



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

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

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

Isabel Maria Miranda Ribeiro

**Lisboa
2024**



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

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

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

Isabel Maria Miranda Ribeiro

Orientadora: Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Este trabalho representou um desafio significativo, cuja superação contou com o apoio fundamental de diversas pessoas.

Expresso profundo agradecimento à Sra. Professora Doutora Laura Viegas, pelo acompanhamento competente e constante.

Agradeço ao Enfermeiro José Valente e à Enfermeira Ana Santos, assim como às Equipes de Saúde da UCSP e da USF, pela sua disponibilidade, colaboração e orientação nos ensinamentos clínicos.

Às Famílias participantes, o meu sincero agradecimento pela confiança e disponibilidade.

Aos Professores do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Familiar, reconheço a importância dos ensinamentos fornecidos.

Não posso deixar de mencionar o apoio das Colegas de Curso, que tornaram esta jornada mais gratificante.

Por último, expresso a minha profunda gratidão à minha Família pelo apoio e compreensão incondicional.

Sem todos vocês, esta conquista não teria sido possível.

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVF – Ciclo de Vida Familiar

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEESF – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HOME FAST – *Home Falls an Accidents Screening Tool*

INE – Instituto Nacional de Estatística

LFD – Linha Flexível de Defesa

LND – Linha Normal de Defesa

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SPSS – Programa Estatístico *Statistical Package for Social Sciences for Windows®*

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

PIESF – Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Este relatório desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem como objetivo descrever e analisar o percurso efetuado durante os ensinamentos clínicos, refletindo sobre as competências desenvolvidas de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino, necessários para a obtenção do grau de Mestre. Tais competências estão alinhadas com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, abrangendo tanto as competências comuns como as específicas do enfermeiro especialista, em enfermagem de saúde familiar.

A especialização em enfermagem assume atualmente um papel fundamental, exigindo do profissional de enfermagem uma atualização constante e proativa para proporcionar cuidados diferenciados e altamente qualificados.

O percurso apresentado agora incluiu a realização de um projeto de intervenção, focado no contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, na prevenção do risco de queda em famílias idosas em ambiente doméstico.

As quedas são um problema de saúde pública com consequências sérias a nível físico e psicológico, resultando na diminuição da mobilidade, na dependência funcional, nos custos de saúde e, por conseguinte, na qualidade de vida destas famílias.

Para fundamentar a atuação no projeto foi utilizada a Teoria dos Sistemas, desenvolvida por Betty Neuman como referencial teórico. Esta teoria permitiu interpretar a família como um sistema complexo, considerando os fatores de risco de queda e as interações entre os membros da família e o ambiente doméstico, permitindo a criação de intervenções personalizadas para promover a segurança destas.

Conclui-se, a partir do projeto realizado, que a intervenção teve uma relevância positiva na prevenção das quedas nas famílias idosas em ambiente doméstico.

Ao avaliar o percurso efetuado, crê-se que as competências previstas foram adquiridas e os objetivos estabelecidos foram alcançados.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Famílias Idosas; Risco de quedas; Ambiente Doméstico; Intervenções de Enfermagem.

Summary

This report, developed as part of the Master's Degree in Family Health Nursing at the Lisbon School of Nursing, aims to describe and analyse the journey undertaken during clinical placements, reflecting on the skills developed according to the Dublin descriptors for the 2nd cycle of education, necessary for obtaining the Master's degree. These competencies are aligned with the guidelines of the Order of Nurses, encompassing both the common and the specific competencies of the specialist nurse in family health nursing.

Specialization in nursing currently plays a crucial role, demanding constant and proactive updating from nursing professionals to provide differentiated and highly qualified care.

The journey presented here included the implementation of an intervention project focused on the contribution of the specialist nurse in family health nursing to the prevention of the risk of falls in elderly families in the home environment.

Falls are a public health problem with serious physical and psychological consequences, resulting in decreased mobility, functional dependence, healthcare costs, and consequently, the quality of life of these families.

To substantiate the action in the project, the Systems Theory developed by Betty Neuman was used as a theoretical framework. This theory allowed for interpreting the family as a complex system, considering the risk factors for falls and the interactions between family members and the home environment, enabling the creation of personalized interventions to promote their safety.

It is concluded, from the project carried out, that the intervention had a positive relevance in preventing falls in elderly families in the domestic environment.

When evaluating the path taken, it is believed that the expected skills were acquired, and the established objectives were achieved.

Keywords: Family Health Nursing; Risk of Falls; Elderly; Home Environment; Nursing Interventions.

Índice

Introdução	11
1. Caracterização dos Contextos Clínicos	13
1.1. Agrupamento dos centros de saúde	13
1.1.1. Polo da UCSP	14
1.1.2. USF	15
2. Atividades Desenvolvidas	18
2.1. Polo UCSP	22
2.2. USF	23
3. Projeto de Intervenção “Contributo do Enfermeiro na Prevenção do Risco de Queda nas Famílias Idosas em Ambiente Doméstico”	26
3.1. Contextualização do projeto	26
3.2. Enquadramento conceptual e teórico	28
3.2.1. A família, a pessoa idosa e o envelhecimento	28
3.2.2. As quedas nas pessoas idosas	29
3.2.3. Intervenções de enfermagem	30
3.2.4. Referencial teórico	32
3.3. Metodologia	34
3.3.1. Avaliação e recolha de dados	35
3.3.2. Análise de dados de avaliação	38
3.3.3. Planeamento de enfermagem	44
3.3.4. Intervenções de enfermagem	44
3.3.5. Avaliação de resultados	47
3.3.6. Considerações finais	52
4. Descritores de Dublin e Competências Específicas do EEESF	55
4.1. Descritores de Dublin	55
4.2. Competências comuns do enfermeiro especialista	56
4.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar	57
5. Conclusão	59

Referências Bibliográficas

ANEXOS

Anexo I – Pirâmide demográfica dos utentes inscritos na USF

Anexo II – Autorização do Coordenador da USF

Anexo III – Autorização do Diretor Executivo do ACES

Anexo IV– Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

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

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

Anexo VII – Certificados das formações frequentadas

APÊNDICES

Apêndice I - Estudo de caso

Apêndice II - Projeto de estágio

Apêndice III - Cronograma de atividades

Apêndice IV - *Scoping Review*

Apêndice V - Questionário de recolha de dados

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

Apêndice VII – Consentimento Informado

Apêndice VIII – Distribuição do core por faixa etária

Apêndice IX – Distribuição do core por sexo

Apêndice X – Distribuição do core por estado civil

Apêndice XI – Distribuição do core de acordo com quem moram

Apêndice XII – Distribuição do core segundo a frequência das doenças que sofre

Apêndice XIII – Distribuição do core segundo o nível de dependência

Apêndice XIV – Distribuição do core segundo as habilitações literárias

Apêndice XV – Distribuição do core segundo o rendimento atual

Apêndice XVI – Distribuição do core segundo a situação perante o trabalho

Apêndice XVII – Distribuição do core segundo a avaliação do estado cognitivo

Apêndice XVIII – Distribuição segundo os tipos de moradia (vive em)

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

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

Apêndice XXI – Distribuição segundo o número de quedas ocorridas (Quantas vezes)

Apêndice XXII – Distribuição segundo o local onde caiu

Apêndice XXIII – Distribuição segundo a divisão da habitação onde caiu

Apêndice XXIV – Distribuição segundo o causa da queda

Apêndice XXV – Distribuição segundo a quem recorre quando tem algum problema ou dificuldade

Apêndice XXVI – Distribuição segundo o risco de queda

Apêndice XXVII – Distribuição segundo se toma medicação regularmente

Apêndice XXVIII – Distribuição segundo que tipo de medicamentos toma

Apêndice XXIX – Distribuição segundo pratica exercício físico

Apêndice XXX – Distribuição segundo quantas vezes pratica exercício físico na semana

Apêndice XXXI – Distribuição segundo ingere bebidas alcoólicas

Apêndice XXXII – Distribuição segundo em que momento ingere bebidas alcoólicas

Apêndice XXXIII – Distribuição segundo a necessidade de cuidados de saúde pós queda

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

Apêndice XXXV - Diagnósticos de enfermagem

Apêndice XXXVI - Plano da primeira sessão no domicílio

Apêndice XXXVII - PowerPoint “Casa Segura na prevenção de quedas”

Apêndice XXXVIII - Panfleto “Casa segura na prevenção de quedas”

Apêndice XXXIX - Questionário de avaliação do conhecimento

Apêndice XL - Questionário de avaliação da satisfação dos utentes

Apêndice XLI - Plano da segunda sessão no domicílio

Apêndice XLII - Adaptação do PowerPoint “Casa Segura na prevenção de quedas” para divulgação em diferentes canais

Apêndice XLIII - Plano da sessão, PowerPoint e inquérito da avaliação da satisfação da apresentação da sessão “*Scoping Review*: Intervenções de enfermagem na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico”

Apêndice XLIV - Indicadores de avaliação, formulas de cálculo e resultados

Apêndice XLV – Distribuição e redução dos stressores do ambiente doméstico identificados após intervenção, de acordo com a escala *HOME FAST*

Apêndice XLVI - Avaliação *SWOT*

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos, indicadores de avaliação e metas

48

Introdução

Este relatório de estágio faz parte do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Resulta do percurso desenvolvido durante os ensinamentos clínicos realizados num Polo de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), visando descrever e analisar as competências adquiridas, alinhando-as aos descritores de Dublin e às competências da Ordem dos Enfermeiros para o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) (Regulamento n.º 428/2018; Regulamento n.º 140/2019).

A família, enquanto objeto de intervenção, passou por transformações significativas ao longo do tempo, influenciadas por diversos fatores. A compreensão dessas mudanças é fundamental para a enfermagem de saúde familiar. Além das estruturas tradicionais, surgiram novas configurações familiares, como homossexuais, adotivas, monoparentais, entre outras, ampliando a diversidade e complexidade do conceito de família (Dias, 2000; Reboredo, 2023).

A família é um sistema dinâmico e autodeterminado, fundamental na influência mútua entre saúde e bem-estar. Atua como cuidadora primária e exerce influência significativa na saúde mental e física dos seus membros. O papel da família ganha destaque em momentos de transição, onde o seu funcionamento é testado e pode gerar mudanças significativas na dinâmica familiar (Alarcão, 2000; Figueiredo, 2012).

A Enfermagem de Saúde Familiar aborda a família como núcleo central dos cuidados, integrando conceitos das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem. Esta perspetiva promove a compreensão e intervenção eficaz junto às famílias, reconhecendo os seus pontos fortes e estabelecendo parcerias colaborativas para impulsionar mudanças positivas (Figueiredo, 2012).

No âmbito da saúde familiar, a avaliação torna-se vital. O enfermeiro de família utiliza modelos teóricos e instrumentos específicos para compreender a dinâmica familiar, aplicando o processo de enfermagem que inclui Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Intervenção e Avaliação Final. Modelos teóricos, como o Modelo Dinâmico

de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, orientam a prática do enfermeiro de família (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Assim, este relatório descreve a intervenção da mestranda durante os ensinamentos clínicos nas unidades de saúde, abordando diferentes contextos de atuação, incluindo a abordagem a uma família idosa a vivenciar uma situação complexa, a elaboração e implementação de um projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar. O projeto de intervenção visou prevenir as quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico, reconhecendo a importância do enfermeiro especialista em saúde familiar na identificação e implementação de estratégias personalizadas na prevenção do risco.

Este relatório está organizado por capítulos que incluem, para além desta introdução, a caracterização dos contextos clínicos (Capítulo 1), a análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas no percurso comum dos contextos clínicos realizados para o desenvolvimento de competências, a apresentação das atividades específicas de cada contexto clínico, nomeadamente o estudo de caso (Capítulo 2), seguido pelo percurso metodológico e os resultados do projeto de intervenção realizado (Capítulo 3). Posteriormente, são apresentados os descritores de Dublin e as competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolvidas (Capítulo 4). Por fim, são apresentadas as principais conclusões obtidas com a elaboração deste relatório, encerrando a documentação desta etapa formativa (Capítulo 5).

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

Além disso, é necessário mencionar que os anexos e apêndices relacionados com este relatório foram organizados em um volume separado, conforme estipulado pelas regras do Regulamento Geral de Funcionamento dos Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem da ESEL.

1 – Caracterização dos Contextos Clínicos

Neste capítulo, apresenta-se uma síntese descritiva dos locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos. Aborda-se o funcionamento, o método de trabalho e a caracterização da equipa de saúde familiar, fornecendo uma visão dos campos de aprendizagem. A caracterização do contexto clínico envolveu a consulta e análise de documentos das Unidades de Saúde, pesquisa em bases de dados como Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP), plataforma SClínico®, além de entrevistas e reuniões com os profissionais de enfermagem. Estas atividades facilitaram a integração nas equipas de saúde e a prática de cuidados de enfermagem nos respetivos locais.

1.1. Agrupamento dos centros de saúde

Os ensinamentos clínicos decorreram num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da ARSLVT. O primeiro ensino clínico, realizado no segundo semestre do primeiro ano do curso, abrangeu dois contextos distintos, conforme orientação da Ordem dos Enfermeiros: um Polo de uma UCSP, que decorreu no período de 8 de maio a 2 de junho de 2023, e uma USF do ACES, no período de 5 de junho a 14 de julho de 2023. Já o segundo ensino clínico, no 1º semestre do 2º ano do curso, ocorreu na mesma USF, entre o período de 25 de setembro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024.

O ACES, formado pela fusão de dois ACES em 2012, abrange dois municípios na área de Lisboa. A missão do ACES é oferecer cuidados de Saúde Primários (CSP) de elevada qualidade aos habitantes desses dois concelhos, visando melhorar a acessibilidade aos CSP, com base em valores como acessibilidade, satisfação, responsabilidade, humanismo, qualidade e competência.

O ACES engloba 4 Centros de Saúde e presta serviços através de 7 Unidades de Saúde Familiar – Modelo B, 10 Unidades de Saúde Familiar – Modelo A, 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Convenção em Concorrência, 4 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e 2 Serviços de Atendimento Complementar. Além disso, dispõe

de serviços de apoio ao Diretor Executivo, Unidade de Apoio à Gestão e Gabinete do Cidadão, bem como um serviço de apoio ao Conselho Clínico e de Saúde, a Comissão de Qualidade e de Segurança do Doente. O ACES ainda conta com o Gabinete *Patient Innovation and Research* para promover a inovação e a pesquisa.

O ACES é assistido na sua área geográfica por dois hospitais, cuja resposta depende das freguesias onde se localizam as unidades de saúde.

Segundo os dados obtidos no Censos 2021 [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2022], a população residente nos concelhos era de 349.624 indivíduos. O grupo etário da população ativa (15-64 anos) foi o que apresentou a maior população residente, com 222.447 pessoas, seguindo pelo grupo etário dos ≥ 65 anos, que contava com 75.218, e, por último, o grupo etário dos 0-14 anos, com 51.959. Além disso, observou-se um aumento do índice de envelhecimento, que passou de 217,3% em 2011 para 288% em 2021. No período entre 2017 e 2021, também se registou um aumento tanto no número de utentes inscritos quanto no número de utentes sem médico de família, aproximando-se dos 100 000.

1.1.1. Polo da UCSP

O estágio no Polo da UCSP teve a duração de 4 semanas. Considerando que os dados desta unidade estão integrados numa perspetiva mais ampla da UCSP à qual pertence, não se consegue observar os seus dados de forma isolada.

Este Polo encontra-se inserido numa das freguesias do município, com uma população de 3 215 habitantes, segundo o Censos de 2021.

A equipa é composta por um médico, dois enfermeiros e duas secretárias clínicas. O método de trabalho da equipa de enfermagem assenta no modelo do enfermeiro de família. Cada enfermeiro é responsável por uma lista de utentes, agrupados em famílias, sendo que a de um deles coincide com o ficheiro do médico de família da equipa a que pertence e o outro reúne um ficheiro de famílias sem médico. O enfermeiro assume um papel fundamental, sendo um recurso próximo e responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em diferentes contextos na comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014). Com o intuito de otimizar os recursos, a

atuação da equipa de enfermagem incide principalmente na prestação de cuidados nas áreas de vigilância de saúde materna, saúde infantil, cumprimento do programa nacional de vacinação, cuidados curativos e assistência domiciliar a famílias que enfrentam situações mais complexas. No caso das famílias sem médico de família atribuído, existe um protocolo interno que permite ao enfermeiro referenciar as que atravessam situações de saúde mais complexas, para as consultas de vigilância no âmbito saúde infantil e materna, criadas para lhe dar resposta na UCSP onde este polo se encontra inserido. Efetivamente, ao nível de vigilância de saúde nos CSP, ficam descuradas as famílias sem médico, apesar destas poderem recorrer às consultas disponibilizadas no atendimento complementar, cuja oferta é insuficiente face às necessidades, considerando a população sem médico de família deste ACES (Câmara Municipal de Loures, 2019). Esta falta de recursos implica uma lacuna nos cuidados de saúde às famílias sem médico designado, o que destaca a necessidade de otimizar os processos de atendimento face à crescente procura e o papel do enfermeiro de família.

1.1.2. USF

A USF é uma das unidades do ACES que atua de forma autónoma em termos organizativos, funcionais e técnicos, oferecendo cuidados de saúde primários aos seus utentes, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 73/2017.

Localizada numa das freguesias do outro concelho do ACES, atende principalmente a população inscrita nesta freguesia. No entanto, também presta cuidados a outros utentes, maioritariamente inscritos em três freguesias limítrofes, devido à possibilidade oferecida às famílias de acompanhar os seus médicos.

Foi fundada em 2010 como USF modelo A e transitou para o modelo B em 2013. Atualmente, está em processo de certificação pela Direção Geral da Saúde (DGS), através do Departamento da Qualidade na Saúde, para obter o reconhecimento como uma unidade acreditada. A acreditação de uma unidade de saúde é um processo no qual a instituição é formalmente avaliada e reconhecida por cumprir padrões e critérios estabelecidos por uma entidade competente. Esse reconhecimento garante que a

unidade de saúde atende a padrões de qualidade, segurança e eficácia nos serviços prestados (DGS, 2011).

Esta unidade tem como missão fornecer cuidados de saúde personalizados à sua população, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade. Também, pretende melhorar a saúde dos utentes, dando ênfase à acessibilidade, autonomia, personalização e proximidade, com o objetivo de aumentar a satisfação da equipa. Tem como visão contribuir para uma vida mais saudável dos cidadãos que serve, respeitando a sua autonomia, valores e origens socioculturais variadas, promovendo a realização profissional da equipa e o progresso dos Cuidados de Saúde Primários. É orientada por valores que incluem a conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, bem como a responsabilidade, competência, humanização, qualidade, confiança, inovação, criatividade e criação de valor na comunidade.

Constituem a estrutura orgânica da USF: o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral, o Conselho Técnico e os órgãos de apoio, como o interlocutor de Enfermagem e o interlocutor administrativo.

A equipa multiprofissional é constituída por nove médicos, nove enfermeiros e sete secretários clínicos. A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (ou micro equipa), a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis pela mesma lista de utentes/famílias. Esta equipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade, a eficiência dos mesmos e em articulação com os restantes serviços do ACES.

A equipa de Enfermagem exerce a sua atividade, em colaboração com os outros elementos da equipa, preferencialmente baseada na prática de Enfermagem de Família, reconhecendo a contribuição do enfermeiro de família na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, e o seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014)

Esta metodologia de trabalho permite acompanhar as famílias em todas as fases do ciclo vital, estabelecendo uma relação empática e de confiança para garantir cuidados de enfermagem de qualidade. Promove a capacitação da família e dos seus membros

através do desenvolvimento do processo de cuidados em conjunto, estimulando a sua participação significativa. O foco dos cuidados é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, atendendo às diferentes etapas do ciclo de vida. Avaliam-se e promovem-se as intervenções mais adequadas para facilitar as dinâmicas familiares em parceria com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Conforme dados extraídos do BI-CSP em janeiro de 2024, referentes a dezembro de 2023, a USF atende uma população de 16.562 utentes, cuja distribuição está detalhada na pirâmide demográfica presente no Anexo I.

Os utentes com 65 anos ou mais, correspondem a 22,09% (3.660), estando esta faixa populacional a aumentar. Esses números têm implicações significativas na prática clínica e na gestão da USF, visto que os idosos representam o grupo mais frequente em consultas e possuem características distintas, como uma maior prevalência de problemas de saúde crónicos, um maior grau de dependência e maior probabilidade de ocorrência de acidentes, como quedas. Nesse contexto, destaca-se o índice de dependência total de 59,94%, com o índice de dependência de jovens a atingir os 24,6% e o de idosos 35,35%.

A USF assegura a carteira básica de serviços, incluindo vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases de vida no âmbito do Programa de Saúde Infantil/Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde Adulto e Idoso, Programa da Diabetes, Programa das Doenças Cardiovasculares (Hipertensão) e Programa dos Rastreios Oncológicos. Além disso, são prestados cuidados em situação de doença aguda, vacinação, cuidados curativos, acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, cuidados no domicílio, interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação numa perspetiva de «gestor de saúde» para os cidadãos.

2. Atividades Desenvolvidas no Contexto Clínico

No âmbito da prática clínica decorrente dos ensinamentos clínicos realizados, este capítulo visa registrar a trajetória formativa percorrida, por meio da descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas para adquirir e desenvolver competências centradas no cuidado à família. Numa fase inicial, descrevem-se as atividades comuns desenvolvidas e posteriormente abordam-se as atividades específicas que decorreram nos diferentes contextos clínicos.

Destaca-se o papel facilitador das equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem, com ênfase na qualidade do acolhimento, integração e prontidão das equipes de enfermagem, especialmente dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Comunitária, responsáveis pela supervisão clínica. Além disso, é relevante ressaltar a facilidade com que a mestranda se integrou nas equipes de saúde e estabeleceu relação terapêutica com as famílias. Demonstrou capacidade de integrar e estabelecer conexões significativas com as famílias, demonstrando habilidade em lidar eficazmente com os desafios da prática clínica e em contribuir de forma positiva para o cuidado integral à saúde das famílias alvo de cuidados.

A trajetória formativa focou-se na aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas do Ensino Especializado em Enfermagem de Saúde Familiar para cuidar à família como uma unidade de cuidados. Isso inclui a capacidade de prestar cuidados específicos em diferentes fases do ciclo vital familiar, abrangendo a prevenção primária, secundária e terciária (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Inicialmente, procedeu-se a observação da estrutura física e organizacional, avaliação das condições de trabalho, recursos humanos e físicos, incluindo programas de registo de dados de saúde. Foram identificados serviços de apoio administrativo e clínico conectados ao ACES. Este período permitiu a coleta de informações sobre os utentes atendidos, práticas dos enfermeiros, dinâmica organizacional e a integração da comunidade.

Durante os ensinamentos clínicos, a atuação pautou-se pela orientação do Ensino Especializado em Enfermagem de Saúde Familiar, visando capacitar a família (como um todo e os seus membros individualmente) ao longo do ciclo vital. Isso incluiu a

identificação de necessidades, o planeamento de intervenções, a promoção de respostas organizativas e a prestação de cuidados diferenciados, conforme estipulado no Regulamento n.º 428/2018 (2018).

No âmbito das consultas e intervenções de enfermagem, que visaram abranger todos os contextos de vida e níveis de prevenção, foi avaliada a necessidade de saúde em grupos-alvo específicos. Realizaram-se consultas interdisciplinares abrangendo áreas como saúde infantojuvenil, saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do adulto, atendimento a utentes com doenças crónicas, especialmente de natureza metabólica e cardiovascular (como diabetes e hipertensão), e cuidados de saúde do idoso. O processo de enfermagem foi operacionalizado, dirigindo-se tanto ao indivíduo quanto à família, o que envolveu a colheita e análise de dados sobre cada família para identificar problemas, formular diagnósticos de enfermagem, planear e a implementar de intervenções, e avaliar os resultados, conforme preconizado por Hanson (2005) e alinhado com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015).

Participou-se ativamente em consultas de visitação domiciliária de enfermagem, oferecendo suporte a utentes e famílias, e acompanhando o elemento da assistência social vinculados à Unidade de Cuidados na Comunidade. Durante estas interações interdisciplinares, diversas habilidades foram dinamizadas, desempenhando papéis multifacetados, como educador em saúde, prestador de cuidados, defensor da família, conselheiro, consultor, agente de mudança ambiental, administrador, identificador de casos e pesquisador (Wright & Leahey, 2018).

Nas consultas programadas, considerando as diferentes etapas de desenvolvimento familiar e/ou individual, foram identificadas necessidades de saúde. As intervenções de enfermagem promoveram a compreensão e aceitação dos estados de saúde-doença, assim como mudanças comportamentais necessárias para alcançar melhores níveis de saúde e autonomia (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O Ciclo de Vida da Família (CVF), compreendido como um método de análise do desenvolvimento familiar, desdobra-se em cinco etapas, segundo Relvas (2006): 1) Formação do casal; 2) Família com filhos pequenos; 3) Família com filhos em idade escolar; 4) Família com filhos adolescentes; 5) Família com filhos adultos. A intervenção de enfermagem destaca a promoção das interações familiares para permitir que decidam conjuntamente sobre os seus problemas de saúde, criando um conceito de família

saudável (Hennessy & Gladin, 2006). O conhecimento das diferentes fases do CVF possibilita a implementação de atividades preventivas, assessoria antecipada, utilização de recursos terapêuticos adequados a cada etapa e a relação das necessidades de cada fase com programas de saúde institucionais ou comunitários (Quel, 2007).

Nas consultas de saúde reprodutiva e de planeamento familiar, direcionadas ao primeiro estágio do CVF, foram abordadas questões relacionadas à identidade, desenvolvimento de relacionamentos, práticas de hábitos saudáveis e crenças culturais. Nas consultas de saúde materna, a preparação para os desafios da gravidez foi enfatizada, considerando o impacto nas dinâmicas familiares e promovendo padrões de comunicação eficazes. Consultas de saúde infantojuvenil permitiram avaliar o desenvolvimento da criança e o desempenho dos pais no papel de parentalidade para a satisfação das necessidades individuais das crianças. Nas consultas de saúde do idoso, com foco na perda progressiva da independência/autonomia, foram trabalhados processos de consciencialização e identificação de forças e oportunidades de crescimento e mudança. A análise das dinâmicas familiares em resposta às transições de vida possibilitou intervenções para capacitar e preparar a família para futuras mudanças incluindo o aumento da dependência.

Durante consultas e visitas domiciliárias, foi possível avaliar alterações nas dinâmicas funcionais e estruturais, comprometendo o funcionamento familiar com repercussões na saúde do sistema familiar.

A comunicação é uma condição essencial para a qualidade dos cuidados e, igualmente, a principal ferramenta terapêutica à disposição do enfermeiro (Phaneuf, 2005). Com o intuito de demonstrar uma prática segura, profissional e ética, foram aplicadas estratégias de resolução de problemas em colaboração com indivíduos e famílias, bem como a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência da equipa de enfermagem e da mestrandia, resultante da relação de proximidade estabelecida com utentes e famílias.

Em todos os momentos, assegurou-se a transmissão de informação e a realização de intervenções adequadas, com o propósito de serem relevantes, corretas, compreensíveis, apropriadas e esclarecedoras, cumprindo a deontologia profissional. A comunicação terapêutica integra o papel autónomo do enfermeiro e exige uma abordagem específica (Gefaell, 2007). Como um instrumento vital que visa o cuidado, ela

promove o respeito, a individualidade, a compreensão e empatia pela pessoa, auxiliando na tomada de decisões éticas e contribuindo para cuidados de enfermagem de qualidade (Coelho & Sequeira, 2014).

Para garantir uma comunicação eficaz, foram implementadas condições específicas em todas as interações, independentemente do contexto ou fase do ciclo de vida. Isso incluiu atenção especial as situações de vulnerabilidade, como o início da parentalidade, transição para um estado de saúde comprometido e reorganização de famílias com idosos em situação de fragilidade. Essas abordagens exigiram respeito pela liberdade e dignidade humanas, bem como decisões personalizadas com base nas necessidades individuais, capacidades e parcerias colaborativas (Regulamento n.º 190/2015, 2015). Essa abordagem contribuiu para uma prática de enfermagem diferenciada, centrada na análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, garantindo a segurança, privacidade e dignidade das famílias (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para operacionalizar a atividade diagnóstica e implementar as intervenções, foram empregues diversas técnicas transversais e de intervenção familiar. Utilizaram-se questões lineares quando nas consultas ou sessões de educação se transmitiu informação, mas incentivando a partilha de experiências e a procura de soluções através de questões circulares (quando se questionou sobre as experiências vivenciadas, sobre as estratégias que se adotaram ou o que fariam numa determinada situação). As questões circulares, visaram evidenciar as diferenças entre os membros da família, proporcionando-lhes uma visão contextualizada das suas relações e incentivando-os a perceber esse contexto da perspectiva dos outros membros. Também foram aplicadas questões reflexivas, as quais facilitam a construção conjunta de novas perspectivas, procurando influenciar os elementos e motivá-los a encontrar soluções autónomas (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo et al., 2022). Esta abordagem foi aplicada em todos os momentos em que as famílias foram levadas a refletir sobre determinado comportamento ou situação de vida, como, por exemplo, ao questionar "o que achavam sobre a implementação das modificações no ambiente doméstico para prevenir quedas?".

Foram prescritos rituais terapêuticos destinados a alterar as normas de funcionamento do sistema familiar, tais como os almoços ou caminhadas em família.

Utilizaram-se os princípios da conferência familiar numa abordagem colaborativa e centrada na família que visou promover a compreensão mútua, a resolução de problemas e o fortalecimento do relacionamento familiar através da comunicação e na tentativa conjunta de se definir um plano de ação com o envolvimento de todos os intervenientes. Incentivaram-se as narrativas pessoais e familiares que permitiram ter uma visão sobre o seu mundo e vivências (Figueiredo et al., 2023).

Foram utilizadas outras técnicas, como o uso de metáforas, com o intuito de encorajar os membros da família a atribuírem novos significados, promovendo assim pensamentos que poderiam motivar a mudança, tal como quando se salientou a importância da prevenção, referindo que “a prevenção é o escudo que nos protege das batalhas contra doenças ou quedas”. O elogio foi empregue para realçar as capacidades da família, orientando o foco para os seus recursos e incentivando a sua utilização. Além disso, foram usadas analogias, que permitiram estabelecer comparações entre a situação em questão e outras semelhantes, conforme observado por Barrento (2020). Por exemplo, quando se comparou “a casa a um jardim bem cuidado, onde os tapetes e obstáculos são como as ervas daninhas que, se não forem removidos, podem representar um risco de tropeção. Da mesma forma que cuidamos do jardim, devemos garantir corredores livres em casa”. Outra analogia utilizada foi em relação à iluminação adequada, comparando-a à “luz do sol para as plantas, pois ajuda a identificar os caminhos e destacar possíveis obstáculos. Manter a casa bem iluminada é fundamental para a segurança”. Além disso, recorreu-se ao paralelismo, que permitiu estabelecer semelhanças entre dois conceitos, como mencionado por Barrento (2020), garantindo que as informações fossem transmitidas de forma compreensível e acessível, promovendo assim a adesão ao tratamento ou às recomendações, como, por exemplo, quando se referiu “a importância de manter o caminho livre de obstáculos para evitar quedas”.

2.1. Polo UCSP

Durante o estágio no polo da UCSP, foi realizado um estudo de caso a uma família idosa a atravessar uma situação complexa - Família Portugal: Apreciação e intervenção

do Enfermeiro de Família (Apêndice I). Este estudo permitiu compreender a dinâmica familiar, identificar transições críticas e oferecer cuidados centrados na família. O acompanhamento e interação com esta família propiciaram o desenvolvimento de competências específicas do EEESF.

Neste estudo de caso, adotou-se o MDAIF, um sistema terapêutico colaborativo que integra as etapas do processo de enfermagem, facilitando a identificação e o cuidado das necessidades familiares. A aplicação sistemática de um raciocínio clínico possibilitou a conceção de cuidados de enfermagem em colaboração com a família e outros profissionais de saúde (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Atuando com a família como foco dos cuidados, foram realizadas atividades direcionadas ao sistema familiar, considerando as suas dinâmicas internas e relações. A avaliação da família como unidade de intervenção abrangeu diversos aspetos, orientando o planeamento das intervenções.

O uso do MDAIF permitiu identificar o sistema familiar como uma unidade complexa e compreender a sua funcionalidade, resultando na formulação de diagnósticos congruentes com os problemas percebidos pela família. Observou-se que a família é mais que a soma dos seus membros, destacando a importância da dinâmica indivíduo-família (Figueiredo, 2012), tal observação foi uma constatação durante o ensino clínico.

A aplicação de diversas escalas e instrumentos permitiu uma análise detalhada da situação da família e orientou o planeamento das intervenções de enfermagem. O envolvimento ativo da família no processo de cuidados visou potencializar as suas forças e recursos, promovendo a sua autonomia e bem-estar (Figueiredo, 2012).

2.2. USF

No percurso formativo dos dois ensinamentos clínicos que decorreram na USF, para além da prestação de cuidados de enfermagem às famílias, anteriormente descrita, ocorreu uma participação ativa no processo de certificação pela DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, para que a unidade seja reconhecida como uma unidade acreditada, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento das

competências de especialista de enfermagem de saúde familiar. Nomeadamente, houve a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre os padrões e critérios estabelecidos pela DGS para acreditação de unidades de saúde, o que levou a uma melhor compreensão dos requisitos essenciais relacionados à qualidade, segurança e eficácia nos serviços de saúde. A presença em reuniões do grupo durante o processo de certificação proporcionou uma visão alargada das práticas e desafios da unidade de saúde. A interação com colegas e a discussão de estratégias para atender aos requisitos de certificação não apenas fortaleceram as habilidades de comunicação interprofissional, mas também permitiram a troca de conhecimento e experiência. A participação na elaboração do manual de boas práticas na área de vacinação, demonstra o envolvimento na implementação de diretrizes padronizadas. Este trabalho contribuiu para o aperfeiçoamento em termos de compreensão de protocolos, procedimentos e boas práticas específicas, sendo elementos fundamentais para a prática de enfermagem em saúde familiar. A participação em auditorias relacionadas com áreas como o consentimento informado, rede de frio e procedimentos de vacinação, não só aprofundou o conhecimento sobre avaliação de processos e conformidade com padrões, mas também proporcionou incentivos a desenvolver habilidades analíticas e críticas na identificação de áreas de melhoria e implementação de mudanças. A participação ativa em todas as fases do processo de certificação contribuiu não apenas para o melhorar das competências técnicas, mas também para o desenvolvimento de competências de gestão, de comunicação e avaliação, fundamentais para um especialista em enfermagem de saúde familiar. Também colaborou com o conselho técnico da USF na avaliação da satisfação dos utentes e profissionais na USF e na análise dos elogios, reclamações e sugestões o que permitiu melhorar as competências na interpretação dos dados de satisfação, gestão de *feedback* e resolução de problemas. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação e uma visão sistémica da gestão em saúde. A abordagem centrada no utente foi enfatizada, promovendo uma prática alinhada com as necessidades reais da comunidade. Em resumo, essa participação proporcionou uma experiência holística, integrando aspetos clínicos, de gestão e comunicação na formação como especialista em enfermagem de saúde familiar.

Durante o primeiro ensino clínico na USF, além dos cuidados de enfermagem às famílias alicerçados na aplicação do processo de enfermagem, delineou-se um projeto de

intervenção em enfermagem de saúde familiar (PIESF) com o título "Contributo do enfermeiro na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico" (Apêndice II). O PIESF teve como objetivo possibilitar o desenvolvimento de boas práticas no contexto de trabalho, promovendo a aquisição de aprendizagens e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar descrita no Regulamento nº 428/2018 (2018), e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros: "Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção" e "Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar". Este projeto resultou da identificação de uma das áreas prioritárias de intervenção, revelada após um primeiro contacto informal em diálogos com os colegas da equipa de enfermagem, onde se constatou a ausência de avaliação do risco de queda. Para fundamentar a elaboração deste projeto, foram realizadas atividades como revisão bibliográfica, análise de dados e consulta à equipa multidisciplinar, culminando em estratégias baseadas em evidências para prevenir quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico. Para a sua implementação, foi elaborado um cronograma de atividades que necessitou de ser ajustado (Apêndice III) devido ao parecer favorável do CES da ARSLVT (Parecer 085/CES/INV/2023), sendo a apresentação do projeto efetuada no início do último ensino clínico, em reunião multidisciplinar da USF. O desenvolvimento deste projeto será detalhado ao longo do próximo capítulo.

3. Projeto de Intervenção “Contributo do enfermeiro na prevenção do risco de queda nas famílias idosas em ambiente doméstico”

3.1. Contextualização do projeto

Neste capítulo, aborda-se o enquadramento, a questão que deu origem ao projeto de intervenção, bem como os objetivos estabelecidos para o mesmo.

O envelhecimento demográfico é uma realidade crescente, resultante da baixa natalidade e do aumento da longevidade (Instituto nacional de estatística [INE], 2021). Estima-se que o número de global de pessoas com 60 anos ou mais duplique até 2050, com um crescimento mais acentuado nos países em desenvolvimento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023).

Em Portugal, a população com 65 anos ou mais ultrapassou os dois milhões, representando 23,4 % do total em 2021, quando era 16,4 % em 2001 (PORDATA, 2023). Este fenómeno é evidente também no concelho onde esta inserida a unidade de saúde onde decorreu o ensino clínico, onde a percentagem de idosos aumentou de 12,0 % em 2001 para 21,9 % em 2021, com um índice de envelhecimento passando de 81,1% para os 138,4 % no mesmo período (PORDATA, 2023). Na USF em questão, esta realidade reflete-se com uma percentagem atual de 21,4 % de idosos.

O envelhecimento traz consigo alterações biopsicossociais progressivas que, associadas às condições do ambiente doméstico, aumentam o risco de quedas, tornando-se um problema de saúde pública (DGS, 2006; Leitão et al., 2018).

As quedas nos idosos representam a segunda causa de morte por lesões não intencionais em todo o mundo (OMS, 2021). Em Portugal, no ano de 2019, as quedas foram a principal causa de acidentes domésticos, levando cerca de 112.988 portugueses a recorrer ao serviço de urgência, dos quais 74,0 % foram mulheres e 62,0 %, homens. Em todos os grupos etários houve uma elevada incidência de acidentes por queda, superior a 49,0 %, destacando-se o grupo etário dos 65 anos ou mais com 88,0 % e destas quedas, 48,0 % ocorreram em casa (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020).

As consequências das quedas incluem dor, incapacidade, perda de autonomia funcional, danos psicológicos, redução da qualidade de vida, institucionalização e morte prematura. Este tipo de lesões tem um impacto negativo a nível pessoal, familiar e social e originam custo elevados para os serviços de saúde (OMS, 2007).

Os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas são as alterações biológicas, comportamentais, socioeconómicas e ambientais, tais como as barreiras arquitetónicas (OMS, 2021). O ambiente domiciliar é fundamental, sendo identificado como o local onde ocorre a maioria das quedas em idosos (Nogueira et al., 2021). Considerando que a maioria dos idosos envelhece em casa, a adaptação do ambiente é fundamental para a sua segurança e qualidade de vida (Fonseca, 2020).

Vários programas nacionais e estratégias, como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, destacam a importância de ambientes capacitadores e seguros (DGS, 2006; DGS, 2017). Estes programas convergem na compreensão da importância do ambiente domiciliar na saúde e segurança dos idosos, defendendo intervenções preventivas e adaptativas para promover um envelhecimento ativo, saudável e seguro (DGS, 2006; DGS, 2017; Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, é fundamental no diagnóstico e na implementação de estratégias personalizadas à família que minimizem/eliminem o impacto dos fatores de risco, em estreita cooperação com esta, reforçando os seus pontos fortes e agilizando processos de mudança com o objetivo de prevenir a queda, promover a saúde e ambientes seguros, melhorar a sua qualidade de vida e promover a sua capacitação na manutenção/restauração do equilíbrio familiar (Regulamento n.º 428/2018).

Neste contexto, este projeto surge da ausência de evidência científica que retrate a realidade deste acontecimento nesta USF, apesar de os enfermeiros serem confrontados regularmente com a problemática resultante destes incidentes. Surge como resposta a uma lacuna identificada na prática clínica da USF, reforçada pelos resultados de uma auditoria aos registos de enfermagem, representando uma oportunidade para intervenções precoces e preventivas. Desta forma, emergiu a questão da pesquisa para este contexto: *Quais são os fatores de risco de queda nas famílias idosas inscritas na Unidade de saúde Familiar da Ramada, no seu ambiente doméstico?*

Assim, este projeto de intervenção de enfermagem de saúde familiar tem como objetivo geral, prevenir quedas em famílias idosas inscritas na USF Ramada no seu ambiente doméstico, sendo definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as famílias idosas inscritas na USF;
- Avaliar o risco de queda nestas famílias;
- Identificar os fatores de risco de queda, no ambiente doméstico, nas famílias idosas.
- Implementar intervenções preventivas da queda nas famílias idosas no seu ambiente doméstico;
- Avaliar o efeito das intervenções de enfermagem implementadas na redução dos fatores de risco no seu ambiente doméstico.

3.2. Enquadramento conceptual e teórico

Neste capítulo, apresentar-se-á a pesquisa da literatura realizada no que diz respeito às áreas estruturantes da problemática em estudo, sendo esta fundamental para compreender o estado atual dos conhecimentos sobre o assunto tratado.

3.2.1. A família, a pessoa idosa e o envelhecimento

Ao longo do ciclo de vida, cada família passa por um processo contínuo de desenvolvimento. Na última etapa do ciclo da vida da família, ocorrem múltiplas transformações, como o declínio funcional, limitações e riscos que afetam a saúde. Estas mudanças incluem o aparecimento de doenças, mudanças nos papéis sociais, afastamento dos idosos da vida social e alterações nas relações entre as gerações, configurações e funcionalidade familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Individualmente, o envelhecimento é um processo natural acompanhado por alterações fisiológicas e progressivas que limitam as atividades funcionais das pessoas idosas (Espada, 2022). Esse processo influenciado por diversos fatores (genéticos, fisiológicos, estado de saúde, estilos de vida, género, cultura, educação e condições socioeconómicas), é único para cada pessoa e requer uma abordagem cuidadosa (Curopos, 2021).

Importa referir que, além da disparidade do envelhecimento, a definição da idade para considerar alguém idoso varia. A OMS (2023) identifica pessoas com 60 ou mais anos como idosos. No entanto, a idade convencionada pelo PNSPI (DGS, 2006), pelo INE (INE, 2021) e na abordagem prática adotada na Europa (União Europeia, 2020) consideram idoso todo a pessoa com 65 anos ou mais (sendo esta a abordagem adotada para este estudo).

É imperativo reconhecer que o envelhecimento reduz as capacidades adaptativas, causando instabilidade no equilíbrio e aumentando a dependência. Portanto, a colaboração entre família, comunidade e profissionais de saúde é fundamental para criar estratégias visando um envelhecimento saudável (Espada, 2022).

Um dos obstáculos ao envelhecimento ativo e saudável nas famílias idosas é a ocorrência frequente de quedas, exigindo medidas preventivas.

3.2.2. As quedas nas pessoas idosas

A queda em pessoas idosas é um fenómeno complexo, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) como o evento no qual um indivíduo inadvertidamente vai ao chão ou a um nível inferior. Este incidente, frequentemente associado à população de idade mais avançada, tem implicações negativas significativas nas atividades diárias e qualidade de vida (Aoyama et al., 2011; DGS, 2019).

A complexidade das quedas reflete-se em diversas classificações, destacando-se as fisiológicas antecipáveis (ocorrem em pessoas com risco de queda e alterações fisiológicas tais como alterações da marcha, uso de dispositivos médicos de locomoção e pessoas confusas, desorientadas no tempo e/ou espaço), acidentais (ocorrem por fatores externos nas pessoas sem risco de queda) e fisiológicas não antecipáveis (ocorrem em quem não tem risco de queda, geralmente devido a alterações do equilíbrio e perda de consciência). As duas primeiras podem ser evitadas, enquanto as quedas fisiológicas imprevistas são mais desafiadoras de prevenir (Morse, 2009).

As consequências das quedas, especialmente na população idosa, são significativas e abrangem dor, incapacidade, perda de autonomia funcional, redução da qualidade de vida, institucionalização e, em casos extremos, morte prematura. Esses

impactos refletem-se a nível pessoal, familiar e social, além de gerarem custos elevados para os serviços de saúde (OMS, 2007).

A ocorrência de quedas resulta de uma interação complexa de fatores de risco, categorizados em diversas dimensões. Os fatores de risco biológicos ligados as características intrínsecas da pessoa, como idade, género e raça, associam-se ao envelhecimento e ao declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas. Os fatores de risco comportamentais englobam as ações humanas, emoções e escolhas diárias, como polimedicação, consumo excessivo de álcool e sedentarismo, os quais podem ser modificados. Os fatores socioeconómicos referem-se aos baixos rendimentos, baixa escolaridade, condições habitacionais inadequadas, falta de interação social e acesso limitado aos cuidados de saúde e assistência social, influenciando as condições sociais e económicas da população idosa. Por fim, os fatores de risco ambientais estão associados às condições físicas do ambiente envolvente, incluindo perigos domésticos, como obstáculos, tapetes soltos, pisos inadequados, iluminação desadequada, ausência de barras de apoio, calçado inadequado, desempenham um papel vital na predisposição às quedas, exigindo estratégias preventivas adequadas (OMS, 2007).

Morse (2009) destaca a importância de prever e relatar quedas, considerando-as como o aspeto mais crucial na prevenção. O conhecimento aprofundado dos fatores de risco e mecanismos das quedas é o ponto de partida para a redução desses acidentes em famílias idosas que vivem de forma independente na comunidade (DGS, 2012).

Mudanças comportamentais e modificações ambientais são fatores de proteção essenciais contra quedas, em idosos. A adoção de estilos de vida saudáveis é fundamental para o envelhecimento saudável e independência (OMS, 2007). No contexto dos fatores de risco ambientais, escadas, pisos escorregadios e tapetes soltos são exemplos críticos que funcionam como riscos ocultos, exigindo intervenções imediatas (OMS, 2007).

3.2.3. Intervenções de enfermagem

A Enfermagem de Saúde Familiar enfatiza a liderança única dos profissionais de enfermagem no domínio biopsicossocial, promovendo a saúde das famílias e dos seus membros (Regulamento das Competências Específicas do EEESF, 2018). O enfermeiro,

visando a excelência, concentra-se na prevenção de complicações, incluindo quedas, demonstrando competências avançadas e de perito (Benner, 2001). Este profissional baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, participando ativamente na pesquisa para fundamentar decisões e intervenções (OE, 2019).

A avaliação do risco de queda é essencial, integrando análises biopsicossociais e ambientais, considerando fatores como histórico de quedas, exame físico e avaliação funcional (OMS, 2007; Montero-Odasso et al., 2022). Instrumentos de avaliação de risco de queda, variando conforme a população e contexto, são fundamentais, especialmente em cuidados de saúde primários com uma população predominantemente idosa (Todd & Skelton, 2004; OMS, 2007).

Intervenções eficazes envolvem modificações ambientais e programas de formação para enfermeiros, reduzindo custos e promovendo alta eficácia (OMS, 2007).

A abordagem metodológica da revisão sistemática da literatura proporciona ao enfermeiro acesso à evidência científica, sustentando a sua prática diária. Assim, foi realizada uma *Scoping Review* (Apêndice IV) com o objetivo de identificar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem na prevenção do risco de quedas nas famílias idosas em ambiente doméstico. A pesquisa foi orientada pela seguinte questão de partida "Quais intervenções os enfermeiros realizam para prevenir quedas entre idosos nos seus ambientes domésticos?". Os resultados da pesquisa revelaram estratégias abrangentes, destacando avaliações multidimensionais e individualizadas, a personalização dos cuidados, educação, modificações ambientais e *follow up* como elementos vitais (Campani et al., 2021; Frith et al., 2019; Kim, 2022; Ruiz & Porcel, 2021; Moreira et al., 2022). Pesquisas específicas ressaltam a eficácia de intervenções educacionais, modificações do ambiente doméstico e programas de prevenção de quedas (Tiefenbachová & Zeleníková, 2019; Moreira et al., 2022; Ruiz & Porcel, 2021). Estratégias como avaliações individualizadas, envolvimento ativo dos idosos, adaptações no ambiente domiciliar e monitorização contínua emergem como essenciais nas intervenções conduzidas pelo enfermeiro (Campani et al., 2021; Frith et al., 2019; Kim, 2022). Estas considerações sublinham a importância crescente do papel do enfermeiro na prevenção de quedas, enfatizando abordagens abrangentes. O enfermeiro, ao incorporar estas estratégias, não apenas contribui para a segurança das famílias idosas

no ambiente doméstico, mas também desempenha um papel vital na promoção da qualidade de vida e bem-estar desta população vulnerável.

3.2.4. Referencial teórico

A prevenção de quedas em famílias idosas é uma área fundamental na enfermagem de saúde familiar, visando preservar a autonomia e a qualidade de vida. Neste contexto, o EEESF desempenha um papel fundamental, identificando as necessidades das famílias, definindo estratégias de intervenção e avaliando planos em colaboração com as famílias e restante equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 428/2018).

Esta prática requer uma base teórica sólida sendo, assim, imperativo o uso de modelos teóricos (Hanson, 2005). O presente PIESF, centrado na prevenção de quedas em famílias idosas em ambiente doméstico, é fundamentado nos pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, adaptado à prática familiar. Este modelo destaca uma abordagem multidimensional e sistémica, enfatizando a interação entre o cliente, neste caso, as famílias idosas e o ambiente em que estão inseridas (Neuman & Fawcett, 2011).

No contexto da prevenção do risco de quedas, o ambiente doméstico desempenha um papel crucial. Elementos como superfícies escorregadias, falta de corrimões, iluminação inadequada e obstáculos no percurso podem aumentar significativamente o risco de quedas para os idosos. Assim, é essencial considerar não apenas os fatores individuais de cada idoso, mas também as condições do ambiente nestas famílias idosas vivem (Tiefenbachová & Zeleníková, 2019; Moreira et al., 2022; Ruiz & Porcel, 2021).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman destaca que o cliente é um sistema aberto em constante interação com o ambiente, tanto interno quanto externo. Os stressores presentes no ambiente podem afetar a estabilidade do sistema cliente e aumentar o risco de quedas. Nesse sentido, a intervenção familiar desempenha um papel fundamental na identificação e mitigação desses stressores, bem como na promoção de um ambiente seguro e adaptado às necessidades das famílias idosas (Neuman & Fawcett, 2011).

As famílias idosas e os seus ambientes domésticos, representando o sistema cliente, são apoiadas por diferentes níveis de defesa, conforme proposto pelo Modelo de Sistemas de Neuman. No contexto da prevenção de quedas em famílias idosas em ambiente doméstico, a aplicação das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e de desenvolvimento pode ser vista nos diferentes níveis do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, incluindo o core e as linhas que o envolvem: a Linha Flexível de Defesa, a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência (Neuman & Fawcett, 2011).

No core, que representa a estrutura básica do sistema cliente, composto pelas famílias idosas, encontramos variáveis como idade, sexo, estado civil, presença de doenças e nível de independência (Neuman & Fawcett, 2011). Estes elementos fornecem informação sobre a condição física e psicossocial da família de idosos, influenciando diretamente o seu risco de queda e necessidades de cuidados.

Na Linha Flexível de Defesa, que visa prevenir a invasão de stressores (Neuman e Fawcett, 2011), as variáveis são adaptadas para promover um ambiente doméstico seguro e adaptado às necessidades das famílias idosas. Isso inclui a garantia de passagens livres de obstáculos, a instalação de pisos antiderrapantes e a disponibilidade de iluminação adequada em toda a casa. Além disso, a percepção da família sobre o ambiente doméstico também é considerada, já que uma compreensão adequada dos riscos pode levar a medidas preventivas mais eficazes.

Na Linha Normal de Defesa, que reflete a capacidade adaptativa do sistema ao longo do tempo (Neuman & Fawcett, 2011), as variáveis relacionadas ao estilo de vida e comportamento da família desempenham um papel importante. Isso inclui a prática de exercícios físicos, o consumo de bebidas alcoólicas e o conhecimento dos fatores de risco de quedas pela família. Estes elementos contribuem para a manutenção da qualidade de vida e redução do risco de quedas.

Por fim, nas Linhas de Resistência, que representam os recursos disponíveis para enfrentar os desafios (Neuman & Fawcett, 2011), as variáveis como tipo de habitação, presença de escadas com corrimão, histórico de quedas e apoio familiar são fundamentais. Reforçar estas linhas de defesa pode ajudar a proteger a integridade do sistema cliente e prevenir quedas futuras.

Assim, ao considerar essas variáveis em cada nível do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, é possível desenvolver uma intervenção abrangente e personalizada para

prevenir quedas em famílias idosas em ambiente doméstico, promovendo a sua segurança, autonomia e qualidade de vida.

A intervenção familiar, orientada pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman, procura promover a estabilidade do sistema cliente através dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Isso envolve a identificação e mitigação dos stressores presentes no ambiente doméstico, o reforço das linhas de defesa do sistema cliente e a promoção de estratégias de prevenção de quedas personalizadas e eficazes (Neuman & Fawcett, 2011).

Esta abordagem integrada é essencial para garantir a autonomia e a qualidade de vida das famílias idosas, contribuindo assim para a sua saúde e bem-estar a longo prazo.

3.3. Metodologia

Neste subcapítulo, pretende-se descrever, refletir e esclarecer os aspetos de natureza metodológica que orientaram o projeto, sempre considerando a definição da problemática. O projeto de intervenção procurou avaliar os fatores de risco do ambiente doméstico das famílias idosas inscritas na USF, com o objetivo de prevenir quedas nestas famílias. Para isso, adotou-se o Processo de Enfermagem às famílias, baseado no pensamento crítico, visando cuidados individualizados e de qualidade (Hanson, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A aplicação do processo de enfermagem, conforme discutido por Hanson (2005) e alinhado com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2021), pode ser delineada de maneira estruturada, abrangendo as seguintes etapas: avaliação e recolha de dados, análise de dados de avaliação familiar, planeamento de cuidados, implementação de intervenções e a avaliação dos resultados.

O Processo de Enfermagem às famílias idosas, permitiu proporcionar cuidados personalizados e de qualidade para prevenir quedas. Iniciou-se com a avaliação das famílias e do ambiente doméstico, identificando fatores de risco (stressores) através da aplicação de um questionário. Com base nesses dados, foram elaborados diagnósticos de enfermagem familiar, focalizando áreas críticas que exigiam intervenção. Em colaboração com as famílias e, quando necessário envolvendo a parceria com outros

profissionais de saúde, foram definidas prioridades e desenvolvidos planos de cuidados personalizados, incluindo modificações ambientais e estratégias específicas para reduzir os riscos de quedas. As intervenções foram implementadas, visando promover a segurança a partir do ambiente reconstruído e fortalecer a saúde das famílias idosas. Uma avaliação contínua dos resultados permitiu ajustes para assegurar eficácia na prevenção de quedas. O processo incluiu uma reavaliação constante, adaptando-se às necessidades emergentes e refinando estratégias para melhorar a eficácia do cuidado (Hanson, 2005).

Este subcapítulo está dividido pelas etapas do processo de enfermagem aplicado às famílias, como detalhado a seguir.

3.3.1. Avaliação e recolha dos dados

Em virtude das características do projeto de intervenção desenvolveu-se um estudo descritivo, longitudinal e baseado numa abordagem quantitativa. A abordagem descritiva permitiu caracterizar a população, analisando o risco de queda e os fatores de risco no ambiente doméstico. O carácter longitudinal acompanhou a mesma amostra ao longo do tempo, possibilitando avaliar mudanças ao longo desse período. A metodologia quantitativa utilizou um questionário estruturado com escalas padronizadas, que permitiu recolher dados quantificáveis de forma sistemática que se traduziu em factos objetivos ou acontecimentos e puderam ser analisados estatisticamente (Fortin, 2009).

Dado o carácter investigativo nesta etapa, apresenta-se os pontos inerentes:

Seleção da amostra

Decidiu-se que a população-alvo deste projeto seriam as famílias idosas inscritas na USF e a amostra foi selecionada de maneira não probabilística por conveniência, baseando-se nos seguintes critérios:

- famílias com todos os membros do agregado com 65 anos ou mais, pertencentes a subsistemas conjugal e/ou paternal e/ou fraternal, e inscritas na USF, vinculadas a um ficheiro específico de médico/enfermeiro de família;
- Famílias em que pelo menos um dos membros teve uma consulta de enfermagem na primeira quinzena de janeiro de 2024;

- Famílias com pelo menos um dos membros sem déficit cognitivo, autônomo nas atividades de vida diária e que compreenda português, na forma escrita;
- Famílias cujos membros tenham capacidade de interagir e responder às questões do questionário.

Os critérios de exclusão definidos, foram:

- Famílias em que pelo menos um dos seus membros não esteja inscritos na USF;
- Famílias que residam fora da área geográfica da USF;
- Famílias com algum dos seus membros acamado ou institucionalizado;
- Famílias incapazes de compreender português na forma oral

Procedimento de avaliação e recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados são utilizados no estudo para obter informação da amostra selecionada e identificar os problemas e necessidades. Neste sentido foi elaborado um questionário (Apêndice V) que teve como base normas e orientações de entidades oficiais, bem como os artigos científicos encontrados. O questionário desenvolvido é composto por três partes. A Parte I é composta por 3 escalas: a escala de *Barthel*, o *Mini-Cog Test* (para determinar critérios de inclusão) e a Escala de Quedas de Morse, todas integradas na aplicação SClinico® do SNS. Estas escalas tiveram como objetivo recolher informações para a avaliação do grau de dependência nas atividades diárias, do estado cognitivo e do risco de queda, respetivamente. A parte II foi estruturada de acordo com um conjunto de questões para avaliar as dimensões biológica, socioeconómica, comportamental e ambiental dos fatores de risco de queda preconizadas pela OMS (2007), que permitiu obter dados para caracterizar a amostra. As duas partes são aplicadas a cada membro idoso das famílias. A parte III, composta pela escala *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)*, permitiu avaliar os fatores do ambiente doméstico relacionados a quedas. Esta fase teve como objetivo avaliar o ambiente doméstico da família como um todo, e não dos seus membros individualmente. A aplicação deste questionário permitiu caracterizar a amostra (CORE) e identificar os *stressores* presentes, de acordo com o modelo de Betty Neuman, que contribuem para o risco de queda. Para facilitar a sua leitura elaborou-se um quadro com as variáveis do questionário categorizadas de acordo com o modelo dos sistemas de Betty Neuman

(Apêndice VI). Previamente à aplicação deste, realizou-se um pré-teste com dois participantes não incluídos na amostra, com o propósito de avaliar a sua adequação e compreensibilidade, e para estimar o tempo necessário para o seu preenchimento. Concluiu-se que, para otimizar o tempo, a mestranda preencheria integralmente o questionário com base nas respostas fornecidas pelas famílias e os seus membros, não sendo necessárias quaisquer alterações adicionais. A colheita de dados realizou-se em dois momentos. No primeiro em consulta de enfermagem programada, foi inicialmente explicado a metodologia utilizada, os objetivos e finalidade do mesmo e obtido o consentimento informado de cada membro da família. Todas as famílias que deram o consentimento para o estudo responderam à parte I do questionário. Todas cumpriram os critérios de inclusão, pelo que também lhes foi aplicada a parte II do questionário. No final da consulta foi agendada a visita domiciliar para complementar a avaliação do ambiente doméstico. No segundo momento, realizou-se a primeira visita domiciliar para preencher a parte III do questionário, focada no ambiente doméstico, após informar previamente as famílias sobre a metodologia utilizada, os objetivos e finalidade da mesma. Ao longo das interações com as famílias, estas referiram outros elementos que serão referidos, pela sua pertinência para os objetivos do estudo. Posteriormente, após 4 semanas procedeu-se a segunda visita domiciliar para avaliação da implementação das modificações no ambiente doméstico acordadas na primeira visita domiciliar.

Questões éticas

Num estudo de investigação, a ética desempenha um papel fundamental, considerando a responsabilidade do investigador na proteção dos direitos das pessoas. Assim, foram estabelecidos limites para preservar o respeito pelos participantes, a sua individualidade e dignidade, guiados por cinco princípios éticos: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra desconforto e prejuízo, e ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009). O estatuto da OE (2005) reforça a responsabilidade do enfermeiro, exigindo conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, dignidade humana, e seguindo a legislação e diretrizes internacionais. Para garantir o cumprimento desses deveres e em conformidade com os requisitos éticos, obteve-se autorização do Coordenador da Unidade (Anexo II) e do Diretor Executivo do ACES (Anexo III). Posteriormente, submeteu-se o pedido do parecer à aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, com parecer favorável, como

atrás referido (Anexo IV). Foi ainda obtida autorização para a utilização da versão traduzida do instrumento *HOME FAST* pelos seus autores (Anexo V). Antes de se aplicar os questionários, os participantes foram abordados para obter o seu Consentimento Informado. Após uma explicação dos objetivos do estudo, foi garantido o carácter anónimo e confidencial do mesmo, permitindo que os participantes decidissem de forma esclarecida e voluntária se desejavam participar (Apêndice VII). De modo a garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas a cada família foi realizada a pseudoanonimização dos dados, cujo conhecimento é exclusivo da mestranda. Os instrumentos de recolha de dados preenchidos, encontram-se devidamente guardados num armário fechado num gabinete, sendo que a chave é acessível apenas à enfermeira coordenadora.

3.3.2. Análise de dados de avaliação

Este capítulo apresenta e analisa os resultados do estudo, à luz da teoria de Betty Neuman e da evidência científica. A relevância destes resultados foi fundamental para a identificação de problemas, a elaboração de diagnósticos e a formulação de um plano de intervenção.

Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) for Windows®* versão 29. Recorreu-se a estatística descritiva para caracterização das variáveis fisiológica, sociocultural e de desenvolvimento do core e da linha de resistência, bem como para análise das variáveis fisiológica, psicológica e sociocultural da linha normal de defesa, e das variáveis fisiológica e psicológica da linha flexível de defesa. Esta análise também permitiu a identificação dos stressores considerados negativos (risco de queda e fatores de risco ambiental), que originaram a elaboração de diagnósticos de enfermagem.

Considerando os critérios de exclusão, das 48 famílias que frequentaram as consultas na USF no período estipulado, 31 foram excluídas. Os motivos incluíram residirem fora da área geográfica abrangida pela USF e membros das famílias não inscritos na USF ou com menos de 65 anos ou acamados. Adicionalmente, 7 famílias recusaram participar. A amostra final foi composta por 10 famílias que aceitaram

participar no estudo, após o consentimento informado de cada membro. Foi aplicada a primeira parte do questionário, composta pela Escala de *Barthel* e *Mini-Cog* (ambos disponíveis no aplicativo do SClinico®), e os resultados obtidos permitiram a inclusão destas 10 famílias no estudo.

Core

Na **variável fisiológica**, o sistema cliente é composto por 10 famílias, totalizando 20 membros distribuídos pelas faixas etárias de 71-75 anos (35 %), 76-80 anos (40 %) e 81-85 anos (25 %). A moda da amostra está entre os 76-80 anos, indicando uma predominância de membros com mais de 76 anos (Apêndice VIII). Este perfil é consistente com estudos prévios nos quais se observa idêntica prevalência de idade (Miranda et al., 2017; Tiefenbachová & Zeleniková, 2019; Coimbra et al., 2020; Vaz, 2020; Espada, 2022; Simão, 2022 e Carochinho et. al, 2022). A idade é reconhecida como um fator de risco de queda, e a sua progressão é proporcional ao aumento do risco (OMS, 2007; Ngamsangiam & Suttanon, 2020 e Maia, 2020).

Quanto ao sexo, as famílias são constituídas por igual número de respondentes do sexo feminino e do masculino (Apêndice IX) dados que contrastam com a maioria dos estudos (Rocha et al., 2022), mas refletem a tipologia mais comum das famílias idosas, que são maioritariamente constituídos pelo casal (Serra & Garcia, 2023).

Considerando o estado civil, a maioria das famílias (90 %) é composta por casados ou vivendo em união de facto, com uma pequena percentagem de viúvos/as (10%) (Apêndice X). Estas famílias moram na sua maioria (90 %) com o conjugue, classificando-se como família nuclear, e 10 % correspondem a um subsistema familiar - fratria (Apêndice XI). Estes dados estão em consonância com Chamusca (2019), Coimbra et al. (2020) e Rocha et al. (2022). A literatura sugere que ser casado está associado a um menor número de quedas (Maia, 2020), sendo considerado um fator protetor.

Analisando as patologias presentes, observou-se que as mais frequentes são doenças cardiovasculares (95 %) e problemas visuais (55 %), seguidas por doença endócrina - diabetes (45 %), seguidas por doenças músculo-esqueléticas e problemas auditivos (ambos com 35 %), alterações do equilíbrio (30 %), doença respiratória (25 %), doença gastrointestinal (20 %) e outras (5 %) (Apêndice XII). Estes resultados são semelhantes aos do estudo de Vaz (2020), onde a hipertensão e os problemas de visão foram prevalentes. A literatura atual destaca que estas patologias podem ser

desencadeadoras ou facilitadoras da ocorrência de quedas (Rocha et al., 2022). Todas as famílias referem vigilância de saúde regular pela sua equipa de saúde familiar. É importante destacar que numa das famílias um dos membros apresenta problemas de visão e outro um problema auditivo, o que não pode ser ignorado, pois, a diminuição da visão e da audição interfere na capacidade de calcular distâncias e perceber obstáculos, podendo levar o idoso a cair (Rocha et al., 2022). Esta situação foi identificada numa família como sendo um stressor.

Ao aplicar a Escala de *Barthel*, observou-se que 95 % da amostra era totalmente independente nas atividades de vida diária, enquanto 5 % apresentavam dependência moderada (Apêndice XIII), especificamente no item do controlo urinário - incontinência. Esta situação impacta na família tanto a nível psicológico, causando ansiedade por receio da ocorrência de algum incidente, quanto a nível social, pois o membro tem tendência a isolar-se. No entanto, a família em causa já adotou algumas estratégias para minimizar a situação, como a vigilância em consulta de urologia e o recurso a roupa interior adequada (cueca-fralda).

Na variável sociocultural, em relação à habilitação literária, observou-se um baixo nível de literacia, uma vez que 75% dos membros frequentaram apenas o 1º ciclo de escolaridade, com 5% de analfabetos (outros) e 5% com o 3º ciclo do ensino básico (Apêndice XIV). Estes dados são corroborados por Chamusca (2019), Maia (2020) e Carochinho et al. (2022). A baixa literacia é comum neste grupo etário (Moreira, 2020), e está associada à falta de alfabetização do passado, sendo reconhecida como um dos fatores socioeconómicos que predispõe às quedas (OMS, 2007; Silva et al. 2021). A baixa escolaridade pode afetar a compreensão e aproveitamento das informações relacionadas ao autocuidado e prevenção de quedas (Viera et al., 2018).

Ao serem questionados sobre o seu rendimento atual, aproximadamente 60 % das famílias afirmaram que “dá para viver com o rendimento”, 30 % afirmaram que “permite viver confortavelmente”, e 10 % referiram que “é muito difícil viver” (Apêndice XV). Estes dados assemelham-se aos estudos de Chamusca (2019) e Carochinho (2022). Considerando que apenas uma família (10%) referiu dificuldades significativas e adotou estratégias para minimizar a situação ao coabitarem (irmãos), o rendimento desta família não foi considerado um stressor.

Relativamente à situação perante o trabalho todos os elementos das famílias estão reformados - 100 % (Apêndice XVI). Esses dados estão alinhados com os resultados de Coimbra et al. (2020), que apresentam uma amostra maioritariamente não ativa no que se refere a atividade profissional.

Na **variável de desenvolvimento**, a avaliação do estado cognitivo através da Escala *Mini-cog*, mostra que 100 % da amostra não apresentou déficits cognitivos (Apêndice XVII).

Linha de resistência

Na **variável fisiológica**, é fundamental considerar a caracterização dos fatores ambientais, assim 50 % da amostra vive em vivendas e 50 % em apartamentos (Apêndice XVIII), dos quais 90 % tem escadas e 10 % elevador (Apêndice XIX). Essa distribuição é corroborada pelo estudo de Vaz (2020).

Relativamente à ocorrência de quedas, 70 % dos idosos não caiu no último ano e 30 % caiu (Apêndice XX). Valores que estão ligeiramente abaixo dos 32-42 % da proporção de pessoas maiores de 70 anos que sofrem quedas (OMS, 2010). Dos que caíram, 80 % caiu uma única vez e 20 % cinco vezes (Apêndice XXI). Em 60 % dos casos a queda ocorreu na rua e 40 % em casa (Apêndice XXII), o que é corroborado por Coimbra (2017). Esta situação pode ser justificada pelo fato da maioria da amostra ser independente e manter atividades fora do domicílio. As quedas ocorridas em casa, foram em 100 % dos casos no quarto (Apêndice XXIII), o que é corroborado por Vaz (2020) e Carochinho et al. (2022). Sendo identificada como causa tapetes soltos em 50 % e com igual percentagem problemas de saúde (Apêndice XXIV).

No contexto da **variável sociocultural**, é fundamental considerar a quem as pessoas recorrem em momentos de dificuldade. Ao abordar essa questão específica, verificou-se que a maioria dos membros das famílias (85 %) mencionou recorrer a outros familiares, sendo mencionados como referência única os filhos. As instituições são mencionadas por 20 %, sendo a USF a única referida, e 5 % mencionam outros, referindo-se especificamente ao médico de família (Apêndice XXV). Esses resultados são consistentes com Pinho (2015), que destaca o papel essencial da família na provisão de apoio instrumental, de aconselhamento e de convívio/socialização. Esta rede de apoio é identificada como um elemento protetor, destacando a importância das relações

familiares como uma fonte significativa de suporte nos momentos de desafio ou dificuldade.

Na **variável de desenvolvimento**, os resultados da Escala de Morse revelam que 80 % dos utentes apresentaram baixo risco de quedas devido a presença de diagnósticos secundários, 15 % médio risco devido a queda e a presença de diagnósticos secundários, e 5 % alto risco de queda por presença de três fatores – aos anteriores acresce a alteração da mobilidade (Apêndice XXVI).

Linha normal de defesa

Na **variável fisiológica** é fundamental considerar os seguintes fatores comportamentais. Assim, todos membros das famílias tomam regularmente medicação (100 %) (Apêndice XXVII). A distribuição do tipo de medicação tomada é a seguinte: 90 % anti-hipertensivos, 75 % colesterol, 55 % Antidiabéticos, 45 % anticoagulantes, 25 % psicofármacos, 20 % outros e 5 % analgésicos e anti-inflamatórios (Apêndice XXVIII). Pinto & Silva (2019) e Rocha et al. (2022) destacam a toma de medicamentos, especialmente ansiolíticos, indutores do sono, anti hipertensores, analgésicos e insulina, como fatores que podem potencializar o risco de queda. No entanto, nas famílias em estudo, a toma de medicação é identificada como elemento protetor, visto que todas realizam vigilância de saúde regular proporcionada pela sua equipa de saúde, que periodicamente realiza uma revisão da medicação e ajustes necessários aos possíveis efeitos secundários relacionados com os que potencializam o risco de queda ou outros.

Sobre a prática de atividade física, 60 % da amostra não pratica (Apêndice XXIX), o que é corroborado pelos dados de Vaz (2020). Dos que praticam, a frequência varia, sendo 37,5 % praticando 7 vezes na semana, 37,5 % 2 vezes na semana, 12,5 % 5 vezes na semana e a mesma percentagem 1 vez na semana (Apêndice XXX). Oliveira (2023) destaca que o exercício físico tem efeitos positivos na prevenção de quedas dos idosos e na melhoria da qualidade de vida. Assim, considera-se a inexistência de prática física como um fator *stressor* negativo, na maioria das famílias.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 70 % da amostra refere não beber e 30 % ingere, todos referindo apenas, às refeições (Apêndice XXXI). Este padrão é idêntico ao referenciado por Vaz (2020). Dos que ingerem, todos referem apenas às refeições (Apêndice XXXII), dados também corroborados por Vaz (2020).

Na **variável psicológica** puderam-se constatar alguns comportamentos de risco, nomeadamente situações em que alguns membros das famílias subiam às bancadas para alcançar utensílios.

Na **variável sociocultural**, durante a interação com estas famílias, foi possível identificar outros *stressores*, principalmente relacionados com o conhecimento destas famílias sobre os fatores de risco de quedas. Na primeira abordagem em relação aos riscos presentes nos seus domicílios, mencionaram exclusivamente os tapetes.

Linha flexível de defesa

Quanto a **variável fisiológica**, na necessidade de cuidados de saúde pós-queda, 50 % necessitou e em igual percentagem, não necessitou (Apêndice XXXIII).

A aplicação da escala *HOME FAST* permitiu identificar vários *stressores* relacionados com o risco ambiental, como inexistência de pavimentos antiderrapantes - 100 %, inexistência de barras de apoio no chuveiro ou banheira - 100 %, subir em algo para pegar itens da cozinha - 90 %, tapetes soltos - 80 %, inexistência de corrimão ou barra de apoio em toda a extensão das escadas ou degraus externos - 70 %, iluminação insuficiente nos degraus e entradas externas - 60 %, iluminação insuficiente - 40 %, passagens com fios e objetos que impedem abertura das portas - 30 %, dificuldade em subir e descer degraus e/ou escadas com facilidade e segurança - 30 %, obstáculos nos caminhos ao redor da casa - 30 %, presença de animais de estimação - 30 %, interruptor inacessível quando está na cama - 20 %, dificuldade em entrar e sair da banheira - 20 %, inexistência de barras de apoio em escadas ou degraus internos - 20 %, uso de chinelos inapropriados - 20 %, pisos em más condições - 10 %, dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama com facilidade e segurança - 10 %, dificuldade em sentar-se e levantar-se da sanita - 10 %, ausência de tapetes e/ou fitas antiderrapantes na box - 10%, banheiro distante do quarto - 10% (Apêndice XXXIV). Os fatores de risco presentes estão em consonância com Maia (2022) e Rosa & Grilo (2022) que referem que os que são mais encontrados na literatura são iluminação inadequada, superfícies escorregadias, ausência de corrimão nas escadas, ausência de barras de apoio no banheiro, ausência de "box", pisos irregulares, tapetes soltos, fios elétricos espalhados pelo chão, presença de escadas na habitação, subir e descer objetos entre outros. Na leitura destes dados identificam-se vários fatores de risco ambiental. Pode-se assim inferir, à luz da evidência,

que as famílias em estudo demonstram possuir a maioria dos fatores de risco para a ocorrência de queda.

No contexto da variável fisiológica da LFD, é fundamental considerar que apenas 5 dos 25 itens avaliados não foram identificados como riscos habitacionais presentes no ambiente doméstico das famílias, fatores estes relacionados com a facilidade de se levantar/sentar na sua poltrona/sofá, facilidade em entrar/sair da banheira, transporte das refeições, visualização das bordas dos degraus/escadas e usar com segurança a(s) porta(s) de entrada.

Na **variável psicológica da LFD**, destaca-se que em algumas das famílias há adaptação do ambiente às suas limitações, como a ausência de tapetes em casa ou a utilização de redes antiderrapantes por baixo deles. Também foi notada a presença de camas articuladas, ajustáveis em altura conforme as necessidades individuais, e a existência de luzes de presença. Isso evidencia a percepção de algumas destas famílias sobre a importância das modificações no ambiente doméstico para a sua segurança, que constituem indicadores que previnem a invasão de stressores para a proteção do core.

A presente análise possibilitou identificar os riscos de quedas entre as famílias idosas no ambiente doméstico e constatou a importância da respectiva avaliação e a correta identificação dos fatores de risco que envolvem o ambiente domiciliar. Isso contribuiu para o mapeamento dos riscos e futuro planejamento conjunto de ações de saúde neste contexto.

3.3.3. Planejamento de enfermagem

A aplicação do questionário possibilitou a identificação de diversos fatores de risco nestas famílias (stressores). Destacam-se os fatores de risco ambientais, evidenciando falta de conhecimento geral sobre esses fatores. Isto é reforçado quando as famílias mencionam exclusivamente a presença de tapetes como um risco. Além disso, identificou-se a falta da prática de exercício físico como outro problema. Todos os problemas de saúde mencionados, considerando o Modelo de Betty Neuman, correspondem a stressores intra sistema. Com base nestes dados foram elaborados diagnósticos de enfermagem utilizando a terminologia da CIPE (Apêndice XXXV), e a sua

priorização emergiu da questão inicial que originou o projeto de intervenção como das preferências das famílias, com base nas suas necessidades, de forma a prevenir e a manter a sua independência e saúde (Hanson, 2005).

Neste contexto, foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Risco de Queda (relacionado com os fatores de risco presentes no ambiente doméstico);
2. Falta de conhecimento sobre prevenção quedas;
3. Autocuidado - exercido físico comprometido.

3.3.4. Intervenções de enfermagem

À medida que se avança na compreensão das complexidades enfrentadas pelas famílias idosas, torna-se imperativo considerar os fatores de proteção das famílias idosas contra quedas como elementos vitais na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. A literatura destaca o papel fundamental da educação na gestão do risco de quedas, enfatizando a necessidade de uma abordagem multifatorial e intervenções personalizadas para as famílias idosas. Além disso, a avaliação domiciliar revela-se como uma ferramenta indispensável, destacando a relevância de sessões educacionais voltadas para a saúde no contexto real, onde existem fatores de risco (Frith et al., 2019; Tiefenbachová & Zeleníková, 2019; Campani et al., 2021; Ruiz & Porcel, 2021; Kim, 2022 e Moreira et al., 2022).

Nas intervenções recomendadas, tanto a nível familiar quanto ambiental, destaca-se a mudança de comportamento e a modificação do ambiente, como a instalação de iluminação adequada, fixação de tapetes, colocação de barras de apoio, reorganização de espaços como ações tangíveis para minimizar riscos. A educação das famílias em risco sobre procedimentos em caso de queda, com acesso à resposta de emergência, visa não apenas à prevenção, mas também à promoção da independência e saúde. A abordagem multidisciplinar reforça a eficácia dessas intervenções, contribuindo positivamente para redução da mortalidade, institucionalização e declínio funcional, além de fortalecer a autoestima das famílias idosas. No contexto do Modelo de Betty Neuman, a escolha e implementação dessas intervenções representam uma fase fundamental no processo de

enfermagem, colaborando ativamente com as famílias para alcançar estados de saúde desejados (Hanson, 2005). Adaptando o modelo teórico à enfermagem familiar, procura-se capacitar as famílias a lidar efetivamente com as fontes de stress, com o propósito de fortalecer o sistema cliente, enfatizando tanto as linhas de defesa quanto as linhas de resistência do sistema agregado, reduzindo os stressores intra sistema identificados para minimizar o risco doméstico. As intervenções específicas foram desenvolvidas e implementadas para atender a essa finalidade.

Neste contexto, o plano de intervenção para a prevenção de quedas em famílias idosas foi personalizado, com duas sessões distintas. A primeira (Apêndice XXXVI), centrada na consciencialização sobre a importância da prevenção de quedas em casa, incluiu uma abordagem expositiva através da apresentação do *PowerPoint* "Casa segura na prevenção de quedas" (Apêndice XXXVII). Esta apresentação abordou os principais fatores de risco do ambiente doméstico, assim como outros fatores relevantes para quedas, destacando as modificações essenciais para tornar o ambiente doméstico mais seguro. Após isso, procedeu-se a identificação de áreas de risco no ambiente doméstico usando a escala *HOME FAST*, com a apresentação concomitante de opções de mitigação, numa perspectiva colaborativa com a família. Posteriormente, foi entregue um panfleto informativo (Apêndice XXXVIII) sobre as medidas a adotar para ter uma casa mais segura, com instruções sobre o que fazer em caso de queda e com contactos telefónicos úteis. No panfleto, foi reservado um espaço específico para registar os riscos identificados nos diferentes espaços do ambiente doméstico, juntamente com as respetivas propostas de melhoria, visando uma orientação mais eficaz às famílias. A sessão foi concluída com as avaliações do conhecimento (Apêndice XXXIX) e a satisfação da sessão (Apêndice XL). A segunda sessão (Apêndice XLI), por sua vez, avaliou a implementação das recomendações negociadas na sessão anterior. Isso envolveu nova aplicação da escala *HOME FAST* para reavaliação do ambiente doméstico, questionando sobre possíveis não implementações e identificação de novos riscos. Foi fornecido reforço positivo, e o processo foi documentado no folheto informativo. A sessão incluiu esclarecimento de dúvidas, síntese dos principais pontos e a avaliação sobre a satisfação da sessão.

Reconhecendo a importância de divulgar o conhecimento a um número maior de famílias, o conteúdo apresentado no *PowerPoint* foi adaptado (Apêndice XLII) e disponibilizado para divulgação através de diferentes canais, como em redes sociais, na

sala de espera e por email, direcionado especificamente às famílias idosas e com idosos da unidade de saúde. Esta iniciativa contou com a parceria de uma médica interna da especialidade do curso de Medicina Geral e Familiar dessa USF. Além disso, promoveu-se a distribuição dos panfletos informativos durante as consultas médicas e de enfermagem frequentadas por famílias idosas.

As famílias identificadas com risco médio ou elevado foram encaminhadas para a enfermeira especialista de reabilitação da USF, que está a desenvolver um programa de exercícios adaptados, visando melhorar a força muscular, equilíbrio, flexibilidade e coordenação motora. Já as famílias classificadas com baixo risco de queda e que não praticavam exercício físico foram incentivadas a usufruir de um recurso da comunidade inscrevendo-se num programa de atividade física implementado pela câmara municipal, onde esta inserida a USF.

Importa referir que as famílias a quem foram diagnosticados outros fatores de risco para quedas que não foram aqui contemplados, foram encaminhadas para a respetiva equipa de saúde para continuação dos cuidados de saúde.

De forma a envolver os profissionais, foi desenvolvida uma sessão (Apêndice XLIII) dedicada à temática da *Scoping Review* que proporcionou o conhecimento fundamentado em evidência científica sobre intervenções de enfermagem na prevenção de quedas em famílias idosas no seu ambiente doméstico. Esta sessão não abordou apenas a metodologia e os resultados específicos, mas também incentivou a reflexão sobre a aplicabilidade prática dessas intervenções na USF. O encerramento da sessão incluiu uma reflexão sobre o papel do enfermeiro na redução do risco de queda, seguida pela avaliação da satisfação da sessão (Apêndice XLIII).

3.3.5. Avaliação dos resultados

Neste subcapítulo, apresenta-se a avaliação dos resultados do projeto de intervenção, conduzida em alinhamento com os objetivos predefinidos e os resultados obtidos. É fundamental salientar que este processo foi contínuo, ocorrendo ao longo da prestação de cuidados e finalizado quando todas as intervenções foram concluídas com

a concordância entre a família e o enfermeiro de que os objetivos foram alcançados com sucesso (Hanson, 2005).

Dentro deste contexto de avaliação, também se examinou o impacto das ações de enfermagem nas famílias e nos seus membros, analisando as melhorias observadas que tiveram impacto nos estados de diagnósticos de enfermagem inicialmente estabelecidos, visando conquistar ganhos para a saúde familiar (Hanson, 2005).

Alinhado com as competências específicas do EEESF, identificou-se a necessidade de estabelecer indicadores específicos e mensuráveis para cada objetivo, bem como metas, para permitir a avaliação das atividades e intervenções realizadas durante a implementação do projeto. Isto visa compreender os benefícios para a população-alvo, os quais serão apresentados no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1- Objetivos, indicadores de avaliação e metas

Objetivos	Indicador de avaliação	Metas
1. Caracterizar as famílias idosas inscritas na USF.	1. % famílias caracterizadas (Indicador de atividade)	Efetuar a caracterização de 100 % das famílias
2. Avaliar o risco de queda nestas famílias.	2. % de famílias com avaliação de risco de queda (Indicador de atividade)	Realizar a avaliação do risco de queda a 100 % das famílias.
3. Identificar os fatores de risco de queda no ambiente doméstico nas famílias idosas.	3. % de domicílios avaliados sobre fatores de risco de quedas. (Indicador de atividade)	Avaliar o domicílio sobre fatores de risco de quedas de 80 % das famílias.
4. Implementar intervenções preventivas da queda nas famílias idosas no seu ambiente doméstico	4a. % de famílias que assistiram à sessão de educação para a saúde no domicílio. (Indicador de adesão)	Realizar sessão individual de educação para a saúde no domicílio a 80 % das famílias.

	4b. % de famílias que assinalam corretamente pelo menos 5 afirmações do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas. (Indicador de resultado)	Ter 60 % de famílias a assinalar corretamente pelo menos 5 afirmações do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas
	4c. % de famílias que identificam pelo menos sete fatores de risco nas imagens do ambiente doméstico no questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas. (Indicador de resultado)	Ter 60 % de famílias a identificar pelo menos sete fatores de risco nas imagens do ambiente doméstico do questionário de avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas
	4d. % de famílias que receberam o folheto informativo (Indicador de atividade)	Fornecer folheto informativo a 80 % das famílias
	4e. % de famílias que avaliaram positivamente a sessão (indicador de satisfação)	Ter 80 % das famílias a avaliar positivamente a sessão

Tendo em consideração as metas delineadas no quadro 1, segue-se a avaliação dos resultados obtidos.

Destaca-se que relativamente ao objetivo 1, alcançou-se plenamente a meta estabelecida, caracterizando 100 % dos membros das famílias elegíveis para o estudo

(Apêndice XLIV). Este conhecimento é fundamental para direcionar estratégias de prevenção de quedas adaptadas às necessidades específicas de cada família.

Quanto ao objetivo 2, realizou-se a avaliação do risco de queda a cada membro das famílias, atingindo a meta proposta de 100 % (Apêndice XLIV). Esta etapa foi essencial para identificar os casos de maior vulnerabilidade, ajudando a orientar a alocação eficiente de recursos e intervenções.

Em relação ao objetivo 3, ultrapassou-se a meta estabelecida, realizando a avaliação dos ambientes domésticos de 100 % das famílias para identificar os fatores de risco presentes (Apêndice XLIV). A identificação destes foi um marco vital no projeto. Os resultados destacaram condições específicas nas casas das famílias idosas que contribuíam significativamente para o risco de queda. Esta compreensão detalhada possibilitou a formulação de estratégias preventivas personalizadas.

No que concerne ao objetivo 4, foram alcançados resultados positivos. A meta 4a, referente a realização de sessões individuais de educação para a saúde no domicílio, abrangendo 80 % das famílias foi superada, atingindo os 100 %. Quanto a meta 4b, todas as famílias assinalarem corretamente pelo menos 5 afirmações do questionário sobre prevenção de quedas, o objetivo foi ultrapassado, com 100 % das famílias a assinalarem corretamente 6 ou mais afirmações. Na meta 4c referente as famílias conseguirem identificar pelo menos 7 fatores de risco ambiental no total das imagens, estes dados foram superados, com todas as famílias a identificarem 8 ou mais fatores de risco. A meta 4d relacionada com 80 % das famílias receberem o folheto informativo foi ultrapassada sendo este fornecido a 100 % das famílias. Na meta 4e sobre as famílias avaliarem positivamente a sessão de educação para a saúde, esta foi superada, com 100 % a considerá-la positiva. Tal facto é reforçado pelo resultado de 100 % de recomendação da sessão a outros (Apêndice XLIV). Estes dados são extremamente positivos, uma vez que as sessões educativas são reconhecidas pela evidência científica como uma das atividades eficazes na redução dos fatores de risco para quedas. Este desempenho demonstra uma compreensão abrangente e efetiva por parte das famílias, refletindo o sucesso das intervenções educativas implementadas no âmbito do projeto. Desta forma contribui significativamente para a segurança e bem-estar das famílias envolvidas.

Na avaliação do efeito das intervenções realizadas na redução ou eliminação dos fatores de risco do ambiente doméstico, com base na escala do *HOME FAST*, houve uma

redução dos fatores de risco no ambiente doméstico das famílias após as intervenções (Apêndice XLV). Constatou-se que na redução dos fatores de risco ambiental houve uma maior incidência naqueles onde a necessidade de investimento económico foi menor, tal como evidenciado na diferente literatura consultada. Além disso, o período limitado do ensino clínico impediu a implementação de algumas medidas corretivas, como a substituição do chão da cozinha de um dos agregados familiares, aguardando a disponibilidade dos profissionais competentes para a intervenção, bem como outras medidas que dependem de terceiros. Quanto a identificação de novos fatores de risco no ambiente doméstico após as intervenções, apenas um novo fator foi identificado no ambiente doméstico de uma das famílias (Apêndice XLV). A identificação de um número mínimo de novos fatores de risco ambientais demonstrou tanto a eficácia das intervenções como a necessidade contínua de vigilância nesta área pelo EEESF. A importância contínua da vigilância e reavaliação dos fatores de risco ambientais para garantir a segurança e o bem-estar das famílias envolvidas corresponde a etapa da reavaliação do processo de enfermagem.

Através dos resultados expostos anteriormente, a avaliação do projeto é bastante positiva, verificando-se que as intervenções aplicadas resultaram em mudanças de comportamentos nas famílias idosas e na implementação das modificações ambientais necessárias para o seu ambiente doméstico recriado ser mais seguro. Embora não se disponha de dados específicos sobre quedas, é importante ressaltar que as intervenções adotadas são conhecidas pela sua eficácia na prevenção de quedas em famílias idosas, de acordo com a evidência científica. Portanto, é razoável inferir que essas medidas contribuíram para reduzir as quedas nestas famílias idosas. Também estes resultados demonstram o impacto direto na alteração do diagnóstico de Risco de Queda e Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Quedas.

Considerando os dados anteriores, pode-se referir que a continuidade do projeto será importante, pois ao alertar para a problemática das quedas logo nas primeiras visitas domiciliares, poderá, no futuro, contribuir significativamente para a redução do número de quedas.

No final das atividades, foi realizada uma avaliação *SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)* com o objetivo de identificar os pontos fortes e fracos do projeto,

reconhecendo simultaneamente as oportunidades e ameaças para a sua continuidade no futuro. Esta avaliação é apresentada no Apêndice XLVI.

A implementação do projeto enfrentou algumas limitações devido ao curto período do ensino clínico disponível para as intervenções. Adicionalmente, houve desafios na obtenção da autorização da CES da ARSLVT, devido ao atraso no parecer favorável e pela necessidade de esclarecimentos. O estudo também foi limitado pela amostra pequena e pela seleção por conveniência, não sendo representativa das famílias idosas. Além disso, não foi possível avaliar o alcance do diagnóstico de Autocuidado - Exercício Físico Comprometido. O período limitado do ensino clínico permitiu apenas reuniões formais com a enfermeira especialista de reabilitação para dar continuidade as intervenções de enfermagem de reabilitação. No entanto, os resultados encontrados estão em linha com a literatura nacional e internacional, contribuindo para o entendimento da temática de quedas e fatores de risco domiciliares.

3.3.6. Considerações finais

O envelhecimento é uma realidade nacional que traz inevitavelmente alterações para a pessoa idosa, predispondo-a as situações de risco. É inegável que a problemática das quedas está intimamente relacionada com o envelhecimento, e que a sua ocorrência acarreta consequências dramáticas para as famílias idosas. Contudo, está comprovado que se trata de um problema suscetível as medidas de prevenção relativamente simples. As medidas preventivas passam fortemente pela promoção da saúde e educação para a saúde, alertando para fatores de risco e formas de os prevenir, mas também pelas modificações do ambiente doméstico. As intervenções neste âmbito devem ser dirigidas não só às famílias idosas, mas a todos os que interagem com eles (OMS, 2007). Este projeto foi executado na expectativa de que, ao considerar os fatores de risco e as medidas preventivas nas famílias idosas no seu ambiente doméstico, a ocorrência de quedas nestas possa ser reduzida. Ao longo do percurso desenvolvido durante o contexto clínico, foi elaborado, executado e avaliado o projeto de intervenção com base na metodologia do processo de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento das competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de

Saúde Familiar. Para a concretização do projeto, contribuiu grandemente o desenvolvimento de uma visão sistémica sobre a família, com recurso ao modelo de sistemas de Betty Neuman. Este modelo foi fundamental para este projeto, fornecendo uma estrutura para entender as interações entre o ambiente doméstico das famílias idosas e os riscos de queda. Isso permitiu identificar desequilíbrios no sistema familiar devido aos riscos de queda e desenvolver intervenções personalizadas para promover um ambiente mais seguro – ambiente recriado. A promoção da estabilidade do sistema cliente foi possível ao se intervir no âmbito dos três níveis de prevenção. Na prevenção primária, realizaram-se intervenções educacionais e adaptações do ambiente doméstico para fortalecer o sistema cliente e prevenir a ocorrência de quedas, reforçando a linha flexível. Estas ações permitiram consciencializar sobre os fatores de risco de quedas e modificar o ambiente para evitar quedas iniciais, evitando que os stressores causassem desequilíbrio no sistema. Na intervenção secundária, priorizou-se a deteção precoce de sinais de risco, como a avaliação da capacidade física e cognitiva dos idosos, a identificação de obstáculos no ambiente doméstico usando a escala *HOME FAST* e a revisão dos medicamentos para evitar efeitos colaterais que possam contribuir para quedas. Isso permitiu uma intervenção imediata para evitar complicações decorrentes de quedas. Já na intervenção terciária, concentrou-se na reabilitação e apoio após uma queda visando reduzir o impacto das quedas já ocorridas e promover a recuperação e reabilitação do membro/famílias, atuando na linha de resistência. Neste caso, as modificações ambientais fizeram parte de um plano de reabilitação e prevenção de recidivas. Por exemplo, a reorganização do quarto após uma queda facilitou a mobilidade e reduziu o risco de novos acidentes e o encaminhamento das famílias onde foram identificados membros com risco médio ou elevado para programa de exercícios adaptados, visando melhorar a força muscular, equilíbrio e coordenação motora. Em suma, o modelo guiou a compreensão das necessidades das famílias e direcionou as intervenções para prevenir quedas. Foi igualmente imprescindível o recurso à *Scoping Review* para o desenvolvimento da prática baseada na evidência, assegurando assim o exercício profissional numa lógica de Enfermagem Avançada. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro, ao implementar as suas intervenções, deve fazê-lo incorporando os resultados da investigação na sua prática (OE, 2012). Neste sentido, foi possível refletir sobre os cuidados e estratégias que garantiram resultados sensíveis à intervenção de

enfermagem. Além disso, a execução deste projeto não proporcionou apenas uma abordagem abrangente e eficaz para a prevenção de quedas em famílias idosas, mas também representou um passo significativo no desenvolvimento das competências exigidas ao EEESF. Através da aplicação de metodologia baseada em evidência científica, como a realização da *Scoping Review*, e da implementação de intervenções direcionadas, foi possível não só oferecer cuidados conscientes e de qualidade, mas também fortalecer a capacidade da mestrandia em utilizar a evidência científica para informar e fundamentar a sua prática clínica. Este projeto demonstra, portanto, como a integração da evidência científica na prática clínica é essencial para alcançar resultados sensíveis à intervenção de enfermagem e para melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde.

Conclui-se que as estratégias utilizadas favorecem uma prestação de cuidados consciente, aumentando a qualidade dos mesmos, contribuindo na redução da ocorrência de quedas nas famílias idosas. Pela avaliação efetuada, percebeu-se qual o risco de quedas, os fatores de risco presentes para a mesma, que a implementação das intervenções selecionadas permitiu que os conhecimentos fossem assimilados, a sensibilização alcançada, assim como a motivação para implementar as modificações no ambiente doméstico (ambiente recriado) de forma a prevenir quedas minimizando o risco doméstico. O aparecimento de novos fatores de risco, muitas vezes associado à constante evolução das condições de saúde e ao processo de envelhecimento das famílias, destaca a importância de um acompanhamento contínuo destas famílias. Em cada etapa do processo de enfermagem, especialmente na fase da reavaliação dos resultados, é essencial considerar não apenas os fatores já identificados, mas também estar preparado para detetar e mitigar quaisquer novos elementos que possam surgir. Neste sentido, a equipa da USF está comprometida em dar continuidade ao projeto desenvolvido, garantindo um acompanhamento constante e eficaz das necessidades das famílias.

4. Descritores de Dublin e Competências Específicas do EEESF

Após apresentar o percurso realizado durante o ensino clínico, procede-se à síntese das competências adquiridas.

4.1. Descritores de Dublin

Para obter o grau de mestre, é fundamental demonstrar competências como conhecimento e compreensão, aplicação de conhecimentos, tomada de decisões, comunicação e capacidade de aprendizagem (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011). Ao longo do percurso clínico, destaca-se a aplicação e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos, com ênfase na componente de investigação. Este processo culminou no desenvolvimento de um projeto de intervenção em enfermagem que envolveu uma investigação sobre os fatores de risco de quedas presentes nas famílias idosas em seu ambiente doméstico, bem como estratégias eficazes de prevenção. O trajeto percorrido nos ensinamentos clínicos, que culminou com a implementação do projeto de intervenção, proporcionou experiências únicas, permitindo tomar decisões fundamentadas e comunicar eficazmente com outros profissionais de saúde e famílias. Destaca-se, também, a colaboração com outras colegas na elaboração do póster "O enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio" apresentado no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar (Anexo VI). Esta experiência foi enriquecedora para o crescimento profissional, contribuindo significativamente para o desenvolvimento contínuo como enfermeira especialista. Além disso, desenvolveram-se competências de aprendizagem autónoma, consideradas essenciais para o crescimento contínuo. Assim, considera-se ter atingido com sucesso os descritores de Dublin associados ao segundo ciclo do Ensino Superior (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011).

4.2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Durante o percurso clínico, foram desenvolvidas um conjunto de competências essenciais para todos os enfermeiros especialistas, garantindo uma prática de enfermagem especializada eficaz, em conformidade com os padrões estabelecidos. Estas competências abrangeram os quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, visou-se estabelecer uma prática alinhada com os princípios deontológicos, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, alcançando isso através do sigilo profissional, da obtenção de consentimento informado e da tomada de decisões éticas e fundamentadas.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, colaborou-se na avaliação e implementação de medidas para promover a qualidade dos cuidados de saúde, participando no processo de acreditação da USF, na análise de resultados, na identificação de oportunidades de melhoria e no desenvolvimento do projeto de intervenção.

No que diz respeito à gestão dos cuidados, foi realizada uma gestão cuidadosa dos recursos para otimizar as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Colaborou-se ativamente com a equipa, partilhando conhecimentos e desenvolvendo habilidades de liderança quer no desenvolvimento do projeto de intervenção, quer no acompanhamento temporário da enfermeira interlocutora. Reconheceu-se e incentivou-se os diferentes papéis na equipa, contribuindo para um ambiente de prática favorável e positivo.

Finalmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reconheceu-se a importância da aprendizagem contínua para a evolução pessoal e profissional. Promoveu-se a reflexão sobre a prática clínica, a incorporação de evidências científicas e o desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades dos utentes. Participou-se em diversas formações (Anexo VII) que contribuíram para o

desenvolvimento. Estas oportunidades proporcionaram momentos de reflexão sobre a prática clínica e facilitaram a assimilação de evidências científicas.

4.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar

As competências específicas de um enfermeiro especialista referem-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas que um enfermeiro adquire através de formação adicional numa área de especialização. Estas competências capacitam o enfermeiro a desempenhar funções avançadas e especializadas dentro dessa área específica da enfermagem.

No percurso realizado, desenvolveram-se as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar que incluíram o cuidado às famílias, conforme mencionado no capítulo 2. No projeto de intervenção, também se cuidou das famílias como uma unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação em diferentes níveis de prevenção. Isso envolveu não apenas o conhecimento sobre as famílias idosas com risco de queda, mas também a educação das famílias sobre medidas preventivas adequadas. Foram recolhidos dados relevantes sobre quedas anteriores, estrutura familiar e fatores de risco ambientais que poderiam contribuir para quedas. Esta informação foi fundamental para a identificação de áreas de intervenção no projeto.

A monitorização das respostas das famílias às estratégias de prevenção de quedas, utilizando conhecimentos de enfermagem e evidências científicas para adaptar as intervenções conforme necessário, incluiu a avaliação contínua da eficácia das medidas preventivas implementadas. O projeto de intervenção foi desenvolvido com base em evidências científicas sobre medidas preventivas eficazes, criando-se um ambiente seguro para discutir estratégias de prevenção de quedas com a família e analisaram-se os fatores que poderiam influenciar a sua eficácia. As intervenções no projeto visaram não apenas prevenir quedas, mas também promover o bem-estar geral da família, o que incluiu abordagem holística da saúde familiar.

Facilitou-se a resposta da família às situações complexas relacionadas às quedas, encorajando a partilha de informações, promovendo a consciencialização sobre os riscos

e identificando recursos necessários para apoiar a prevenção de quedas. Houve um envolvimento ativo na prática de enfermagem de saúde familiar, procurando orientação especializada em prevenção de quedas, avaliando continuamente a eficácia das intervenções e promovendo o desenvolvimento profissional contínuo. Liderou-se e colaborou-se no desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, articulando com a equipa de saúde, mobilizando recursos necessários e participando ativamente na avaliação do resultado das intervenções.

O estudo descritivo, longitudinal e baseado numa abordagem quantitativa realizado neste projeto de intervenção desempenhou um papel fundamental ao proporcionar uma compreensão abrangente e detalhada do problema em questão. Através da investigação meticulosa e da análise cuidadosa dos dados recolhidos, foi possível identificar de forma precisa os fatores de risco e as necessidades específicas das famílias envolvidas. Isto permitiu o desenvolvimento de intervenções eficazes e adaptadas, baseadas em evidências científicas sólidas, capazes de abordar de forma efetiva os desafios enfrentados por estas famílias.

5. Conclusão

Ao concluir este relatório, considera-se ter alcançado os objetivos estabelecidos, ao realizar as atividades pertinentes para a sua concretização. Durante o percurso clínico, prestou-se cuidados à família como uma unidade integral, além de atender às necessidades individuais de cada membro em diferentes estágios do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, em conformidade com as normas legais. Trabalhou-se em colaboração ou complementaridade com outros profissionais de saúde, conforme necessário.

Foram integrados os referenciais teóricos da enfermagem de saúde familiar, o que permitiu tomar decisões no processo de avaliação e intervenção familiar. Reconheceu-se que a promoção da saúde familiar depende da capacitação da própria família, priorizando uma abordagem colaborativa que responda às suas necessidades identificadas.

Adotou-se uma perspectiva sistêmica na prestação de cuidados de enfermagem à família, baseando-se a prática em evidências científicas. Durante este percurso formativo, fortaleceram-se os conhecimentos necessários para realizar intervenções autônomas e interdependentes, de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Assumiu-se uma postura ativa na própria aprendizagem, analisando a prática de cuidados em contexto real, com o apoio fundamental dos enfermeiros orientadores e da professora supervisora, o que foi crucial para o desenvolvimento das competências mencionadas.

Este estágio representou por um lado, um desafio, mas por outro uma experiência enriquecedora tanto a nível pessoal quanto profissional, promovendo a autonomia na prestação de cuidados especializados e estimulando uma atitude reflexiva em relação aos cuidados prestados à família.

Referências Bibliográficas

Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Quarteto

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

Barrento (2020). Técnicas criativas, expressivas e dramáticas na terapia familiar: Um estudo de caso. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/47493/1/ulfpie054253_tm.pdf

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Quarteto.

Câmara Municipal de Loures (2019). Diagnóstico Social do Concelho de Loures 2019. Logframe.

<https://cm-loures.pt/media/pdf/PDF20190703171611624.pdf>

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

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

Carochinho, A., Caldeira, E. & Jacob, S. (2022). Quedas dos idosos no domicílio. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(3), 58-71.

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4537/1692>

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

Chamusca, D. (2019). As condições habitacionais versus queda dos idosos: A enfermagem de reabilitação [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29470/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20de%20Reabilita%c3%a7%c3%a3o_DANIELA%20OCHAMUSCA.pdf

Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (11), 31-38.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>

Coimbra, V. (2017). Risco de quedas em idosos residentes numa comunidade rural. [Tese Mestrado. Instituto Politécnico da Guarda].

<https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3829/3/E%20Com%20->

Coimbra, V., Marques, E., Chaves, C. & Saraiva, R. (2020). Risco de quedas e determinantes sociais em idosos residentes em uma comunidade rural. Global Academic Nursing Journal, 1(2), e15-e15.

<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/47/29>

Curopos, L. (2021). Quedas em idosos - conhecer para prevenir. [Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico da Universidade de Beja.

<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5512/1/L%C3%A9nia%2BCuroposPDFA.pdf>

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Diário da República n.º 149/2014. Serie I. 4069-4071.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República n.º 118/2017, Série I, 3128-3140.

<https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>

Despacho n.º 9390/202, de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, Série II, n.º 187/2021, 96-103.

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

Dias, M. (2000). A família numa Sociedade em Mudança. Problemas e Influências Recíprocas. Gestão e Desenvolvimento, (9), 81-102.

<https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/8>

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

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

Direção Geral do Ensino Superior (2011). O Quadro de qualificações do ensino superior em Portugal relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior.

https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

Direção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura. Orientação número 016/2012, data 24/10/2012.

http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2016-2025 (Despacho nº 12427/2016)
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

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

Direção-Geral da Saúde (2023). Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde. Ministério da Saúde.
https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-saude_2023-pdf1.aspx

Espada, M. (2022). Os idosos e as quedas-Intervir para prevenir. [Tese de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Institucional da Universidade de Évora.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32251>

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

Figueiredo, M. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lidel.

Filho, J., Valderramas, S., Wojciechowski, A., & Gomes, A. (2020). Versão brasileira do *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)*: tradução, adaptação transcultural, validação e confiabilidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23.
<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/tDWRVmCjQ3HFfGMkFdwCgrL/abstract/?format=html&lang=pt&stop=next>

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

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Lusociência.

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

Gefael, C. (2007). *Comunicación Terapéutica en Enfermería. Difusión Avances de Enfermería*.
<file:///D:/Dados/Downloads/Comunicacion%20terapeutica%20en%20enfermeria.%20Valverde.%202007.pdf>

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

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

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

Kim, D. (2022). *Understanding how older adults negotiate environmental hazards in their home. Journal of Aging and Environment*, 36(2), 173-193.
https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Understanding+How+Older+Adults+Negotiate+Environmental+Hazards+in+Their+Home+&btnG=#d=gs_cit&t=1701798771126&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Ax703Gu6W2tIj%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Den

Leitão, S., Oliveira, S., Rolim, L., Carvalho, R., Filho, J. & Junior, A. (2018). Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Geriatria e Gerontologia Aging*, v. 12, n. 3, 172-179.

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

Maia, T. (2022). Prevenções: ferramentas de avaliação e controle dos riscos ambientais domiciliares associados às quedas em idosos ativos hospitalizados. [Tese Doutorado em Design. Universidade Federal de Pernambuco].

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/51651/1/TESE%20Tu%C3%ADra%20Oliveira%20Maia.pdf>

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

<https://www.bgs.org.uk/wfg>

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

https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf

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

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

- Ngamsangiam, P. & Suttanon, P.. (2020). *Risk Factors for Falls among Community-Dwelling Elderly People in Asia: A Systematic Review*. *Science & Technology Asia*, 25(3), 105–126.
<https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/SciTechAsia/article/view/219557/164452>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. 5ª edição. Pearson.
- Nogueira, I., Nayana, F., Jaques, A. & Baldissera, V. (2021). Riscos ambientais de quedas em idosos atendidos pela equipe de Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 22, p. 1–9.
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100311
- Oliveira, I. (2023). Efeitos do exercício físico na redução do risco de quedas, melhoria da funcionalidade e qualidade de vida: uma revisão narrativa. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/53533/1/Efeitosdoexerc%
c3%adciof%
c3%adsico_Oliveira_2023.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/53533/1/Efeitosdoexerc%c3%adciof%c3%adsico_Oliveira_2023.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52046/retrieve>
- Organização Mundial da Saúde (2010). Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. In Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf
- Organização Mundial da Saúde – WHO (2021). *Falls*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Organização Mundial da Saúde (2023). *Ageing*.
https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência

Pinho, C. (2015). Um olhar dos idosos sobre as suas redes de apoio social. [Tese de Mestrado, Universidade do Porto].

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83213/2/120488.pdf>

Pinto, A. & Silva, J. (2019). Quedas – Orientações para cuidadores. In Pinto, A., Veríssimo, M. & Malva, J. (Coords.). Manual do cuidador: Envelhecimento ativo e saudável. Imprensa da Universidade de Coimbra.

<http://monographs.uc.pt/iuc/catalog/download/4/9/16-2?inline=1>

PORDATA (2023). Estatística sobre Portugal e Europa.

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

Quel, M. (2007). *La espiral del ciclo vital familiar*. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 14(5), pp. 46-59

https://www.academia.edu/87119584/La_espiral_del_ciclo_vital_familiar

Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República. II série (N.º 79/2015, Série II), 10087-10090.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

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

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744 -4750.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Relvas, A. (2006). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. 4ª Edição. Edições Afrontamento.

Rocha, F., Gemito, L., Caldeira, E., Coelho, A. & Moita, E. (2022). Risco de queda nos idosos: mais vale prevenir que remediar!. Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento online 2022. Dezembro. 8(3): 329 – 344.

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/33214/1/Risco%20de%20quedas%20nos%20idosos.pdf>

Rosa, A., & Grilo, E. (2022). Variáveis habitacionais que contribuem para a ocorrência de quedas em idosos–*Scoping Review*. *Journal of Aging & Innovation*, 11 (1): 131 - 152

<https://journalofagingandinnovation.com/pt-pt/manuscritos/1111/>

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

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

Serra, A. & Garcia, R. (2023). Como envelhecem os portugueses? Os números essenciais sobre o envelhecimento e os idosos no país (Infografia). Fundação Francisco Manuel dos Santos.

<https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>

Silva, L., Biernaski, V., Santi, P. & Moreira, N. (2021). Idosos caidores e não caidores: Associação com características sociais, fatores econômicos, aspectos clínicos, nível de atividade física e percepção do risco de quedas: um estudo transversal. *Fisioterapia Pesquisa*, 28(3), 343-351.

<https://www.scielo.br/j/fp/a/4Y8ggkXvLXyxsNkcK7ydHjM/?format=pdf&lang=pt>

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

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

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

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

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

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

Vaz, P. (2020). *Prevenção de quedas nos idosos: capacitar para não acontecer*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36872/1/Paula%20Cristina%20Lopes%20Marques%20Vaz.pdf>

Vieira, L., Gomes, A., Bierhals, I., Farías-Antúnez, S., Ribeiro, C., Miranda, V., Lutz, B., Barbosa-Silva, T., Lima, N., Bertoldi, A. & Tomasi, E. (2018). *Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants*. *Revista de saúde pública*, 52.

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/Zq76tNNmwsjPDq4qnSBHYGr/?format=pdf&lang=pt>

Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família* (5ª ed.). Roca.