



INSTITUTO ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO DE BEJA DE
Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Projeto de intervenção comunitária

QUEDAS NOS IDOSOS: DO RÍSCO À PREVENÇÃO

Cidália Maria Teixeira Santos da Palma

Beja/2012



INSTITUTO ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO DE BEJA DE
Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Projeto de intervenção comunitária

QUEDAS NOS IDOSOS: DO RÍSCO À PREVENÇÃO

Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre

em Enfermagem em Saúde Comunitária,

Orientado pela Professora Doutora Helena José

Cidália Maria Teixeira Santos da Palma

Beja/2012

Ao João, à Joana e ao Bernardo...

À Professora Helena José pela disponibilidade e atenção

À professora Manuela Pereira pela força e incentivo

Às colegas Fátima Cabrita e Cíntia Reis pela partilha de experiências, motivação e perseverança

Aos colegas do serviço por todo o apoio e motivação

À minha amiga Luisa por toda a disponibilidade

Ao meu marido e meus filhos pelo amor e paciência

RESUMO

Objetivo: Prevenir quedas e suas consequências nos idosos integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. **Método:** estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado aos utentes com 65 e mais anos de idade, integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de S. Brás de Alportel. A amostra coincidiu com a população alvo que corresponde a 62 idosos. A colheita de dados foi realizada com recurso à consulta dos processos individuais dos utentes. Foi preenchida a escala de Morse para avaliação do risco de queda, identificado historial de quedas e fraturas e existência de fatores de risco frequentemente associados às quedas nos idosos. **Resultados:** predominância do sexo feminino. A faixa etária dos 80-89 anos de idade comporta 56.7% da população. Relativamente à presença de fatores que potenciam o risco de queda: 45.2% da população consome psicofármacos; 75.8% apresenta diminuição da acuidade visual e 45.2% da acuidade auditiva. Quanto ao historial de quedas e fraturas no último ano: 41.9% dos idosos sofreram pelo menos uma queda; das 55 quedas ocorridas, 21.8% resultaram em fratura. Relativamente ao historial de quedas e fraturas ao longo de todo o ciclo vital: 48.4% dos idosos apresentam antecedentes de fratura e 86.7% destas foram consequência de queda. Pela análise dos resultados identificados na escala de Morse verificou-se que 66.1% da população apresenta baixo risco de queda e 11.3% risco elevado. **Conclusão:** Os resultados identificados remetem para a necessidade de implementação de um projeto comunitário de promoção de saúde com intervenção sobre os fatores de risco. Estando no âmbito das funções do enfermeiro em saúde comunitária a implementação de programas de intervenção comunitária dirigidos às necessidades reais das populações desenhou-se o projeto “Quedas nos idosos: do risco à prevenção” no sentido de prevenir as quedas nos idosos assim como as suas consequências. **Descritores:** envelhecimento; saúde do idoso; enfermagem em saúde comunitária; acidentes por quedas/prevenção e controle; fatores de risco

ABSTRACT

Objective: To prevent falls and their consequences in the elderly integrated into the Integrated Continuing Care Team.

Methods: A descriptive and transversal study, with a quantitative approach carried out to users of health care service, over 65 years of age, integrated with the Integrated Continuing Care Team of S. Brás de Alportel. The sample coincided with the target population corresponding to 62 elderly. Data collection was performed by consulting the individual files of the users. The Morse scale was filled in for fall risk assessment, identified history of falls and fractures and the existence of risk factors often associated with falls in the elderly.

Results: female gender predominance. The age range of 80-89 years of age holds 56.7% of the population. Regarding the presence of factors that increase the risk of falling: 45.2% of the population consumes psychopharmacological drugs; 75.8% has decreased visual acuity and 45.2% of auditory acuity. As for the history of falls and fractures in the last year: 41.9% of the elderly suffered at least one fall; from the 55 falls occurred, 21.8% resulted in fracture. For the history of falls and fractures throughout the life cycle: 48.4% of the elderly have a history of a fracture and 86.7% of these were the result of a fall. Analysis of the results identified in the scale of Morse found that 66.1% of the population has a low risk of falling and 11.3% a high risk.

Conclusion: The identified results suggest the need of implementing a community project of health promotion with an intervention about risk factors. Being within the nurse's tasks in community health programs to implement community intervention aimed to the real needs of the people, the project "Falls in the elderly: risk prevention" was drawn, in order to prevent falls in the elderly as well as their consequences.

Descriptors: aging; health of the elderly; community health nursing; accidental falls/prevention and control; risk factors

INDICE

1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	12
2 – <u>PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE – QUEDAS NOS IDOSOS: DO RÍSCO À PREVENÇÃO</u> ...	20
2.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1.1 – <u>A pessoa idosa, o envelhecimento e a velhice</u>	20
2.1.2 – <u>O cuidar e os cuidados de enfermagem</u>	26
2.1.3 – <u>Cuidados de enfermagem à pessoa idosa</u>	29
2.1.4 – <u>Quedas nos idosos: causas e consequências</u>	32
2.1.5 – <u>Quedas nos idosos: estratégias de prevenção</u>	40
2.2 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	43
2.3 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	45
2.3.1 – <u>Breve caracterização do Concelho de S. Brás de Alportel</u>	46
2.3.2 – <u>Tipo de estudo</u>	47
2.3.3 – <u>População alvo</u>	47
2.3.4 – <u>Técnica e instrumento de colheita de dados</u>	48
2.3.5 – <u>Apresentação e análise de dados</u>	49
2.4 – DESENHO DO PROJETO	60
2.4.1 – <u>Enquadramento do projeto</u>	60
2.4.2 – <u>Finalidade, objetivos e benefícios</u>	64
2.4.3 – <u>Indicadores e metas</u>	65
2.4.4 – <u>Stakeholders</u>	68
2.4.5 – <u>Estrutura do projeto (WBS)</u>	69
2.4.6 – <u>Planeamento de atividades e estratégias de intervenção</u>	70
2.4.7 – <u>Orçamento</u>	72
2.4.8 – <u>Divulgação</u>	74
2.5 – GESTÃO DE RISCO	74
2.6 – AVALIAÇÃO DO PROJETO	75
2.7 – QUESTÕES ÉTICAS	76
2.8 – LIMITAÇÕES	77
3 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	79
4 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA</u>	82

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Central.....	91
--	----

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de colheita de dados.....	93
Apêndice II – Algoritmo para prevenção de quedas.....	94

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Localização geográfica do Concelho de S. Brás de Alportel.....	46
Figura 2 – <i>Work Breakdown Structure</i>	69

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população por sexo e grupo etário.....	50
Tabela 2 – Distribuição da população por sexo e coabitação.....	50
Tabela 3 – Distribuição da população segundo o sexo e a toma de psicofármacos (sedativos, anti-depressivos ou anti-psicóticos).....	51
Tabela 4 – Distribuição da população segundo o sexo e a presença de artrose, depressão ou doença pulmonar obstrutiva crónica.....	52
Tabela 5 – Distribuição da população segundo o sexo e a diminuição da acuidade visual.....	52
Tabela 6 – Distribuição da população segundo o sexo e a diminuição da acuidade auditiva.....	53
Tabela 7 – Distribuição da população segundo o sexo e o número de quedas que cada idoso sofreu no último ano.....	54
Tabela 8 – Distribuição da população segundo o sexo e o número de quedas com fratura como consequência, no último ano.....	54
Tabela 9 – Distribuição da população segundo o sexo e antecedentes de fratura.....	55
Tabela 10 – Distribuição da população segundo o sexo e ocorrência de fratura causada por queda.....	55
Tabela 11 – Distribuição da população segundo o sexo e local de ocorrência da queda que motivou a fratura.....	56
Tabela 12 – Distribuição da população segundo o sexo e a história de quedas imediatas ou acorridas no período de 3 meses.....	56
Tabela 13 – Distribuição da população segundo o sexo e a presença de diagnóstico secundário.....	57
Tabela 14 – Distribuição da população segundo o sexo e necessidade de ajuda para deambular.....	57
Tabela 15 – Distribuição da população segundo o sexo e uso de heparina IV.....	58
Tabela 16 – Distribuição da população segundo o sexo e o modo de andar/transferência.....	58
Tabela 17 – Distribuição da população segundo o sexo e o estado mental.....	59
Tabela 18 – Distribuição da população segundo o sexo e o nível de risco de quedas conforme escala de Morse.....	59

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores de execução do projeto.....	66
Quadro 3 – Stakeholders do projeto.....	66
Quadro 2 – Indicadores de resultado do projeto.....	68
Quadro 3 – Stakeholders do projeto.....	69
Quadro 4 – Orçamento do projeto.....	73
Quadro 5 – Critérios de sucesso para a viabilidade do projeto.....	75

1 – INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, surgem com a reforma do Sistema de Saúde e da Assistência, desenhada em 1971, pelo governo da altura e da constituição do Serviço Nacional de Saúde Português em 1979, assim nos garantem Miguel & Sá (2010). No entanto, é com a declaração de Alma-Ata resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 1978, que se dá a projeção desses cuidados de saúde, projeção essa posteriormente consolidada pela Carta de Ottawa formulada na 1ª Conferência sobre Promoção da Saúde em 1986.

Parece consensual que a conferência internacional sobre CSP foi um marco fundamental e uma referência mundial, na medida em que foram incitados os governos a desencadear políticas nacionais com ênfase nos CSP, tendo-os reconhecido como cuidados imprescindíveis para combater as desigualdades no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Os CSP são qualificados como cuidados essenciais de saúde assentes em métodos e tecnologias práticas, justificadas cientificamente e socialmente aceitáveis, disponibilizadas a todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua total participação e a um custo passível de ser mantido pela própria comunidade e pelo país. (Alma-Ata, 1978)

Por sua vez, a carta de Ottawa (1986) defende o reforço da ação comunitária como condição básica para a melhoria da saúde. A intervenção concreta e efetiva na comunidade é identificada como necessária ao desenvolvimento da promoção da saúde, delineando prioridades, tomando decisões, projetando estratégias e agindo com o objetivo de conseguir melhor saúde. No centro deste reforço de ação comunitária está o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades de forma a assumirem o controlo da sua própria saúde. A promoção da saúde prevê o desenvolvimento social e pessoal através da educação para a saúde, melhoria da informação e reforço de competências que instruem para uma vida mais saudável.

De encontro às ideias esplanadas nestes documentos vão Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves, Antunes e Ferrinho (2006), quando consideram os CSP como o ponto-chave de um sistema de saúde estando na linha da frente no primeiro contacto do cidadão com os cuidados de saúde e acessíveis sempre que necessário, acompanhando a vigilância de todo o processo de saúde e doença. Estão orientados para a promoção da auto-responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, organizando quando necessário as suas interações com outras estruturas e profissionais de saúde.

Os CSP fazem parte integrante e são o centro do sistema de saúde sendo essenciais para o desenvolvimento social e económico global da comunidade. (Chaves, 2006)

Todos estes pensamentos se enquadram no que também Imperatori (1985) já defendia ao afirmar que os CSP são o reflexo das características sociais, culturais e económicas da sociedade que integram, estando orientados para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade. Incluem a participação de todos os setores do desenvolvimento, impondo e favorecendo a participação da comunidade e a auto-responsabilização.

Para além de traduzirem um conjunto de atividades ao nível dos cuidados de saúde, os CSP significam, para Vuori (1984), ainda uma estratégia de organização dos cuidados de saúde e uma filosofia do Sistema de Saúde. Neste contexto Silva (1983) defende a necessidade de fortalecer os CSP para que se possa diminuir a procura dos cuidados hospitalares prestando-se melhores cuidados de saúde e financeiramente menos dispendiosos.

Também Biscaia et al. (2006), reportando-se a um estudo desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 2004 sobre vantagens e desvantagens dos sistemas de saúde mais direcionados para os CSP, defendem os benefícios dos serviços orientados para este tipo de cuidados em detrimento dos orientados para os cuidados hospitalares, na medida em que asseguram melhores resultados na saúde da população em geral, maior equidade, maior acessibilidade, continuidade de cuidados mais efetiva, menos custos, melhor relação custo-benefício, maior satisfação dos cidadãos e sem qualquer prejuízo da qualidade dos cuidados.

No âmbito dos CSP, os enfermeiros tem papel preponderante exercendo a sua prática centrada na comunidade, fomentando estilos de vida saudáveis, suprimindo fatores de risco, contribuindo para a prevenção da doença e acidentes bem como das suas consequências mais incapacitantes, dando relevo à informação em saúde, no âmbito socio-económico e político e à

ampliação de saberes sobre os determinantes de saúde na comunidade. (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001)

De acordo com Backes D.S., Backes M.S., Erdmann e Buscher (2012), o enfermeiro tem um papel cada vez mais significativo relativamente à identificação de necessidades de cuidados de saúde de uma população na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

A enfermagem comunitária tem a responsabilidade de caminhar em direção às necessidades reais de saúde das populações, fixando a sua atenção na promoção da saúde, prevenção da doença e na recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e família nelas integrados. Para consecução destes objetivos, os enfermeiros, assumem estrategicamente, a educação para a saúde bem com o planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados.

A educação para a saúde evidencia-se como papel facilitador da promoção para a saúde, não podendo, no entanto, ser encarada como simples passagem de informação. Implica um planeamento adequado e uma metodologia enquadrada visando uma mudança de comportamentos cujo intuito é a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e um consequente aumento de ganhos em saúde.

Assim, e com base nas propostas da reforma na saúde, que preconiza uma gestão e utilização eficiente, criteriosa e racional de recursos, a qualidade das intervenções em saúde baseadas na evidência científica e a definição de prioridades nas intervenções em saúde, torna-se evidente a necessidade de um planeamento estratégico em saúde.

É essencial que o planeamento em saúde seja um processo contínuo e dinâmico, sendo necessário utilizar os recursos de uma forma eficaz e eficiente, ou seja, dando solução ao maior número possível de problemas em saúde, considerados como prioritários, ao mais baixo custo e atuando sobre o maior número de indivíduos possível. O planeamento é considerado como um conjunto de decisões programadas com o objetivo de alterar o estado de saúde das populações e comunidades numa procura efetiva de ganhos em saúde, tornando-se indissociável dos fatores condicionantes da própria saúde, como sejam, fatores endógenos, ambientais e comportamentais, implicando uma coordenação de esforços dos diversos setores sociais e económicos. (Imperatori & Giraldes, 1993)

O planeamento na saúde é considerado como um processo formativo e continuado que leva à adoção de uma metodologia de diálogo e permite estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades, com base nas políticas de saúde e nas limitações de recursos. (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2004)

Tendo em conta a atual conjuntura socio-económica e política que apresenta contenção orçamental austera e poucos recursos, grandes desafios se levantam na obtenção de ganhos em saúde, imperando a necessidade de apostar cada vez mais, nos CSP e no planeamento em saúde pelo seu papel determinante na capacidade de resposta às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade em geral, a baixo custo.

Neste contexto, ao enfermeiro especialista em saúde comunitária cabe a responsabilidade, pelas competências que lhe são inerentes, de responder de forma adequada às necessidades emergentes da comunidade facultando efetivos ganhos em saúde. Desenvolve a sua intervenção comunitária em diversos contextos, acautelando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. É da sua responsabilidade elaborar diagnósticos de saúde, planear e implementar programas de intervenção comunitária dirigidos às necessidades reais das populações, envolvendo os diversos setores da comunidade. Deve atuar no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde evidenciando a educação para a saúde encorajando a independência e a autonomia dos cidadãos. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010)

Assim, o enfermeiro é o profissional com competências, responsável pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos em âmbito individual, coletivo ou comunitário.

A intervenção comunitária em saúde pode abranger as mais variadas áreas e não sendo possível responder a todas as situações em simultâneo, torna-se indispensável definir prioridades e identificar os problemas de saúde onde se pode intervir de uma forma mais consistente. (Imperator, 1993)

Nas últimas décadas, o desenvolvimento das sociedades humanas em geral e os progressos na área da medicina em particular conduziram a um aumento das condições de vida e dos cuidados de saúde, que por sua vez levaram a um aumento significativo da esperança de vida.

Esta realidade permitiu o aparecimento de várias alterações demográficas, de entre as quais se destaca o envelhecimento, que foi portador de alterações profundas, não só a nível pessoal, mas também a nível económico, social, familiar e de saúde.

Carrilho e Gonçalves (2004) referem que em Portugal, a proporção de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos duplicou nas últimas quatro décadas, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Os mesmos autores estimam, através das suas projeções demográficas, que esta proporção torne a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% da população total.

Prevê-se que a proporção de jovens com menos de 15 anos diminua de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2016. A população ativa apresenta a mesma tendência diminuindo de 67,2% em 2008 para 55,7% em 2060. Relativamente à população com 65 ou mais anos de idade verifica-se uma tendência contrária, prevendo-se um aumento de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060. (Instituto Nacional de Estatística[INE], 2009)

Estas previsões despertam a atenção para os problemas enfrentados pelos idosos, nomeadamente em termos de saúde, e mostram a necessidade de acautelar condições que garantam um envelhecimento com dignidade.

Com base nesta conjuntura, tanto o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como o anterior (2004-2010), definem estratégias que visam a obtenção de ganhos em saúde com o aumento do nível da mesma, nas diferentes etapas do ciclo de vida e atenuando o peso da doença.

A reforma dos CSP, com a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Familiares (USF) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) vieram privilegiar o trabalho em equipa e de parceria, bem como os cuidados de proximidade e de continuidade, essenciais à população idosa. (Machado, 2010)

Em resposta ao aparecimento das novas necessidades em saúde e sociais resultantes do progressivo envelhecimento da população portuguesa foi criada a RNCCI, pelo Dec-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, com as suas diferentes tipologias das quais destacamos as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pela sua componente preventiva e atuação em âmbito domiciliário. Estas equipas domiciliárias foram posteriormente integradas nas UCC,

unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) pelo Dec-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro.

Por sua vez, as UCC, regulamentadas pelo despacho nº10143/2009 de 16 de Abril, possuem capacidade organizativa e técnica e sendo compostas por equipas multidisciplinares, prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social no domínio domiciliário e comunitário, essencialmente a indivíduos, famílias e grupos mais vulneráveis. Têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de abrangência.

Com base no papel do enfermeiro em CSP e como enfermeira detentora do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade (vertente Gerontologia/Geriatria), a exercer funções na UCC de S. Brás de Alportel, com responsabilidades na gestão da mesma, e consequentemente com responsabilidade na saúde da população por ela abrangida surge a necessidade de assumir a missão do desenvolvimento de projetos com vista à melhoria da qualidade de vida do indivíduo, famílias e grupos e à obtenção de ganhos em saúde.

Como atrás referido, não sendo possível responder a todas as necessidades em simultâneo, é necessário definir prioridades. Pelo trabalho desenvolvido junto da população abrangida pela UCC há já alguns anos e pelo conhecimento da realidade acreditamos que a grande prioridade é a prevenção de quedas nos idosos, nomeadamente nos idosos integrados na ECCL, pelas características de debilidade que possuem, pelo historial de quedas identificado através dos registos relativos a cada utente e pelas consequências graves que delas possa resultar.

Baseando-se na evidência de vários estudos, Fabrício, Rodrigues e Junior (2004), referem que os mesmos apontam para a fratura, particularmente fratura do colo do fémur, como a consequência mais comum das quedas e uma das principais consequências que levam à morte. Muitos dos idosos que sofrem este tipo de fratura ficam acamados dando origem à ocorrência de pneumonia, embolia, úlceras de decúbito e confusão mental.

Segundo Guerreiro (2010), a fratura do colo do fémur foi, em 2009 e no 1º semestre de 2010, o segundo causa mais frequente de internamento nas tipologias da RNCCI.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, elemento integrante do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), estabelece três níveis de atuação fundamentais:

- promoção do envelhecimento ativo

- maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades concretas das pessoas idosas
- promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas. (DGS, 2004)

O mesmo documento releva ainda a necessidade de um cuidado especial para com as pessoas idosas mais débeis e vulneráveis, considerando como uma das situações de particular vulnerabilidade o risco de quedas.

Tendo em conta tudo o descrito parece-nos oportuna a aposta na prevenção das quedas na população idosa, neste caso concreto, aos idosos integrados na ECCI. Esta necessidade tem sido relatada diversas vezes pelos enfermeiros da equipa pela perceção que tem do elevado número de quedas nesta população. No entanto, até à data nenhum estudo foi ainda efetuado.

O presente projeto de intervenção comunitária em saúde surge no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Beja e tem como finalidade promover a segurança, autonomia e independência da pessoa idosa na comunidade.

Por não existir qualquer diagnóstico de saúde nesta população, optou-se por avaliar o risco de quedas nos idosos. Para avaliação desse risco escolheu-se a escala de Morse por se tratar de uma ferramenta cujos resultados já provaram a sua validade e sensibilidade. Por outro lado permite-nos identificar alguns fatores de risco, nomeadamente história de quedas imediatas ou ocorridas no período de 3 meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda para deambular, uso de heparina EV, modo de andar/transferência e avaliação do estado mental no que se refere à consciência do idoso relativamente às suas capacidades e limitações. Por fim, permite-nos também identificar, através do score, o tipo de ação a implementar nomeadamente, ações padronizadas contra quedas, intervenção para prevenção de alto risco de quedas ou a ausência de necessidade de qualquer intervenção.

O presente projeto encontra-se organizado em 4 etapas distintas. A primeira etapa corresponde à fase concetual, que resultou da revisão da literatura sobre o envelhecimento e os problemas a ele associados bem como ao fenómeno das quedas e a sua importância na população idosa. A segunda etapa corresponde ao diagnóstico da situação relativamente ao nível do risco de queda. A terceira etapa corresponde ao desenho do projeto com definição de objetivos e planeamento de atividades com vista à redução do número de quedas nos idosos,

através de estratégias de prevenção e educação para a saúde. Finalmente a quarta e última etapa prende-se com a avaliação da execução do projeto e dos resultados obtidos.

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE – QUEDAS NOS IDOSOS: DO RÍSCO À PREVENÇÃO

Neste capítulo proceder-se-á à descrição do projeto, bem como a todos os fundamentos e pressupostos organizativos inerentes à sua concretização.

2.1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decurso da fase conceptual, o investigador define conceitos, desenvolve ideias e junta documentação sobre o tema a investigar, com vista a clarear ideias sobre o conteúdo do problema. (Fortin, 2009)

Esta fase conceptual ou enquadramento teórico revela-se, assim de grande utilidade uma vez que nos permite conhecer informação já existente sobre o tema escolhido e delinear alterações pertinentes à condução do estudo no sentido de fixar a sua orientação e objetivo.

2.1.1 – A pessoa idosa, o envelhecimento e a velhice

Antigamente o mais comum era morrer antes de envelhecer, o envelhecimento não merecia, então, a atenção de todos. Hoje, o interesse pela problemática referente às pessoas idosas cresce em todas as sociedades e as implicações do envelhecimento da população trazem novos desafios.

Como refere Imaginário (2004), citando Morato (1986), os conceitos associados aos termos de velho, envelhecer, velhice e envelhecimento não são de fácil entendimento. O adjetivo velho, no grau comparativo tem apenas um significado cronológico, enquanto no grau positivo, se aplica a pessoas, animais ou coisas e significa deteriorado. Como substantivo indica denomina apenas a pessoa em idade avançada.

Não existindo qualquer norma específica a nível nacional, em Portugal, consideram-se pessoas idosas indivíduos com 65 ou mais anos, idade que está associada à idade da reforma.

Conforme afirmam Paul e Fonseca (2005), supõe-se frequentemente que o conceito da palavra velho ou idoso é evidente para todos, no entanto esta suposição não corresponde à realidade. Muitas vezes, identifica-se velhice com a passagem à reforma, no entanto, a idade da reforma é variável, dependendo da ocupação, do país onde ocorre, dos sistemas sociais e até mesmo das épocas históricas. Por outro lado, os 65 anos de idade, também já não podem ser indicadores de velhice, tendo em conta o envelhecimento como um processo individual e diferenciado, variável de pessoa para pessoa e resultante de fatores a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida.

Para Berger (1995), a velhice é um estado desencadeado pelo envelhecimento, como processo contínuo, desenvolvendo de maneira diferente em cada pessoa.

Por sua vez, Mailloux-Poirier (1995), defende que a velhice é um processo que se define por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais característicos de cada pessoa de cada indivíduo.

Por outro lado o envelhecimento, não é um estado, mas antes um processo de degradação progressiva que afeta todos os seres vivos. Segundo Fontaine (2000), a velocidade e a gravidade do próprio envelhecimento variam de pessoa para pessoa, de acordo com o nível em que se situa, biológico, psicológico ou sociológico. Pode-se assim falar de uma idade biológica, idade social e da idade psicológica que podem ser completamente divergentes da idade cronológica.

Também Squire (2005), identifica o envelhecimento como um processo multifacetado que depende de um elevado conjunto de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Estes fatores, que não se encontram necessariamente relacionados com a idade cronológica nem ocorrem obrigatoriamente em simultâneo, podem no entanto agrupar-se e influenciar o estado de saúde de uma pessoa idosa.

A nível biológico, o envelhecimento é caracterizado por uma involução física visível, evidenciada por alguns sinais físicos como o aparecimento de rugas, cabelos brancos, perda de massa

muscular, assim como diminuição das acuidades visual e auditiva. A nível psíquico, o processo involutivo também se instala de forma visível. A mobilidade e a linguagem alteram-se, surgem as perturbações do sono, a memória enfraquece e a capacidade de concentração diminui. A nível social, a pessoa é colocada numa situação de inatividade laboral, perdendo assim a sua identidade ocupacional. Muitas vezes, esta é uma situação penosa para os idosos, não só porque se sentem repentinamente com demasiado tempo desocupado, mas também devido às situações precárias a que a reforma os conduz.

Ligado ao conceito de envelhecimento biológico, surge o conceito de senilidade, diferente de senescência, que contempla os aspetos da involução psíquica, principalmente, ao nível emocional, intelectual e de comportamento. Do ponto de vista biológico, a senilidade corresponde a um envelhecimento patológico, enquanto a senescência corresponde à deterioração normal das faculdades físicas e mentais inerentes ao processo do envelhecimento. Se à senilidade associamos sempre uma imagem negativa, assente na deterioração das capacidades, à senescência podemos, pelo contrário, associar uma imagem positiva, mais no aspeto social que biológico, ao considera-la como um dos períodos do contínuo existencial do ser humano.

São vários os autores que distinguem os conceitos de envelhecimento normal e envelhecimento patológico. Por envelhecimento normal entendem-se as alterações que surgem com o decorrer dos anos, a nível anatómico e fisiológico, com ausência de doença. Por envelhecimento patológico entende-se a ocorrência de doença influenciando a evolução do envelhecimento normal.

Embora o envelhecimento seja um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano encontra-se ainda em fase de descoberta causando medos e angustias. Referindo-se ao envelhecimento Berger (1995), defende que o desconhecimento deste processo leva a falsos conceitos que acabam por apressar o processo do envelhecimento.

Para Marina (2004), que identifica o envelhecimento como um fenómeno biológico, um processo fisiológico natural que conduz a uma série de alterações nas potencialidade e capacidades das pessoas defende a velhice como fenómeno cultural, encarada de diferentes formas consoante a os valores e convicções de cada sociedade.

A forma como a velhice é compreendida tem a ver com a maneira como cada sociedade entende esta fase da vida, como uma construção social, inscrita numa conjuntura histórica. (Hortelão, 2004, p. 121)

As atitudes e os comportamentos da sociedade relativos à velhice são sobretudo negativas e os idosos são frequentemente vítimas de discriminação e de estereótipos, o que contribui para a imagem que eles têm muitas vezes de si próprios. Beauvoir (1983) expressa claramente a exclusão a que os idosos estão sujeitos ao identificar que geralmente existem dois sentimentos verdadeiramente opostos no que respeita a velhice. Defende a autora que o velho pode ser encarado como um sábio, como alguém com uma experiência de vida que pode ser uma mais valia para os que o rodeiam, no entanto que este sentimento não existe, aparece outro em sentido contrário em que a pessoa mais velha é identificada como alguém que não merece credibilidade e de quem os outros se riem. De uma forma ou de outra, situam-se fora da humanidade.

O tipo de valores e práticas existentes em cada sociedade determina o conceito de velhice e a importância atribuída ao papel da pessoa idosa na família e na própria sociedade. (Pimentel, 2001)

Contrariando as representações dominantes de depreciação da velhice na sociedade ocidental, Fernandes (2000) considera esta etapa da vida como um privilégio, por um lado, como um favor especial da vida pelos muitos anos de existência, mas principalmente pela riqueza do saber social que se alcança.

Segundo Costa (1999) há quatro ou cinco décadas atrás, não eram muitos os que envelheciam e a imagem e o benefício que se tirava da população que envelhecia era distinta daquela que se tem hoje. Para a autora ser-se velho é ter-se sabedoria, é ter-se uma experiência de vida que poderia fazer dele um conselheiro e um amigo.

O aparecimento de estereótipos e mitos ligados à velhice e ao envelhecimento podem levar a que não se encarem os idosos como elementos integrantes de uma comunidade, desvalorizando-se os seus contributos e não se investindo na sua saúde e no seu bem estar. Neste contexto, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), pretende mostrar a preocupação do setor da saúde em desmontar os estereótipos e mitos existentes,

assim como à necessidade de mudar mentalidades, atitudes e comportamentos que vão contra aos direitos, dignidade e necessidades da população idosa.

Frequentemente se observam mitos, crenças e ideias pré-concebidas relacionadas com o envelhecimento. A mais frequente, e talvez com maior impacto é ideia de que o envelhecimento é sempre acompanhado por deterioração mental e física, doença e incapacidade. É muito frequente os idosos, as suas famílias mesmo os profissionais de saúde culparem a “idade” pela falta de saúde de uma pessoa idosa.

Contrariando esta ideia, Mailloux-Poirier (1995) defende que considerar o envelhecimento como uma doença é um erro grave. Se fosse doença, era passível de ser tratada e curada. Por outro lado, pode ser-se velho sem que se seja doente.

Se é certo que a velhice não é sinónimo de doença, é certo também que o envelhecimento dá origem a uma diminuição da capacidade de adaptação e resposta às variadas solicitações criadas ao idoso. Vai haver conseqüentemente uma instabilidade do equilíbrio homeostático, que ao conduzir a uma maior vulnerabilidade e facilidade em adoecer poderá também aumentar a sua dependência. Estas situações de dependência conduzem a uma necessidade mais acentuada de apoios institucionais.

Assim, podemos estar perante situações de crise, para as quais é necessário tomar decisões delineando estratégias de apoio através dos recursos de saúde e apoio social.

Torna-se necessário uma atenção redobrada, tendo em conta a vulnerabilidade e suscetibilidade das pessoas idosas face à deterioração psico-fisiológica e às crises sociais. Identificados num estudo precoce, muitos problemas potenciais de saúde e sociais, próprios da idade avançada, poderão ser controlados e mesmo evitados. Tudo isto vai implicar uma vigilância atenta da população idosa, sem descurar uma sensibilidade consciente do direito da privacidade de cada pessoa.

Uma abordagem proactiva e preventiva dos cuidados de saúde para as pessoas idosas é essencial. Partindo do pressuposto que o envelhecimento conduz a um declínio na saúde, facilmente se pode optar por uma abordagem de promoção de saúde, tendo em conta que muitas doenças crónicas e conseqüentes complicações podem ser retardadas e mesmo minimizadas. (Squire, 2005)

É consensual a ideia de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A forma de envelhecimento possui vários fatores determinantes, como diferenças individuais, processos hereditários e fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos, culturais, profissionais e psicológicos. Assim, entender o processo do envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e coletivos da vida.

Segundo Zimmerman (2000) referido por Valle (2010), a definição de idoso implica ter-se em conta as suas distintas idades, como sendo, a do corpo, a da parte psicológica, a história genética e a sua relação com a sociedade.

São vários os autores que identificam a imagem que a sociedade e o próprio idoso têm do envelhecimento e da velhice como grandes responsáveis pela maneira como o este se processa.

Muitos dos receios que as pessoas têm do envelhecimento resultam da forma como a sociedade entende a velhice. É fundamental auxiliar a população idosa a adaptar-se ao envelhecimento como um processo normal e às alterações e dificuldades que dele possam surgir. (Imaginário, 2005)

É essencial transmitir aos idosos, a necessidade de encararem o envelhecimento como fazendo parte do ciclo vital e ajudá-los a conseguir um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, Hansen e Linkletter (2007), defendem que o importante não é ter a idade que se tem mas a idade que se sente, desde que se capte a noção correta de velhice esta será encarada como um privilégio e um tempo incrível de liberdade, de descobertas, de aprendizagem e de propósitos, desde que se façam opções corretas para o futuro.

O envelhecimento é vivido por cada pessoa de forma particular. Alguns não identificando a velhice como problema, entendem-na como mais uma etapa da vida decorrente da própria existência, estando receptivos a novas experiências, outros, pelo contrário, mostram resistência às alterações características do envelhecimento, recusando-se a reconhecer a velhice como fase do ciclo da vida. Acreditamos que a forma como os idosos encaram o envelhecimento e a velhice, resultam das suas vivências e da influência que tiveram sobre a sua vida assim como dos significados atribuídos pela própria sociedade em que se inserem.

2.1.2 – O cuidar e os cuidados de enfermagem

Por ser uma atividade indispensável à sobrevivência do Homem, o Cuidar é uma das mais velhas expressões da sua história. Como afirma Collière (1989), é preciso tomar conta da vida para que ela possa continuar, como tal, desde que há vida que existem cuidados. A mesma autora refere ainda que o cuidar foi e nunca deixará de ser o fundamento dos cuidados de enfermagem.

No entanto, foi Florence Nightingale, a quem se atribui a “paternidade” da enfermagem moderna, quem primeiro salientou o cuidar como algo de humano, de profundo, sentindo a necessidade de instituir uma profissão especialmente vocacionada para o cuidar.

Também Rogers (1979) citada por Marriner (1989), encara a enfermagem sob a mesma perspectiva reconhecendo a enfermagem como uma ciência porque abrange um conjunto de conhecimentos próprios conseguidos através do método científico sobre o cuidar humano e uma arte pela maneira criativa e imaginativa que tem de aplicar esse conhecimento científico à prática. Assim, o cuidar em enfermagem exige, não só o conhecimento do que se faz, mas também organização e rigor nos cuidados que se prestam.

Para Collière (1989), é importante que se faça a distinção entre os dois tipos de cuidados (*care e cure*) ligados à função da vida, para que se possa compreender a natureza do cuidar em enfermagem. Para a autora, os cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida (*care*), são todos aqueles que sustentam a vida, restabelecendo-a em energia, seja de natureza alimentar, afetiva ou psicossocial interferindo entre si, Por sua vez, os cuidados de reparação ou tratamento da doença (*cure*), destinam-se a reparar o que constitui obstáculo à vida, assegurando-lhe a continuidade através de tudo o que depende do tratamento e da doença e tem como objetivo curar e mobilizar a sua energia, o seu potencial de vida.

Assim, é essencial diferenciar os conceitos de cuidar e tratar porque quando se confunde o cuidar com o tratar, aparece a desmotivação nas pessoas que não as deixa reagir e assim intervirem no processo do cuidar. (Collière, 1989)

Cuidar é pois um conceito ambivalente e complexo, quanto à sua definição, sendo vários os autores que têm tentado defini-lo.

Para Collière (1989), o cuidar pode ser concebido como uma ação que executamos sobre nós próprios desde que tenhamos autonomia mas é também uma ação que exercemos sobre os outros que de alguma forma têm necessidade de ajuda. É pois um ato de reciprocidade. Para a autora, o conceito de cuidar está intimamente associado à necessidade de garantir a continuidade da vida, do grupo e da espécie, no sentido da manutenção das funções vitais. Para além de acentuar o facto de sermos autores do nosso próprio cuidado defende, ainda, a existência de uma relação de reciprocidade inerente ao ato de cuidar de outro ser humano.

Se por um lado Mayeroff (1971) entende o cuidar como uma ajuda que se presta ao outro para que cresça e se realize, Dutil (1993) salientando a questão da reciprocidade defende que o cuidar permite a quem cuida sentir-se bem e crescer interiormente. Assim, ainda que o processo do cuidar tenha como finalidade principal o crescimento e o desenvolvimento daquele que é cuidado, ele não acontece sem trazer benefícios, ainda que indiretos, aquele que cuida.

Salientando as dimensões éticas do cuidar, Watson (1989) define-o como o ideal moral da enfermagem que tem como finalidade, a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral é um ponto de partida assente no respeito pela vida humana, pela sua autonomia e pela sua liberdade de escolha.

Também atento ao respeito pela pessoa, Mayeroff (1971) afirma que no cuidar se consegue entender o outro, as suas potencialidades e necessidades que devem ser respeitadas.

O conceito do cuidar, no âmbito da saúde, é designado por Hesbeen (2000) como uma ajuda que se dá a alguém no momento em que necessita, no sentido de contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.

Cuidar, como condição fundamental à vida e ao ser humano, é não só um conceito genuíno do ser humano, mas igualmente inerente à Enfermagem. O cuidar em enfermagem, foco de atenção e reflexão por parte de muitos autores, é considerado a essência da própria enfermagem.

Todas as teorias da enfermagem enfatizam a multidimensionalidade do ser humano, como portador de informação genética/hereditariedade, informação sociológica/cultural e

ocorrências aleatórias pontuais. Cuidar é um processo complexo, pelo que é necessário reconhecer que essa multidimensionalidade do ser humano exige do enfermeiro, não só exatidão, como capacidade de relacionamento interpessoal (Silva, 2012). A mesma autora defende ainda, o cuidado humano como o foco da enfermagem.

Segundo defende Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem enquadram-se no cuidar, não devendo, contudo, confundir-se os dois conceitos, uma vez que se o cuidar é uma atenção que se presta ao outro poderá ser desenvolvido por outros profissionais de saúde, não sendo exclusivo dos enfermeiros. No entanto, defende que quando os outros prestadores de cuidados esgotam as suas intervenções, o enfermeiro pode sempre fazer mais alguma coisa. No sentido de ajudar o outro, contribuir para o seu bem estar e serenidade mesmo quando as situações são graves.

Concordando com este pensamento Moniz (2003), completa-o afirmando que o cuidar constitui a essência da enfermagem, embora não seja exclusivo dos enfermeiros.

O mesmo autor afirma ainda que o cuidar em enfermagem, assenta em relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa, família, grupos ou comunidade. Estas interações que se estabelecem, permitem ao enfermeiro conhecer o outro nas suas particularidades, tornando possível a prestação de cuidados de enfermagem individualizados, na medida em que consegue estabelecer diferenças entre as pessoas.

O cuidar em enfermagem requer um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do enfermeiro, bem como um comprometimento com o outro e consigo próprio. Para além do comprometimento requer, ainda, o envolvimento de valores, vontade e conhecimento. (Watson, 1988)

Os enfermeiros são profissionais da área do cuidar, cujas competências não são apenas conhecidas através dos atos que pratica mas também pela capacidade que tem de ir ao encontro e acompanhá-los para alcançarem um melhor estado de saúde. (Hesbeen, 2001).

Para Almeida (1999) os cuidados de enfermagem colocam-se entre as pessoas.

Silva (2012) defende que o cuidado espelha a ação do cuidar, no entanto se não existir uma relação terapêutica entre quem cuida e quem é cuidado não é possível alcançar a qualidade do cuidado.

Para Vale e Pagliuca (2011) o foco de atenção da enfermagem é o ser humano num âmbito bio-psico-social e espiritual e que os cuidados de enfermagem correspondem à função essencial do enfermeiro.

Não existe um conceito único de cuidar humano. No entanto, os autores que sobre ele se debruçam são unânimes em fundamentá-lo numa perspectiva holística, defendendo a sua universalidade e considerando-o como a essência da enfermagem.

A reflexão sobre as várias posições face ao cuidar permite a identificação das suas semelhanças. Salienta-se que para o cuidar se torna essencial a aquisição de aptidões interpessoais e habilidades de modo a respeitar a integridade e o respeito pela pessoa que é cuidada, bem como a componente humana daquele que cuida.

2.1.3 – Cuidados de enfermagem à pessoa idosa

As enormes alterações demográficas, ocorridas nas últimas décadas, que se traduziram na modificação das pirâmides etárias, refletem um aumento progressivo e acentuado da população idosa. São tendências pesadas com profundas implicações de estrutura a vários níveis, entre os quais sociais, económicos, familiares e de saúde, devido aos problemas subjacentes e às suas consequências.

O envelhecimento da população trás novos desafios e exigências à comunidade em geral e também para os enfermeiros, que vêm aumentar a complexidade da sua prática de cuidados de enfermagem, sendo necessário a sua adaptação às necessidades da população.

Como explanado no código deontológico dos enfermeiros, o enfermeiro, no âmbito do seu exercício profissional assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, promovendo a sua independência aos níveis físico, psíquico e social, bem como o auto-cuidado. (OE, 2009)

Os enfermeiros possuem papel prioritário, na prestação de cuidados aos idosos, sendo profissionais indispensáveis na identificação dos problemas de forma individualizada, na prestação de cuidados de uma maneira sistematizada e capacitados para o controle do processo do envelhecimento.

Defende-se que a finalidade da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas é ajudá-las a beneficiarem a máximo das suas capacidades funcionais, independentemente do seu estado de saúde ou da sua idade. (Moniz, 2003)

A prestação de cuidados de enfermagem ao idoso consiste numa relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa de forma a prestar-lhe cuidados individualizados, sendo para isso essencial que o enfermeiro tenha presente as inúmeras modificações biológicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo do envelhecimento.

Refletir sobre o significado de envelhecimento e velhice, conforme entendida pelo idoso, talvez seja uma forma de ajudar o enfermeiro a entender o significado real da velhice, permitindo-lhe assim planear estratégias alicerçadas na realidade, que possibilitem a autonomia e a independência do idoso, com conseqüente melhoria na sua qualidade de vida. É fundamental que essa reflexão seja baseada na compreensão das alterações resultantes do envelhecimento e a sua tradução na velhice. (Freitas, Queiroz & Sousa, 2010)

Reconhecendo que os comportamentos e atitudes são uma pedra angular na enfermagem, Carvalhais (2006) defende que os mesmos são influenciados por hábitos e valores. Assim, os cuidados de enfermagem são percebidos tanto pelo enfermeiro como pelo idoso com base nas concepções, nos valores e nas crenças de cada um. A autora defende ainda que os valores e as crenças dos idosos, relativamente aos cuidados de saúde, enfermeiros e doenças irão determinar as suas atitudes e os seus comportamentos em relação aos cuidados que lhe são prestados. Conclui que o conjunto de crenças e valores de ambas as partes se irão combinar nos valores e nas crenças que definem a relação de cuidados que estabelecem.

Para Hesbeen (2001), constitui um todo em que todos os elementos se interligam. O que é mais ou menos importante advém da percepção da própria pessoa que é cuidada.

Acreditamos que a relação e a interação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa são fundamentais no decurso do cuidar, só assim será possível a definição de estratégias e o

proporcionar de um leque de respostas adequadas às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade.

Todo o idoso tem o direito de ser cuidado com competência, respeito dedicação e apoio adequado, visando sempre a melhoria da sua saúde, da sua qualidade de vida e sobretudo da sua autonomia. O conceito de saúde tem como base uma noção holística da pessoa em estreita relação com o ambiente. Assim, o idoso como pessoa que é deve ser encarado numa perspetiva global. Berger (1995) defende que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa são baseados numa perspetiva humanista. Os idosos à semelhança das outras pessoas, são capazes de se adaptar, de crescer e de aprender, devendo ser entendidas na sua globalidade. Os cuidados aos idosos revestem-se de grande complexidade, possuindo características muito singulares e próprias.

Nas intervenções desenvolvidas com o idoso, é essencial que o enfermeiro tenha em conta um conjunto de situações que podem influenciar a interação que se pretende estabelecer. Os cuidados ao idoso dever-se-ão basear no processo do envelhecimento, na situação do idoso na família e sociedade em que se encontra inserido, bem como nas suas necessidades, capacidades e características pessoais. Ebersole (1985) citado por Berger (1995), identifica um conjunto de fatores a ter em conta na prestação de cuidados adequados aos idosos, como sejam:

- * as múltiplas facetas do processo do envelhecimento;
- * os ritmos pessoais do envelhecimento;
- * as numerosas perdas associadas ao envelhecimento;
- * o trabalho de luto necessário para aceitar as perdas;
- * as relações entre os fatores biológicos, sociais, económicos e psicológicos;
- * a resposta atípica do idoso à doença e ao tratamento;
- * os efeitos cumulativos das doenças crónicas e/ou dos processos de degenerescência;
- * os valores sociais associados ao envelhecimento assim como às atitudes sociais

As principais características do envelhecimento humano são a sua individualidade e a sua diversidade. Estas especificidades traduzem-se em reflexos bastante marcados no estado de saúde do idoso. Como tal, o principal recurso para a promoção da sua saúde é a própria pessoa, pelo que o idoso deve ser encorajado a participar neste processo. (Martins, 2003)

O enfermeiro é identificado por Hesbeen (2001), como um conselheiro perito, dispendo de saberes de saberes provenientes tanto da sua vida pessoal como formação e experiência profissional, salvaguarda que esses saberes não devem sobrepor-se aos saberes da pessoa que recebe cuidados nem ao seu ambiente. Considera as pessoas detentoras de saberes próprios que quando recrutados constituem uma ajuda preciosa para mobilizar a promoção da saúde.

Na opinião de Costa (1999), esta filosofia não se tem verificado, uma vez que os cuidados aos idosos têm vindo a ser considerados principalmente no sentido vertical. Para a autora, o enfermeiro desvaloriza o entendimento do idoso relativamente aos cuidados de que necessita, partindo do pressuposto de que o seu desempenho é legitimado pelo saber que detém. Em consonância dos autores anteriores afirma que a primeira garantia do sucesso dos cuidados passa pela participação dos idosos, desde que para tal possuam condições, das suas famílias e da comunidade em que encontram inseridos, no planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

A família e as relações familiares detêm um papel essencial na vida dos idosos, contribuindo para que este preservar a sua dignidade e individualidade no seu meio natural, com implicações acentuadas na sua qualidade de vida. Segundo Redante, Backes, Schwartz, Zielke e Lago (2005), apesar das dificuldades vividas atualmente, a família constitui o principal sistema de suporte do idoso.

O domicílio é considerado o local de eleição para a pessoa envelhecer, tendo em conta que continuar junto da família contribuirá para a garantia da sua autonomia e o ajudará a manter a sua identidade e dignidade. (Cattani & Girardon-Perlini, 2004)

Assim, tendo em conta o atrás descrito parece-nos essencial a permanência dos idosos junto das suas famílias e amigos, no seu meio natural, rodeado de situações que lhe são familiares, dispendo dos recursos e contributos existentes na comunidade, dando-se-lhes assim a possibilidade de manterem a sua individualidade, autonomia, independência e qualidade de vida.

2.1.4 – Quedas nos idosos: causas e consequências

Fazendo uma associação de ideias entre os conceitos de Edelberg (2001) e Rubenstein (2006),

Maciel (2010) define quedas como eventos multifatoriais e mórbidos, que causam perturbações emocionais, lesões, impotência funcional e morte. As suas causas podendo ser diagnosticadas, pode igualmente se prevenidas, com conseqüente diminuição da morbidade e custos económicos. O autor refere ainda que estes eventos são frequentes nas pessoas idosas.

Em Portugal, segundo dados do relatório de Acidentes Domésticos e de Lazer – Informação Adequada (ADELIA) referente aos anos de 2006-2008:

- em 2006, 14% dos acidentes ocorreram em pessoas com 65 e mais anos, em 2007 essa percentagem diminuiu para 13,7% e em 2008 voltou a aumentar para 15,0% .
- em qualquer um dos anos a maior frequências destes acidentes verificou-se nas mulheres.
- no grupo etário dos 65-74 anos, a grande maioria dos acidente ocorreu em casa (> 64%) em qualquer um dos anos. Na população com 75 e mais anos esta percentagem aumenta para valores superiores a 69%, atingindo no ano de 2008 os 75,5%
- nos três anos em apreço, o principal mecanismo de lesão dos acidentes foi a queda. O grupo etário dos 65-74 anos apresenta 81,1% (2006), 84,4% (2007) e 87,1% (2008). No grupo etário dos 75 e mais anos estes valores acentuam-se, verificando-se 90,4% (2006), 90,2% (2007) e 92,3% (2008).
- podemos verificar que a percentagem das quedas no âmbito deste tipo de acidentes tem vindo a aumentar ao longo dos anos analisados.
- em todos os anos a consequência mais frequente das quedas foram as concussões, contusões e hematomas.
- as partes do corpo mais lesadas foram os membros com uma percentagem superior a 47,5%, seguido da cabeça com mais de 23,5%
- o número de internamentos em consequência de quedas aumenta exponencialmente com a idade. Nos idosos com 75 e mais anos, 10,8% dos que caíram foram internados, em 2007 esse valor aumentou para 11,1 % e em 2008 para 12,5%.
- nos três anos, paralelamente ao aumento de internamentos por queda também se verificou o aumento de demora média do internamento.

Assim, e segundo dados do ADELIA (2010), a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa, sendo a queda o acidente mais frequente.

Embora qualquer pessoa, em qualquer idade esteja sujeita a queda, no idoso esse risco é acrescido, possuindo grande significado, uma vez que podem levar à incapacidade e mesmo à

morte. As quedas na população acarretam custos elevados que se agravam quando o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência ou necessita de internamento. (Fabrício et al., 2004)

Os acidentes e as doenças crônicas, muitas vezes não sendo fatais podem conduzir a deficiências e incapacidades comprometendo de forma significativa a qualidade de vida do idoso. Nos idosos, as situações crônicas manifestam-se de forma mais acentuada e tendem a manifestar-se em simultâneo. (Verbrugge & Jette, 1994)

Na sua grande maioria, as quedas nas pessoas idosas estão associadas a situações de doenças crônicas ou fragilidade apresentando uma etiologia multifatorial. Alguns dos fatores de risco encontram-se relacionados, nomeadamente os neurológicos e os distúrbios da marcha. (Edelberg, 2001)

O efeito conjunto de alterações relacionadas com o envelhecimento, doenças e meio ambiente inapropriados sugerem a ocorrência de queda, sendo esta o acidente doméstico mais frequente e a principal causa de morte acidental em pessoas acima dos 65 anos. (Buksman, Vilela, Pereira, Lino & Santos, 2008)

Tendo em conta o impacto que as quedas causam na vida dos idosos, das suas famílias e da própria sociedade torna-se imperativo definir estratégias no sentido de evitar, ou pelo menos minimizar, os seus efeitos, sendo estratégia de eleição a prevenção numa perspetiva de promoção de saúde e qualidade de vida. Segundo Siqueira et al. (2007), a prevalência de quedas na população idosa poderá ser reduzida com o planeamento de intervenções dirigidas aos fatores a elas associados e que as motivam.

Segundo Fabrício et al. (2004), vários estudos demonstraram que cerca de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez por ano. Destas, 40% têm idade superior a 80 anos. Revelam ainda que as quedas, eventos causadores de lesões, representam a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima dos 65 anos, sendo a lesão acidental a sexta causa de morte em pessoas com 75 ou mais anos, e a queda a responsável por 70% dessas mortes.

As quedas são ocorrências frequentes na população idosa. A elaboração de estratégias de prevenção e cuidados de saúde adequados passa pelo conhecimento dos fatores que as causam. (Cruz, Ribeiro, Vieira, Teixeira, Bastos & Leite, 2012)

Os diferentes autores são unânimes em identificar um elevado número de fatores como causadores das quedas, identificados como fatores de risco. Grande parte dos autores identifica esses fatores de risco como fatores intrínsecos e fatores extrínsecos.

Segundo Buksman et al. (2008), para além dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, identificam ainda fatores comportamentais ou de exposição ao risco. Assim, os autores identificam como:

Fatores de risco intrínsecos

- ▲ História prévia de quedas – pelo menos uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte.
- ▲ Idade avançada – na maior parte dos estudos conclui-se a associação entre o risco de quedas e o aumento da idade.
- ▲ Sexo feminino – maior predisposição para as quedas na mulher que no homem.
- ▲ Uso de medicamentos – o uso de medicamento como os psicotrópicos, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores, sedativos. A associação de quatro ou mais medicamentos aumenta o risco de queda.
- ▲ Condição clínica – presença de doença como hipertensão; diabetes; doenças neurológicas ou articulares, que alterem a força muscular, a marcha ou o equilíbrio; doenças agudas ou situações crónicas bem como hipotensão ortostática podem precipitar a queda.
- ▲ Distúrbios da marcha e equilíbrio – podendo ser resultantes do envelhecimento, se houver diminuição da força e da resistência prejudicando a manutenção das atividades de vida diárias, pode levar à ocorrência de queda.
- ▲ Sedentarismo – pelo predispor a fortes alterações músculo-esqueléticas.
- ▲ Estado psicológico – o medo de cair novamente, após uma queda, está associado a uma diminuição no desempenho da marcha podendo traduzir-se em novas quedas e levar a uma diminuição das atividades físicas e sociais. Estados depressivos também podem estar na origem das quedas.
- ▲ Deficiência nutricional – pode levar a diminuição da força muscular, distúrbios da marcha e osteoporose.

▲ Declínio cognitivo – mesmo pouco acentuado também pode conduzir a ocorrência de quedas.

▲ Deficiência visual – diminuição da acuidade visual.

▲ Deficiência auditiva – diminuição da acuidade auditiva.

▲ Doenças do foro ortopédico – doenças a nível cervical que provoquem tonturas e desequilíbrios, doenças dos pés, calos, ulcera ou dor ao caminhar também aumentam o risco de queda.

▲ Estado funcional – o risco de queda está diretamente relacionado com o aumento da dependência funcional.

Fatores de risco extrínsecos

Segundo os mesmos autores, até de 50% das quedas entre idosos na comunidade podem ser ocasionadas por riscos ambientais, como sendo:

▲ Iluminação inadequada.

▲ Tapetes soltos ou com dobras

▲ Superfícies escorregadias

▲ Degraus estreitos ou altos

▲ Ausência de corrimãos em corredores e quartos de banho

▲ Prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas

▲ Vestuário e sapatos inadequados

▲ Obstáculos no caminho, como móveis baixos, fios, pequenos objetos.

▲ Ortóteses inadequadas.

▲ Via pública em mau estado de conservação.

Fatores de risco comportamentais: exposição ao risco

De entre os idosos, os que mais aparentam predisposição para a queda e se encontram em maior risco de cair, são os mais inativos pela sua fragilidade e os mais ativos pela sua exposição ao risco.

Ainda segundo Baksman et al. (2008), na população idosa, a maior frequência de quedas ocorre em casa e são essencialmente causadas por fatores de risco intrínsecos, enquanto as quedas fora do domicílio, na sua maioria são causadas por fatores de risco ambientais e ocorrem em idosos mais ativos e como tal mais expostos.

Vários estudos identificaram que nas mulheres existe uma maior predisposição para as quedas que nos homens. As causas para este fenómeno poderão estar associadas à maior fragilidade nas mulheres, osteoporose, prevalência de doenças crónicas e maior exposição a atividade doméstica e comportamentos de maior risco. (Perracini & Ramos, 2002)

Os fatores ambientais são muito comuns na origem das quedas sofridas por pessoas idosas, no entanto estes fatores tornam-se tanto mais perigosos quanto maior for a vulnerabilidade e a instabilidade da pessoa. Nos idosos, o desenvolvimento de atividades rotineiras são geradoras de uma maior percentagem de quedas do que as situações mais perigosas como subir escadas ou subir para uma cadeira. (Fabrício et al. 2004)

Por sua vez, Maciel (2010), classifica os fatores de risco em intrínsecos e extrínsecos ou ambientais referindo que a maioria das quedas resulta da interações destes dois tipos de fatores. Identifica os fatores intrínsecos como fatores relacionados com a pessoa e acrescenta os distúrbios cognitivos e os transtornos do sono. No que se refere aos fatores extrínsecos, relaciona-os com o meio ambiente, acentuando a forte relação que parece existir entre as quedas e o uso de benzodiazepinas, antidepressivos, antipsicóticos, antiarrítmicos e anticonvulsivantes.

Também Almeida, Soldara, Carli, Gomes & Resende (2012), classificam os fatores de risco em intrínsecos e extrínsecos, alertando no entanto para as divergências existentes relativamente a estes últimos, visto que se considera não poderem ser pensados, somente, com base no meio ambiente visto existirem também interferências de valores culturais, religiosos etários e étnicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que as quedas resultam de uma interação de fatores de riscos. Refere os riscos intrínsecos identificados pelos anteriores autores como riscos biológicos reforçando a ideia de que quando associados a riscos comportamentais e ambientais aumentam os riscos de queda. Os riscos biológicos são considerados riscos não modificáveis. Os riscos ambientais incluem a interação da pessoa com o meio que o envolve, não sendo o ambiente por si só causador de queda. Identifica riscos comportamentais como dizendo respeito a ações humanas, escolhas diárias e emoções, sendo potencialmente modificáveis. Por fim identifica fatores de risco socio-económicos, que estão relacionados com as condições sociais e económicas das pessoas e à com a capacidade da comunidade para as enfrentar. Dentro destes últimos fatores considera - baixa renda, habitações inadequadas,

baixo nível de instrução, ausência de interação social, acesso limitado aos cuidados de saúde e de segurança social, e falta de recursos da comunidade. (WHO, 2007)

São vários os autores que evidenciam a polimedicação como fator intrínseco de risco nas quedas na população idosa. Este é um aspeto que se reveste de particular importância dada a frequência com que os idosos associam um elevado número de fármacos. Referindo-se aos efeitos negativos do uso de medicamentos para as quedas nos idosos, Coutinho e Silva (2002) relevam a necessidade de serem ponderados os riscos e os benefícios do uso de medicamentos nos idosos, assim como a necessidade de intervenção junto dos idosos e famílias facultando-lhe orientação quando o uso de medicamentos associado a um maior risco de quedas é inevitável.

Referindo que isoladamente o fator idade não afeta o risco de queda, Pereira, Miguel e Fernandes (2010), evidenciam também o elevado número de debilidades e doenças associadas ao risco de quedas assim como a toma de medicação.

Os mesmos autores classificam ainda as quedas com base na frequência com que ocorrem e no tipo de consequências que delas advém. Assim, definem queda accidental como um evento único, motivado por um fator extrínseco geralmente ligado à presença de um fator de risco ambiental danoso ou devido a comportamentos de risco e que dificilmente se voltará a repetir. O outro tipo de queda é definido pelos autores como queda recorrente onde estão presentes fatores intrínsecos à pessoa como sejam as doenças crónicas, a polimedicação, as alterações do equilíbrio e défices sensoriais.

Pelo descrito podemos identificar que, comparativamente à população em geral, a população idosa tem risco acrescido de sofrer queda, aumentando o número de internamentos motivados por queda exponencialmente com a idade. As quedas, apresentando uma etiologia multifatorial, representam a principal causa de morte accidental em pessoas idosas e ocorrem com maior frequência nas mulheres. Resultam de uma interação de fatores de risco, sendo a polimedicação um fator muito descrito na origem desta ocorrência.

Para Tideiksaar (2003), as quedas apresentam um risco muito elevado de morte e incapacidade nos idosos e constituem uma ameaça à sua saúde física e bem estar psicológico. As consequências das quedas não ficam somente confinadas aos idosos. As quedas constituem

um problema para a família e sobrecarregam as áreas financeiras das instituições encarregadas da saúde.

Após análise de vários estudos, Pinho et al. (2012), referem que a mortalidade em idosos vítimas de queda aumenta em 50% no ano seguinte à ocorrência da mesma. Referem ainda, que 50% dos idosos que sofreram fratura da anca originada por queda ficarão com incapacidade funcional e destes, 25% morrerão nos seis meses seguintes.

Reportando-se às consequências das quedas, e com base em vários estudos, Baksman et. al (2008) referem que 30% a 60% dos idosos na comunidade caem anualmente e destes, cerca de 50% apresentam quedas múltiplas. Referem ainda que 40% a 60% das quedas causam lesões. Das lesões causadas por quedas, 30% a 50% são de menor gravidade, 5% a 6% causam dependência grave e cerca de 5% levam a fratura.

Baseados em resultados do seu estudo, Fabricio et al. (2004), identificam a fratura, principalmente a do colo do fêmur, como a consequência mais frequente entre os idosos que caíram, no entanto o estudo reportou-se a idosos que caíram e que recorreram ao serviço de urgência, não foram considerados os idosos que não procuraram este serviço de saúde.

Também Coutinho e Silva (2002), após análise de vários estudos, identificam a fratura como uma consequência grave das quedas em idosos. Consideram as quedas um importante problema de saúde pública, pela morbidade e pelos elevados custos sociais e económicos que acarretam devido às lesões provocadas. Referem que 1/3 da população idosa sofre pelo menos uma queda por ano e destes, 3% a 5% apresentam fraturas graves com necessidades de internamentos prolongados e dispendiosos.

Uma das grandes consequências das quedas é o sentimento de medo de voltar a cair, diminuir o potencial de saúde, de ficar dependente ou imobilizado. Estes sentimentos podem resultar em graves alterações emocionais, psicológicas e sociais, traduzindo-se em perda de autonomia e independência com implicações para o desempenho das suas atividades de vida diárias, sentimentos de fragilidade e insegurança. (Fabricio et al., 2004)

O medo de novas quedas é tão prevalente como as mesmas e esse temor ocorre em 30% a 73% dos idosos. (Rubenstein & Josephson, 2002, citado em Baksman et al., 2008)

Para além das fraturas, traumatismos craneoencefálicos e feridas, é muito frequente a pessoa idosa vítima de queda sofrer de um medo recorrente de voltar a cair, de sair de casa e ficar dependente de outras pessoas. Este receio vai influenciar a autonomia e independência do idoso nas suas atividades e condicionar a sua vida social e emocional.

O medo e a perda de confiança, pode originar diminuição da capacidade funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Em consequência de uma queda, o idoso reduzir a sua atividade por medo, por dor ou mesmo pela incapacidade funcional. A queda pode levar a uma imobilidade prolongada e às suas conseqüentes complicações, como tromboembolia, úlcera de pressão e incontinência urinária. Em caso de dependência, o idoso requer invariavelmente mais tempo da família levando às vezes a graves situações sociais e conseqüente internamento em lares. (Dunn, Furner & Miles, 1993, citado em Baksman et al,2008)

A OMS, refere, ainda os elevados encargos económicos, que as quedas em pessoas acima dos 65 anos trazem aos serviços de saúde, principalmente a nível hospital que são agravados pela elevada demora média de internamento. (WHO, 2007)

Existe unanimidade nos vários autores, que referem as fraturas e o medo de voltar a cair, como principais conseqüências das quedas. O medo de voltar a cair leva a alterações no comportamento do idoso diminuindo a sua autonomia e independência que por sua vez se transformam de conseqüência em potencial causa de nova queda.

2.1.5 – Quedas nos idosos: estratégias de prevenção

Sendo um problema real que acarreta graves conseqüências e sérias limitações à população idosa torna-se urgente a sua prevenção, com base numa promoção de saúde adequada, com vista à autonomia, independência e conseqüente qualidade de vida.

Baseado em dados European Network for Safety among Elderly (EUNESE), o documento de Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, refere que apesar dos idosos possuírem elevado risco de cair em casa, um número elevado de acidentes causados por

queda são passíveis de prevenção. Boas práticas baseadas na evidência provam a possibilidade de reduzir em 38% as lesões nos idosos através de métodos com custos eficazes. A diminuição da incidência de lesões pode melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos dos serviços de saúde. (DGS, 2008)

Segundo a mesma fonte, é necessário tomar medidas de prevenção com o intuito de se manter a segurança e facilitar a autonomia e a manutenção das atividades de vida diária. Poder-se-á fazer prevenção de quedas, fazendo alguns ajustes no domicílio e nos estilos de vida e em simultâneo garantir que os idosos mantenham uma alimentação adequada e se mantenham fisicamente ativas. (DGS, 2008)

A prevenção das quedas reveste-se de uma importância extrema, pela sua capacidade de diminuir a morbilidade e a mortalidade bem como os custos em cuidados de saúde diferenciados e internamento em lares. Os programas de prevenção, como prática essencialmente importante junto dos idosos, têm a vantagem de, em simultâneo, melhorar o estado de saúde global e a qualidade de vida. (Buksman et al., 2008)

Vários estudos têm demonstrado que a prevenção dos fatores de risco podem reduzir consideravelmente o número de quedas. Programas de prevenção de quedas eficazes e de menor custo envolvem avaliação de risco sistemático e intervenções dirigidas aos riscos. São importantes, programas de exercício físico, de inspeção ambiental e de redução de riscos. Intervenções multidisciplinares na avaliação e nas intervenções, são abordagens ideais para a prevenção de quedas na população idosa. (Rubenstein, 2006)

O autor defende ainda como intervenções de prevenção: - revisão da medicação, modificações nos domicílios, promoção da segurança no domicílio e promoção da segurança fora do domicílio.

Também Tinetti (1994) releva a importância da identificação dos fatores de risco para a redução da taxa de quedas na população idosa.

Para Maciel (2010), as medidas preventivas a tomar relativamente às quedas nos idosos envolvem orientações aos idosos e seus familiares sobre:

- os riscos das quedas bem como das suas consequências;
- a segurança do ambiente em que vive e circula;
- o estilo de vida no que se refere a dieta e exercício físico;

- a avaliação das situação global e periódica incluindo a função cognitiva, distúrbios de humor capacidade de realização de atividades de vida diária e condições sociais;
- a racionalização de prescrição e correção de polifarmácia;
- a avaliação oftalmológica anual;
- a avaliação nutricional;
- a indicação de fisioterapia e exercícios físicos;
- a correção de fatores de risco ambiental
- as medidas de promoção da saúde com orientação para a prevenção e tratamento de osteoporose.

Estudos recentes mostram que a prática do exercício físico na adolescência e na idade adulta leva à diminuição da ocorrência de quedas, da osteoporose e outras doenças crônicas. (Siqueira et al. 2007)

A OMS identifica, no seu relatório global sobre prevenção de quedas na velhice, fatores de proteção de quedas nos idosos como estando às mudanças comportamentais e modificações ambientais, uma vez que defende serem estes os fatores passíveis de modificação. Identifica a mudança comportamental para estilos de vida saudáveis como ponto basilar para evitar quedas e promover um envelhecimento saudável e manutenção da independência, como sendo o consumo de álcool moderado, ausência de hábitos tabágicos, manutenção de peso adequado e manutenção de níveis adequados de atividade física. Relativamente aos fatores ambientais a ter em conta refere, degraus estreitos, piso escorregadio, tapetes soltos, iluminação deficiente, de entre outros. (WHO, 2007)

Assim, tendo em conta serem estes os fatores modificáveis será sobre eles que devem incidir as intervenções por parte dos profissionais de saúde.

O enfermeiro tem papel fundamental na promoção da saúde, competindo-lhe utilizar estratégias de intervenção na comunidade de forma a capacitá-la, cada vez mais, para a resolução das suas reais necessidades e problemas e estabelecer parcerias e protocolos com outros setores da sociedade.

Segundo a declaração de Jakarta (1997), a promoção de saúde como investimento social, pressupõe a criação de parcerias para a saúde, numa perspetiva de igualdade entre os diversos

setores da comunidade, sendo esta cooperação indispensável. Completa ainda que as abordagens globais do desenvolvimento da saúde são as mais efetivas.

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas idosas defende que a promoção da saúde no âmbito dos cuidados às pessoas idosas, será mais eficaz e eficiente e tanto mais êxito terá quanto mais assentar na cooperação, com a criação de sinergias entre experiências, competências e recursos, através da criação de parcerias entre os diversos setores da sociedade. (DGS, 2004)

A prática da enfermagem comunitária, assenta na complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade pela identificação necessidades e problemas das pessoas, grupos e famílias, estabelecendo as articulações necessárias e assegurando a continuidade de cuidados. (Correia et al. 2001)

O enfermeiro é reconhecido pelos outros profissionais como elemento integrador e articulador de diferentes saberes, devendo estabelecer a ponte entre os membros da equipa, até porque é um profissional constante junto das pessoas, conseguindo mais facilmente identificar as suas necessidades e potencialidades. (Nascimento, Backes, Koerich & Erdmann, 2008)

Fazendo uma reflexão sobre o atrás descrito poder-se-á inferir que é fulcral que se invista na prevenção de quedas nas pessoas idosas, tendo em conta todos os aspetos inerentes ao envelhecimento, bem como aos fatores de risco das quedas, no sentido de ajudar esta população a manter a sua dignidade, autonomia, independência, contribuindo-se, assim para a manutenção de um envelhecimento ativo e saudável. Cabe ao enfermeiro identificar as reais necessidades da população, definir estratégias de intervenção, executar atividades e avaliar planos, articulando com os diferentes parceiros sociais, apostando na prevenção numa visão de ganhos em saúde.

2.2 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

As pessoas idosas são um património nacional, são preciosas para a sociedade devendo sentir-se valorizadas. As sociedades que prestam cuidados aos seus idosos e que contam com a sua participação ativa estarão mais capacitadas para enfrentarem os desafios do progresso mundial. (World Health Organization [WHO], 2012)

O envelhecimento populacional afigura-se como um fenómeno atual de extrema relevância em todo o mundo. À medida que as sociedades envelhecem grandes desafios se levantam a vários níveis, não sendo exceção a área da saúde.

Conforme se refere no Plano Nacional de Saúde (2012-2016), um dos grandes objetivos de um sistema de saúde é melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos.

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), menciona que esta população necessita de ser detentora de boa saúde para que possam manter qualidade de vida, sendo esta díade, saúde/qualidade de vida, estados complementares e indissociáveis. Por sua vez, condição essencial para que se mantenha qualidade de vida é a manutenção da autonomia e independência. Este documento defende, ainda que a promoção da autonomia e independência das pessoas idosas implica o envolvimento de todos os setores sociais. É da responsabilidade do setor da saúde, nomeadamente dos CSP, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias, no sentido de encontrar soluções que respondam às necessidades próprias deste coletivo.

Cada vez mais, é urgente que se organizem respostas mais adequadas às novas necessidades em saúde das populações, resultantes do envelhecimento demográfico e das alterações a nível epidemiológico e de estrutura e comportamentos sociais e familiares. Os idosos apresentam frequentemente debilidades e incapacidades, muitas vezes previsíveis e como tal passíveis de prevenção. (DGS, 2004)

As pessoas idosas, com todas as fragilidades inerentes à própria idade, possuem em vasto leque de situações passíveis de intervenção comunitária numa lógica de prevenção de doença e promoção de saúde, sendo os acidentes uma situação bastante frequente.

Os acidentes, sendo um importante problema de Saúde Pública, acarretam fortes encargos financeiros devido aos internamentos, tratamentos e cuidados de urgência que implicam. Na população idosa o maior número de acidente acontece no domicílio, sendo a queda a sua principal causa. Pensa-se que as quedas tenham uma frequência de 75% em pessoas na faixa etária dos 65-74 anos e de 90% em pessoas com idade superior a 75 anos. (DGS, 2004)

Também Edelberg (2001) defende que elevado número de pessoas idosas está em alto risco de queda. Refere ainda que cerca de 70% das mortes causadas por queda acontecem em pessoas idosas, sendo esta a 6ª causa de morte nesta população e que as quedas levam a uma diminuição da capacidade funcional.

Vários estudos apontam para a fratura, nomeadamente fratura do colo do fémur, como a consequência mais comum das quedas e uma das principais consequências que levam à morte. Muitos dos idosos que sofrem este tipo de fratura ficam acamados dando origem à ocorrência de pneumonia, embolia, úlceras de decúbito e confusão mental. (Fabricio, et al., 2004)

Tendo em conta todos estes aspetos, parece-nos inegavelmente oportuno a elaboração de um projeto de intervenção comunitária que proporcione contributos para a prevenção da perda de autonomia e independência e promova um envelhecimento bem-sucedido. Tal será possível com a utilização de estratégias de promoção da saúde com vista à alteração de comportamentos, que por sua vez permitam ganhos em anos de vida com independência, ou seja, melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente a obtenção de ganhos em saúde.

A escolha do tema de estudo prende-se, não só com todos os factos atrás descritos, mas também com a forte motivação pelo estudo nesta área tendo em conta o respeito, o apreço, o carinho, a consideração e a estima pela população idosa e pela convicção sobre os efeitos nefastos das quedas nesta etapa da vida. Concorda-se com Bello (2004), quando afirma que a escolha do tema a estudar deve estar vinculada ao gosto do investigador pelo assunto a ser tratado e estar dentro da sua área do conhecimento.

2.3 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O planeamento, processo continua e cíclico é constituído por várias etapas, sendo a primeira o diagnóstico da situação. O início da atuação só é possível após a definição do diagnóstico, sendo a pertinência do estudo, programa ou atividade determinada pela concordância entre diagnóstico e necessidade. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Este diagnóstico de situação tem como objetivo determinar o nível do risco de queda e identificar o tipo de ações a aplicar.

2.3.1 – Breve caracterização do Concelho de S. Brás de Alportel

S. Brás de Alportel localizado a sul de Portugal Continental, na zona central da província do Algarve, é um dos 16 concelhos do distrito de Faro. É limitado a sul pelo município de Faro, a norte e leste por Tavira, a sueste por Olhão e a oeste por Loulé.

S. Brás de Alportel é sede de um município com 150 Km² de área geográfica e aproximadamente 11 mil habitantes, possui apenas uma única freguesia. (Portal do Município [PM]).

S. Brás de Alportel é conhecido pelas suas qualidades ambientais, com muitos espaços verdes. A cortiça é uma das suas riquezas. (PM).

O concelho é caracterizado, em termos geológicos, pela transição entre uma zona de xisto (serra) e uma faixa calcária (barrocal). Situada a norte do concelho, a serra ocupa cerca de 75% da área do concelho, apresentando solos pobres para a agricultura, com xisto de carbono, relevo com declive acentuado e matas densas em sobreiros, medronheiros e azinheiras. O barrocal, situado a sul, o solo é mais calcário, possibilitando melhor rendimento agrícola. As terras são mais férteis, permitindo a existência de pequenas áreas agrícolas como o pomar misto de sequeiro, com amendoeiras, oliveiras, figueiras e alfarrobeiras. O barrocal, possui um relevo mais suave sendo maior a abundância de água, o que justifica a existência de fontes, poços e noras de conhecimento histórico. (PM).

Figura 1 – Localização geográfica do Concelho de S. Brás de Alportel



(Fonte: http://topodacarreira.files.wordpress.com/2010/06/mapa_concelhos_algarve1.jpg)

2.3.2 – Tipo de estudo

Neste diagnóstico pretende-se identificar o risco de queda nos idosos que integram a ECCL, assim como entender a situação dos mesmos perante alguns fenómenos que, segundo a revisão da literatura, se encontram na cauda das quedas potenciando o risco.

Assim, para a consecução do diagnóstico, utilizou-se o método quantitativo, uma vez que os resultados serão apresentados com recurso à utilização de dados numéricos inseridos em tabelas e a sua interpretação será efetuada em função do quadro teórico apresentado no subcapítulo anterior.

O método quantitativo baseia-se na medida dos fenómenos e na análise de dados numéricos. (Fortin, 2009)

Por sua vez, a descrição, entendida como um nível de investigação, baseia-se em determinar a natureza e as particularidades de conceitos, bem como de populações, de fenómenos e por vezes considera a existência de relações entre os conceitos. (Fortin, 2009)

Numa investigação descritiva, observa-se, descobre-se, caracteriza e frequentemente classificam-se novas informações, com vista a definir uma imagem clara e precisa da situação que se estuda.

A colheita de dados foi feita num só momento, tratando-se assim de um estudo transversal. Segundo ainda Fortin (2009), o estudo transversal, serve para medir a frequência de um acontecimento, numa dada população, num determinado momento.

Assim, trata-se de um estudo descritivo, transversal numa abordagem quantitativa.

2.3.3 – População alvo

Uma população é definida como, um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns. Assim, será necessário definir de forma precisa a população a estudar e identificar os elementos que a constituem. A população alvo, sendo uma população particular

que é sujeita a um estudo, é constituída pelos elementos que cumprem os critérios de seleção estabelecidos previamente. (Fortin, 2009)

No concelho de S. Brás de Alportel, a população idosa representa 22,4% da população total (INE, 2011). Fazendo uma reflexão sobre o risco de quedas nesta população, com tão elevado número de pessoas idosas, surge de imediato a ideia de um grupo muito específico pela sua vulnerabilidade acentuada, inserido nesta população, como sendo os que se encontram integrados na ECCI do concelho.

A ECCI de S. Brás de Alportel integra 67 utentes, no entanto, 5 destes possuem idade inferior a 65 anos pelo que ficam excluídos do estudo. Assim a população alvo será constituída por 62 idosos.

A escolha desta população deve-se em grande parte, à incidência de um elevado número de quedas identificada pela equipa através do preenchimento do Índice de Avaliação Integral (IAI) que permite avaliar o número de quedas relativamente ao ano anterior e corresponde a um dos requisitos de preenchimento obrigatório à entrada do utente para a equipa.

2.3.4 – Técnica e instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados foi elaborado como instrumento, que esteve sujeito a aprovação do ACES Algarve I – Central (Anexo I).

Tendo em conta que se pretendia avaliar o risco de quedas, optou-se pela utilização de uma escala de medida – escala de Morse – por ser uma ferramenta reconhecida como válida e sensível.

Segundo Barnett (2002), a escala de Morse é uma ferramenta que foi sujeita a testes para assegurar a sua fiabilidade, sensibilidade e precisão, possuindo uma excelente construção de validade e sensibilidade.

Por pretendermos identificar a presença de alguns fatores de risco de quedas não presentes na escala de Morse e descritos na literatura debruçamo-nos sobre alguns aspetos nomeadamente, coabitação; toma de psicofármacos; presença de algumas doenças que

potenciam o risco de queda como artrose, depressão e doença pulmonar obstrutiva crónica; diminuição das acuidades visual e auditiva e historial de fratura tendo em conta que na população idosa as fraturas são uma das principais consequências das quedas.

Assim, o instrumento de colheita de dados engloba os parâmetros da escala de Morse e ainda os fatores mais frequentes, encontrados na pesquisa bibliográfica, que se encontram na origem das quedas (Apêndice I).

A colheita de dados foi feita através de consulta dos registos integrantes dos processos individuais dos utentes da ECCI que são atualizados sempre que se verifique ocorrência digna de registo. Foram considerados todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos que se encontravam integrados na equipa à data de 1 de Agosto/2012. A recolha de informação foi efetuada na semana de 6 a 12 do mesmo mês.

A informação contida no instrumento de colheita de dados foi sistematizada numa folha de cálculo do programa Excel, sendo posteriormente feita as respetivas análises.

2.3.5 – Apresentação e análise de dados

A população é constituída por 62 idosos, 23 (37.1%) do sexo masculino e 39 (62.9%) do sexo feminino e está compreendida entre os 65 e os 97 anos de idade.

Pela observação da tabela 1 podemos verificar que tanto nos homens (60.9%) como nas mulheres (53.8%) mais de metade da população se situa entre os 80 e os 89 anos de idade.

Tabela 1 – Distribuição da população por sexo e grupo etário

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
65 – 69	0	0.0	3	7.7	3	4.8
70 – 74	3	13.0	3	7.7	6	9.6
75 – 79	4	17.4	3	7.7	7	11.2
80 – 84	6	26.1	11	28.2	17	27.4
85 – 89	8	34.8	10	25.6	18	29.3
90 – 94	2	8.7	8	20.5	10	16.1
≥ 95	0	0.0	1	2.6	1	1.6
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

A análise da tabela 2 revela que a maior parte da população (51.7%) vive com o cônjuge, sendo que destes 9.7% vive também com os filhos. A grande maioria da população do sexo masculino (78.2%) ainda vive com o cônjuge, o que se justifica, talvez, pela esperança de vida na mulher ser superior à do homem. Existem 3 (13.0%) homens e 8 (20.6%) mulheres a viver sozinhos o que perfaz 17.7% da população total. Esta situação necessita de particular atenção, tendo em conta que, segundo a revisão da literatura, os idosos que vivem sozinhos têm maior probabilidade de ocorrência de queda.

Tabela 2 – Distribuição da população por sexo e coabitação

Coabitação	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sozinho	3	13.0	8	20.6	11	17.7
Com cônjuge	15	65.2	11	28.2	26	42.0
Com filho(s)	1	4.4	10	25.6	11	17.7
Com cônjuge e filho(s)	3	13.0	3	7.7	6	9.7
Outros	1	4.4	7	17.9	8	12.9
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Segundo a literatura, o consumo de psicofármacos aumenta a ocorrência de quedas. Pela análise da tabela 3 podemos verificar que grande parte (45.2%) da população do estudo

consome estes medicamentos, verificando-se uma percentagem mais elevada no grupo das mulheres (53.8%) do que nos homens (30.4%).

Tabela 3 – Distribuição da população segundo o sexo e a toma de psicofármacos (sedativos, anti-depressivos ou anti-psicóticos)

Toma de psicofármacos	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	7	30.4	21	53.8	28	45.2
Não	16	69.6	18	46.2	34	54.8
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Analisando a tabela 4 podemos verificar que, relativamente a doenças que associadas a outros fatores que potenciam o risco de queda, como a artrose, a depressão e a doença pulmonar obstrutiva crónica, podemos verificar que em 43.6% da população nenhuma destas doenças se verifica, sendo que nos homens (60.8%) essa percentagem é bem mais elevada. 6.4% da população apresenta doença pulmonar obstrutiva crónica, em 3.2% dos casos associada a artrose, em 1.6% associada a depressão e também em 1.6% dos casos associada a artrose e depressão. A patologia que mais se verifica, em ambos os sexos, é a artrose sendo mais elevada na mulher (58.9%). Em 5.1% dos casos está associada a depressão e também em 5.1% das situações está associada a doença pulmonar obstrutiva crónica. Esta última doença, não aparece isolada em qualquer dos idosos.

Tabela 4 – Distribuição da população segundo o sexo e a presença de artrose, depressão ou doença pulmonar obstrutiva crônica

Presença de doença	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Artrose	6	26.0	19	48.7	25	40.3
Depressão	1	4.4	3	7.7	4	6.5
DPCO	0	0.0	0	0,0	0	0.0
Artrose e depressão	0	0.0	2	5.1	2	3.2
Artrose e DPCO	0	0.0	2	5.1	2	3.2
Depressão e DPCO	1	4.4	0	0.0	1	1.6
Artrose, depressão e DPCO	1	4.4	0	0.0	1	1.6
Não	14	60.8	13	33.4	27	43.6
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

A diminuição da acuidade visual é outro dos fatores de risco associado às quedas. Podemos verificar pela análise da tabela 5, que mais de 3/4 da população (75.8%) tem essa diminuição. A diferença da taxa de incidência entre homens e mulheres não é significativa (3.0%).

Tabela 5 – Distribuição da população segundo o sexo e a diminuição da acuidade visual

Diminuição da acuidade visual	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	17	74.0	30	77.0	47	75.8
Não	6	26.0	9	23.0	15	24.2
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

À semelhança da diminuição da acuidade visual, também a diminuição da acuidade auditiva predispõe à ocorrência de quedas. Na população do estudo podemos verificar, pela análise da tabela 6, que esta situação se verifica em 45.2% dos idosos, sendo mais acentuada nos homens (52.2) do que nas mulheres (45.2%).

Tabela 6 – Distribuição da população segundo o sexo e a diminuição da acuidade auditiva

Diminuição da acuidade auditiva	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	12	52.2	16	41.0	28	45.2
Não	11	47.8	23	59.0	34	54.8
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 7, podemos concluir que relativamente o grupo dos homens, 34.7% sofreu pelo menos uma queda no último ano, enquanto que no grupo das mulheres esse valor sobe para 46.2%. Esta análise vai de encontro ao descrito na literatura que refere que as mulheres caem mais que os homens.

Também segundo a revisão de literatura, cerca de 1/3 da população idosa sofre pelo menos uma queda por ano, no entanto, neste estudo os idosos que sofrem pelo menos uma queda no último ano correspondem a 41.9%, o que provavelmente se justifica pela debilidade desta população, o que fundamenta a sua integração na ECCI. Esta situação potencia riscos acrescidos tendo em conta que, segundo a revisão bibliográfica, pelo menos uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte. Por outro lado a pessoa que cai fica com medo de voltar a cair e se á queda ficar associada uma fratura o nível de medo tenderá a aumentar.

Podemos ainda verificar que 8 homens sofreram 11 quedas e 18 mulheres caíram pelo menos 44 vezes (se entendermos $>3 = 4$), ou seja, no último ano 26 idosos sofreram 55 quedas. Assim, podemos concluir que a média de quedas/idoso na população em estudo é de 0.9 quedas (55 quedas/62 idosos). Releva-se que 19.4% (12) sofreram mais do que uma queda durante o último ano.

Tabela 7 – Distribuição da população segundo o sexo e o número de quedas que cada idoso sofreu no último ano

Número de quedas por idoso no último ano	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
0	15	65.3	21	53.8	36	58.1
1	6	26.1	8	20.5	14	22.6
2	1	4.3	7	18.0	8	12.9
3	1	4.3	1	2.6	2	3.2
> 3	0	0.0	2	5.1	2	3.2
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Das 55 quedas ocorridas na população em estudo, podemos concluir, pela análise da tabela 8, que 21.8% (12) tiveram fratura como consequência. Este valor sobrepõe-se ao valor descrito na literatura que refere que cerca de 5% das quedas resultam em fratura.

Tabela 8 – Distribuição da população segundo o sexo e o número de quedas com fratura como consequência, no último ano

Número de quedas	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Consequência de fratura	2	18.2	10	22.7	12	21.8
Sem consequência de fratura	9	81.8	34	77.3	43	78.2
Total	11	100.0	44	100.0	55	100.0

Pela acentuada percentagem de fraturas causadas por queda consideramos pertinente a apresentação e interpretação das 3 tabelas seguintes, que se reportam a todo o passado da população e não apenas ao último ano.

Pela análise da tabela 9, podemos verificar a acentuada percentagem (48.4%) de idosos com antecedentes de fratura. As mulheres (53.8%) apresentam uma maior incidência de fratura, correspondendo a 21 casos, do que os homens (38.1%), que corresponde a 9 casos.

Tabela 9 – Distribuição da população segundo o sexo e antecedentes de fratura

Antecedentes de fratura	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	9	39.1	21	53.8	30	48.4
Não	14	60.9	18	46.2	32	51.6
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 10, podemos verificar que 86.7% das fraturas ocorridas na população em estudo foi consequência de queda, o que vai de encontro à revisão da literatura que refere que a principal causa de fraturas em idosos são as quedas. Pode-se verificar ainda uma ocorrência de quedas como causa de fratura mais elevada na mulher (95.2%) do que no homem (66.7%) o que também está de acordo com a literatura que relata que a predisposição para quedas é maior na mulher do que no homem.

Tabela 10 – Distribuição da população segundo o sexo e ocorrência de fratura causada por queda

Causa de fratura	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Queda	6	66.7	20	95.2	26	86.7
Outro	3	33.3	1	4.8	4	13.3
Total	9	100.0	21	100.0	30	100.0

Pela análise da tabela 11, podemos verificar que 73.1% das quedas ocorreu em ambiente domiciliário e destas, 46.2% em ambiente domiciliário interior. Verifica-se que 75% das quedas nas mulheres ocorreu em ambiente domiciliário. Este fenómeno também vai de encontro ao referido na literatura que diz que a maioria das quedas e demais acidentes ocorre em casa.

Tabela 11 – Distribuição da população segundo o sexo e local de ocorrência da queda que motivou a fratura

Local de ocorrência de queda	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Domicilio interior	1	16.7	11	55.0	12	46.2
Domicílio exterior	2	33.3	5	25.0	7	26.9
Fora do ambiente domiciliário	3	50.0	4	20.0	7	26.9
Total	6	100.0	20	100.0	26	100.0

As tabelas 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 reportam-se a variáveis definidas na escala de Morse para avaliação do risco de quedas. Para uma melhor percepção da realidade optamos por correlacionar as variáveis com o fator sexo.

Pela análise da tabela 12, podemos identificar que 24.2% dos utentes sofreram queda há menos de três meses, tendo sido esta ocorrência muito mais acentuada nas mulheres (33.3%) do que nos homens (8.7%). Tendo em conta que a ocorrência de queda é um fator predisponentes com grande peso, nomeadamente pelo receio de voltar a cair, o que conduz a uma diminuição de autonomia e independência, estes dados são passíveis de preocupação principalmente no que se refere às mulheres onde a queda há menos de 3 meses esteve presente em 1/3 da população.

Tabela 12 – Distribuição da população segundo o sexo e a história de quedas imediatas ou ocorridas no período de 3 meses

Quedas imediatas ou no período 3 meses	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Não – 0 pontos	21	91.3	26	66.7	47	75.8
Sim – 25 pontos	2	8.7	13	33.3	15	24.2
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

A análise da tabela 13 permite-nos verificar a presença de diagnóstico secundário em 54.8% da população, o que poderá ser justificado pela idade avançada. O envelhecimento, não sendo sinónimo de doença, torna as pessoas mais suscetíveis a doenças.

Tabela 13 – Distribuição da população segundo o sexo e a presença de diagnóstico secundário

Diagnóstico secundário	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Não – 0 pontos	9	39.1	19	48.7	28	45.2
Sim – 15 pontos	14	60.9	20	51.3	34	54.8
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 14, podemos verificar que 40,3% necessita de ajudas técnicas e apenas 3,2% necessita de apoio do mobiliário. 56.5% da população não necessita de ajuda para deambular, mantém repouso no leito, deambula em cadeira de rodas ou com ajuda de outra pessoa. Segundo a revisão da literatura, a dificuldade na marcha é outro fator predisponente de queda.

Tabela 14 – Distribuição da população segundo o sexo e necessidade de ajuda para deambular

Ajuda para deambular	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhuma, repouso no leito, cadeira de rodas, outra pessoa – 0 pontos	14	60.9	21	53.9	35	56.5
Canadianas, bengala, andarilho – 15 pontos	9	39.1	16	41.0	25	40.3
Mobiliário – 30 pontos	0	0.0	2	5.1	2	3.2
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 15 pode-se verificar que nenhum dos idosos se encontra a fazer heparina IV, estando portanto libertos desse fator de risco.

Tabela 15 – Distribuição da população segundo o sexo e uso de heparina IV

IV / Uso de heparina	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Não – 0 pontos	23	100.0	39	100.0	62	100.0
Sim – 20 pontos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

No que se refere ao modo de andar, pela análise da tabela 16, podemos verificar que 61.3% da população tem alguma dificuldade, correspondendo 33.9% ao modo fraco e 27.4% ao modo prejudicado. Não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e sexo feminino em nenhum dos parâmetros.

Tabela 16 – Distribuição da população segundo o sexo e o modo de andar/transferência

Modo de andar/transferência	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Normal/repouso no leito/imóvel – 0 pontos	9	39.1	15	38.5	24	38.7
Fraco – 10 pontos	8	34.8	13	33.3	21	33.9
Prejudicado – 20 pontos	6	26.1	11	28.2	17	27.4
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 17, podemos verificar que 79% da população se encontra orientada para a própria capacidade, contrariamente a 21% que esquece as suas limitações. Este é um fator de peso na contribuição para as quedas uma vez que ao esquecer as suas limitações, o idoso não toma as devidas precauções na sua prevenção expondo-se ao risco. Nesta população o estado mental das mulheres encontra-se mais deteriorado do que o dos homens, com uma diferença de 5.7%.

Tabela 17 – Distribuição da população segundo o sexo e o estado mental

Estado mental	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Orientado para a própria capacidade – 0 pontos	19	82.6	30	76.9	49	79.0
Esquece as limitações – 20 pontos	4	17.4	9	23.1	13	21.0
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Pela análise da tabela 18, podemos verificar que na população masculina 30.4% não apresenta risco de queda e na população feminina apenas 17.9% não apresenta esse risco. O risco elevado de queda está presente em 7 idosos (11.3%), sendo mais frequente no grupo das mulheres (15.4%) do que no grupo dos homens (4.4%). Verifica-se que mais de metade (66.1%) dos idosos apresenta baixo risco de queda, não sendo significativa a diferença entre a população masculina (65.2%) e a população feminina (66.7%). Podemos concluir que 77.4% da população total apresenta algum risco de queda.

Tabela 18 – Distribuição da população segundo o sexo e o nível de risco de quedas conforme escala de Morse.

Nível de risco	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sem risco – (score: 0-24)	7	30.4	7	17.9	14	22.6
Risco baixo – (score: 25-39)	15	65.2	26	66.7	41	66.1
Risco elevado – (score: ≥51)	1	4.4	6	15.4	7	11.3
Total	23	100.0	39	100.0	62	100.0

Tendo em conta a análise dos dados podemos afirmar que na população do estudo estão presentes vários fatores de risco inerentes às quedas:

- 45.2% toma psicofármacos
- 56.6% tem pelos menos uma das 3 doenças – artrose, depressão ou doença pulmonar obstrutiva crónica
- 75% apresenta diminuição da acuidade visual

- 45.2% apresenta diminuição da acuidade auditiva
- 41.9% sofreu pelo menos uma queda no último ano
- 19.4% sofreram mais do que uma queda no último ano
- 86.7% das fraturas ocorridas na população ao longo da vida foram causadas por queda
- 21.8% das quedas ocorridas no ultimo ano resultaram em fratura
- Segundo a escala de Morse, 77.4% da população apresenta risco de queda, sendo que 11.3% corresponde a risco elevado e 66,1% a risco baixo

Com base neste dados podemos identificar, nesta população, a necessidade de implementação de um programa de prevenção de quedas com vista a aumentar a segurança e manter a autonomia e independência dos idosos.

2.4 – DESENHO DO PROJETO

Após a elaboração do diagnóstico e de ter sido identificada a necessidade de intervenção na prevenção de quedas, na população em estudo, importa tomar decisões formular objetivos e organizar atividades.

2.4.1 – Enquadramento do projeto

Tendo em conta este conceito de comunidade, um projeto de intervenção comunitária pode desenvolver-se mais variadas áreas. Este projeto em concreto insere-se no domínio da saúde e encontra-se enquadrado nas políticas de saúde atuais, a nível internacional, nacional, regional e local numa visão de promoção de saúde e prevenção de doença e incapacidades na perspetiva de autonomia, independência e qualidade de vida.

Segundo a carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde tem como finalidade dotar as pessoas e as comunidades de competências para intervirem na sua saúde, sendo capazes de a controlar e conseqüentemente de a melhorar. Para se atingirem melhores níveis de saúde de uma forma eficiente, com equidade e justiça social, é essencial a aposta no desenvolvimento comunitário, empoderamento comunitário e capacitação comunitária, sendo estas condições basilares para potenciar os recursos e a saúde de uma comunidade. Assim é necessário o

reforço da ação comunitária numa visão de promoção de saúde que por sua vez será conseguida através de intervenções consistentes e efetivas na comunidade dirigidas às necessidades reais das populações. São essenciais as definições de prioridades, tomadas de decisão, planeamento estratégias e implementação de ações com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Os compromissos assumidos e explanados no mesmo documento, conduzem ao reconhecimento da saúde e da sua manutenção como um enorme investimento e desafio social, pelo que os poderes dos serviços de saúde deverão ser partilhados com outros setores e principalmente com a própria comunidade, sendo as pessoas consideradas o principal recurso de saúde que devem ser apoiadas para que a possam manter e melhorar. Refere-se ainda que cada vez mais, os serviços de saúde devem ser orientados numa filosofia de promoção de saúde.

Neste contexto, emerge o Plano Operacional de Saúde (POS) – Saúde XXI, que define objetivos estratégicos com vista à obtenção de ganhos em saúde e garantia aos cidadãos de cuidados de saúde com qualidade. Os ganhos em saúde serão traduzidos por ganhos em anos de vida e serão conseguidos pela diminuição de episódios de doença ou pela redução da sua duração, pela diminuição das incapacidades causadas por doenças, traumatismo ou pelas suas sequelas, pelo aumento das capacidades funcionais a nível físico e psicossocial e também pela diminuição do sofrimento e melhoria da qualidade de vida influenciada pela saúde. O acesso aos cuidados de saúde com qualidade reporta-se à necessidade de serem prestados no local e no momento em que são expostos de forma efetiva e eficiente numa filosofia de continuidade e de satisfação da pessoa. (União Europeia 2000)

No seu Eixo Prioritário I, o POS dá especial ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença, identificando a necessidade de se conhecer melhor o estado de saúde da população assim como as suas determinantes e intervenção no sentido de se corrigirem as medidas negativas.

No que se refere a promoção de saúde, a OMS (2007) defende que a saúde da pessoa idosa comporta uma área de intervenção onde é primordial investir, tendo em conta as alterações demográficas que se tem vindo a verificar com o aumento exponencial desta população. Sendo certo que a população idosa está sujeita a um vasto leque de acidentes, as quedas são consideradas o acidente mais frequente. relatório

Respondendo às políticas internacionais, a nível nacional, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 define as estratégias centradas na família, no ciclo vital e na gestão da doença como estratégias prioritárias. Relewa a promoção de saúde como estratégia essencial para a obtenção de ganhos em saúde. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 vem posteriormente reforçar as estratégias de intervenção reforçando a importância da promoção da saúde para que se melhore o nível de saúde de todos os cidadãos, com a adequação dos recursos disponíveis. Este plano dá especial relevo aos ganhos potenciais em saúde como sendo os que resultam da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou de rápida resolução. Defende a responsabilidade do Sistema de Saúde em promover, potenciar e preservar a saúde das populações, ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto, identificando a pessoa como o primeiro responsável pela sua saúde. A DGS (2010) define como eixos estratégicos para 2012-2016:

- Cidadania em Saúde – que sustenta os direitos e deveres das pessoas e populações em participar tanto a nível individual como a nível coletivo no planeamento e na prestação de cuidados, conforme identificado na declaração de Alma-Ata.
- Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde – ausência de diferenças evitáveis entre as populações. Igualdade de oportunidades para cada cidadão no que se refere à possibilidade de atingir o seu nível de saúde.
- Qualidade em Saúde – como direito fundamental do cidadão em toda a prestação de cuidados.
- Políticas Saudáveis – em que definidas prioridades e parâmetros para a ação.

Incluído no PNS 2004–2010, encontra-se o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que engloba três áreas fundamentais:

- promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida;
- maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

O princípio básico deste plano nacional passa pela informação sobre o envelhecimento ativo assim como pela informação das situações passíveis de influir na autonomia e independência da pessoa idosa. Recomenda o risco de quedas nas pessoas idosas como uma das áreas a intervir. Tem como estratégia de intervenção a sua operacionalização a nível nacional e

regional pelos serviços integrantes das Administrações Regionais de Saúde, assentes nos contextos regionais e locais, promovendo as parcerias e a utilização adequada de recursos.

A nível regional, a Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, num dos seus objetivos estratégicos demonstra o propósito de dinamizar e reforçar as ações de prevenção da doença e promoção de saúde conforme constam no Plano Nacional de Saúde, com estratégias assentes no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e controlo de doenças. (Plano da Atividade [PA], 2012)

O mesmo documento define ainda como um dos objetivos operacionais: - Melhorar os registos de morbilidade nos ACeS.

Por sua vez, os Aces integrantes da ARS Algarve, em número de 3, têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica. No cumprimento da sua missão, os ACeS da região do Algarve devem desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, prestar cuidados em situação de doença e articular com outros serviços, no sentido de manter a continuidade de cuidados. (ARS Algarve, 2012)

O ACeS Algarve I – Central, integrada da ARS Algarve, cumpre a sua missão através do desempenho das 25 unidades funcionais distribuídas pelos 5 Centros de Saúde que o integram. As unidades funcionais têm como dever contribuir para o cumprimento da missão e os objetivos do ACeS a que pertencem.

De entre as várias tipologias de unidades funcionais, no que se refere a intervenção comunitária, são as UCC, as que mais se destacam, tendo por missão dar o seu contributo para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com vista à obtenção de ganhos em saúde contribuído, assim de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS correspondente. (Portugal, Ministério da Saúde, 2009, p. 15438)

Segundo Branco e Ramos (2001), as UCC são os elementos pró-ativos dos centros de saúde junto da comunidade. Por um lado identificam pessoas, famílias e grupos em condições de maior vulnerabilidade e necessidade e por outro identificam e movimentam recursos de proximidade, utilizando os apoios existentes no sistema de saúde.

Assim, a UCC Al-Portellus (S. Brás de Alportel) como unidade funcional integrante do ACeS Central, tem como objetivo contribuir para a manutenção de autonomia e independência da população do concelho, utilizando estratégias de promoção de saúde e prevenção de doença e incapacidades, contribuindo em simultâneo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a consecução dos objetivos do ACeS. (UCC Al-Portellus, 2011).

Este projeto de intervenção comunitária, com um planeamento de prevenção do risco de quedas, pretende enriquecer o desempenho da UCC, e à semelhança de outros projetos já existentes ser uma mais-valia para a população idosa do concelho, neste caso concreto aos idosos integrados em ECCI.

2.4.2 – Finalidade, objetivos e benefícios

Os constantes progressos científicos e tecnológicos na área da saúde têm levado a um aumento significativo na esperança de vida, o que se traduz num envelhecimento demográfico a nível das populações. O aumento acentuado do número de pessoas idosas, trouxe novas necessidades em saúde para as quais é necessário encontrar resposta adequada.

As pessoas idosas, com todas as suas alterações inerentes ao envelhecimento necessitam de especial atenção para que possam manter a sua autonomia e independência, no seu meio natural, tanto tempo quanto possível. Por ser uma população mais fragilizada e vulnerável encontra-se mais facilmente sujeita a acidentes, de entre os quais se destacam as quedas, que constituem um vasto problema, a nível pessoal, familiar, económico e social, graças à gravidade das suas consequências. Assim, urge dar resposta a esta situação, sendo neste contexto que surge o presente projeto, que tem como finalidade:

- Promover a segurança, autonomia e independência da pessoa idosa na comunidade.

Assumem-se como objetivos:

Objetivo geral:

- Prevenir quedas e suas consequências nos idosos integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Objetivos específicos:

- Orientar idosos e familiares sobre o perigo das quedas e os fatores de risco que as podem causar;
- Capacitar os idosos e família para diminuição dos fatores comportamentais de risco de queda;
- Reduzir os fatores de risco intrínsecos;
- Reduzir os fatores de risco ambientais a nível do domicílio interior e exterior;
- Reduzir os fatores de risco ambientais fora do domicílio;

Ao serem desenvolvidas competência nos idosos, bem como nas suas famílias, que os capacite para evitar a exposição aos fatores de risco de queda e em simultâneo procedermos a intervenções sobre os riscos passíveis de serem eliminados ou pelo menos minimizados, estaremos a diminuir os fatores de risco das quedas e estrategicamente a diminuir a ocorrência das mesmas. Na sequência da diminuição da ocorrência de quedas serão também reduzidas as suas consequências que poderão ser traduzidas por situações de incapacidade, dependência e morte. Neste contexto, a diminuição das quedas nos idosos trará benefícios a nível pessoal, familiar, económico e social.

2.4.3 – Indicadores e metas

Para que se possa garantir a eficiência de um projeto, no que se reporta a consecução de objetivos, torna-se necessário uma monitorização e uma avaliação possibilitando assim a gestão do projeto. A monitorização implica uma supervisão do projeto de forma a identificar a relação entre o que foi projetado e o que foi efetuado para que se possa avaliar a operacionalização do projeto. A avaliação, por sua vez, implica uma determinação do resultado direto das atividades do projeto.

No contexto da monitorização da execução do projeto foram definidos os indicadores de execução:

Quadro 1 – Indicadores de execução do projeto

Indicadores de Execução	Meta 2013
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões efetuadas com a equipa de gestão do projeto}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões planeadas com a equipa de gestão do projeto}} \times 100$	90%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões efetuadas com os stakeholders}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões planeadas com os stakeholders}} \times 100$	90%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de educação para a saúde efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de educação para a saúde programadas}} \times 100$	100%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos/familiares que participaram nas sessões de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes/familiares convidados para participarem nas sessões de educação para a saúde}} \times 100$	50%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos informativos elaborados}}{\text{N}^\circ \text{ de documentos informativos previstos}} \times 100$	100%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$	90%

No contexto da avaliação dos resultados do projeto, foram definidos os indicadores de saúde:

- % de utentes vítimas de quedas
- % de fatores de risco comportamentais corrigidos
- % de fatores de risco intrínsecos passíveis de modificação eliminados/minimizados
- % de fatores de risco ambientais (domicilio interior e exterior) passíveis de modificação eliminados/minimizados
- % de fatores de risco ambientais (fora do ambiente domiciliário) passíveis de modificação eliminados/minimizados

Quadro 2 – Indicadores de resultado do projeto

Indicadores de Resultado	Taxa 2011	Meta 2013
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos integrados em ECCL vítimas de queda} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de idosos integrados em ECCL}}$	41.9%	15%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco comportamentais corrigidos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco comportamentais identificados}}$...	20%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco intrínsecos passíveis de modificação eliminados/minimizados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco intrínsecos passíveis de modificação identificados}}$...	50%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco ambientais (domicílio interior e exterior) passíveis de modificação eliminados/minimizados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco ambientais (domicílio interior e exterior) passíveis de modificação identificados}}$...	40%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco ambientais (fora ambiente domiciliário) passíveis de modificação eliminados/minimizados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de fatores de risco ambientais (fora domicílio) passíveis de modificação identificados}}$...	10%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de queda com fraturas consequentes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de quedas ocorridas}}$	21.8%	15%

Pela avaliação destes indicadores, pretende-se avaliar a consecução dos objetivos e a sua pertinência para a problemática, por outro lado pretende-se identificar potenciais falhas, caso não se verifique a consecução dos objetivos, com vista a alterações de estratégias.

2.4.4 – Stakeholders

Os *stakeholders* de um projeto correspondem ao conjunto de elementos interessados na consecução do projeto. Assim consideram-se *stakeholders* os elementos que estando diretamente ou indiretamente envolvidos no projeto podem afetá-lo ou ser afetados pela sua execução. Os *sponsors*, sendo os patrocinadores e influenciadores do projeto, integram os *stakeholders* e não estando diretamente envolvidos no projeto são essenciais para a sua consecução. (Barbi, 2010)

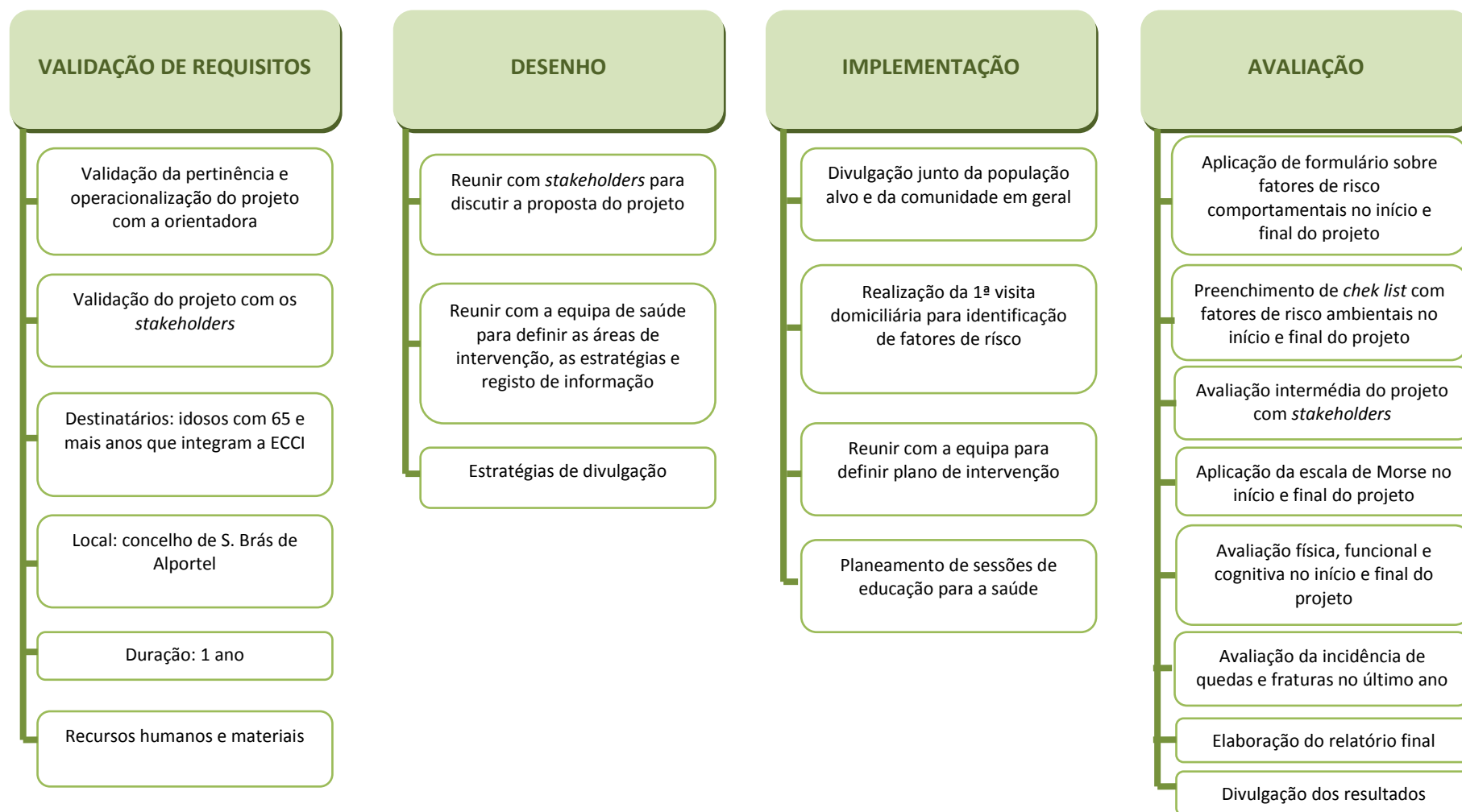
Quadro 3 – Stakeholders do projeto

Sponsors
ARS Algarve, IP; ACeS Central; Câmara Municipal de S. Brás de Alportel; Junta de Freguesia de S. Brás de Alportel
Gestor do Projeto
Enfermeira coordenadora da UCC Al-Portellus
Equipa de Execução do Projeto
Enfermeiros, médico, técnica de serviço social, fisioterapeuta, assistente técnica, psicóloga e nutricionista da UCC Al-Portellus
Parcerias
Câmara Municipal de S. Brás de Alportel e Junta de freguesia de S. Brás de Alportel
Clientes do projeto
Idosos (65 e mais anos) integrados na ECCI

2.4.5 – Estrutura do projeto (WBS)

O *Work Breakdown Structure* (WBS) espelhará todas as atividades do projeto, descrevendo a operacionalização esquemática do mesmo.

Figura 2 – *Work Breakdown Structure*



2.4.6 – Planeamento de atividades e estratégias de intervenção

Pretende-se que o presente projeto tenha início no último trimestre de 2012, após reunião de validação do projeto com os *stakeholders*. Foi executada reunião preliminar para apresentação das ideias iniciais do projeto e auscultação dos vários elementos sobre a pertinência do mesmo. A proposta teve o parecer favorável de todos tendo sido considerada como oportuna e necessária tendo em conta o elevado número de idosos no concelho. Foi feita uma contraproposta de se aplicar o projeto posteriormente a outra população, nomeadamente aos idosos que fazem parte da comunidade serrana e se encontram mais isolados e com menor acesso aos serviços de saúde.

Após a revisão da literatura e a identificação do risco de quedas na população, determinou-se que o projeto de intervenção fosse desenvolvido em três focos de atenção:

- Intervenção sobre os fatores de risco intrínsecos, com avaliação do estado físico, funcional e psíquico do idoso e com particular atenção sobre o consumo de medicamentos.
- Intervenção sobre os fatores de risco ambientais tanto a nível domiciliário como a nível de via pública.
- Intervenção sobre os fatores de risco comportamentais que assenta essencial na educação para a saúde com vista à alteração de comportamentos numa perspetiva de promoção de saúde.

Assim, a execução do projeto terá 3 fases distintas:

1ª fase

No início da 1ª fase serão efetuadas visitas domiciliárias para:

- Avaliação do risco de quedas – aplicação da escala de Morse.
- Identificação de fatores de risco intrínseco
 - *avaliação física – antecedentes pessoais e história clínica
 - *avaliação funcional – aplicação dos índices de Tinetti – escala de avaliação de equilíbrio (*Balance Assessment Scale*) e escala de avaliação de marcha (*Assessment scale march*).
 - *avaliação cognitiva – aplicação do mini exame do estado mental (*Mini Mental State Examination* [MMSE]).
- Identificação de fatores de risco ambientais – observação e preenchimento de *checklist* com os fatores de risco ambientais mais frequentes.

- Identificação dos fatores de risco comportamentais – observação e entrevista com idosos e familiares/cuidadores para verificação de eventuais situações de exposição ao risco.
- Identificação da ocorrência de queda no último ano.

2ª fase

No início da 2ª fase será feita uma reunião com a equipa de execução do projeto para consolidar estratégias de atuação.

- a nível físico, serão identificadas as necessidades de cada idoso e consoante a sua natureza será encaminhado para o profissional mais capacitado para lhe dar resposta.
- serão efetuadas visitas domiciliárias, para conjuntamente com idosos e familiares serem eliminados os fatores de risco ambientais passíveis de modificação, nomeadamente distribuição de móveis, iluminação deficiente, fios soltos...
- os fatores de risco ambientais de maior complexidade e custos serão encaminhados para autarquia e junta de freguesia, nomeadamente necessidade de rampas de acesso, candeeiros da via pública com iluminação deficiente...
- programação e execução de sessões de educação para a saúde com vista à mudança de comportamentos de exposição ao risco.
- elaboração de documentação informativa, sobre a gravidade das quedas e das suas consequências, necessidade da prevenção e outros parâmetros identificados pela observação das atitudes e comportamentos dos idosos.
- em caso de antecedentes de queda no último ano queda, será aplicado o algoritmo de prevenção de quedas (*guideline for the prevention of falls in older persons*) (apêndice 2) e seguidas as recomendações a ele associadas.

Em meados da 2ª fase será feita reunião com equipa de execução do projeto, Autarquia e Junta de Freguesia para avaliação intercalar das intervenções executadas e aferir procedimentos.

3ª fase

No início da 3ª fase serão efetuadas visitas domiciliárias para observação e aplicação de todos os instrumentos de colheita de dados aplicados na 1ª fase.

- avaliação dos resultados
- reunião com os *stakeholders* para divulgação de dados e avaliação do projeto.

Ao longo de todo o projeto serão efetuadas reuniões intercalares com a equipa de execução do projeto sempre que se considere necessário.

Os dados relativos ao projeto serão registrados em base de dados.

Todas as atividades descritas se revestem de particular importância para que seja possível identificar necessidades, dar-lhes resposta, avaliar os resultados e fazer uma monitorização adequada. No sentido de calendarizar as atividades a desenvolver foi elaborado um cronograma do projeto.

2.4.7 – Orçamento

O orçamento inclui os custos em recursos humanos e materiais envolvidos em todo o planeamento, execução avaliação e gestão do projeto, definidos em custos diretos e indiretos. Será de considerar uma eficaz otimização e rentabilização dos recursos já existentes.

Quadro 4 – Orçamento do projeto

CUSTOS DIRETOS					
Recurso	Custo unitário (€)	Consumo semanal	Custo semanal (€)	Custo mensal (€)	
Transporte (Km)	0.39	50 Km	19.5	78	
Sub-total				78	
CUSTOS INDIRETOS					
Recurso		Custo unitário (€)	Consumo semanal	Custo semanal (€)	Custo mensal (€)
Recursos humanos	Enfermeiro	7.5	4	30	120
	Médico	11	1	11	44
	Assistente social	7.5	1	7.5	30
	Fisioterapeuta	7	2	14	56
	Assistente técnica	4	1	4	16
	Psicóloga	7,5	1	7.5	30
	Nutricionista	7,5	1	7.5	30
Recursos materiais	Computador	...	1	0	0
	Vídeo projetor	...	1	0	0
	Impressora	...	1	0	0
	Toner para impressora	60	0.125	7.5	30
	Resma de papel	4	0.125	0.5	2
Sub-total				358	
TOTAL				436	
Recursos		Valor mensal		Valor anual	
Humanos		326		3912	
Materiais		32		384	
Transporte		78		936	
Total		436		5232	

2.4.8 – Divulgação

Para o sucesso de um projeto de intervenção comunitária, é essencial que a própria comunidade seja envolvida e lhe reconheça valor. Neste projeto em concreto, pretende-se a sua divulgação, não só pela da população alvo, como também por toda a comunidade do concelho, podendo esta última ser uma mais-valia na colaboração para identificação de fatores de risco das quedas, nomeadamente a nível da via pública.

Assim, pretende-se que o projeto será divulgado através de:

- São Brás Acontece – boletim informativo da autarquia (impressão mensal)
- Entrega de folhetos na consulta de saúde do adulto
- Entrega de folhetos informativos, à população alvo, nas visitas domiciliárias no âmbito da ECCI
- Site da ARS Algarve
- Rede social
- Nota de imprensa local

2.5 – GESTÃO DE RISCO

A execução do projeto estará dependente de um conjunto de fatores determinantes. Para a gestão de risco foram definidos critérios no sentido de maximizar os aspetos positivos do projeto e minimizar as consequências de ocorrências adversas que poderão colocar em risco a sua viabilidade.

Quadro 5 – Critérios de sucesso para a viabilidade do projeto

CRITÉRIOS DE SUCESSO	IMPORTÂNCIA RELATIVA (%)
Resposta dos utentes ao serviço	20
Motivação da equipa de execução do projeto	20
Valor do projeto para o ACeS Central	10
Valor do projeto para a UCC Al-Portellus	10
Parcerias com a autarquia	15
Planeamento adequado	10
Experiência dos profissionais noutros projetos de intervenção comunitária	5
Organização de procedimentos	10
Total	100

2.6 – AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação, fase final do projeto, devendo ser um aspeto a considerar durante todo o processo e não estar presente apenas do fim, estabelece ligação com a parte inicial, o diagnóstico de saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a finalidade da avaliação não é só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, mas principalmente melhorar programas e orientar a distribuição de recursos com base nas informações fornecidas pela experiência.

Considera-se a realização de avaliações intercalares como fundamentais para que se possam ir aferindo os procedimentos, corrigindo algumas medidas e consolidando estratégias para avaliação afinal.

Considera-se que a avaliação deste projeto se reveste de particular importância, na medida em que, sendo necessária a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, não será valorizado apenas o seu cumprimento, ou seja, no caso de o objetivo ser cumprido será ainda questionada a sua pertinência e a relevância para o processo. Caso não se verifiquem estas condições, tentar-se-á perceber as razões e proceder-se-á à sua reformulação em eventuais replicações do projeto.

Para que se possam avaliar os resultados do projeto e a sua proficuidade em termos de promoção de saúde e assim cumprir os objetivos definidos para este projeto de intervenção a sua avaliação final recairá na comparação entre a realidade no início do projeto e no final, no que se refere aos aspetos a seguir descritos:

- ocorrência de quedas nos idosos no último ano
- presença de comportamentos de risco de queda nos idosos
- presença de fatores de risco de queda intrínsecos
- presença de fatores de risco de queda ambientais a nível domiciliário, tanto interior como exterior
- presença de fatores de risco de queda fora do ambiente domiciliário

Na avaliação final pretende-se a redução de todos estes parâmetros, relativamente à avaliação inicial.

No sentido de se avaliar o cumprimento do planeamento serão ainda considerados os seguintes parâmetros:

- reuniões programadas e efetivadas com a equipa da execução do projeto
- reuniões programadas e efetivadas com os *stakeholders*
- sessões de educação para a saúde programadas e efetuadas
- adesão de idosos e familiares às sessões de educação para a saúde
- previsão e elaboração de documentos informativos
- visitas domiciliárias programadas e realizadas

A avaliação final do projeto será realizada 1 ano após o seu início. Tentar-se-ão identificar os pontos fortes e os pontos fracos, assim como a sua relevância, e serão feitos os ajustes que se considerem oportunos com o objetivo de aperfeiçoar o projeto para posterior replicação.

2.7 – QUESTÕES ÉTICAS

Na elaboração deste projeto foi solicitada autorização à direção executiva do ACeS Central para a recolha e utilização dos dados existentes nos processos dos utentes da ECCL, a qual foi concedida. (Anexo I)

Foram respeitados os princípios éticos da beneficência, da dignidade humana e da justiça conforme nos descrevem Polit, Beck e Hungler (2004).

Para os autores, o princípio da beneficência reporta-se à isenção de danos e de exploração. A isenção de danos tem em linha de conta a relação risco/benefício e se essa relação é ou não vantajosa para a sociedade e para a enfermagem. Na isenção da exploração, o objetivo é a proteção das pessoas contra situações para as quais não estão preparados e que não devem ser exploradas, devendo ser assegurado que as informações não serão utilizadas contra elas.

Neste projeto foi salvaguardado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Apesar da colheita de dados ter sido efetuada com recurso ao processo clínico dos utentes e não com contato direto, foi informada toda a população dos objetivos e características do estudo, o que vai de encontro ao segundo princípio ético que se refere ao respeito pela dignidade humana, segundo o qual a pessoa tem o direito à tomada de decisão de aceitar ou não a participação no estudo.

Foi também considerado o princípio da justiça, em que todos os idosos terão tratamento justo e equitativo antes, durante e após o desenvolvimento do projeto.

Ficam assim garantidos os três princípios éticos defendidos no relatório de Belmont (*Belmont report*), o princípio do respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

2.8 – LIMITAÇÕES

A principal limitação deste estudo prende-se com a inexistência de uma escala validada a nível nacional para avaliação do risco de quedas em pessoas idosas, pelo que foi opção a adoção da escala de Morse embora definida para utilização em meio hospitalar.

Outro aspeto tem a ver com o planeamento de registo de informação, uma vez que na região do Algarve não existe suporte informático adequado às intervenções na comunidade, não se encontrando o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) parametrizado para esse fim.

Por fim, embora se possa contar com a colaboração de um professor de educação física disponibilizado pela autarquia, os utentes integrados em ECCI apresentam grandes limitações a nível motor pelo que não será adequada a implantação de um programa de exercício físico que é um dos aspetos importantes a ter em conta na prevenção de quedas.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice é uma etapa da vida marcada pelo passar dos anos e pelo processo do envelhecimento, que é vivida por cada pessoa de forma singular e com um significado muito próprio. Não é encarada por todos da mesma forma e a interpretação que lhe é atribuída depende das experiências de vida de cada um e da forma como se consegue adaptar às alterações trazidas pelos anos.

Não sendo um problema, o envelhecimento trás inevitavelmente alterações e propensão a situações que não sendo acauteladas podem levar a consequências graves.

A comunidade em geral e os profissionais de saúde em particular devem assumir o compromisso de ajudar os seus idosos a conseguir um envelhecimento bem sucedido, com saúde, autonomia e independência, bem como o compromisso de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso.

Os enfermeiros, pelos seus conhecimentos técnicos, pelas capacidades humanas que lhe devem estar inerentes tendo em conta toda a sua formação, pelo contexto de trabalho, pela disponibilidade de recurso e pelo acesso e conhecimento que têm da comunidade possuem todas as condições, oportunidades e responsabilidades de guiar, apoiar e capacitar o idoso, numa filosofia de literacia em saúde, para que possam promover e manter. Assim, para que se possa cumprir este objetivo, há que estar atento aos potenciais problemas desta população e às suas consequências.

Encontra-se descrito que um dos principais constrangimentos dos idosos são os acidentes e de entre eles as quedas que podem, no entanto, ser prevenidas através de medidas simples e despretensiosas evitando muitas vezes dependências graves e mesmo a morte.

São conhecidas e estão identificadas as causas das quedas sendo defendido que derivam da associação de diferentes fatores de risco quer inerentes ou intrínsecos à própria pessoa, quer

relacionados com o ambiente ou com os comportamentos. Defende-se ainda a existência de fatores de risco sociais e económicos. É sobre estes fatores de risco que a intervenção deverá incidir para que seja possível prevenir quedas nos idosos permitindo-lhes assim manter a sua segurança, a sua autonomia, a sua independência e assim garantir uma boa qualidade de vida.

As medidas preventivas passam pela promoção da saúde com adoção de medidas de educação para a saúde e capacitação dos idosos para o auto cuidado e prevenção de incapacidades e doenças e serão tanto mais eficazes quanto maior a envolvimento de todos os setores da comunidade, idosos e família.

É neste contexto que foi elaborado o presente projeto de prevenção de quedas nos idosos que pretende contribuir para a segurança da pessoa idoso e a manutenção da sua independência e qualidade de vida durante o maior período de tempo possível.

Pela análise da situação que se executou no início do planeamento foi permitido verificar, através dos resultados da escala de Morse, o elevado risco de quedas nos utentes integrados em ECCI, bem como a presença de fatores de risco que podem conduzir a quedas e colocar em causa a integridade dos idosos.

Este projeto foi delineado para ser concretizado durante um ano e após avaliação final serão desenvolvidos esforços para ser replicados noutras populações o que se acredita ser possível tendo em conta a existência de vários fatores de influência positiva, como sejam:

- enquadra-se nas políticas de saúde atuais que tem como objetivo fundamental a obtenção de ganhos em saúde
- será executado, maioritariamente por profissionais experientes em intervenção comunitária e aceites incondicionalmente pela população
- a equipa de execução do projeto funciona com um enorme sentido de responsabilidade e as relações pessoais são excelentes
- os responsáveis pela autarquia e junta de freguesia são profissionais com forte motivação e sem nunca perder de vista a problemática da pessoa idosa, pelo que estarão disponíveis para a resolução de problemas nomeadamente no que se prende com eliminação de fatores de risco ambientais

Pelo atrás descrito, acredita-se no sucesso deste projeto e nos seus benefícios defendendo-se sempre que uma boa saúde é fundamental para que as pessoas idosas possam manter a sua autonomia, independência e qualidade de vida, tão importante à sua dignidade humana.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (2012). *Plano de Atividades 2012*. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php>.

Almeida, M. L. F. (1999). Cuidar o idoso: revelações da prática de enfermagem. In M. A. M. Costa, J. J. S. Agreda, J. G. Ermida, M. P. A. A. Cordeiro, M. L. F. Almeida, D, G, Cabete, M. T. Verissimo, E. I. T. Grácio, A. G. Cruz & J. M. S. Lopes. *O idoso – problemas e realidades* (63-92). Coimbra: Formasau.

Almeida, S. T., Soldera, C. L. C., Carli, G. A., Gomes, I. & Resende, T. L. (2012). Análise dos fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. *Revista Assoc. Med Bras*, 58 (4), 427-433.

Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann & A. L., Buscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1), 223-230. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63020622023>

Barbi, F, C. (2010). Gestão do projeto – análise dos stakeholders. Disponível em <http://www.gestaodeprojeto.info/analise-dos-stakeholders>

Barnett, K. (2002). *Reducing patients falls project*. Disponível em <http://www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/>

Beavoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

Bello, J. L. P. (2004). Metodologia científica: o projeto de pesquisa. *Pedagogia em foco*. Disponível em <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met05.htm>

- Berger, L. (1995). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier. *Pessoas idosas – uma abordagem global* (M^ª Adelaide Madeira trad.), 1-9. Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995). Atitudes, mitos e estereótipos. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier. *Pessoas idosas – uma abordagem global* (M^ª Adelaide Madeira trad.), 63-71. Lisboa: Lusodidacta.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P. (2006). Os Cuidados de Saúde Primários. In *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos* (p. 21-30). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Buksman, S., Vilela A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S. & Santos, V. H. (2008). Quedas em idosos: prevenção. *Projeto Diretrizes*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 175-191. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carta de Ottawa, (1986). In Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Ottawa. Washington: OMS.
- Carvalhais, M. D. (2006). Relação enfermeiro – idoso: valores e crenças. Universidade de Aveiro. Disponível em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007000980>
- Carvalhais, M. D. & Sousa, L. (2011). Promoting nursing care quality for hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 75-84. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a08.pdf>
- Cattani, R. B. & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Taking care of the sick elderly people at home in the speech of familial care taker. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

- Chaves, C. (2006). Cuidados de Saúde Primários e a Sida. *Millenium – Revista do ISPV*, 32, 108-115. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/8.pdf>
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- Costa, M. A. M. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In M. A. M. Costa, J. J. S. Agreda, J. G. Ermida, M. P. A. A. Cordeiro, M. L. F. Almeida, D, G, Cabete, M. T. Verissimo, E. I. T. Grácio, A. G. Cruz & J. M. S. Lopes. *O idoso – problemas e realidades* (8-22). Coimbra: Formasau.
- Coutinho, E. S. F. & Silva, S. D. (2002). Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (5). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000500029>
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R. & Leite, M. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *J. public health*, 46 (1), 138-146. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017
- Declaração de Alma-Ata, (1978). Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dutil, B. K. (1993). Le caring. *The Canadian Nurse*, 89 (11), 30-40.
- Edelberg, H. K. (2001). Fall and function: how to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility. *Geriatrics*, 56, 41-45.
- Fabício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P. & Junior, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 93-99.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Nidia Salgueiro trad.). Loures: Lusociência.
- Freitas, m. C., Queiroz, T. A. & Sousa, J, A. V. (2010). The meaning of old age and aging experience of the erderly. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44 (2), 407-412. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/
- Guerreiro, I. (2010). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Plano Nacional de Saúde. In *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Pensar Saúde*. Boletim informativo, 3. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Hansen, V. H. & Linkletter, A. (2007). *Como envelhecer sem ficar velho* (Lilian Jenkino trad.). Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar* (M^a Isabel Ferreira trad.). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – pensamento e ação na perspetiva do cuidar* (Maria Manuela Martins trad.). Loures: Lusociência.

- Hortelão, A. P. S. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida. *Servir*, 52 (3), 119-131.
- Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E. (1985). *Avaliação de Centros de Saúde: aspetos conceituais*. Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários: Lisboa.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções da população residente – 2008-2060*. Informação à comunicação social. Portal de Estatística Oficiais. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Machado, M. C. S. (2010). In C. R. Oliveira, M. R. Santos, A. P. Mota, M. A. Botelho, A. Morais & M. T. Veríssimo. *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Repositório Institucional do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/992>
- Maciel, A. (2010). Falls in the elderly: a public health problem unknown by the community and neglected by many health professionals and by Brazilian health authorities. *Revista de Medicina*, 20 (4), 554-557.
- Mailloux-Poirier (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier. *Pessoas idosas – uma abordagem global* (Maria Adelaide Madeira trad.), 99-105. Lisboa: Lusodidacta.
- Mailloux-Poirier (1995). Saúde e envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier. *Pessoas idosas – uma abordagem global* (Maria Adelaide Madeira trad.), 107-121. Lisboa: Lusodidacta.
- Marina, J. A. (2004). Una filosofía de la ancianidad. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (4), 8-12. Barcelona: Rol

- Marriner, G. (1993). Caring is the essence of nursing practice. *British Journal of Nursing*, 2 (1), 72-76.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper e Row
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa – a prática dos cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Miguel, L. S. & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nascimento, K. C., Backes, D. S. & Koerich, M. S. (2008). Systematization of nursing care: viewing care as interactive, complementary and multi-professional. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42 (4), 643-648.
- Pereira, F. A., Miguel, T. & Fernandes, A. (2010). *Factors, risks and consequences of falling in elderly long-term institutions*. Comunicação apresentada no VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade em Chaves. Portugal.
- Pinho, T. A. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Gurgel, S. N., Smith, A. Z. F. & Bezerra, V. P. (2012). Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000200008>
- Plano de Acção da Unidade de Cuidados na Comunidade, 2011.
- Polit, D. Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. In *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paul, M. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Perracini, M. R. & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in cohort of elderly community residents. *Revista de Saúde Pública* 36 (6), 709-716. Disponível em www.fsp.br/rsp
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Redante, D., Backes, D., Schwartz, E., Zielke, K. C. R. & Lago, S. M. (2005). Caring the elderly and the family. *Revista saúde e desenvolvimento*, 7 (2), 158-163.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*, 35 (2), 37-41.
- Silva, J. M. C. (1983). O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-10.
- Silva, M. J. P. (2012). Ciência da enfermagem. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400001>
- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Vieira, V. & Hallal, P. C. (2007). Prevalence of falls and associated factors in the elderly. *Revista de saúde Pública*, 41 (5), 749-756.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática* (Hugo Godinho e Joana Barros trad.). Loures: Lusociência.
- Tideiksaar, R. (2003). *As quedas na velhice – prevenção e cuidados* (2ª ed.). São Paulo: Andrei Editora Lda.
- Tinetti, M. E. (1994). Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda. *Preventive Medicine*, 23, 756-762.

Vale, E. G. & Pagliuca, L. M. F. Construction of nursing care concept: contribution for undergraduate nursing education. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21468497>

Valle, D. M. (2010). *Atuação do enfermeiro na adaptação da família ao processo de envelhecimento*. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/atuacao-do-enfermeiro-na-adaptacao-da-familia-ao-processo-de-envelhecimento/54008/>

Verbrugge, I. M., Jette A. M. (1994). The disablement process. *Soc. Sci. Med.*, 38 (1), 1-14.

Vuori, H. (1984). *Primary health care in Europe: problems and solutions*. *Community Medicine*, 6, (221-231).

World Health Organization (2007). *Global report on falls prevention in older age*. Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization (2012). Guia para o Dia Mundial da Saúde 2012.

União Europeia (2000). Saúde XXI. Programa Operacional de saúde (2000-2006). Disponível em <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Central

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de colheita de dados

Apêndice II – Algoritmo para prevenção de quedas