

Sempre que começar a tomar um novo medicamento deve dizer ao médico ou farmacêutico os outros medicamentos que já toma. Isto ajudará a reduzir os efeitos secundários e as interações entre os diferentes medicamentos, que podem torná-lo mais propenso a cair.

8. Já passaram mais de dois anos desde a última vez que fez exames à sua visão?

A nossa visão pode-se alterar sem que demos conta. É importante fazer exames regularmente, pelo menos uma vez de dois em dois anos.

9. Pratica exercício físico menos de duas vezes por semana (30 minutos por dia)?

10. Precisa da ajuda dos braços para se levantar de uma cadeira?

Praticar regularmente atividade física ajuda a fortalecer os músculos e a melhorar o equilíbrio e a coordenação.

11. Costuma utilizar sapatos de salto alto ou com solas escorregadias?

12. Em casa, costuma utilizar chinelos ou andar só de meias?

Usar calçado adequado é importante para prevenir quedas. Deve calçar sapatos com solas antiderrapantes e que lhe sirvam adequadamente.

13. Em sua casa existem objetos que podem originar quedas (por exemplo: tapetes, escadas)?

Um ambiente doméstico seguro pode ajudá-lo a manter uma vida independente.

Conhecer os seus fatores de riscos, que o podem levar a cair, é o 1º passo para saber como prevenir as quedas.

Esta é a altura para agir e reduzir o risco de cair.

Como utilizar este manual?

Neste manual poderá encontrar recomendações e sugestões, para prevenir quedas, divididas em vários capítulos.

Capítulo 1 : A sua **saúde**

Capítulo 2: **Alimentação** Saudável

Capítulo 3: Controle a sua **medicação**

Capítulo 4: Esteja atento à sua **visão**

Capítulo 5: Seja **ativo**

Capítulo 6: **Calçado** seguro

Capítulo 7: **Ambiente doméstico** seguro

Capítulo 8: **E se cair?**

Cada capítulo aborda os principais fatores que contribuem para as quedas.

Deverá aplicar ao seu dia-a-dia as recomendações relacionadas com o seu estilo de vida.

Este manual é seu. Complete as diferentes folhas de anotações com as suas informações pessoais, para ser mais fácil ver o seu progresso.

Utilize a informação da melhor forma, pois só assim pode diminuir a probabilidade de cair.

O envelhecimento e a saúde

Ao longo da nossa vida, o nosso corpo vai sofrendo alterações, assim como a nossa saúde.

Determinadas doenças como

- artrite,
- osteoporose,
- diabetes,
- doença de Parkinson,
- pressão arterial baixa ou elevada,
- depressão, e
- demência

podem causar tonturas, confusão, visão turva, o que pode afetar

- a força,
- o equilíbrio,
- a capacidade para reagir e se mover rapidamente,
- a capacidade para ver potenciais perigos e
- a consciência daquilo que o rodeia.

Como posso gerir a minha saúde e reduzir o risco de cair?

✓ Sempre que tiver **preocupações** sobre a sua **saúde** fale com um profissional de saúde, para evitar que essas preocupações se tornem um problema.

✓ Aconselhe-se com um profissional de saúde, por exemplo um fisioterapeuta, sobre **qual o melhor exercício** para si. Manter os músculos em boas condições é uma parte importante para se manter ativo e independente (ver página 13).

✓ **Reveja** os seus **medicamentos** regularmente com o seu médico ou farmacêutico. Peça-lhes ajuda para saber quais os efeitos secundários dos medicamentos que toma. Informe-os caso esteja a tomar medicamentos naturais ou outros sem prescrição médica (ver página 8).

✓ Fale com o seu nutricionista sobre qual a melhor **alimentação** para a sua situação (ver página 7).

Outras coisas que pode fazer:

- Após ter estado deitado ou sentado, **levante-se lentamente**, para evitar tonturas;
- Faça uma **alimentação equilibrada e beba água**;
- Mantenha-se **ativo**.

No caso de ter osteoporose, a probabilidade de fratura de um osso é maior numa queda. Se tiver esta doença fale com o seu nutricionista para saber qual a melhor alimentação, o tipo de exercício e medicação adequada para si.

Lembre-se

Sempre que sentir alguma alteração na sua saúde fale com um profissional de saúde.

As quedas podem ser evitadas!

Capítulo 2: Alimentação Saudável

Uma alimentação adequada...

- ... é importante em **todas** as etapas da vida humana;
- ... ajuda a **reduzir** o risco de doenças (como a diabetes, osteoporose, doenças cardíacas...);
- ... pode **melhorar** a qualidade de vida nas pessoas com doenças crónicas;
- ... ajuda a manter a independência, mobilidade e a função cognitiva.

Como fazer uma alimentação saudável e prevenir quedas?

- **Coma regularmente** (5 a 7 refeições ligeiras) sem saltar refeições, mastigando bem os alimentos;

- Tome **sempre o pequeno-almoço** e evite longos períodos de jejum;

- Inclua **alimentos dos 7 grupos** da roda dos alimentos;

- Coma **refeições ricas em legumes/verduras, fruta e alimentos ricos em cálcio**, para os ossos se manterem fortes;

- Consuma líquidos em abundância, sendo a **água** a melhor bebida (5 a 8 copos de água por dia).



Fig 1: Roda dos alimentos

Inclua sopa na sua alimentação.

A sopa permite incluir vários produtos hortícolas e legumes. E como é líquida ainda ajuda na hidratação.

O Envelhecimento e a Medicação

- É normal, à medida que envelhecemos, que aumente a medicação que tomamos.

Alguns desses **medicamentos** podem contribuir para as **quedas**, como os comprimidos para dormir, para a ansiedade e para a depressão.



Eles **diminuem** o estado de alerta e podem causar alterações na pressão arterial.

- **Medicamentos:** aqueles que são prescritos pelo médico, os que toma sem ser por receita médica e ainda os medicamentos naturais ou homeopáticos.



- Se tomar **4 ou mais medicamentos** por dia aumenta o risco de cair.
- Todos os medicamentos têm **efeitos secundários** e esses efeitos podem variar de pessoa para pessoa.

Deve avisar o seu médico ou farmacêutico caso sinta:

- Sonolência;
- Tonturas;
- Instabilidade;
- Visão turva ou visão dupla;
- Dificuldade em pensar com clareza.

Dicas para minimizar os efeitos da medicação na sua saúde física

☞ Faça uma **lista dos medicamentos** que toma e traga-a sempre consigo, incluindo quando vai ao médico ou à farmácia. Deve pôr todos os medicamentos que toma incluindo os medicamentos naturais ou suplementos;

☞ Caso tome 4 ou mais medicamentos por dia, peça ao seu médico ou farmacêutico para **rever essa lista** de 6 em 6 meses; se tomar menos medicação faça isso de ano a ano;

☞ **Tome apenas os seus medicamentos.** Não use os de outra pessoa, mesmo que sejam para o mesmo efeito. Siga sempre as instruções do médico ou farmacêutico;

☞ **Se possível evite os comprimidos para dormir.** Pergunte a um profissional de saúde como lidar com os problemas de sono sem usar medicamentos.

Dicas:

- Limite a cafeína, o álcool e o tabaco, porque são estimulantes;
- Evite beber café e chá antes de ir dormir;
- Pratique atividade física;
- Vá para a cama por volta da mesma hora;
- Levante-se por volta da mesma hora.

☞ Atenção: o álcool pode reagir com os medicamentos.

A toma de vários medicamentos aumenta o risco de queda.

Não se automedique.

Informe-se sempre junto do seu médico ou farmacêutico.

OS MEUS MEDICAMENTOS

Registe aqui os medicamentos que toma e porque os toma. Traga **sempre** esta lista consigo. Quando for ao médico ou à farmácia **leve-a** e **mostre-a** ao médico ou farmacêutico.

Data	Medicamento	Para que serve?	Dosagem (quantas gotas, comprimidos,...)	Quando tomo?			
				De manhã	Almoço	Tarde	Noite

Capítulo 4: Esteja atento à sua visão

Os **olhos** ajudam-nos a ver **obstáculos**, a avaliar **distâncias** e a manter o **equilíbrio**. Com a idade isto torna-se mais difícil.

Algumas das alterações **mais comuns** são:

- Dificuldade de adaptação a **mudanças súbitas** na intensidade da **luz**;
- Dificuldade em ver bem em **locais pouco iluminados** (exemplo: ver os móveis numa sala com pouca luz e pouco contraste);
- **Visão turva** (exemplo: dificuldade em ver sinais de trânsito na rua);
- Desenvolvimento de doenças como as cataratas ou o glaucoma (lesão no olho que pode causar cegueira);
- **Dificuldade** em avaliar as **distâncias** e ver as bordas dos **degraus** ou das **escadas**.

Estas alterações são **normais** e normalmente são **graduais**, pelo que **pode não se aperceber imediatamente**.

Como cuidar dos seus olhos e reduzir o risco de cair?

É importante que tome algumas medidas para reduzir o seu risco de cair.

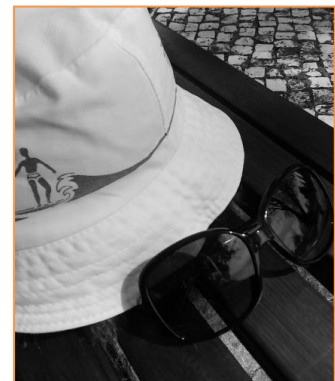
- Consulte um oftalmologista ou optometrista regularmente (pelo menos de 2 em 2 anos);

- Se usar óculos consulte o oftalmologista ou optometrista conforme lhe indicarem. Caso não receba indicação, deve ir pelo menos todos os anos;
- Quando muda de óculos é normal que demore cerca de 2 semanas a adaptar-se, especialmente se as lentes forem **progressivas ou bifocais**;



Caso use destas lentes tenha atenção ao subir ou descer escadas ou passeios.

- Mantenha sempre os seus **óculos limpos**. Se usar mais do que um tipo de óculos verifique que está a usar os corretos (por exemplo: usar os de ler só para isso);
- Nos dias de muito sol, quando for à rua, é importante que utilize **chapéu e óculos de sol**.



Dê **tempo** aos seus olhos para se adaptarem às **mudanças de luz** (quando entra em locais muito escuros ou muito claros).

Praticar atividade física regularmente é uma das melhores decisões que pode tomar para o (a) ajudar a prevenir quedas.

- Quais são os benefícios da atividade física?

A atividade física vai ajudá-lo(a) a

- ☞ Melhorar o seu equilíbrio;
- ☞ Melhorar a sua força muscular e a sua flexibilidade;
- ☞ Manter os seus ossos fortes;
- ☞ Dormir melhor;
- ☞ Controlar a sua pressão arterial.

Ser ativo (a) reduz o risco de cair, mas também ajuda a que se mantenha independente e melhora de forma geral o seu estado de saúde e bem-estar.

- Quanto tempo devo praticar atividade física?

- ☞ O exercício deve ser o suficiente para aumentar o seu batimento cardíaco e acelerar um pouco a sua respiração (sem que isso o (a) impeça de falar normalmente);
- ☞ Pratique pelo menos 30 minutos por dia, 5 dias por semana;
- ☞ Estes 30 minutos podem ser repartidos ao longo do dia, por exemplo pode fazer 15 minutos de exercício de manhã e 15 minutos à tarde.

- Que tipo de atividades posso fazer para prevenir quedas?

- ☞ Inclua atividades que melhorem o seu equilíbrio e a sua força muscular. Pode tentar incluir estas atividades na sua rotina diária;
- ☞ Inclua atividades que melhorem também a sua flexibilidade;

☞ Tipos de atividades que pode fazer:

- Dança;
- Natação;
- Sessões no ginásio (devidamente acompanhadas);
- Exercícios em grupo;
- **Exercícios feitos em casa.**

A idade não é uma barreira! Todos devem praticar atividade física.

☞ Outras formas de praticar atividade física são:

- Realize **atividades domésticas**, como jardinar, varrer folhas secas, lavar o carro...
- **Carregue os sacos** das compras;
- Sempre que puder, e se puder, **use escadas**;
- Quando andar de autocarro saia uma paragem antes e fazer o resto do percurso **a caminhar**;
- Opte por **andar mais a pé** em vez de usar o carro;
- **Levante-se** para mudar o canal de televisão em vez de utilizar o comando.

Se não pratica atividade física há algum tempo comece devagar e vá aumentando o tempo até chegar aos 30 minutos diários.

De seguida serão apresentados exemplos de exercícios que poderá incluir na rotina do seu dia-a-dia.

Peça sempre a opinião a um profissional, de preferência um fisioterapeuta, sobre quais os exercícios mais adequados para si.

EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS QUE PODE FAZER.

Exercício 1 – Exercício de equilíbrio – Transferência de peso do calcanhar para os dedos

▪ Como fazer?

Coloque **um pé atrás do outro**. O calcanhar do pé da frente deve estar a tocar na biqueira do outro pé.

Deverá **transferir o peso do pé da frente para o de trás** e depois do pé de trás para o da frente. Deve repetir várias vezes.



Forma correta de colocar os pés.

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Comecei a fazer este exercício 10 vezes seguidas e agora já faço 15 vezes.

Exercício 2– Exercício de equilíbrio – Apoio numa só perna

▪ Como fazer?

Mantenha-se **apoiado numa perna**. Deve apoiar a sua mão ou os dedos das mãos para maior estabilidade. A posição da outra perna pode variar.



Exercício 3 – Exercício de equilíbrio – Transferência lateral do peso do corpo

▪ **Como fazer?**

Coloque os **pés lado a lado**, ligeiramente afastados, mantendo-os sempre no chão. Durante o exercício deve **aliviar o peso do seu corpo para um lado** e depois para o outro. Para isso deve inclinar-se para o lado o mais que conseguir, sem perder o equilíbrio. Depois deve repetir fazendo o mesmo para o outro lado.



▪ **Dicas:**

Mantenha a sua coluna direita e os pés assentes no chão. Manter o movimento até ao fim.

Faça este exercício junto a uma parede ou a uma bancada, caso precise de se apoiar.

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Comecei a fazer este exercício 10 vezes seguidas e agora já faço 15 vezes.

Exercício 4 – Exercício de equilíbrio – Transferência do peso do corpo para a frente e para trás

▪ Como fazer?

Coloque os pés afastados e apoiados no chão. Depois deve transferir o seu peso para a frente, mantendo os calcanhares no chão.



A seguir deverá transferir o peso para trás para os calcanhares, mantendo os pés no chão.

Incline-se, tanto quanto possível, **sem perder o equilíbrio**.

▪ Dicas:

- Quanto se inclinar para trás tenha sempre um suporte, por exemplo, uma parede.
- Quando se inclina para a frente deverá sentir o peso mais nos dedos dos pés;
- Quando se inclina para trás deverá sentir o peso mais nos calcanhares.

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Comecei a fazer este exercício todos os dias de manhã enquanto espero que a água para o chá aqueça.

Exercício 5 – Exercício de equilíbrio – Passar por cima de objetos (para a frente e para trás)

▪ Como fazer?

Levante a sua perna, dando passos para a frente e para trás. Depois de fazer várias vezes troque de perna. Quando precisar use apoio. Comece devagar e pode olhar para o chão.



▪ Dicas:

- Para ser mais fácil pode colocar um objeto leve no chão e passar a perna por cima dele.
- No fim do exercício NÃO deixe o objeto no chão, apanhe-o fazendo um agachamento.



Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Comecei a fazer este exercício todos os dias à tarde enquanto vejo televisão. Fazia 5 vezes para cada perna e agora já faço 10 vezes.

Exercício 6 – Exercício de equilíbrio - Passar por cima de objetos (para um lado e para outro)

▪ **Como fazer?**

Levante a sua perna, dando **passos para um lado e depois voltando à posição inicial**. Após realizar o exercício várias vezes, **faça o mesmo com a outra perna**. Quando precisar use apoio. Comece devagar e pode olhar para o chão.



▪ **Dicas:**

- Para ser mais fácil pode colocar um objeto leve no chão e passar a perna por cima dele.
- No fim do exercício NÃO deixe o objeto no chão, apanhe-o fazendo um agachamento.



Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Comecei a fazer este exercício todos os dias enquanto o meu almoço cozinha. Faço 10 vezes em cada perna, para a semana quero começar a fazer 15 vezes.

▪ **Quando posso fazer estes exercícios?**

Quando quiser, por exemplo...

- Enquanto espera que a sua torrada fique pronta;
- Enquanto aquece a comida no micro-ondas ou no fogão;
- Enquanto aquece a água para o chá;
- Enquanto espera pelo autocarro.

Exercício 7 – Exercício de Força – Fletir os Joelhos

▪ **Como fazer?**

Em vez de dobrar as costas para apanhar alguma coisa deve **dobrar os joelhos**.

▪ **Dicas:**

Não precisa de fazer agachamentos, basta dobrar ligeiramente os joelhos.

▪ **Quando fazer?**

- Sempre que algum objeto cai pode fazer este exercício;
- Para apanhar o comando da mesa da sala;
- Para arrumar a roupa nas gavetas mais baixas do armário ou para tirar as panelas de dentro dos armários da cozinha, desde que as gavetas estejam abaixo da linha da sua cintura.



Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Faço este exercício de dobrar os joelhos cada vez que abro as gavetas mais baixas do meu armário.

Exercício 8 – Exercício de Força – Permanecer em bicos de pés

▪ **Como fazer?**

- Sempre que precisar de chegar a algo que esteja acima da sua cintura, mesmo que não seja necessário, deve **apoiar-se em “bicos de pés”**;

- Se for necessário pode começar o exercício apoiando as mãos;

- Diminua gradualmente o apoio.

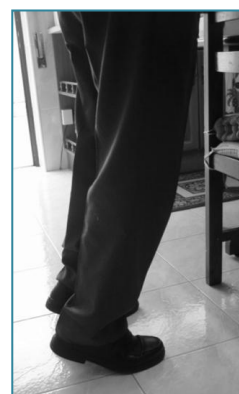
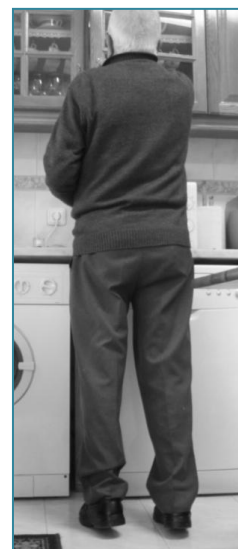
▪ **Quando fazer?**

- Quando vai buscar o seu casaco ao cabide;

- Quando vai buscar as mercearias às prateleiras mais altas da despensa;

- Quando liga ou desliga as luzes;

- Enquanto espera numa fila.



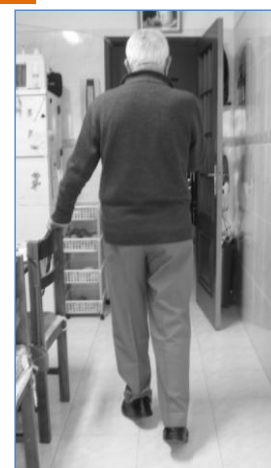
Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: De manhã, enquanto tiro o roupão do cabide da casa de banho estou em bicos de pés.

Exercício 9 – Exercício de Força – Andar em bicos de pés

▪ **Como fazer?**

Caminhe em bicos de pés, mantendo os **calcanhares fora do chão**. Comece o exercício com suporte (por exemplo: pode apoiar-se na bancada da cozinha).



▪ **Quando fazer?**

- Enquanto o almoço coze pode caminhar pela cozinha em bicos de pés;
- Aproveite para fazer este exercício enquanto caminha no corredor de sua casa (pode usar a parede como suporte);

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Todos os dias de manhã, quando vou do quarto para a casa de banho vou em bicos de pés.

Exercício 10 – Exercício de Força – Sentar/ Levantar

▪ **Como fazer?**

Sente-se numa cadeira, sensivelmente a meio do assento. Os pés devem estar bem assentes no chão. O objetivo é **utilizar as pernas para fazer força** e depois levantar-se.



▪ **Quando fazer?**

- Depois de terminar a sua refeição, pode aproveitar a cadeira e fazer o exercício;
- Enquanto assiste às notícias.

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Enquanto vejo o noticiário repito este exercício 10 vezes.

Exercício 11 – Exercício de Força – Subir Escadas

- **Como fazer?**

Suba as escadas, aplicando a força nas suas pernas.

Pode apoiar-se num corrimão, mas é importante que ao longo do exercício vá diminuindo o apoio.

- **Dicas:**

Olhe para as escadas.

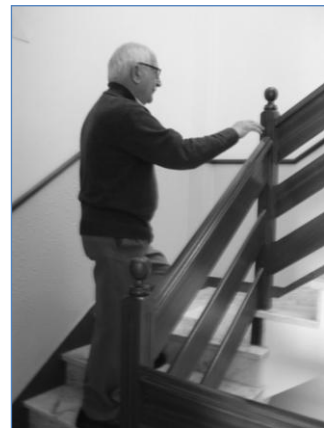
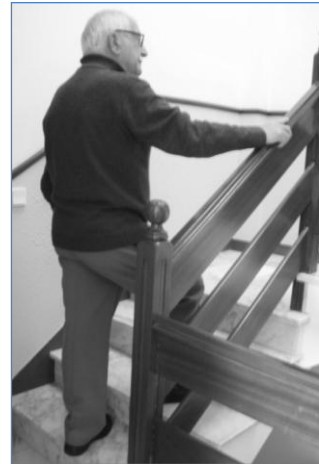
- **Quando fazer?**

- Opte sempre por subir as escadas em vez de ir de elevador;

- Se tiver escadas em casa pode fazer este exercício diariamente.

Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Quando vou ao shopping vou sempre pelas escadas, em vez de usar o elevador.



Exercício 12 – Exercício de Força – Andar de lado

▪ **Como fazer?**

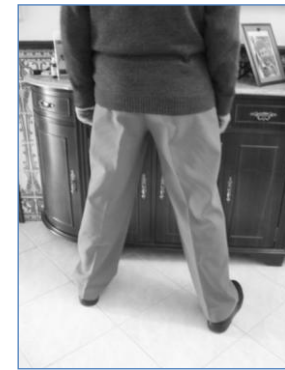
Caminhe para o lado em vez de caminhar para a frente. Se precisar use suporte. Faça este exercício para cada uma das pernas.



▪ **Quando fazer?**

Pode caminhar para o lado:

- Andando ao redor da mesa da cozinha;
- Enquanto caminha no corredor;
- Enquanto vai da cozinha para o quarto.



Registe as mudanças implementadas:

Exemplo: Todas as manhãs ando de lado enquanto vou do quarto para a cozinha.

Recomendações importantes

⇒ **É importante perguntar ao seu fisioterapeuta quais os exercícios mais adequados para si.**

⇒ Quando começar a fazer estes exercícios **deve começar de forma mais leve**, por exemplo, repetindo 5 vezes cada exercício, e **ir aumentando ao longo do tempo** o número de vezes que faz essa repetição.

⇒ Também é importante saber que **não tem de fazer todos estes exercícios de uma só vez**. Pode escolher e fazer um tipo de exercício por dia. Mas deve sempre fazer um **exercício de equilíbrio** e outro **de força** no mesmo dia.

⇒ Por exemplo: Na segunda-feira, pode fazer o exercício 2 de equilíbrio de manhã e à tarde fazer o exercício 9 de força.

- ✓ À medida que envelhecemos é **normal** que os nossos pés sofram **alterações**. É comum mudarem de **forma** e perderem um pouco de **flexibilidade** e de **sensibilidade**.
- ✓ Estas mudanças podem alterar a nossa forma de **andar** e até o nosso **equilíbrio**.
- ✓ Alguns sapatos ou **chinelos** também **umentam** a probabilidade de podermos vir a **escorregar, tropeçar e cair**.
- ✓ É importante cuidar dos pés (ter as unhas aparadas e tratar dos joanetes e das calosidades) e escolher calçado adequado.

O que fazer para manter os pés em boas condições e prevenir quedas?

- Consulte um podologista caso tenha os pés inchados ou dolorosos ou alterações na sua forma ou ainda se sentir um formigueiro;
- Escolha sapatos confortáveis, com tacão baixo (menos de 2.5 cm) e solas antiderrapantes e que sirvam bem no pé;
- Não use chinelos já desgastados e não ande em meias pela casa;
- Pergunte a um profissional de saúde, por exemplo, um podologista, sugestões para melhorar a circulação, de modo a diminuir o inchaço e reduzir a dor nas pernas e nos pés.

Como devem ser os sapatos adequados para prevenir quedas?



Capítulo 7: Ambiente Doméstico Seguro

A prevenção de quedas também deve passar por cuidar do nosso ambiente doméstico.

É importante estarmos seguros dentro da nossa casa. Para isso, existem pequenas coisas que podemos fazer para melhorar a nossa segurança dentro de casa.

Sabia que metade das quedas que afetam os idosos acontecem em casa?

Mantenha a sua casa segura!

⇒ **Iluminação:**

Uma casa bem iluminada é uma casa segura. É muito importante iluminar zonas de escadas ou zonas onde muda o nível do chão.

- Instale **interruptores na parte superior e inferior** das escadas;
- Use **lâmpadas foscas** para ajudar a reduzir o brilho;
- Tenha uma **luz na mesa-de-cabeceira** que possa ligar/desligar sem ter que sair da cama;
- Tenha uma **lanterna na cabeceira da cama**, em caso de faltar a luz;
- Tenha as **escadas fora de casa também iluminadas**;

- Pode instalar **luzes automáticas** na entrada de sua casa, na garagem e nas portas de entrada de casa.

⇒ **Instalar apoios (corrimãos):**

- Instale **corrimãos** onde tiver escadas ou degraus, se possível até ao último degrau. Se quiser pode pôr um corrimão de cada lado da escada;
- Instale **barras de apoio na casa de banho**, quer junto à sanita quer na banheira.

⇒ **Mantenha o caminho livre de obstáculos**

- Remova ou **reorganize os móveis** para tornar o espaço mais amplo;
- **Evite ter cabos soltos** em locais de passagem. Mantenha-os debaixo de móveis ou junto à parede;
- **Retire os tapetes** dos caminhos de passagem, pois pode tropeçar neles. Se quiser manter os tapetes **prenda-os** com fita de dupla-face, velcro ou tachas. Livre-se dos tapetes que se enrolam ou se dobram facilmente;
- Para a cozinha e para a casa de banho escolha **tapetes antiderrapantes**, incluindo o tapete que coloca dentro da banheira/chuveiro;
- Se tiver possibilidade escolha **um chão**



antiderrapante tanto para a cozinha como para a casa de banho;

- Mantenha os **pavimentos exteriores** e os pátios em **bom estado e limpos**, sem folhas ou musgo.

⇒ **Mantenha as coisas que mais usa facilmente acessíveis**

- Na **casa de banho**, principalmente dentro da banheira/chuveiro, mantenha os seus **produtos de higiene pessoal facilmente acessíveis**. Tenha um suporte para estes produtos, para que após os usar os possa colocar no **suporte** evitando que caiam para o chão e provoquem quedas.

- **Reorganize** os seus armários de modo a que as coisas que usa com mais frequência fiquem **mais fáceis de alcançar**;

- À noite, **mantenha as coisas que precisa por perto**, como os seus óculos, o telefone ou uma lanterna.

⇒ **Outras coisas importantes...**

- Certifique-se que a sua **cama tem uma altura adequada** que lhe permita sair facilmente;

- Opte por **cadeiras com braços**, pois são mais fácil para sentar e levantar;

- Não utilize cadeiras ou bancos como se fossem escadotes;

- **Realce as bordas das escadas** da sua casa. Pode pintá-las de branco ou colocar uma fita fluorescente.

Exemplo de sinalização de degraus:



Peça ajuda sempre que precise.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO

- Cerca de **metade das quedas ocorrem em casa**. Pode reduzir a possibilidade de cair se seguir as dicas que foram apresentadas anteriormente.
- A lista de verificação irá ajudá-lo (a) a identificar aspetos que podem aumentar o seu risco de cair.

Faça uma visita a cada divisão da sua casa e com a ajuda desta lista identifique aquilo que o (a) pode pôr em risco.

Assinale com a letra **X** a opção que se aplica à sua situação e depois escrever o que precisa de mudar. O caso “Não se aplica” deve ser escolhido quando as perguntas referem aspetos que não existem em sua casa, por exemplo, se não tiver escadas em casa deverá escolher essa opção.

Entrada e Corredores	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
Os tapetes são antiderrapantes?				
A campainha ouve-se em todas as divisões?				
Os interruptores são fáceis de alcançar e estão próximos das portas?				
Escadas	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
As escadas ou degraus estão bem iluminados?				
Tenho corrimãos nas escadas?				
Os corrimãos são seguros e de fácil acesso?				
Os tapetes ou carpetes estão fixos em segurança?				

As escadas têm revestimento antiderrapante?				
As escadas estão livres de outros objetos?				
Tenho interruptores tanto no início como no fim das escadas?				
Tenho as bordas dos degraus identificados com fita fluorescente ou com tinta de outra cor?				
Sala de Estar/Jantar	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
Tem boa iluminação?				
Os tapetes ou carpetes estão fixados de forma segura ou são antiderrapantes?				
A mobília está organizada para que seja fácil deslocar-me?				
Os cabos elétricos estão fora do espaço de circulação?				
O telefone é fácil de alcançar?				
Cozinha	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
A cozinha é bem iluminada?				
Os objetos que uso mais vezes são fáceis de alcançar (não preciso de subir a alguma coisa ou dobrar-me para chegar a eles)?				
O chão tem pavimento antiderrapante?				
Tenho um pequeno escadote com corrimão, caso precise de chegar às prateleiras mais altas?				
Se entornar alguma coisa no chão tenho utensílios (panos ou esfregona) ao meu alcance para				

limpar?				
Casa de Banho	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
O pavimento é antiderrapante?				
Há tapetes antiderrapantes?				
Consigo entrar e sair facilmente da banheira ou chuveiro (sem ter de me segurar às torneiras ou aos suportes das toalhas)?				
Consigo sentar-me e levantar-me facilmente da sanita?				
Existe alguma barra de apoio dentro da banheira/chuveiro?				
Há tapetes antiderrapantes dentro da banheira/chuveiro?				
Consigo alcançar facilmente o sabonete, champô ou toalha?				
O caminho do meu quarto para a casa de banho é bem iluminado?				
Quarto	Sim	Não	Não se aplica	O que é preciso fazer?
Consigo entrar e sair facilmente da cama?				
A partir da cama, consigo alcançar o interruptor da luz?				
Há telefone no quarto?				
Há espaço livre para circular?				
Existem tapetes antiderrapantes?				
Fora de Casa				
Os caminhos e as entradas em minha casa são bem iluminados à noite?				
O jardim ou pátio está limpo e livre de perigos (por exemplo: mangueiras e ferramentas)?				

Saber o que fazer em caso de queda pode torná-lo mais confiante.

É importante ter um **plano de emergência**:

- a) Saiba a quem **telefonar**: mantenha junto ao telefone uma lista com números de familiares, vizinhos ou amigos.
- b) Tenha o telefone numa mesa baixa, para facilitar o acesso;
- c) Saiba a **técnica** de como se levantar em caso de queda.

Como agir?

1. Mantenha-se calmo;
2. Tente levantar-se;
3. Se se conseguir levantar:
 - a. Use móveis resistentes para se apoiar (ver na página seguinte como);
 - b. Diga a alguém que caiu e se precisar procure ajuda médica;
 - c. Na sua próxima consulta informe o seu médico que caiu.
4. Caso não se consiga levantar:
 - a. Tente **deslizar ou rastejar** para obter ajuda ou chegar ao **telefone**;
 - b. Se não conseguir chegar ao telefone, **Grite por ajuda**;
 - c. Tente manter-se **confortável e aquecido** até chegar ajuda;
 - d. Vá tentando **mover-se para aliviar a pressão** sobre o corpo.

Como levantar-se?

Esta técnica pode ajudá-lo (a) a levantar-se em caso de queda. Algumas pessoas com problemas de joelhos podem ter alguma dificuldade, mas podem pedir ajuda a um profissional de saúde para que este lhe indique a melhor forma de o fazer.



1. Role e coloque o seu corpo de lado.



2. Rasteje ou arraste-se até uma peça de mobília que seja resistente, de preferência uma cadeira.



3. A partir de uma posição ajoelhada, coloque os seus braços em cima do assento da cadeira.



4. Levante um dos seus joelhos, usando a cadeira para se apoiar e ajudar a levantar.



5. Quando ficar de pé o suficiente, rode o seu corpo de maneira a sentar-se na cadeira.



6. Descanse um pouco até se tentar levantar.

Depois de uma queda é importante consultar o médico se:

- Estiver a tomar medicamentos anticoagulantes;
- Bateu com a cabeça e se sente sonolento (a) ou indisposto (a);
- Sente dores ;
- Teve alterações no seu equilíbrio.

Deverá treinar estes movimentos, para no caso de cair se sentir mais confiante e conseguir efetuar estes procedimentos.

CONTACTOS ÚTEIS

▪ Emergência (Polícia, Bombeiros, emergência médica)	112
▪ Saúde 24 (aconselhamento)	808 24 24 24
▪ Linha do Cidadão Idoso (Provedor da Justiça)	800 20 35 31
▪ Bombeiros	
▪ Polícia	
▪ Familiar ou pessoa a quem ligar em caso de urgência	
▪ Centro de Saúde _____	
▪ Médico Assistente _____	
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	

OPINIÃO SOBRE O MANUAL

A sua opinião sobre este manual é **muito importante** e será **valorizada**.

Para ficarmos a saber o que achou sobre este manual basta responder às questões que são apresentadas em baixo selecionando com a letra **X** a resposta que corresponde à sua opinião.

Depois recorte a folha pela linha tracejada e entregue à responsável.

Conteúdo: Quão útil achou as informações dadas?

<input type="checkbox"/> Não foi útil	<input type="checkbox"/> Razoavelmente Útil	<input type="checkbox"/> Útil	<input type="checkbox"/> Muito útil
---------------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------

Apresentação / Aspeto: O que achou da forma como a informação foi apresentada?

<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Razoavelmente	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Muito Boa
--------------------------------	--	------------------------------	------------------------------------

Leitura: Quão fácil foi entender as informações escritas neste manual?

<input type="checkbox"/> Muito Difícil	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> Muito fácil
--	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Exercícios: Quão fácil foi seguir as instruções e imagens dos exercícios?

<input type="checkbox"/> Muito Difícil	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> Muito fácil
--	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Lista de Verificação do Ambiente Doméstico: O que achou desta lista de verificação?

<input type="checkbox"/> Nada Útil	<input type="checkbox"/> Pouco Útil	<input type="checkbox"/> Útil	<input type="checkbox"/> Muito Útil
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Impacto:

Aprendeu novos conselhos ao ler este manual?

<input type="checkbox"/> Não, nada	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Sim, bastante	<input type="checkbox"/> Sim, muito
------------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------

Se identificou um ou mais fatores de risco, pessoais ou ambientais, tomou ou vai tomar alguma ação para resolver esses fatores de risco?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vou pensar nisso	<input type="checkbox"/> Sim, vou tentar	<input type="checkbox"/> Sim, de certeza
------------------------------	---	--	--

Sobre si

Qual a sua idade?

<input type="checkbox"/> menos de 60	<input type="checkbox"/> 60 - 69	<input type="checkbox"/> 70- 79	<input type="checkbox"/> 80-89	<input type="checkbox"/> 90 ou mais
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Sexo

<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
-----------------------------------	------------------------------------

Gostaríamos de conhecer as suas sugestões ou comentários relativamente a este manual. Pode escrevê-las no espaço seguinte.

Muito obrigada por ter colaborado connosco no preenchimento deste questionário.

