



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“CAPACITAR PARA PREVENIR”

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA NUM CONCELHO DO ALTO ALENTEJO

Gorette Gomes Pelica

Orientação: Professora Doutora Helena Reis do Arco

3º Edição do Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“CAPACITAR PARA PREVENIR”

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA NUM CONCELHO DO ALTO ALENTEJO

Gorette Gomes Pelica

Orientação: Professora Doutora Helena Reis do Arco

3º Edição do Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

“CAPACITAR PARA PREVENIR”

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA NUM CONCELHO DO ALTO ALENTEJO

Gorette Gomes Pelica

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas

Orientador: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Data: 22 de julho 2020

“Capacitar para Prevenir”

“Viver é envelhecer, nada mais.”

Simone de Beauvoir

AGRADECIMENTOS

Durante todo o percurso na realização deste trabalho muitas dúvidas, incertezas e desalentos surgiram. Nesses momentos contei com o apoio de familiares e colegas que me ajudaram a prosseguir. A eles quero expressar a minha gratidão pela sua ajuda e compreensão.

Um agradecimento sincero à docente responsável da unidade curricular, Professora Doutora Helena Arco, pela partilha do saber, pela disponibilidade e apoio que sempre mostrou.

À minha Orientadora de estágio, Enfermeira Cristina Garcia de Castro, pela disponibilidade, dedicação e apoio que sempre demonstrou ao longo do meu estágio, o meu reconhecimento.

À Enfermeira Tatiana Alves, responsável pelo sistema EVITA do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pela sua disponibilidade.

Aos idosos que colaboraram nesta investigação, pelo seu contributo e simpatia, um muito obrigado.

À minha filha e ao meu companheiro por todas as expressões de carinho, pela força e palavras de encorajamento nos momentos certos, as minhas palavras de agradecimento.

Aos meus pais que estiveram sempre comigo em pensamento, o meu reconhecimento e gratidão.

RESUMO

Portugal é o quarto país da União Europeia, com um valor mais alto do índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata, 2018).

O envelhecimento, nomeadamente o aumento da longevidade, amplia o risco de doença e comorbilidades.

As quedas surgem como uma problemática na população idosa. Estas estão na origem de uma significativa morbilidade e mortalidade, sendo das principais causas de internamento hospitalar (Ministério da Saúde, 2015).

Este relatório apresenta o projeto desenvolvido na área da promoção da saúde, durante o Estágio de Mestrado em Enfermagem, tendo como objetivo contribuir para a capacitação dos idosos na prevenção das quedas em contexto domiciliário, através da realização de uma sessão de educação para a saúde no sentido de contribuir para o aumento da sua literacia.

O projeto de intervenção comunitária baseou-se na metodologia do planeamento em saúde e os resultados obtidos evidenciam a necessidade de dar continuidade ao projeto, que vai ao encontro da necessidade de promover mais ações de educação para a saúde que visem alcançar atitudes preventivas na população, obtendo ganhos em saúde. Simultaneamente a complementar por um acompanhamento de proximidade de acordo com as especificidades da situação de cada indivíduo.

Palavras-chave: “Envelhecimento”, “Quedas”, “Enfermagem”, “Educação para a Saúde”.

ABSTRACT

Portugal has the fourth highest age index in the European Union (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata, 2018).

Aging, particularly the rise in longevity, increases the risk of disease and comorbidities.

Falls are a problem in elderly population. They are the cause of significant morbidity and mortality, and one of the main causes of hospitalization (Portuguese Health Ministry, 2015).

This report presents the project developed in the area of health promotion, during the Master's in Nursing internship, as a contribution to elderly training on fall preventions in domiciliary contexts, through a health education session aimed at increasing their literacy on the matter.

The community intervention project was based on the health planning methodology and the results obtained demonstrate the need to continue the project, as it satisfies the call for more health education actions aimed at the adoption of preventive attitudes by the population, thereby resulting in health gains. Simultaneously, it is to be complemented by proximity-based support, according to the specificities of each individual.

Keywords: "Aging", "Falls", "Nursing", "Health Education".

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARPIC - Associação de Reformados e Pensionistas Idosos do Crato

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

ULSNA – Unidade Local Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 – ENVELHECIMENTO.....	15
1.2 – QUEDAS NOS IDOSOS.....	19
1.3 - CAPACITAÇÃO DO IDOSO.....	21
1.4 – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOLA PENDER.....	23
2 – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	25
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	25
2.1.1 – Caracterização do Concelho do Crato	28
2.1.2 – Caracterização da população do Concelho do Crato	32
2.1.3 – Caracterização da Unidade Cuidados na Comunidade do Crato	34
2.1.4 – Determinação das necessidades em saúde	36
2.2 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS.....	37
2.2.1 - Causas das quedas no domicílio	38
2.2.2 - Medidas de prevenção das quedas	39
2.2.3 - Locais identificados de ocorrência de quedas	40
2.2.4 - Número de quedas	40
2.3 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	41
2.4 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	42
2.5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	43
2.6 – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	45
2.7 – AVALIAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	46

2.7.1 - Causas das quedas no domicílio.....	49
2.7.2 - Medidas de prevenção das quedas.....	50
2.7.3 - Locais identificados de ocorrência de quedas.....	51
2.7.4 - Número de quedas - Avaliação.....	51
3 – OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	53
4 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	54
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	61
APÊNDICES	
Apêndice I – Pedido à Comissão de Ética da ULSNA.....	66
Apêndice II – Guião para realização de entrevista.....	70
Apêndice III – Consentimento informado.....	72
Apêndice IV – Plano da Sessão de educação para a Saúde.....	75
Apêndice V – Sessão de Educação para a Saude.....	77
Apêndice VI – Folheto informativo.....	90
Apêndice VII – Cronograma de Atividades.....	94
Apêndice VIII – Revisão Integrativa da Literatura.....	96
ANEXOS	
Anexo I – Autorização da Universidade Sénior do Crato.....	101
Anexo II - Autorização da Comissão de Ética da ULSNA.....	103
Anexo III - Autorização da Comissão de Ética da ULSNA para designação nominal oficial.....	106

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa da Região do Crato.....	29
FIGURA 2 – Índice de Dependência e de Envelhecimento.....	33

ÍNDICE TABELAS

TABELA 1 - Densidade Populacional.....	29
TABELA 2 - Setores de Atividade Económica.....	31
TABELA 3 - Caracterização da População Inativa.....	32
TABELA 4 - Causas intrínsecas das quedas.....	38
TABELA 5 - Causas ambientais das quedas.....	39
TABELA 6 - Medidas de prevenção/proteção de quedas.....	39
TABELA 7 - Locais de ocorrência das quedas.....	40
TABELA 8 - Número de quedas.....	40
TABELA 9 - Determinação de Prioridades de acordo com a técnica de Comparação por Pares.....	41
TABELA 10 - Causas intrínsecas das quedas.....	49
TABELA 11 - Causas ambientais das quedas.....	50
TABELA 12 - Medidas de prevenção/proteção de quedas.....	50
TABELA 13 - Locais de ocorrência das quedas.....	51

INDÍCE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1 – Estrutura etária da população residente em Portugal.....	18
GRÁFICO 2 - População Residente segundo Censos.....	30
GRÁFICO 3 - População Empregada segundo Censos.....	31
GRÁFICO 4 - Pirâmide Etária dos utentes inscritos no Centro de Saúde do Crato.....	34
GRÁFICO 5 – Acidentes domésticos e de lazer.....	36
GRÁFICO 6 - Causa do acidente sinalizado pela ULSNA em 2018.....	37

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Objetivos e Indicadores.....47

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, de natureza profissional, insere-se na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP). A sua elaboração, discussão pública e aprovação visam a obtenção do grau de mestre em enfermagem, após a aprovação prévia das unidades curriculares incluídas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado.

O objetivo geral do Relatório é documentar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Neste caso particular, o primeiro Estágio (20 de Maio a 28 de Junho de 2019) e o Estágio Final (17 de Setembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020) onde se iniciou o projeto, desenvolveu-se na Unidade de Cuidados na Comunidade do Crato, sob a orientação clínica da Enfermeira Cristina Garcia de Castro e pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Gato no primeiro Estágio e da Professora Doutora Helena Reis do Arco no Estágio Final.

A UCC é um tipo de Unidade Funcional incluída no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) S. Mamede.

Paralelamente, a UCC, através da ECCI, participa também na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), configurando deste modo um campo de estágio privilegiado para a área de especialização em ECSP.

Considerando as especificidades deste contexto em que sobressai o envelhecimento desta população, surgiu como foco do nosso projeto a problemática do envelhecimento, fenómeno mundial com repercussões ao nível social, económico e cultural. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal é o quarto país da União Europeia com um valor mais alto do índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata, 2018).

Tendo em conta que o envelhecimento está relacionado com o aumento das comorbilidades que lhe são inerentes, comprometendo a saúde e a qualidade de vida, as quedas surgem como uma problemática nesta população idosa. Estas estão na origem de uma significativa morbilidade e mortalidade, sendo das principais causas de internamento hospitalar (Ministério da Saúde, 2015).

Constatado o envelhecimento da população do concelho do Crato e assumindo as quedas nos idosos como uma problemática real na comunidade, a intervenção nesta área pode efetivamente traduzir-se em melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde para os idosos e famílias, o que nos levou a refletir de que forma a intervenção a desenvolver poderia beneficiar o maior número de pessoas.

Optou-se por definir a temática a desenvolver neste trabalho o risco de quedas no domicílio em pessoas com 65 ou mais anos de idade, incidindo nos utentes que constam da carteira de serviços da UCC Crato.

Neste sentido, selecionamos para este projeto de estágio atuar na promoção da saúde em pessoas idosas que frequentem a Universidade Sénior neste concelho do Alto Alentejo, tendo-se escolhido como título desta intervenção comunitária “Capacitar para Prevenir” – Prevenção de quedas na população idosa num concelho do Alto Alentejo, sendo o objetivo geral do mesmo: “Capacitar os idosos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário”.

O projeto foi desenvolvido com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde e com a Universidade Sénior.

Com o desenvolvimento deste projeto, pretendeu-se contribuir para a redução do número de quedas no domicílio na população idosa deste concelho. O desenvolvimento deste trabalho decorreu nas instalações do Centro de Saúde, onde está inserida a UCC, e foi sempre realizado com o acompanhamento da equipa de Enfermagem da mesma.

Com os profissionais desta equipa, efetuaram-se intervenções de forma a capacitar os idosos inscritos no Centro de Saúde da ULSNA, melhorando os conhecimentos e as competências dos mesmos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário. É sobre esta e outras atividades desenvolvidas ao longo dos estágios que apresentamos este relatório.

O presente trabalho escrito encontra-se organizado em cinco partes. Inicialmente apresenta-se o enquadramento teórico. De seguida, o enquadramento prático. Nos pontos seguintes, é apresentada a monitorização e avaliação. Por fim, as considerações finais.

A elaboração deste relatório obedece às Normas para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos APA de acordo com Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Apresenta-se neste capítulo o enquadramento teórico do projeto com base na pesquisa bibliográfica e na revisão integrativa da literatura tendo por base a problemática das quedas nos idosos.

1.1 – ENVELHECIMENTO

Quando falamos de pessoas idosas, partimos do princípio que está claro para todos o significado da palavra idoso ou velho, contudo, ao analisar diversas fontes, constata-se uma diversidade considerável de concepções em torno desta temática.

Para fins estatísticos as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idade específicos, por exemplo pessoas com 60 e mais anos, dependendo de fatores culturais e individuais (DGS, 2017).

O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Hoje em dia a longevidade aumentou, as pessoas vivem mais anos no entanto, este aumento da esperança de vida combinado com a queda acentuada nas taxas de fertilidade, levam ao rápido envelhecimento da população em todo o mundo (OMS, 2015).

As mudanças que ocorrem com o envelhecimento são complexas. A nível biológico, o envelhecimento é associado a danos moleculares e celulares. Com o tempo, esses danos levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, aumentando o risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, resultando no falecimento. No entanto, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas associadas à idade avançada de uma pessoa (OMS, 2015).

Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta a esta mudança, os idosos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais signifi-

cativas, otimizando as suas capacidades ainda existentes, através de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas. Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também parecem mudar. Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada. Essas mudanças psicossociais podem explicar o fato de a idade avançada poder ser um período de bem-estar subjetivo maior (OMS, 2015).

A saúde torna-se um fator fundamental quando se fala em longevidade. Ao viverem mais anos com boa saúde, as pessoas têm capacidade de realizar tarefas e conseqüentemente sentem-se valorizadas e úteis (OMS, 2015).

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS, a maioria das patologias enfrentadas pelos idosos estão associadas a problemas de saúde crônicos os quais podem ser prevenidos ou retardados envolvendo a população idosa em comportamentos saudáveis. E mesmo em pessoas com declínio das suas capacidades, as estruturas de apoio permitirão que elas vivam vidas dignas e com crescimento pessoal contínuo (OMS, 2015).

A idade cronológica associada à idade da reforma é o único parâmetro que a sociedade portuguesa atribuiu na definição da população idosa, uma vez que o seu desenvolvimento sofreu modificações quer no seu sistema de produção de bens, quer a nível laboral a partir do momento que o trabalho começou a ser renumerado. A sociedade atual é denominada como uma sociedade de consumo, que tem como pressuposto considerar as pessoas idosas como incapazes e excluídas do trabalho renumerado, sendo este o único que é valorizado nesta sociedade (Philibert, 1984).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013).

Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam de pessoa para pessoa (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem numa mudança de atitudes. Nesta dimensão, podem verificar-se perdas de

memória ou maior dificuldade no raciocínio. Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

A nível social, ocorrem alterações nos papéis a desempenhar ao nível do seio familiar, laboral e ocupacional, resultando numa diminuição na participação social (Sequeira, 2010).

Numa perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento é uma experiência multifacetada que resulta da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos) que interagem de modo ininterrupto.

Atualmente, o envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades modernas, com maior incidência nas sociedades industrializadas e desenvolvidas (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

Portugal, à semelhança dos outros países da União Europeia, tem apresentado um aumento significativo no número de idosos, sendo o envelhecimento da população considerado como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (INE, 2012).

A sociedade portuguesa é atualmente considerada como uma sociedade envelhecida, sendo as características demográficas da população reveladoras do agravamento do envelhecimento da mesma na última década. Em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade, comparativamente com 16% em 2001 (INE, 2012).

A distribuição da população por sexo e por grupo etário demonstra que nos grupos mais jovens predominam os homens, enquanto nos grupos etários mais velhos a tendência inverte-se passando a prevalecer as mulheres, representando cerca de 21% da população comparativamente com 16% dos homens. O envelhecimento da população é deste modo entendido como um fenómeno feminizado (Perista e Perista, 2012).

Além destes fenómenos, também se constata um duplo envelhecimento da população, ou seja, o agravamento do fosso entre jovens e idosos, devido ao aumento da percentagem do número idosos e à diminuição da percentagem do número de jovens (16% em 2001 para 15% em 2011) (INE, 2012).

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO, 2001 E 2011

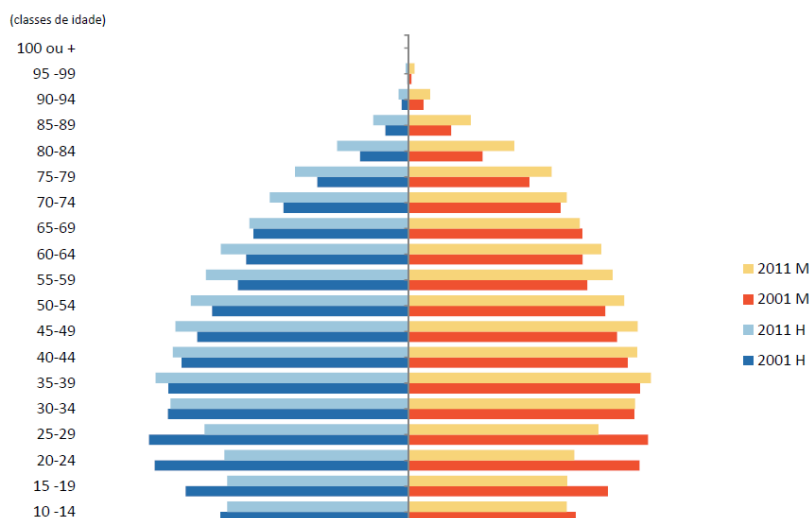


Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011 Fonte: INE: Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal. Lisboa-Portugal.

A estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década anterior, como é possível visualizar no Gráfico 1, tendo diminuído a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alargando-se o topo com o crescimento da população idosa. Assim, o índice de envelhecimento também se acentuou, subindo de 102 em 2001 para 128 em 2011, o que indica que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012).

Por outro lado, também se verifica um aumento da esperança média de vida, que de acordo com o PORDATA (2014) aumentou em Portugal entre 2001 e 2011, sendo de 3.5 anos para a população geral, 3.7 anos para os homens e 2.9 anos para as mulheres, situando-se respetivamente em 80.7, 77.3 e 83.6 anos. Consequentemente, o índice de longevidade também aumentou, passando de 41 em 2001, para 48 em 2011, o que indica que por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, 48 têm idade igual ou superior a 75 anos (INE, 2012). Neste sentido, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população.

É consensual que se trata de um grupo vulnerável e que necessita de intervenções e cuidados complexos devido às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento.

Na velhice, o processo de envelhecimento aparece de forma mais evidente, as alterações inerentes ao mesmo acarretam perda de poder físico, psicológico e económico, traduzindo-se em necessidade de adaptações a cada nova situação do quotidiano (OMS, 2015).

Os problemas de saúde que os indivíduos com mais de 65 anos apresentam hoje em dia são diversos e complexos. No entanto, aqueles provocados pelas quedas representam um grande encargo quer para o indivíduo e sua família, quer para a sociedade. As quedas são o acidente doméstico mais frequente nos idosos e a principal causa de morte acidental na população dos maiores de 65 anos. Anualmente, existe um grande número de quedas, algumas implicando internamento e até mesmo a morte. Os dados do SNS 2019 revelam que em Portugal, entre 2000 e 2013, em cada 100 internamentos em indivíduos com mais de 65 anos três tiveram como causa uma queda, sendo que, em média, cada um destes internamentos teve a duração de 13 dias. É importante referir ainda que a cada 100 internamentos devido a quedas seis têm como desfecho a morte ainda no hospital.

1.2 - QUEDAS NOS IDOSOS

As quedas podem ocorrer devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Verificam-se em todas as faixas etárias, no entanto é na população idosa que a prevalência do risco de quedas e os danos daí resultantes são maiores (Ministério da Saúde, 2015).

A Organização Mundial da Saúde indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Quantos mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados (DGS, 2019).

Os diversos autores que abordam a temática das quedas são consensuais no que diz respeito à existência de inúmeros fatores potenciadores da ocorrência de quedas, a maioria classifica-os em fatores intrínsecos e extrínsecos. De acordo com Buksmen et al (2008), os fatores de risco para quedas podem ser divididos em três categorias: fatores intrínsecos (ou individuais), extrínsecos (ou ambientais) e fatores de risco comportamentais, ou seja, exposição ao risco.

Assim o autor identifica como fatores de risco intrínsecos a idade avançada, ser mulher, ter historial de quedas, viver sozinho, uso de medicação psicotrópica, falta de Vit. D, ser polimedicado, ter doenças crónicas (obstrução pulmonar crónica, depressão e artroses), apresentar distúr-

bios da marcha e do equilíbrio, sedentarismo, alterações do estado psicológico, deficiências nutricionais, dificuldades cognitivas e demências, ter alterações na visão (cataratas, glaucoma, degeneração macular, etc.), ter deficiência auditiva (sistema vestibular), doença do foro ortopédico (joanetes, deformidades dos dedos, úlceras, etc.), historial de Parkinson assim como infeções graves/doenças (infeções urinárias, gripe, etc.).

O mesmo autor refere como fatores extrínsecos, os riscos ambientais, tais como a iluminação deficiente, pisos escorregadios, superfícies irregulares, tapetes soltos, fios elétricos e obstáculos em locais de passagem (Buksmen et al, 2008). Ainda ausência de corrimões em corredores, escadas e casas de banho, prateleiras demasiado altas ou baixas, assim como via pública em mau estado de conservação, solavancos nos autocarros e comboios.

Também o comportamento nas atividades de vida se pode constituir como fator de risco, nomeadamente pela exposição ao mesmo. Nestes fatores incluem-se o calçado, vestuário, bengalas ou andarilhos não apropriados, certas atividades potenciam o risco de quedas (uso de bancos, cadeiras, escadotes etc.) e por fim a inatividade também é um fator de risco.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da DGS (2012) sobre a prevenção de quedas, os idosos que caem mais de uma vez têm cerca de 3 vezes mais probabilidade de cair novamente. No mesmo relatório é feita a distinção entre fatores de risco biológicos, comportamentais, ambientais e fatores socioeconómicos. Os fatores biológicos abrangem as características inerentes ao corpo humano, como a idade, o género e a raça entre outros, e o envelhecimento leva ao declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, bem como a ocorrência de doenças crónicas debilitantes. Os fatores comportamentais dizem respeito às ações humanas, emoções e escolhas diárias, sendo potencialmente modificáveis, como uso de múltiplos medicamentos, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário. Fatores ambientais, surgem na interação entre as condições físicas dos indivíduos e o ambiente envolvente, os degraus estreitos, tapetes soltos, fraca iluminação, são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de quedas. Os fatores de risco socioeconómicos estão relacionados com a influência das condições sociais e do status económico dos indivíduos, tais como os baixos rendimentos, educação limitada, falta de interação social, acesso limitado a cuidados de saúde e apoio social. Estas situações ocorrem tendencialmente em comunidades mais isoladas.

Existem, no entanto, os designados fatores de proteção que estão intimamente ligados à mudança comportamental e modificações ambientais com vista a um estilo de vida saudável, para um envelhecimento ativo com o objetivo de minimizar os fatores de risco de queda (DGS, 2012).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes do Ministério da Saúde (2012), é feita referência à educação como uma das formas mais eficazes de atuar na prevenção das quedas. A educação sobre fatores de risco e de proteção é uma estratégia essencial para capacitar os idosos sobre o risco de quedas. Este aspeto remete-nos para a importância da contribuição da enfermagem no desenvolvimento de níveis mais altos de literacia na população.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 determina, no objetivo Estratégico 6, “Prevenir a Ocorrência de Quedas”, que no final de 2020:

- 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.
- O número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado devem reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior.

1.3 – CAPACITAÇÃO DO IDOSO

De acordo com Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2019), a Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania.

Na Carta de Ottawa, a OMS (1986) destaca que a promoção da saúde se centra na procura da equidade em saúde, pretendendo reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, indica tornar-se necessário uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis.

As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam. A Promoção da Saúde é assim perspectivada, tal

como o empowerment, como um processo participativo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio (Ângelo, 2014).

Ainda segundo o mesmo autor, na promoção da saúde, o profissional deverá proporcionar ao indivíduo e à comunidade as condições facilitadoras à aquisição de maior controle que permita influenciar de forma positiva a sua saúde.

Uma das chaves do sentido do conceito de empowerment está na palavra “capacitar”, que no original significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para (...). Neste sentido, implica devolver ao cidadão o poder de decisão em matéria de saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (Ângelo, 2014).

Surge, no mesmo sentido, a conceptualização de capacitação por Laverack, como um termo utilizado para descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade. Encontra-se próximo do conceito de empowerment (Laverack, 2008).

O conceito de empowerment poderá ainda ser analisado numa perspetiva de capacitação com a possibilidade de participação democrática na vida da comunidade, a que cada indivíduo pertence. Neste sentido pode ser entendido como um processo de cidadania.

Esta inter-relação da problemática do exercício da cidadania com a saúde deve-se às exigências da realidade contemporânea e da nova perspetiva da saúde que propõe metodologias mais coerentes com a complexidade humana, em que o profissional de saúde deve respeitar e promover a autonomia e a individualidade da pessoa. Torna-se assim necessário incrementar a participação dos cidadãos e o exercício ativo do direito e dever de cidadania que promove um aumento de poder e controlo de modo a emergir o empowerment (Ângelo, 2014).

Conceito emergente da Declaração de Alma-Ata em 1978 como o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde, a cidadania em saúde e a centralidade do cidadão, são também destacados no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, enquanto capacidade de exercer, de modo informado e responsável, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde. É ainda proposto que:

“O reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment)” (DGS, 2012)

Neste sentido, a adoção desta abordagem implica necessariamente uma mudança no papel do profissional de saúde e do próprio indivíduo ou comunidade. Sendo que o papel do cidadão é o de um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, ou seja, passa a ser um solucionador ativo dos seus problemas; enquanto o papel do profissional de saúde é o de ajudá-lo a tomar decisões informadas para alcançar os seus objetivos e ultrapassar barreiras (Ângelo, 2014). Neste sentido, importa realçar as parcerias como uma estratégia de intervenção comunitária.

1.4 - MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOLA PENDER

Como referencial teórico de enfermagem de suporte à intervenção, foi escolhido o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

O modelo teórico de promoção da saúde de Pender foi desenvolvido na década de 80 do século XX por Nola J. Pender, professora na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos. Este modelo alia a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, motivando as pessoas a adquirirem comportamentos promotores de saúde (Pender, 2011).

Este modelo identifica quais os comportamentos que os indivíduos podem adotar para melhorar a saúde, ao longo da vida. Pender baseou a sua teoria na perspetiva da enfermagem holística, na psicologia e sociologia.

Segundo a autora o processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde. Promover comportamentos saudáveis é o

objetivo principal deste modelo, resultando numa melhoria na saúde e numa maior qualidade de vida de toda a comunidade (Pender, 2011).

Pender defende que a promoção de saúde tem uma influência multifatorial, dependendo das características e experiências pessoais, o afeto relacionado com o comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição.

De acordo com Pender, existe uma maior probabilidade de adotar um comportamento pretendido, se as emoções positivas relacionadas com determinado comportamento aumentam a autoeficácia, aumentando a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde.

Verifica-se que o comportamento anterior e as características individuais, adquiridas anteriormente, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão desejado (Guerra, 2012).

Segundo esta teórica, a família e os profissionais de saúde podem influenciar de forma positiva ou negativa a adoção de comportamentos de promoção de saúde; quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a possibilidade de o conservar ao longo do tempo (Guerra, 2012).

A nossa preferência pelo modelo de Nola Pender, não descurando outros, como por exemplo o modelo de autocuidado de Orem (Orem, 2011), prende-se com o facto de este modelo descrever a natureza holística dos indivíduos em interação com o meio onde estão incluídos, no seu processo de procurarem ter comportamentos promotores de saúde. Por outro lado em todos os processos que envolvam a promoção da saúde o enfermeiro terá que ter em conta todos os fatores descritos neste modelo pois eles vão influenciar a adesão a comportamentos promotores de saúde.

Nesta sequência, ancorados no modelo de Nola Pender e na Metodologia do Planeamento em saúde, avançamos para o desenvolvimento prático do projeto aqui ilustrado.

2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Este capítulo compreende o diagnóstico de situação de saúde, a caracterização do concelho do Crato, em termos geográficos e demográficos, recursos de saúde e sociais disponíveis.

Seguidamente, é feita a descrição de cada uma das unidades funcionais que integram o Centro de Saúde do Crato e por último a tipificação dos utentes inscritos neste centro de saúde.

2.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Para o nosso diagnóstico de situação a metodologia utilizada foi a de planeamento em saúde tendo sido utilizadas a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas para a recolha de dados. Os nossos entrevistados foram selecionados por conveniência pois trata-se de uma amostra de pessoas frequentadoras da Universidade Sénior do Crato, tendo sido solicitado, a esta instituição, autorização para colaboração no projeto de intervenção comunitária (Anexo I).

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação. Assim, é essencial ter sempre em conta as prioridades estabelecidas, bem como os recursos disponíveis, de forma a garantir o sucesso do mesmo.

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

Deste modo, o planeamento em saúde deve envolver todos os sectores desde o económico ao social, bem como outros que tenham implicações diretas ou indiretas na saúde das populações, só com o envolvimento efetivo de todos podemos diagnosticar corretamente as necessidades de saúde de uma população, bem como definir estratégias corretas como o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objetivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas. Este processo é dinâmico, pois em todas as suas etapas ele deve ser avaliado e realizadas alterações se justificadas, para conseguir atingir os objetivos propostos.

O planeamento em saúde, permite-nos escolher a melhor solução para alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

As razões que levam à necessidade de planeamento, apontadas por Imperatori & Giraldes (1992) são as seguintes:

- Fazer uma gestão correta dos recursos tendo em conta a sua escassez;
- Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;
- Ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros sectores de intervenção na problemática, as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;
- Fazer uma correta gestão dos equipamentos e das infraestruturas de forma a rentabilizá-los.

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010). Este é um processo que inclui várias etapas, tem início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objetivos, e identificar atividades de intervenção que permitirão atingir os objetivos” Stanhope & Lancaster (1999: 324).

As etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área e segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), o planeamento em saúde deve seguir determinadas fases: “Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Seleção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”.

Na primeira fase do planeamento em saúde é elaborado o diagnóstico de situação. Este deverá corresponder às necessidades da população, e funciona como uma justificação das atividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

A segunda fase do planeamento é a definição de prioridades. É nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

Esta fase do planeamento consiste em “hierarquizar as necessidades de saúde identificadas pelo diagnóstico de situação, em termos da importância da sua satisfação” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

A dimensão temporal é a resultante das necessidades recorrentes, devendo satisfazer as presentes e não esquecer as futuras. “A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos” (Imperatori & Giraldes, 1982:30).

Após a definição de prioridades segue-se a fase de fixação de objetivos, altura em que se definem quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores de saúde podem ser de resultado ou de atividade: os primeiros medem as alterações verificadas num determinado problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, enquanto os segundos visam medir as atividades desenvolvidas com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes (1982: 45) referem que “esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

A seleção de estratégias é uma etapa de vital importância, uma vez que visa determinar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, tendo como objetivo utilizar os recursos de forma eficaz.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 30), estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde”.

Os critérios para a seleção de estratégias provêm essencialmente da política em vigor e dos objetivos delineados na etapa anterior.

A preparação da execução é a etapa seguinte, esta coloca em prática tudo o que foi planeado, assumindo uma importância significativa para os participantes do projeto, possibilitando a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde, esta é contínua e permite uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho et al, 2001). De acordo com estes autores, a avaliação deve de fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

Imperatori & Giraldes (1982: 127) referem que “a avaliação ou controlo constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo”.

O processo de planeamento em saúde abrange estas seis etapas contínuas e interligadas, podendo a sua atualização efetuar-se em qualquer etapa.

2.1.1 - Caracterização do Concelho do Crato

O Município do Crato situa-se no Distrito de Portalegre, integrando em termos mais vastos a sub-região do Alto Alentejo, confinante a sul com os Municípios de Alter do Chão e Monforte, a norte com o de Nisa e Castelo de Vide, a nascente com o de Gavião e Ponte de Sôr e a poente com o de Portalegre.

Este concelho localiza-se no distrito de Portalegre, apresenta uma área de 39.806,89 ha distribuídos pelas freguesias de Aldeia da Mata (3.728,41 ha), Monte da Pedra (6.007,57 ha), Gáfeite (4.614,77 ha) e União de Freguesias de Crato e Mártires, Flor da Rosa e Vale do Peso (25.456,14 ha).

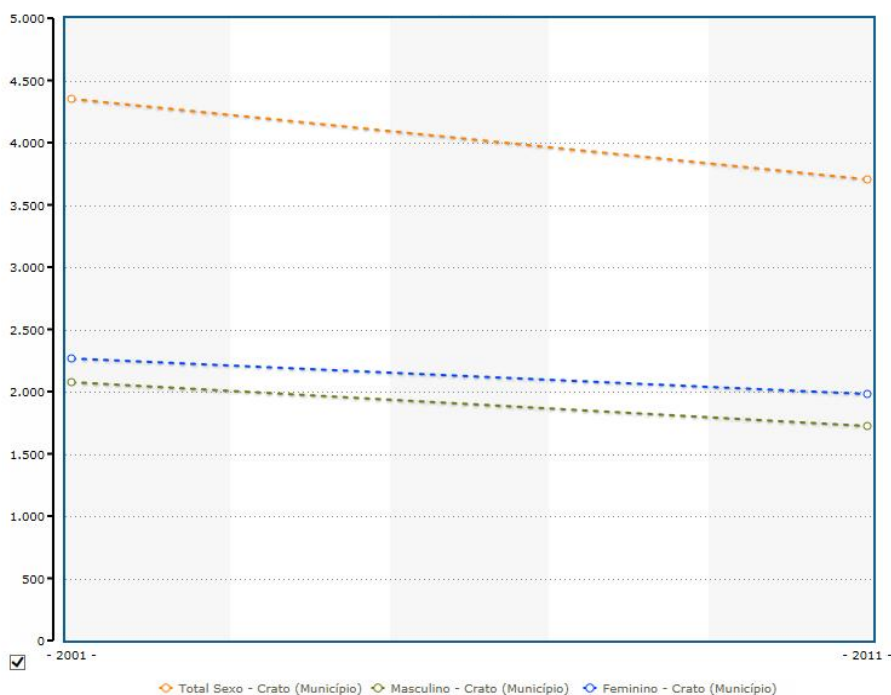


Gráfico 2: População Residente segundo os Censos. Fonte: Pordata

A economia local assenta sobretudo no sector terciário, distribuído pelas áreas de serviços e comércio, sendo a Câmara Municipal o principal empregador.

Também a componente do turismo tem forte implementação no concelho, na medida em que o seu património histórico e arquitetónico proporciona aprazíveis visitas de lazer e de cariz cultural. São vários os pontos de interesse, destacando-se inúmeras igrejas e capelas, principalmente séculos XVII e XVIII, portais quinhentistas, fontes e pontes romanas e antas do período megalítico.

De realçar o Mosteiro de Santa Maria de Flor da Rosa que data do século XIV, ex-libris da região, que foi sede da Ordem dos Hospitalários, posteriormente da ordem de Malta e atualmente a funcionar como pousada. Para além desta pousada o concelho oferece ainda aos visitantes várias instalações de Turismo de Habitação, designadamente um palacete do século XVII e antigas casas senhorias adaptadas para fins hoteleiros.

Quanto ao sector secundário, existem pequenas unidades fabris, nomeadamente na área alimentar, queijarias, lagar de azeite e panificação, e na área transformadora fabrico de mobiliário e calçada de pedra. O artesanato assume expressiva importância, sobretudo com a produção centenária de artigos de barro na localidade de Flor da Rosa, tendo mesmo sido criada a Escola de Olaria.

A produção agrícola representa a parcela mais pequena da atividade económica do concelho, predominando na agricultura a produção de azeite e cortiça e na pecuária a criação de suínos, ovinos e bovinos.

Estes dados podem ser observados na tabela nº2 e no gráfico que a seguir se apresentam, a partir dos dados recolhidos no censos 2011.

TOTAL	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO
2011	2011	2011	2011
1.244	92	262	890

Tabela 2: Setores de Atividade Económica. Fonte: PORDATA

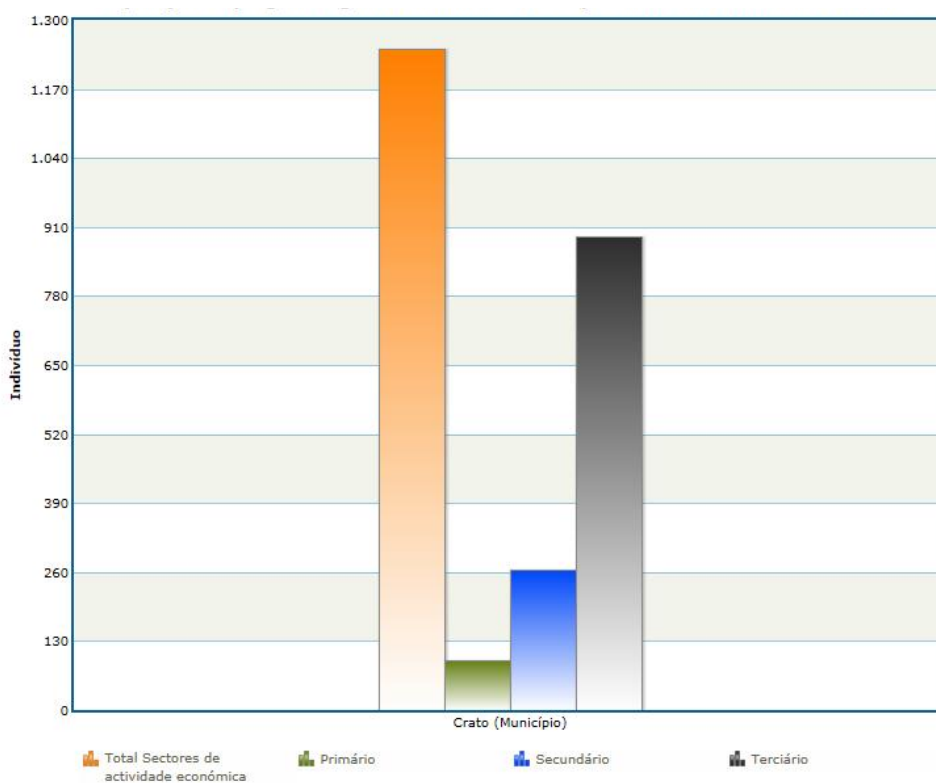


Gráfico 3: População empregada segundo Censos: total e por setor de atividade económica. Fonte PORDATA

No entanto, a população inativa, traduzida no quadro 3, representa uma fatia considerável com repercussões certamente na economia desta região e em que os reformados têm o maior peso.

Total	Estudantes	Domésticos	Reformados	Incapacitados	Outros inativos
2011	2011	2011	2011	2011	2011
1.941	166	90	1.508	45	132

Tabela 3: Caracterização da População Inativa. Fonte: CENSOS 2011- INE

2.1.2 - Caracterização da População do Concelho do Crato

Antes de mais, importa referir que a designação nominal oficial do Centro de Saúde onde este projeto foi desenvolvido teve a devida autorização superior (Anexo III).

A população inscrita no Centro de Saúde do Crato é de 3732 utentes, sendo este número superior ao da população residente pelo fato de alguns utentes não residirem na zona geográfica de abrangência. A população inscrita distribui-se pela sede e extensões da seguinte forma: sede 2173 inscritos, Gáfete 860, Aldeia da Mata 285, Vale do Peso 209 e Monte da Pedra 205.

Como atrás já referido, é um concelho com uma população significativamente envelhecida, com baixo nível de qualificação, seguindo a mesma tendência da região do Alentejo que relativamente ao total do país apresenta um maior índice de envelhecimento.

Desta forma, o quadro nº4 apresenta os índices de dependência e envelhecimento da população residente no concelho do Crato comparativamente aos do Alentejo e de Portugal, segundo dados do último recenseamento geral da população.

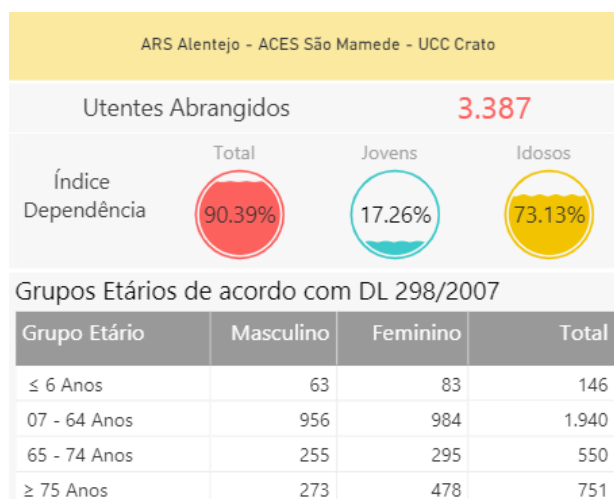


Figura 2: Índices de Dependência e de Envelhecimento. Fonte: PAUF 2019

O envelhecimento da população, de uma forma geral, tem um impacto acentuado nos serviços de saúde, na medida em que implica maior procura de cuidados e até de articulação com os recursos sociais existentes, tanto pelas patologias associadas ao envelhecimento como pela diminuição das capacidades funcionais que este grupo etário apresenta.

Por outro lado, a dependência nesta idade acarreta também necessidades de saúde para as quais as equipas têm que estar despertas de forma a prevenir determinados problemas e apoiar eficazmente. De frisar como exemplo as situações de graves dependências à qual estão associadas, entre outras, úlceras de pressão, infeções mais frequentes e depressões no idoso ou isolamento social.

Por forma a visualizar as características da população, a pirâmide seguinte traduz a estrutura da população etária no concelho do Crato, permitindo perceber o peso da população idosa relativamente à população jovem e constatar os baixos índices de natalidade à semelhança do que Portugal tem vindo a registar.

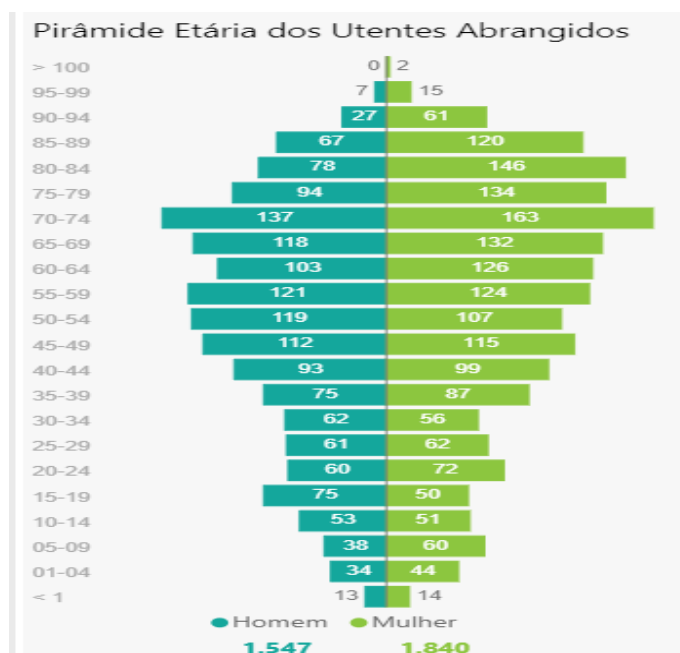


Gráfico 4 - Pirâmide Etária dos utentes inscritos no Centro de Saúde do Crato. Fonte: PAUF 2019

2.1.3 - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade do Crato

A Unidade de Cuidados na Comunidade, tal como definido no Decreto-Lei nº 28/2008 que instituiu a sua criação, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visado a obtenção de ganhos em saúde, garantindo acessibilidade, proximidade e continuidade, por meio de respostas articuladas e integradas, concorrendo simultaneamente para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A UCC Crato prossegue como valores a autonomia, a responsabilização, o trabalho em equipa e a parceria.

Da equipa base da UCC fazem parte quatro enfermeiras, três enfermeiras de cuidados gerais a tempo inteiro e a enfermeira responsável, com especialidade na área da geriatria / Saúde Comunitária, que acumula também a função de responsável do Centro de Saúde, uma médica de clínica geral e três assistentes operacionais em tempo parcial.

Conforme preconizado, esta UCC tem desenvolvido a sua ação na comunidade, em estreita colaboração com a URAP do ACES S. Mamede e articulando com a UCSP do Centro de Saúde do Crato.

Participa também na Rede Nacional de Cuidados Continuados através da sua Equipa Coordenadora Local, atualmente sediada neste Centro de Saúde. Abrange os concelhos de Alter do Chão e Crato e cuja Enfermeira Coordenadora é a enfermeira responsável pela UCC. Por outro lado, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados que, sendo uma das suas unidades prestadoras, intervém a nível domiciliário.

Alicerçado no seu enquadramento legal, compete à UCC:

- Participar em projetos com os diversos parceiros da comunidade;
- Promover a saúde, prevenir a doença e reabilitar;
- Intervir diretamente nos locais para dinamizar atividades relacionadas com a saúde da população;
- Intervir a vários níveis na comunidade – escolas, autarquias, instituições privadas de solidariedade social, entidades públicas, grupos vulneráveis.

Na sua carteira básica de serviços estão incluídas as áreas intervenção a seguir expressas:

- Equipa de cuidados continuados integrados da RNCCI;
- Equipa coordenadora local da RNCCI;
- Programa de Saúde Escolar;
- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco;
- Parcerias com a comunidade
 - Comissão de proteção de crianças e jovens em risco;
 - Intervenção precoce na infância;
 - Núcleo Locais de Inserção / Rendimento social de inserção;
 - Rede Social.

Da carteira adicional fazem parte:

- Promoção do pé saudável em utentes com Diabetes (projeto iniciado no final de 2014)
- Colheita de espécimes (colaboração com o Hospital de Portalegre)

A equipa de enfermagem da UCC colabora com a UCSP Crato em duas vertentes:

- Assegurando a consulta de reforço, numa média de 6h/semana;
- Efetuando visitas domiciliárias em freguesias menos populosas para desta forma se rentabilizar recursos humanos e materiais, como é o caso da viatura.

O plano de atividades é elaborado anualmente e as metas contratualizadas com o ACES sendo para o efeito utilizado uma plataforma informática criada para os Cuidados de Saúde Primários.

2.1.4 - Determinação das Necessidades em Saúde

Pela pesquisa documental efetuada o envelhecimento é uma realidade bem acentuada no concelho do Crato. De facto acentuamos aqui que 32,5% da população do concelho tem mais de 65 anos de idade.

Neste contexto partindo da recolha dos dados internos do Centro de Saúde, as quedas correspondem a uma das problemáticas frequente nos idosos deste concelho, em linha com o constatado também a nível distrital.

Com a colaboração da enfermeira responsável pelo Sistema EVITA do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, foi-nos possível obter os dados de vigilância dos traumatismos e acidentes ocorridos no ano de 2018 no Norte Alentejano, na zona de abrangência da ULSNA.

No gráfico 5 podemos verificar as percentagens de acidentes por idades sinalizadas pela ULSNA ao INSA, num total de 1473.

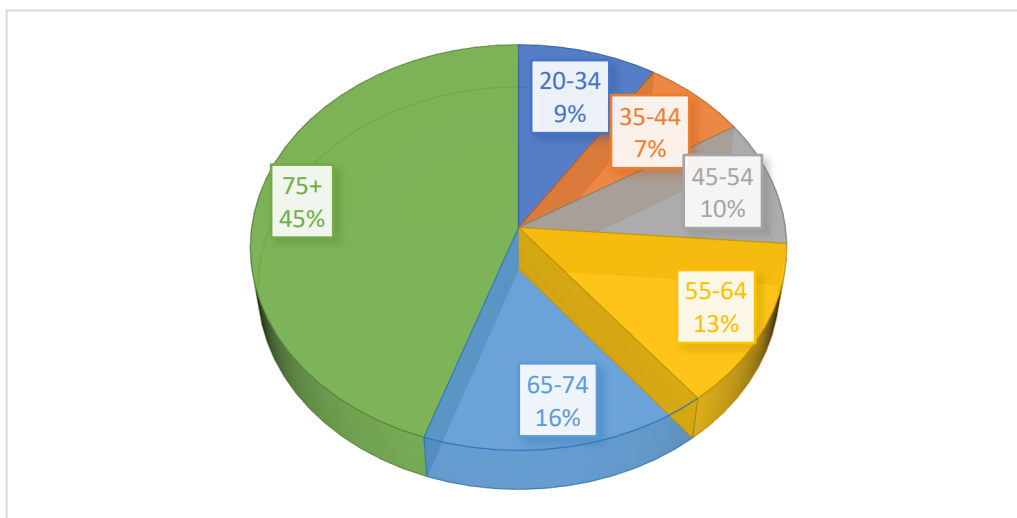


Gráfico 5 – Acidentes domésticos e de lazer segundo grupo etário. Fonte: INSA, EVITA 2018

No total dos acidentes sinalizados pela ULSNA ao INSA, as quedas surgem como a principal causa, representando 95% do total dos acidentes, conforme gráfico 6. Poderemos ainda presumir, não obstante esta percentagem, poderemos ainda presumir a existência de uma subnotificação de quedas por parte dos Cuidados de Saúde Primários desta Unidade Local de Saúde, dado que a notificação de incidentes não é ainda uma prática sistemática nos profissionais de saúde de acordo com a nossa observação. Por outro lado, foi-nos referido pelos enfermeiros das unidades funcionais de saúde que muitas das quedas ocorridas em ambiente doméstico, em que não foi necessário cuidados de saúde, são relatadas pelos idosos muito posteriormente, razão que poderá eventualmente levar à não notificação das quedas.



Gráfico 6: Causa do acidente sinalizado pela ULSNA em 2018. Fonte: INSA, EVITA

Na sequência do acima explanado, constituindo as quedas uma das principais problemáticas por nós identificadas nos idosos da ULSNA, em concordância com a nossa pesquisa documental, conduziu-nos à delimitação da nossa área de intervenção.

2.2 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

Realçamos, antes de mais, o interesse e a colaboração dos idosos nestas entrevistas procurando relembrar acidentes ocorridos e a origem dos mesmos.

Neste subcapítulo apresentamos os resultados e análise das entrevistas realizadas aos idosos utentes da Universidade Sénior do Crato.

Os resultados das entrevistas permitiram-nos identificar que no universo dos 10 idosos entrevistados nesta Universidade Sénior, 7 deles sofreu pelo menos uma queda.

2.2.1 Causas das quedas no domicílio

De acordo com os resultados obtidos, 3 idosos identificaram como causas de quedas associadas ao próprio a falta de equilíbrio, outros 5 a mobilidade reduzida, 1 idoso referiu a falta de visão. As causas referidas incluem-se no tipo de causas intrínsecas das quedas.

CAUSAS	Nº DE REFERÊNCIA
Falta de visão	1
Desequilíbrio/Vertigens	3
Idade avançada	0
Mobilidade reduzida	5
Viver sozinho	0
Polimedicação	0
Deficiência auditiva	0

Tabela 4 – Causas intrínsecas das quedas

Como causas extrínsecas, salientamos que as respostas estão em consonância com algumas das causas descritas na literatura, sendo que na identificação destas causas estes idosos basearam-se na sua própria experiência individual, como nos fomos apercebendo no decurso da entrevista através do que iam relatando.

CAUSAS	Nº DE REFERÊNCIA
Escadas/Degraus	3
Piso escorregadio/Irregular	3
Tapetes/Passadeiras	1
Calçado inadequado	2

Tabela 5 – Causas ambientais das quedas

2.2.2 - Medidas de prevenção das quedas

Assim, o conteúdo das respostas obtidas permitiu-nos constatar que os fatores que os idosos identificam como medidas para se protegerem das quedas prendem-se com as causas que levou o próprio a cair, isto é, identificam como estratégia preventiva eliminar ou minimizar o que esteve na origem da queda. Nesta perspetiva, ao reportarem-se apenas a episódios ocorridos com os próprios, ou com familiares e amigos, tornar-se-á mais difícil identificarem outras situações de risco e consequentemente adotarem uma postura preventiva na antecipação do acidente.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	Nº DE REFERÊNCIA
Eliminar tapetes	5
Piso sem desnível/Piso direito	2
Estar mais atento	2
Evitar escadas	2
Utilizar auxiliares de apoio para a marcha	1
Piso seco	2
Calçado/Chinelos adequados	2
Corrimão na banheira	1
Levantar-se com cuidado/ apoiar-se nas paredes	2

Tabela 6 – Medidas de prevenção/proteção de quedas

2.2.3 - Locais identificados de ocorrência de quedas

Percecionámos dificuldade por parte do idoso em identificar os espaços mais propícios à ocorrência de quedas dentro do domicílio. Mais uma vez focaram-se na sua própria experiência ou de familiares próximos.

LOCAIS DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS	Nº DE REFERÊNCIA
Cozinha	4
Casa de banho	4
Quarto	2
Hall /corredor	3
Escadas	4

Tabela 7 – Locais de ocorrência das quedas

2.2.4 - Número de quedas

Relativamente ao número de quedas, verificámos que quase todos os idosos já tiveram uma experiência de queda, os que não tiveram relatam experiências de quedas que ocorreram com alguém seu conhecido.

NÚMERO DE QUEDAS	Nº DE REFERÊNCIA
0	3
1	6
2	0
3	0
> 3	1

Tabela 8 – Número de quedas

2.3 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda fase do planeamento em saúde, tal como a anterior, também é considerada como normativa e estratégica (Tavares, 1990).

É uma fase fundamental de modo a providenciar a utilização eficiente dos recursos. Trata-se na sua essência, de um processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema(s) deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar, sendo importante definir critérios (Caldeira, 2019).

Por esta ser considerada como uma fase subjetiva, dado que depende do planificador a determinação das prioridades, no entanto “deve ser tão objetiva quanto possível.” (Tavares, 1990:83).

Existem várias técnicas para definição de prioridades no planeamento em saúde, das quais destacamos a Comparação por Pares. Assim, foi aplicada esta técnica para priorização do problema para posteriormente incidir a nossa atuação. Esta comparação por pares foi realizada no seio da equipa da UCC Crato e tendo em conta também os dados obtidos com a entrevista.

<i>Problemas</i>	<i>1 – Défice de conhecimento sobre fatores de risco extrínsecos de quedas</i>	<i>2 – Défice de conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas</i>	<i>3 – Défice de conhecimento sobre fatores de risco intrínsecos de quedas</i>
<i>1 e 2</i>		X	
<i>1 e 3</i>	X		X
<i>2 e 3</i>		X	
<i>Pontuação</i>	1	2	1

Tabela 9 - Determinação de prioridades de acordo com a técnica de Comparação por Pares

A determinação de prioridades dos problemas identificados através da técnica de Comparação por Pares, permitiu obter a seguinte ordenação final:

- 1.º Déficit de conhecimento sobre estratégias de prevenção das quedas;
- 2.º Déficit de conhecimento sobre fatores de risco extrínsecos e Déficit de conhecimento sobre fatores de risco intrínsecos.

Assim, os critérios que orientaram a importância do problema devem contemplar a relação entre o problema, o fator de risco, a gravidade do problema, a pertinência, os recursos, entre outros (Imperator, 1982). Neste contexto, o autor defende o recurso a técnicas que auxiliem na priorização dos problemas e sua possível resolução.

Como é característico desta etapa da vida, os idosos têm a percepção que possuem conhecimentos suficientes sustentados na sua experiência de vida, no entanto ao se basearem fundamentalmente nos acontecimentos pessoais e familiares pode correr-se o risco de descurarem muitos outros fatores que levam às quedas bem como estratégias que as previnam.

Após a identificação dos problemas, consideramos prioritário direcionar a nossa atuação em sessões de educação para a saúde nesta população, aumentando a literacia nesta área e aproveitando a experiência de cada um para promover o conhecimento do restante grupo, funcionando o enfermeiro como um moderador destas ações.

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária podem desempenhar um papel fulcral como promotores da saúde, representando uma referência na aquisição de novos conhecimentos e atitudes na população.

2.4 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

O nosso diagnóstico de situação permitiu-nos identificar as quedas nos idosos como um problema prioritário.

Assim determinou-se que o nosso projeto de intervenção será desenvolvido neste âmbito. Este projeto terá como título “Capacitar para Prevenir” e como objetivo geral contribuir para a capacitação dos idosos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário.

Relativamente aos objetivos específicos, definimos os seguintes:

- Identificar os comportamentos de risco que estão na origem das quedas no domicílio;
- Contribuir para o aumento dos conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas;
- Contribuir para que os idosos adotem estratégias preventivas para evitar as quedas no domicílio.

2.5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

O nosso diagnóstico de situação teve em consideração a realidade do concelho do Crato em termos demográficos e epidemiológicos, mas devido à área de intervenção escolhida foi direcionado para um diagnóstico centrado na população idosa com idade igual ou superior a 65 anos e que frequentem regularmente a Universidade Sénior.

A escolha deste local para a realização da entrevista para diagnóstico justifica-se pela existência de um conjunto de idosos conscientes, orientados, com capacidade de comunicar e dispostos a aceitar serem entrevistados.

Nesta amostra de conveniência definiram-se como critérios de inclusão os seguintes:

- Ter 65 ou mais anos;
- Estar consciente, orientado, com capacidade de comunicar verbalmente;
- Aceitar ser entrevistado.

A pesquisa documental foi realizada em documentação recolhida na Unidade de Apoio à Gestão da ULSNA, no Sistema de Apoio à Gestão do Risco da ULSNA, no Instituto Ricardo Jorge - dados EVITA, em planos de atividades e manual de acolhimento da UCC Crato, no Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social 2019-2023 da Câmara Municipal do Crato.

Optámos por realizar uma entrevista semiestruturada.

Foi criado um guião para realização da entrevista, composta por questões abertas, de forma a conhecer qual a literacia dos idosos sobre os fatores de risco para a ocorrência de quedas no domicílio (Apêndice II).

Optou-se por uma amostra de conveniência, constituída por todos os idosos presentes na universidade sénior durante o período de recolha de dados nas condições supracitadas.

Antes de iniciar este projeto, foi pedida autorização ao Conselho de Administração da ULSNA (Apêndice I) e parecer à Comissão de Ética (Anexo II) bem como solicitação do consentimento informado dos participantes antes da realização da entrevista, tendo sido explicado o objetivo e o seu teor (Apêndice III).

Conforme o cronograma de atividades (Apêndice VIII), a recolha iniciou-se no primeiro estágio e terminou no início do segundo, tendo sido entrevistadas dez pessoas no dia 25 de Junho de 2019.

Após a transcrição das entrevistas iniciámos a sua análise. A técnica utilizada foi análise de conteúdo.

Segundo Vala (1986), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento da informação e sua finalidade é efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Este mesmo autor refere: “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o *corpus* da análise é constituído por todo esse material” (Vala, 1986:109), pelo que a totalidade das entrevistas constituiu o nosso *corpus* de análise.

Partimos para a leitura das entrevistas de forma a identificar as unidades de registo e a proceder à sua categorização.

Conforme outro autor, Laurence Bardin, refere que: “A unidade de registo é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 1977:104).

No nosso projeto considerámos como unidade de registo o tema, que para Berelson, citado por Bardin (1977), é uma afirmação acerca de um assunto.

Para Bardin: “Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre ele” (Bardin, 1977).

No nosso diagnóstico de situação o processo de categorização resultou da classificação analógica dos elementos e o seu título conceptual só foi definido no final da operação, processo este referido por Bardin (1977) como um dos caminhos possíveis.

Transpusemos assim as duas etapas recomendadas, ou seja, isolámos os elementos e depois classificámo-los mediante uma certa organização. Isto é, as expressões-chave foram agrupadas por categorias, segundo o seu significado ou representação mental. Construámos, assim, uma grelha de categorias, com os respetivos indicadores e frequências absolutas dos mesmos, que emergiram por dedução das questões efetuadas, após o que partimos para a análise dos dados obtidos.

2.6 – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O enfermeiro deve trabalhar a promoção da saúde, com ações preventivas, adoção de medidas que possam ajudar os idosos a conhecer melhor os cuidados preventivos para assim facultar uma ambiente seguro aos mesmos.

“ (...) as quedas repercutem de modo significativo na vida dos idosos e dos familiares, portanto, os enfermeiros têm um papel importante junto dos idosos e seus familiares na prevenção de quedas e intervindo nas repercussões de forma a diminuí-las ou evitá-las.”(Gonçalves Recanello et al., 2015)

No nosso projeto, as atividades incidiram na educação para a saúde sobre a problemática das quedas nos idosos no sentido de aumentar a sua literacia relativamente a este problema.

Para concretizarmos o nosso objetivo específico de contribuir para o aumento dos conhecimento sobre estratégias de prevenção das quedas, programámos e realizámos uma sessão de educação para a saúde sobre o tema “Prevenção de quedas no domicílio” (Apêndice VI).

A sessão foi realizada nas instalações da Universidade Sénior do Crato. Para o efeito, convidámos os idosos que frequentam a Universidade Sénior do Crato a participar na sessão de educação para a saúde.

Como principais conteúdos abordados na sessão de educação para a saúde foram as causas interínsecas e exterínsecas das quedas, a prevenção das quedas no domicilio e como atuar em caso de queda (Apêndice IV).

Também foram distribuídos folhetos informativos, com alertas anti-quedas, no sentido de reforçar a informação transmitida (Apêndice VII). Na sessão contámos com a presença de um total de 10 idosos que se mostraram sempre interativos e recetivos.

No final da sessão foi feita uma breve conversa informal, onde os idosos reconheceram a importância e utilidade da informação ali transmitida para o seu quotidiano.

Passado um mês da realização desta sessão de educação para a saúde, os idosos foram convidados a responder de novo às entrevistas iniciais de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

2.7 – AVALIAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Imperatori e Giraldes 1993, esta etapa constitui a última fase do projeto e objetiva a apreciação do problema, comparando a situação final face a situação inicial de forma a perceber melhorias a introduzir no futuro. Nesta fase, deverá ocorrer uma revisão das estratégias, das atividades definidas e da própria execução, com a finalidade de atingir objetivos fixados, resolvendo problemas e necessidades identificados.

A operacionalização desta etapa é feita através da análise dos indicadores, sendo eles indicadores de resultado e de execução. O primeiro mede o impacto verificado no problema após a intervenção efetuada e o segundo mede a atividade desenvolvida. Se porventura o impacto do projeto não se revelar positivo face às nossas expectativas, deveremos voltar à fase do diagnóstico de situação.

A partir da análise situacional e das características da população local, identificaram-se problemas reais, sustentados por pesquisa documental, que levou ao diagnóstico da situação de saúde o qual foi explanado no capítulo 2.1.4.

Identificou-se como um dos problemas principais as quedas ocorridas na população idosa, constituindo este grupo etário a maior percentagem dos residentes no concelho. Embora a ocorrência das quedas esteja notificada em qualquer contexto, optamos por dirigir a nossa intervenção à prevenção das quedas ocorridas no domicílio.

Decorrente do diagnóstico efetuado, definiu-se a população alvo como sendo a população idosa do concelho, tendo como objetivo principal deste projeto contribuir para a sua capacitação na prevenção das quedas no domicílio.

A partir da determinação de prioridades realizada pela equipa da unidade de saúde, constituíram-se três objetivos específicos para dar resposta ao problema identificado.

Optámos por selecionar uma amostra de conveniência à qual foi realizada uma entrevista semi-estruturada que nos permitiu conhecer qual a literacia dos idosos sobre os fatores de risco para a ocorrência de quedas no domicílio.

Na análise de conteúdo efetuada estabeleceram-se três categorias, designadamente, causas das quedas no domicílio, medidas de prevenção das quedas, locais identificados de ocorrência das quedas e número de quedas, permitindo verificar os défices da amostra nestas quatro áreas.

Na fase seguinte procedeu-se ao planeamento e execução da ação de educação para a saúde que se desenvolveu na universidade sénior.

Na avaliação final do projeto reportamo-nos às metas definidas e respetivos indicadores em que pretendemos medir o resultado atingido na minimização do problema identificado, defini-ram-se metas e construímos indicadores apresentados no quadro seguinte.

Objetivos Específicos	Indicadores de Resultado (Metas)	Estratégias/Intervenções	Indicadores de Execução
Identificar os comportamentos de risco que estão na origem das quedas no domicílio	Que 100% dos idosos que aceitaram participar no projeto, colaborem nas entrevistas para o diagnóstico da situação	Realização da Entrevista	Nº de idosos que participaram na entrevista / Nº de idosos que aceitaram participar no projeto X 100
Contribuir para o aumento dos conhecimentos nos idosos sobre estratégias de prevenção das quedas	Que 75% dos idosos que participaram no projeto adquiram conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas	Realização de uma sessão de educação para a saúde na Universidade Sénior	Nº de idosos que participaram no projeto demonstrem, através da resposta certa, conhecimentos sobre estratégias de prevenção de quedas / Nº de idosos que participaram no projeto X 100
Contribuir para que os idosos adotem estratégias preventivas para evitar	Que os idosos que participaram no projeto aumentem em 70 % a	Após um mês da sessão de educação para saúde, aplicação do guião	Nº de estratégias preventivas de quedas (medidas e locais) referenciadas pelos

as quedas no domicílio	identificação de estratégias preventivas das quedas (medidas e locais)	da entrevista inicial	idosos na segunda aplicação da entrevista/ Nº de referências da primeira aplicação X 100
-------------------------------	--	-----------------------	--

Quadro 1 : Objetivos e Indicadores

Assim no que respeita ao primeiro objetivo “**Identificar os comportamentos de risco que estão na origem das quedas no domicílio**” cuja meta estabelecida apontava que 100% dos idosos que aceitaram participar no projeto, colaborassem nas entrevistas para o diagnóstico de situação, foi atingida na totalidade uma vez que todos os idosos participaram na entrevista.

Indicador nº 1 – % de idosos que participaram na entrevista

(nº de idosos que aceitaram participar na entrevista / nº de idosos que aceitaram participar no projeto X 100 = (10/10) x 100 = **100%**)

Relativamente ao segundo objetivo “**Contribuir para o aumento dos conhecimentos nos idosos sobre estratégias de prevenção das quedas**” cuja meta estabelecida apontava que 75% dos idosos que participaram no projeto adquirissem conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas, foi atingida na totalidade e superada uma vez que o valor obtido foi de 80%.

Indicador nº 2 - % de idosos que participaram no projeto demonstrem, através da resposta certa, conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas (nº de idosos que participaram no projeto que demonstrem, através da resposta certa, conhecimentos sobre estratégias de prevenção de quedas / nº de idosos que participaram no projeto x 100 = (8 /10) x 100 = **80 %**). Dos 10 idosos que participaram no projeto, no final da sessão e perante as imagens projetadas, 8 responderam de forma correta às questões efetuadas sobre estratégias de prevenção de quedas.

Quanto ao terceiro objetivo “**Contribuir para que os idosos adotem estratégias preventivas para evitar as quedas no domicílio**” cuja meta estabelecida apontava que 70% dos idosos que participaram no projeto passassem a identificar estratégias preventivas das quedas na segunda aplicação das entrevistas. Não foi alcançado na totalidade, podendo-se observar que não referem muitas estratégias de prevenção (medidas e locais), apenas as que se enquadram no seu contexto de vida e ambiental.

Indicador nº 3 – Nº de estratégias preventivas de quedas (medidas e locais) referenciadas pelos idosos na segunda aplicação da entrevista/ Nº de referências da primeira aplicação X 100 = (15/36) x 100 = **41,6%**).

No intuito de efetuar a avaliação e análise de processo em curso, tendo em conta os objetivos Contribuir para o aumento dos conhecimentos sobre estratégias de prevenção das quedas; Contribuir para que os idosos adotem estratégias preventivas para evitar as quedas no domicílio;

Passado um mês voltámos a aplicar o guião da entrevista inicial aos idosos desta universidade, de forma a verificar em que medidas os idosos consciencializaram estratégia preventivas das quedas.

Apresentamos em seguida estes resultados.

2.7.1 Causas das quedas no domicílio

De acordo com os resultados obtidos, 3 idosos identificaram como causas de quedas associadas à falta de visão, outros 4 à falta de equilíbrio e 2 à mobilidade reduzida. As causas referidas incluem-se no tipo de causas intrínsecas das quedas.

CAUSAS	Nº DE REFERÊNCIA
Falta de visão	3
Desequilíbrio/Vertigens	4
Idade avançada	0
Mobilidade reduzida	2
Viver sozinho	0
Polimedicação	0
Deficiência auditiva	0

Tabela 10 – Causas intrínsecas das quedas

Como causas extrínsecas das quedas, a maioria referiu o piso escorregadio e os tapetes. Apenas dois idosos identificaram o calçado inadequado.

CAUSAS	Nº DE REFERÊNCIA
Escadas/Degraus	1
Piso escorregadio/Irregular	4
Tapetes/Passadeiras	3
Calçado inadequado	2

Tabela 11 – Causas ambientais das quedas

2.7.2 - Medidas de prevenção das quedas

O conteúdo das respostas obtidas permitiu-nos constatar que os fatores que os idosos identificam como medidas para se protegerem das quedas restringe-se a corrigir a causa que levou o próprio a cair. Mantemos a percepção que os idosos identificam como medidas de prevenção das quedas a minimização das causas que levou o próprio a cair.

Todo um leque de medidas de prevenção que poderiam prevenir as quedas em contexto domiciliário não é valorizado pelo idoso se não tiver sido vivenciado, mesmo depois da sessão de educação, não continua a ser valorizado.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	Nº DE REFERÊNCIA
Eliminar tapetes	1
Piso sem desnível/Piso direito	0
Estar mais atento	3
Evitar escadas	0
Utilizar auxiliares de apoio para a marcha	3
Piso seco	2
Calçado/Chinelos adequados	1
Corrimão na banheira	0
Levantar-se com cuidado/ apoiar-se nas paredes	0

Tabela 12 – Medidas de prevenção/proteção de quedas

2.7.3 - Locais identificados de ocorrência de quedas

Percecionámos dificuldade por parte do idoso em identificar os espaços mais propícios à ocorrência de quedas dentro do domicílio. Mais uma vez focaram-se apenas na sua própria experiência.

LOCAIS DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS	Nº DE REFERÊNCIA
Cozinha	1
Casa de banho	2
Quarto	1
Hall /corredor	0
Escadas	1

Tabela 13 – Locais de ocorrência das quedas

2.7.4 - Número de quedas - Avaliação

Relativamente ao número de quedas, verificámos que quase todos os idosos já tiveram uma experiência de queda, também se verificou que durante o período em que decorreu o trabalho não ocorreram novas quedas.

Como avaliação final desta ação de sensibilização consideramos que será necessário dar continuidade a este projeto através da realização de outras ações que podem passar por sessões de educação para a saúde em grupo com uma dinâmica diferente, em que se promova a troca de experiências e conhecimentos entre os pares sendo que o papel do enfermeiro seria sobretudo o de moderador. Desta forma, fomentando a discussão entre o grupo, abre-se a possibilidade que cada um tome conhecimento do que sucedeu com o outro e assim enriquecer a sua perceção sobre fatores de risco e interiorizar outros comportamentos.

Pode ainda ser complementado, em articulação com a equipa domiciliária, intervenções mais individualizadas no contexto de vida do idoso.

Após a análise dos resultados obtidos, baseando-nos nos três indicadores, podemos afirmar que os objetivos do projeto foram, em parte, alcançados com sucesso, tendo em conta que os idosos no segundo questionário tornaram a focar-se na causa ligada ao próprio episódio de queda

que vivenciaram, o que nos leva a supor que esta segunda entrevista devesse ter uma questão mais dirigida ao que o idoso fez de diferente em termos de medidas de prevenção das quedas e locais de ocorrência das mesmas após a sua participação na sessão de educação para a saúde.

Creemos, contudo, que mesmo focando-se fundamentalmente nas suas próprias experiências anteriores permitiu rever e relembrar a importância de atitudes mais avisadas no seu dia a dia. Por outro lado, a participação ativa na sessão de educação, em que relataram acidentes já ocorridos, facultou a uns e outros novas informações.

Concluindo, ao colaborarmos na capacitação dos idosos da Universidade Sénior do Crato, durante o Estágio Final, atingimos o objetivo geral fixado: “Capacitar os idosos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário”.

No futuro, poder-se-á afirmar que estão dados os primeiros passos para consolidar um caminho agora iniciado com vista a aumentar a literacia em saúde neste grupo populacional tão vulnerável para a ocorrência de quedas.

A UCC Crato, no cumprimento da sua missão de intervir em grupos populacionais vulneráveis nos seus contextos de vida, propõe-se dar continuidade a este projeto que vai ao encontro da necessidade, já identificada anteriormente, de promover mais ações de educação que visem alcançar atitudes preventivas na população. Simultaneamente a complementar por um acompanhamento de proximidade de acordo com as especificidades da situação de cada indivíduo.

A monitorização do projeto poderá passar por efetuar periodicamente o levantamento das medidas utilizadas pelos idosos no seu quotidiano, através da aplicação de um questionário efetuado a partir deste trabalho.

3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo dedica-se às restantes atividades realizadas no estágio, integrando a equipa da UCC do Centro de Saúde do Crato.

Tivemos oportunidade de desempenharmos funções na Equipa de Cuidados Continuados Integrados que intervém em contexto domiciliário, particularmente na área da coordenação da equipa acompanhando de perto a enfermeira coordenadora.

Neste sentido, foi-nos permitido perceber a importância que deve ser dada à motivação dos profissionais e à capacidade de moderar controvérsias que surgem no seio da equipa de forma a não comprometer a prestação global. Por outro lado, conseguimos compreender como a adaptação das características individuais de cada elemento ao tipo de intervenções a realizar pode propiciar índices mais altos de desempenho.

Sustentada na filosofia da prestação de cuidados globais à pessoa dependente no seu domicílio, a equipa de enfermagem conta com técnicos superiores de saúde nas áreas da psicologia, do serviço social, da fisioterapia e da nutrição, que em articulação interdisciplinar intervém de forma concertada junto do utente e dos cuidadores informais e formais a fim de promover a autonomia, o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida. Observando as reuniões periódicas que têm lugar e os vários contactos entre os profissionais, apercebermo-nos dos ganhos que tal representa para o doente e do papel de coordenação que a enfermeira especialista pode exercer.

Através deste estágio foi possível também acompanhar o processo de contratualização desta UCC em que o desempenho alcançado é medido através de metas contratualizadas anualmente com base em indicadores estabelecidos pela tutela. Contactar com esta realidade deu-nos a possibilidade de conhecer toda esta dinâmica e sobretudo a função da enfermeira como gestora de uma equipa, traduzindo-se numa análise e monitorização constantes bem como no compromisso de conduzir a equipa aos resultados exigidos e à obtenção de ganhos em saúde.

Participámos de maneira ativa em todas as funções requeridas, percebendo assim a funcionalidade da UCC do Centro de Saúde do Crato.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, no período de 14 de Maio a 28 de Junho de 2019, e do Estágio Final, no período de 17 Setembro de 2019 e 31 de Janeiro de 2020, adquirimos e desenvolvemos competências gerais e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, com vista à obtenção do grau de mestre, para o que recorremos durante o ensino clínico à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos da profissão de enfermagem (Apêndice IX).

Para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi importante neste percurso de aprendizagem treinar as competências gerais do Enfermeiro Especialista, referidas na OE (2008) e que a seguir esplanamos.

“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação” – neste estágio procurámos sempre, ao longo das intervenções, tomar decisões éticas, apoiadas em princípios, valores e normas deontológicas. Aquando a aplicação do questionário, foram solicitadas todas as autorizações necessárias para o desenvolvimento do projeto, nomeadamente foram realizados pedidos às comissões de ética da ULSNA, assim como o consentimento informado aos participantes. Este último foi obtido em simultâneo de modo a que as respostas de cada um não fossem influenciadas pela opinião dos outros.

De ressaltar que antes da aplicação do questionário foram explicados os objetivos do mesmo, garantindo o anonimato bem como que os dados seriam apenas utilizados para este estudo, confirmando também a não obrigatoriedade de resposta ao questionário.

Na competência A2¹: **“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** - Na realização das sessões de educação para a saúde, promovemos a proteção dos direitos dos utentes, respeitando seus valores, crenças e opiniões. Valorizamos as experiências e o conhecimento prévio de cada indivíduo para os integrar de forma construtiva na mensagem a transmitir e assim dotá-los de novos recursos possíveis de mobilizar nas suas vidas, respondendo ao compromisso de enfermagem na melhoria da saúde dos indivíduos e da população.

¹ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

A competência B3² menciona a melhoria da qualidade: **“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”** - Nesta competência proporcionámos durante as intervenções efetuadas um ambiente psicossocial e cultural de acordo com o perfil de cada utente, assegurando a individualização das ações a ele dirigidas, num contexto de prestação segura de cuidados em que utilizámos os recursos apropriados.

No que refere da gestão dos cuidados, atingimos a competência C1³, a qual menciona que **“O enfermeiro gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar”** - Desenvolvemos esta competência quando otimizámos o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão em articulação com a equipa multiprofissional, também se verificando a aquisição desta competência quando orientámos ou supervisionámos as tarefas delegadas, garantindo sempre a segurança e a qualidade.

A competência C2⁴ menciona que **“O enfermeiro adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”** - Durante o decurso da nossa experiência procurámos identificar os recursos humanos adequados à realização de intervenções comunitárias de qualidade, na medida em que ao acompanharmos a enfermeira coordenadora nas suas atividades de gestão, tal como referido no capítulo anterior, apercebemo-nos como as características e as competências individuais de cada enfermeiro deverão ser aproveitadas nas ações em que mais se podem destacar e dar maior contributo sempre na procura da excelência dos cuidados.

Ainda na mesma perspetiva, constatámos que o tipo de liderança terá que ser adaptada ao contexto e à situação particular, optando-se pois por uma liderança mista.

Competência D1⁵ **“O enfermeiro desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade”** - Desenvolvemos o autoconhecimento e a assertividade na medida em que reconhecemos os nossos recursos internos e os nossos limites pessoais e profissionais; consciencializámos do efeito

² Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

³ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

⁴ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 26 - 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

⁵ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

que a vida pessoal pode interferir na relação profissional, treinámos a tomada de consciência dos nossos sentimentos para que, ao saber lidar com eles, não constituam um obstáculo à nossa relação com o outro, seja ele o utente ou o profissional com quem lidamos.

Por outro lado, perceber a importância da assertividade na gestão de uma equipa, tendo presente que controlar as nossas emoções e transformá-las em sentimentos, que possamos gerir, evita a interferência negativa nas diversas situações, na medida em que permite modular as nossas ações, bem como saber utilizar técnicas de resolução de conflitos em contextos de conflituabilidade.

No que diz respeito ao domínio à competência D2⁶, a qual refere que **“o enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”**, durante este estágio procurámos sempre que as nossas tomadas de decisão, bem como as nossas intervenções assentassem em padrões de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, atuando como simplificadores do processo de aprendizagem; procurou-se demonstrar conhecimentos, aplicando os mesmos na realização de intervenções especializadas.

Em ambas as intervenções utilizámos a metodologia do planeamento em saúde, onde se procedeu à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, foram estabelecidas as prioridades em saúde, formulados os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde definidas, estabelecendo um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados realizando a avaliação das atividades desenvolvidas. Assim sendo, atingimos a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pois este **“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”**⁷. Verificámos que nas nossas intervenções demos o nosso contributo no processo de capacitação para a prevenção de quedas no domicílio, ao concebermos um projeto de intervenção no âmbito da promoção de saúde tendo por base o diagnóstico realizado

⁶ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 06 de Fevereiro de 2019

⁷ Como definido no artigo 2.º do Diário da República, 2.ª série- N.º 135 – 16 de Julho de 2018 (1 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

na comunidade; atingindo, desta forma, a competência específica ao contribuir para a identificação do estado de saúde de parte da população ⁸.

O planeamento das atividades a desenvolver, foi efetuado de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS para pessoas idosas 2012-2016. Este Programa, constitui um complemento às ações desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com revisão e extensão a 2020.

Assim, atingimos a competência específica:⁹ **”Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde”** – Acompanhámos a responsável da UCC nas suas funções de coordenação nas seguintes áreas: acompanhamento e monitorização do Programa Nacional de Vacinação a nível distrital e o assegurar de toda a dinâmica da Equipa de Coordenação local dos cuidados continuados integrados, dando assim cumprimento ao propósito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como alvo de intervenção a comunidade, desenvolvendo projetos de saúde dirigidos a grupos populacionais, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, reajustamento funcional e reinserção social em todos os contextos de vida¹⁰. Consideramos que toda a nossa intervenção durante o estágio foi no sentido de corresponder ao que é esperado do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pois procurámos sempre responder às necessidades daqueles de quem cuidámos, com preocupação pelo seu contexto familiar e comunitário, num esforço para também envolver profissionais de instituições da comunidade.

O estágio bem como as várias atividades de investigação e mobilização da evidência científica permitiram-nos de igual forma a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, previstas no artigo 15^o ¹¹ tais como: “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação,

⁸ Como definido no artigo 2º do Diário da Republica, 2ª série- Nº 135 – 16 de Julho de 2018 (2 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

⁹ Como referido no artigo 2º do Diário da Republica, 2ª série- Nº 135 – 16 de Julho de 2018 (3 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

¹⁰ Segundo o regulamento Nº 26/2019 de 06 de Fevereiro (2019) da Ordem dos Enfermeiros

¹¹ Decreto de Lei no 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenómeno do envelhecimento tem-se revelado uma preocupação crescente devido ao aumento da população idosa e aos vários riscos associados a este processo.

Não devendo ser considerado um problema em si, o envelhecimento trás manifestações e alterações que podem, numa conjugação de fatores, levar a acidentes graves dos quais as quedas fazem parte.

Contudo, trata-se de um problema suscetível a medidas de prevenção relativamente simples.

Toda a comunidade deve empreender esforços para que os idosos envelheçam fazendo uso de todas as suas potencialidades, preservando a sua independência, saúde e autonomia.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve mobilizar as suas competências na capacitação dos indivíduos e grupos tendo por base um conhecimento aprofundado dos recursos que a comunidade tem para oferecer a fim de os adequar às necessidades específicas do alvo dos cuidados.

Por outro lado, reinventar novas formas de aumentar o grau de literacia em saúde, designadamente nesta faixa etária que frequentemente apresenta níveis baixos de literacia, é responsabilidade dos enfermeiros que se constituem como profissionais de proximidade junto das populações, permitindo assim reforçar as suas habilidades na resolução de problemas, na prevenção de doenças e aprender a lidar com eventos de impacto negativo na saúde.

Consideramos pois que medidas preventivas passam fortemente pela educação para a saúde, junto de comunidades mais vulneráveis, que alerte para fatores de risco e formas de os prevenir.

Os resultados deste estudo reforçam a ideia que devem ser empreendidos esforços direcionados para reduzir as lacunas em conhecimentos e comportamentos equívocos nos idosos, particularmente respeitante às quedas mas não só. Deve ser dado ênfase a projetos dirigidos a idosos e seus cuidadores formais e informais nos Cuidados de Saúde Primários, com vista a reconhecer e valorizar situações de risco que ponham em causa o bem estar desta população.

Apesar das limitações metodológicas inerentes a um estudo suportado por uma amostra de conveniência, os nossos resultados indicam que as quedas são um dos problemas prevalentes na população idosa, de natureza multifatorial, com graves consequências para a sua qualidade de

vida, com enormes custos associados, pelo que é urgente chamar a atenção da sociedade em geral para o problema.

Fica a convicção, após a realização deste projeto, que só uma abordagem planeada se pode traduzir em ganhos de saúde. No decurso deste estágio, demonstrámos como concretizar a implementação de um projeto de intervenção comunitária seguindo as etapas de planeamento em saúde. Deste modo, este percurso representou um momento de aprendizagem na utilização de determinadas ferramentas que permitem intervir mais eficazmente junto de grupos específicos da população.

Atendendo ao objetivo geral traçado para este projeto de intervenção, cremos ter sido possível documentar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões e competências enquanto mestre em enfermagem e especialista em saúde comunitária.

A elaboração do mesmo potenciou a nossa reflexão sobre as práticas, sua análise e fundamentação, simultaneamente consciencializando-nos para as diferentes problemáticas dos cidadãos idosos, contribuindo assim para o enriquecimento do nosso percurso profissional e pessoal e finalmente trazer-nos uma perspetiva nova da comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- 2015-2020, P. N. para a S. dos D. (2015). Despacho n. 1400-A/2015. *Diário Da República* 2. série(28), 3882(2)-(10). Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Amann, G., & Silva, I. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. *Direção Geral de Saúde e Fundação MAPFRE*, 37. Retrieved from <https://www.dgs.pt/>
- Ângelo, C. (2014). Capacitação da Pessoa Idosa na Prevenção de Acidentes Domésticos (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70 LDA.
- 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.
- Caldeira, E. (2019). *Planeamento e Avaliação de Projetos de Intervenção* (Material de apoio disponibilizado na Unidade Curricular Metodologia de Intervenção Comunitária, Curso de Mestrado em Enfermagem, Ano letivo 2018-2019). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Carvalho, Adalberto Dias, et al. – A construção de um Projecto. Escola Porto. Porto Editora.1993. ISBN 972-0-34203-X.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, nº 176, pp. 3159-3191. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão 2020. Eixo Estratégico Cidadania em Saúde. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS , maio 2015. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Di-reção-Geral de Saúde*, 52. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS (2019). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>
- Gonçalves Recanello, C., Oliveira Reiners, A. A., Capriata de Souza Azevedo, R., Marcele da Silva Alexandre, R., & Cegat, L. (2015). REPERCUSSÕES DAS QUEDAS NA VIDA DOS IDOSOS E SEUS FAMILIARES. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(3), 7111–7117. <https://doi.org/10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201513>
- Guerra, Maria Teresa (2012) - Empoderamento Da Pessoa Com Diabetes Tipo 2- Beja- Instituto Politécnico De Beja Escola Superior De Saúde. Tese de Mestrado
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal. Lisboa, Portugal.
- Jacob, Luís (2013) “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.

- Laverack, Glenn. (2008). *Promoção de Saúde Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Perista Heloísa; Perista Pedro (2012) *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade De Género.
- Philibert, M. (1984) *Velhice e Sociedade*. Enciclopédia Salvat da Saúde, (vol. 8), Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, LDA,218-229.
- Pordata. (2013). *Retrato de Portugal na Europa. Indicadores de 2011*.
- Pordata (2014) “Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa”
<http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.
- Orem, D. (2011) *Nursing: concepts of practice*. 6ª edição. St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Genebra: OMS. Disponível em:
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Organização Mundial de saúde (2007). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=A2EF26A0A0D5A4E217EF909A582815BA?sequence=6
- Pender, N.J. (2011) *Health Promotion Model Manual*. University of Michigan.
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº 26, 4744-4750. Disponível em
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da*

República, 2ª série, nº 135, 19354. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Sequeira, C. (2010) Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.

Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População (2002) “O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas”. Revista de Estudos Demográficos, 32, 185- 208.

Serviço Nacional de Saúde, (2019). Tropeções, Quedas e Trambulhões. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes-quedas-e-trambolhoes/>

Silva, A.C.S., Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. Texto & Contexto Enfermagem. 19 (4), 745-753.

Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette (2011). Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, centrados na população. Loures. Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*: Cadernos de Formação nº 2, Lisboa.

APÊNDICES

APENDICE I - PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
S
Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração da ULSNA,
Sr. Dr. João Moura Reis

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Eu, Gorette Gomes Pelica, enfermeira com a cédula profissional nº 27057, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre entre 2018-2020, venho por este meio, solicitar a V. Ex. um pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSNA, sobre o assunto abaixo apresentado:

Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre de 22 de maio a 28 de junho do presente ano, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde do Crato autorizado pela instituição que superiormente dirige, sob a orientação da Prof Doutora Ana Paula Gato e da enfermeira orientadora de estágio Enfª Especialista Cristina Castro.

Os objetivos do estágio são atingidos através da realização de um projeto de intervenção, com base na metodologia de planeamento em saúde, de forma a identificar os problemas, determinar as necessidades, estabelecer prioridades e fixar objetivos que permitam escolher as estratégias e intervenções mais adequadas para responder às problemáticas identificadas. Após reunião informal com os elementos da equipa, análise de indicadores demográficos e de saúde assim como verificação dos mesmos, constatou-se que a população do concelho do Crato é uma população envelhecida e consequentemente o risco de queda é uma problemática real na comunidade. Intervir nesta área pode efetivamente traduzir-se em melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde para os idosos e famílias.

O envelhecimento é um fenómeno mundial que tem repercussões ao nível social, económico e cultural. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal é o terceiro país da União Europeia, com um valor mais alto do índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata, 2018).

Assim sendo e tendo em conta que o envelhecimento é também uma das linhas de investigação preconizadas para este mestrado, optou-se por definir a temática do projeto na área do risco de quedas no domicílio em pessoas com 65 ou mais anos, incidindo nos utentes que constam da carteira de serviços da Equipa da UCC Crato.

Neste sentido, a área de intervenção escolhida para o meu projeto de estágio foi a promoção da saúde em pessoas idosas que frequentem a Universidade Sénior do Crato, tendo-se escolhido como título para o projeto de intervenção comunitária “Capacitar para Prevenir” – Capacitação da população idosa para a prevenção das quedas em contexto domiciliar.

O projeto será desenvolvido com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde do Crato e com a Universidade Sénior do Crato.

Com o desenvolvimento deste projeto, espera-se reduzir o numero de quedas no domicílio na população idosa do Crato. O projeto de estágio decorre nas instalações do Centro de Saúde do Crato, na UCC, e será sempre realizado com o acompanhamento da equipa de Enfermagem da mesma.

Resumo do Projeto: “Capacitar para Prevenir” - Promoção da saúde e capacitação das pessoas idosas da Universidade Sénior do Crato. Pretende-se com este projeto reduzir o numero de quedas em contexto domiciliar, através de um trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, no âmbito da UCC do Crato.

Finalidade e Objetivo: O projeto terá como objetivo geral melhorar os conhecimentos e as competências dos idosos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário.

Resumo do estudo e métodos: Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, que permitiu desenvolver um diagnóstico de saúde para fundamentar a implementação de um projeto de intervenção comunitária. A metodologia do planeamento em saúde através da realização de uma entrevista com consentimento informado, orientada por quatro perguntas fechadas a idosos com 65 ou mais anos.

Considerações éticas: as respostas serão analisadas e tratadas com confidencialidade e proteção de informação entre os profissionais intervenientes, assegurando o uso exclusivo e apenas pertinente, dos dados recolhidos para o presente projeto. As conclusões finais serão apresentadas e divulgadas em conjunto com a entidade envolvente no projeto, baseadas no anonimato e confidencialidade de informação.

Anexos:

- Exemplar do Guião de Entrevista (Anexo I);
- Exemplar do documento de consentimento informado livre e esclarecido (Anexo II);

“Capacitar para Prevenir”

- Exemplar de pedido de autorização ao Coordenador da Universidade Sénior do Crato (Anexo III).

Consciente da importância dos benefícios do desenvolvimento deste projeto para a comunidade e para o meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

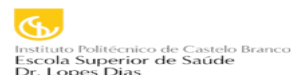
Aguardo deferimento.

Crato, 11 de Junho de 2019

(Gorette Pelica)

APÊNDICE II – GUIÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



GUIÃO DE ENTREVISTA

Data: ___/___/___

Entrevista nº: _____

1ª Parte – Informações Gerais

Idade: 65-70 71-75 76-80 81-85 +85

Sexo : Masculino Feminino

Escolaridade: Não sabe ler nem escrever Primário Secundário Superior

2ª Parte – Guião da entrevista

1 – Na sua opinião, quais as causas das quedas que acontecem em casa?

2 – O que acha que podia fazer para se proteger e evitar as quedas?

3 – Quais os locais da casa/quintal onde pensa que ocorrem mais quedas?

4 – Já teve alguma queda em casa? Lembra-se porquê?

APÊNDICE III - CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA NO ÂMBITO DO PROJETO “PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS.”

A entrevista, realizadas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destinam-se exclusivamente ao projeto desenvolvido pela enfermeira Gorette Pelica, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, ficando à guarda e responsabilidade da enfermeira que efetuará as entrevistas, Gorette Pelica e da Professora orientadora do projeto, Ana Paula Gato.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados prestados à pessoa.

Parte declarativa do profissional:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos,

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nº da Cédula Profissional: _____

À Pessoa:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas.

Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo / não autorizo, (riscar o que não interessa) o ato indicado bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.

_____ (local), ___/___/_____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias: uma para incluir como anexo no citado projeto e outra para ficar na posse da pessoa que consente.

APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:
“Capacitar para Prevenir”**

Conteúdo da Atividade: Capacitar os idosos para a adoção de estratégias preventivas para evitar as quedas no domicílio, de forma a diminuir a sua incidência, levando a um impacto positivo na qualidade de vida.

Objetivos da Atividade:

- Promover a capacitação dos idosos na adoção de estratégias preventivas para evitar as quedas no domicílio através do aumento de conhecimentos sobre a temática;
- Consciencializar o idoso para o risco de queda devido a padrões fisiológicos alterados;
- Promover a partilha de experiências entre idosos com antecedente de queda.

Participantes: População idosa com idade igual ou superior a 65 anos, que frequenta regularmente a Universidade Sénior e que aceitou voluntariamente participar no Projeto.

Método: Método interativo e expositivo

Data e local: 1 sessão com data e horário a definir, na Universidade Sénior

TEMPO	ETAPAS	ATIVIDADES	METODOLOGIA	CONTEUDOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	FORMADORES
15 min	Apresentação	Apresentação dos formadores e participantes e partilha de expectativas	Apresentação oral com diálogo interativo			Gorette Pelica e Enfª Coordenadora da UCC
10 min	Introdução	Explicar o tema da sessão, os objetivos e como vai ser realizada a sessão.	Apresentação em PowerPoint	Objetivos da sessão e etapas	Computador projetor e tela	
60 min	Desenvolvimento		Método expositivo através de PowerPoint	- Causas interínsecas e extrínsecas das quedas - Prevenção das quedas no domicílio - Como atuar em caso de queda	Computador projetor e tela	
20 min	Avaliação da Sessão	Esclarecimento de dúvidas; Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos.				
5 min	Conclusão	Agradecimentos				

Avaliação:

- Pelo menos 70% dos participantes do Projeto compareçam às sessões de educação para a saúde;
- Pelo menos 80% dos participantes considerem que esta foi importante para o aumento dos seus conhecimentos;
- Pelo menos 80% dos participantes considerem que a metodologia foi adequada.

APÊNDICE V – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Fatores Intrínsecos, associados ao envelhecimento

- Alterações na mobilidade e equilíbrio
- Diminuição da massa muscular e do exercício físico
- Limitação na amplitude articular
- Alteração do equilíbrio, diminuição da acuidade visual e auditiva
- Aumento do tempo de reação
- Alterações na memória
- Alterações nutricionais

Fatores extrínsecos, associados à habitação e ao ambiente envolvente



Fonte: <https://casavogue.globe.com/interiores/ambientes/noticia/2018/07/como-adaptar-e-deixar-casa-perfeta-para-os-idosos.html>

Vestuário comprido ou largo



Fonte: http://pedro.weiss.free.fr/telechargement/3emeANNEE/fichiers-IFSI/DrAuge/CHUTES%20ET%20PERSONNES%20AGEES_cours_ide2008.ppt

Calçado desadequado



Fonte: http://pedro.weiss.free.fr/telechargement/3emeANNEE/fichiers-IFSI/DrAuge/CHUTES%20ET%20PERSONNES%20AGEES_cours_ide2008.ppt

Cama, cadeiras e sofá muito altos



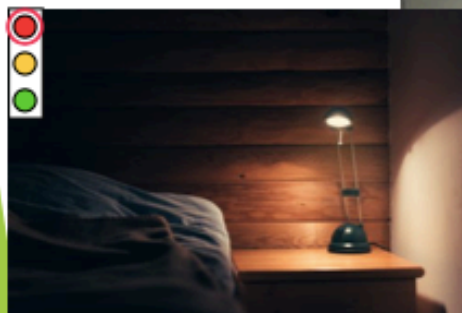
Fonte: http://pedro.weiss.free.fr/telechargement/3emeANNEE/fichiers-IFSI/DrAuge/CHUTES%20ET%20PERSONNES%20AGEES_cours_ide2008.ppt

Ajudas técnicas desadequadas

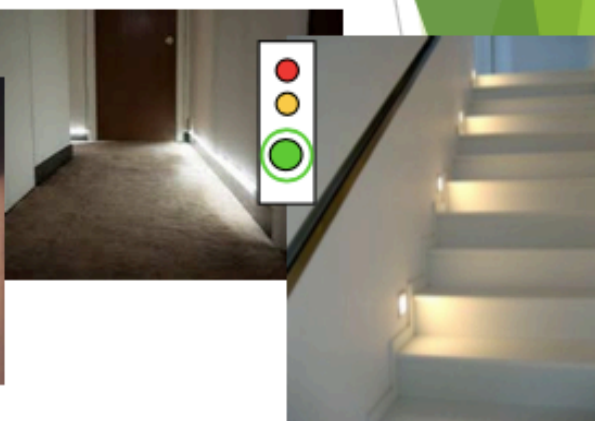


Fonte: http://pedro.weiss.free.fr/telechargement/3emeANNEE/fichiersIFSI/DrAuge/CHUTES%20ET%20PERSONNES%20AGEES_cours_ide2008.ppt

Fraca iluminação

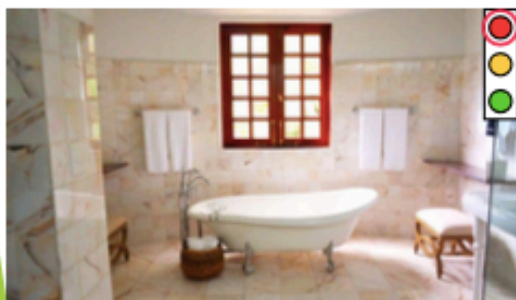


<https://www.avovo.com.br/illuminacao-da-casa-para-o-seno/bedroom-lamp-on-a-night-table-next-to-a-sleeping-bed/>



<https://www.vaicomtudo.com/como-adaptar-um-apartamento-para-idosos.html>

Banheira ou poliban escorregadio, casa de banho sem pegas de apoio



Fonte: <https://www.doutorfinancas.pt/vida-e-familia/quanto-custa-renovar-a-casa-de-banho-em-2018/>



Fonte: <http://www.allbanhotec.com.br/blog/banheiro-para-idosos/>

Mobiliário desnecessário, degraus entre divisões e escadas



Fonte: <https://cuidamos.com/artigos/cuidar-idosos-casa>

Pequenos tapetes ou carpetes soltas



Fonte: <https://www.portalcaparao.com.br/noticias/visualizar/31002/abertas-as-inscricoes-para-workshop-prevencao-de-quedas-de-idosos>

Pisos escorregadios, escadas sem fita antiderrapante e corrimão



<http://www.santacasademaceio.com.br/2015/04/envelhecimento-ativo-veja-como-se-proteger-de-quebras-em-casa/>



<https://www.adesivisicurezza.it/pt/produtos-anti-escorregamento/31-andares-de-escadas-ao-ar-livre-de-filmes-adesivo-antiderrapante-tiras-interior-preto-25-50-230-mm.html>

Cabos elétricos espalhados pelo chão



Fonte: <https://pt.depositphotos.com/37338495/stock-photo-electrical-cords-on-floor.html>



Fonte: <http://baseeng.com.br/10-solucoes-para-organizar-os-fios-seu-escritorio/>

Cuidado com os animais de estimação!

É certo que os animais de estimação fazem companhia e são nossos amigos, mas também obrigam a cuidados redobrados. Por vezes, a sua amizade impossibilita o caminhar e ao passarem entre as pernas, provocando quedas. Mais uma vez, a **atenção é fundamental!**



Fonte: <https://www.procurafamigo.com.br/registro.aspx?cod=8652&chamada=animais-de-estimacao-podem-ajudar-pessoas-idosas-ficarem-mais-felizes-e-saudaveis->

Prevenção

Mobilidade

- ▶ Calçado adequado
- ▶ Cuidados com os pés (podologia)
- ▶ Roupas adequadas e fáceis de vestir

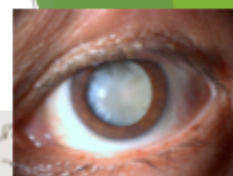


Fonte: <https://dalicare.com/sapatos-para-idosos/>

Prevenção

Acuidade visual e auditiva

- ▶ Rastreios visuais
- ▶ Despiste de Cataratas
- ▶ Verificar graduação anualmente
- ▶ Rastreios auditivos



Fonte: <http://www.iredo.com.br/site/problemas-de-visao-podem-levar-ao-declio-fisico-e-problemas-cognitivos/>

Prevenção

Nutrição adequada

- ▶ Controlar o peso
- ▶ Hidratação adequada
- ▶ Suplementos vitamínicos
(se necessários e com vigilância clínica)



Fonte: <https://www.noticiasominuto.com/pais/1340053/portugueses-consideram-que-tem-uma-alimentacao-saudavel>

Prevenção

Medicação

- ▶ Revisão terapêutica com médico de família



Fonte: <https://noticias.bo.uol.com.br/ultimas-noticias/entretenimento/2014/09/10/seus-pais-idosos-nao-querem-ir-ao-medico-veja-como-agir.htm>

Prevenção

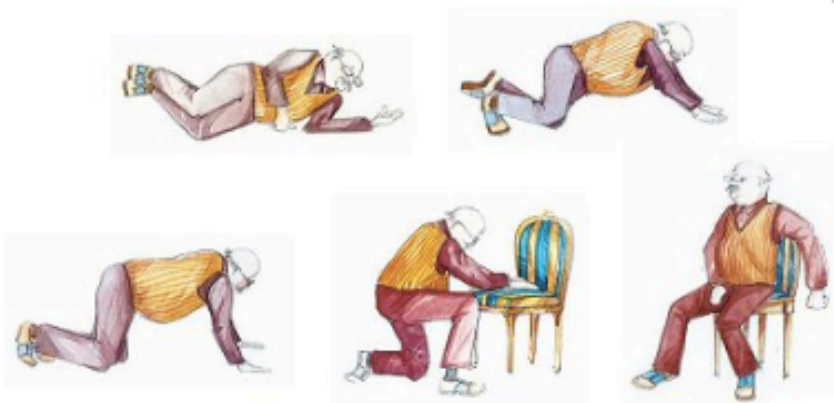
Ambiente seguro

- ▶ Melhorar a iluminação das divisões da casa
- ▶ Eliminar obstáculos
- ▶ Ter sempre próximo as ajudas técnicas e telefone
- ▶ Piso antiderrapante
- ▶ Barras de apoio no WC



Fonte: <https://exame.abril.com.br/tecnologia/idosos-fazem-oficina-para-aprender-a-usar-o-zap-zap/>

Em caso de queda, como levantar-se?



Fonte: <http://consultoriodereabilitacao.blogspot.com/2013/04/prevencao-de-queda-em-idosos.html>

Existem vários perigos nesta imagem, vamos descobri-los?



Fonte: <http://mindyourstep.ca/directives-de-prevenir-les-chutes/>

Bibliografia

1. Martinowsky M, Direction XX. MOOC chute - Sensibilisation à la prévention des chutes et de leurs conséquences MOOC chute : objectif. 2018;
2. Santé l national de prévention et d'éducation pour la. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile [Internet]. Inpes. 2005. 1–156 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Prévention+des+chutes+chez+les+personnes+âgées+à+domicile#?>
3. Serviço Nacional de Saúde. Tropeções, quedas e trambolhões. 2017. p. 52.
4. Portal da Saúde - Prevenção de quedas nos idosos [Internet]. Available from: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+idosos.htm>
5. Macri Gaspar AC, Aguiar Mendes P, de Souza Azevedo RC, Oliveira Reiners AA, Segri NJ. QUEDAS: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE IDOSOS. *Enferm em Foco* [Internet]. 2019;10(2):97–103. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138669994&site=eds-live>
6. 2015-2020 PN para a 5 dos D. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República [Internet]. 2015;2.ª série(28):3882(2)-(10). Available from: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreid=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>

APÊNDICE VI – FOLHETO INFORMATIVO

DICAS ANTI-QUEDA



- . Calçado adequado com sola antiderrapante
- . Roupas fáceis de vestir
- . Use sempre os óculos com graduação atualizada
- . Use a sua ajuda técnica (bengala, andarilho) para caminhar



- . Melhore a iluminação das divisões da casa
- . Opte por luz branca com maior potência
- . Use luz de presença
- . Mantenha uma lanterna perto de si
- . Mantenha o piso sem fios elétricos e cabos
- . Interruptores de fácil acesso
- . Utilize sofás com altura adequada





- . Mantenha piso livre de obstáculos
- . Mantenha o telefone num local de fácil acesso
- . Mantenha sempre uma lista de contatos de emergência perto do seu telefone
- . Certifique-se que o mobiliário é estável
- . Deixe um espaço generoso para se movimentar entre os móveis



- . Escolha um piso não escorregadio
- . Eliminar tapetes em zonas de circulação; se optar por mantê-los, então coloque rede antiderrapante por baixo dos tapetes ou pregue-os ao chão
- . Mantenha o pavimento em boas condições
- . Instale corrimões em ambos os lados da escada
- . Utilize fita adesiva colorida antiderrapante para marcar as arestas dos degraus



- . Utilize tapete antiderrapante na banheira ou duche
- . Instale barras de apoio ao lado da sanita e junto ao duche ou banheira
- . Use um chuveiro de mão e um assento de banho resistente
- . Limpe a humidade ou derrames de imediato



Contatos de emergência

INEM: 112

BOMBEIROS DO CRATO: 245 990 030

GNR CRATO: 245 996 275

CENTRO DE SAUDE DO CRATO: 245 990 090

APÊNDICE VII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses							
Etapas	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Pleneamento em Saúde	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020
Diagnóstico da Situação							
Determinação de Prioridades							
Fixação de Objetivos							
Seleção de Estratégias							
Preparação Operacional							
Execução							
Avaliação							
Elaboração do Relatório De Estágio							

APÊNDICE IX – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: “PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE”

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



INSTITUTO POLITÉCNICO PORTALEGRE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

2º ANO 1º SEMESTRE

Unidade Curricular: Estágio II

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dra. Helena Arco Enfermeira

Orientadora: Ana Cristina Garcia de Castro

**PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS:
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Gorette Pelica nº354

Janeiro 2020

Resumo

Objetivo: Tendo em conta o envelhecimento está relacionado com o aumento das comorbilidades que lhe são inerentes, comprometendo a saúde e a qualidade de vida, as quedas surgem como uma problemática na população idosa. Estas estão na origem de uma significativa morbidade e mortalidade, sendo das principais causas de internamento hospitalar. O objetivo principal visa identificar de que forma a equipe de enfermagem poderá prevenir as quedas em idosos através de educação para a saúde, promovendo o envelhecimento ativo.

Métodos: O método utilizado foi uma revisão integrativa de artigos científicos existentes na B-on de forma a dar resposta ao objetivo principal.

Resultados: A amostra final incluiu cinco artigos. Os resultados foram agrupados em três dimensões: I – Quedas nos idosos; II – Importância do envolvimento do cuidador/família; e III - Importância do desenvolvimento de ações de prevenção junto dos idosos. A maioria dos idosos já ouviu falar sobre quedas, já tiveram episódio de queda, sabem que pode ser prevenida e acreditam que é um acontecimento normal nesta faixa etária. Quanto às práticas preventivas são dependentes apenas de iniciativa própria dos idosos e cuidadores. Todos os artigos realçam a importância da educação para a saúde na prevenção de quedas em idosos. **Conclusões:** É importante a realização de ações dirigidas à promoção da saúde do idoso e ao envelhecimento ativo, de forma a reduzir efetivamente os riscos de queda.

Descritores (DeCS): “Envelhecimento”, “Quedas”, “Enfermagem”, “Educação para a Saúde”.

Abstract

Objective: Considering aging is related to the increase of the inherent comorbidities, compromising health and quality of life, falls appear as a problem in the elderly population. These are the source of significant morbidity and mortality, being a major cause of hospitalization. The main objective is to identify how the nursing staff can prevent falls in the elderly through health education, promoting active aging.

Methods: The method used was an integrative review of existing scientific articles at B-on in order to respond to the main objective.

Results: The final sample included five articles. The results were grouped into three dimensions: I - Falls in the elderly; II - Importance of caregiver / family involvement; and III - Importance of the development of prevention actions with the elderly. Most seniors have heard of falls, have had a fall episode, know it can be prevented and believe it is a normal event in this age group. As for preventive practices are dependent only on the initiative of the elderly and caregivers. All articles highlight the importance of health education in preventing falls in the elderly.

Descriptors: “Aging”, “Falls”, “Nursing”, “Health Education”.

Resumen

Objetivo: Teniendo en cuenta que el envejecimiento está relacionado con el aumento de las comorbilidades inherentes, que comprometen la salud y la calidad de vida, las caídas parecen ser un problema en la población de edad avanzada. Estas son la fuente de morbilidad y mortalidad significativas, siendo una de las principales causas de hospitalización. El objetivo principal es identificar cómo el personal de enfermería puede prevenir las caídas en los ancianos a través de la educación sanitaria, promoviendo el envejecimiento activo.

Métodos: El método utilizado fue una revisión integrativa de artículos científicos existentes en B-on para cumplir con el objetivo principal.

Resultados: La muestra final incluyó cinco artículos. Los resultados se agruparon en tres dimensiones: I - Caídas en los ancianos; II - Importancia de la participación del cuidador / familia; y III - Importancia del desarrollo de acciones de prevención con las personas mayores. La mayoría de las personas mayores han oído hablar de caídas, han tenido un episodio de caída, saben que se puede prevenir y creen que es un evento normal en este grupo de edad. En cuanto a las prácticas preventivas, solo dependen de la iniciativa de los ancianos y cuidadores. Todos los artículos destacan la importancia de la educación sanitaria en la prevención de caídas en los ancianos.

Conclusiones: Es importante llevar a cabo acciones destinadas a promover la salud de las personas mayores y el envejecimiento activo, a fin de reducir eficazmente los riesgos de caídas.

Descriptor: "Envejecimiento", "Caídas", "Enfermería", "Educación para la salud"

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE SÉNIOR DO CRATO

RE: Pedido de autorização

Universidade Sénior do Crato <universidadeseniorcrato@sapo.pt>

qua, 12/06/2019 12:20

Para: Gorette Gomes Pelica Mauricio <Gorette.Mauricio@ulsna.min-saude.pt>

Bons dias Ex.ª. Gorette Mauricio.

Antes de mais pedimos desculpas pela demora na resposta ao seu email.

Agradecemos imenso a sua atenção e claro que será com imenso prazer que colaboramos no seu trabalho e aceitamos que venha ter connosco num dia a combinar.

As nossas aulas irão terminar no dia 27 deste mês e além das atividades/disciplinas diárias já temos algumas atividades extras.

Mas poderemos sempre tentar articular da melhor forma para a receber. Deixo sugestão de datas: 24 ou 25 de Junho para efetuar as ações de promoção.

Mais uma vez obrigado pela sua atenção.

Os nossos melhores cumprimentos
Universidade Sénior do Crato

https://pt-pt.facebook.com/Universidade-S%C3%A9nior-do-Crato-475982045761267/?ref=page_internal

<http://universidadeseniorcrato.blogspot.com/>

De: Gorette Gomes Pelica Mauricio

Enviado: 6 de junho de 2019 22:43

Para: universidadeseniorcrato@sapo.pt

Cc: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização

Exmo. Sr. Coordenador da Universidade Sénior do Crato Dr. [REDACTED]

Sou Gorette Pelica, enfermeira da Unidade de Saúde Local do Norte Alentejano, estudante do 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pretendendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade sobre prevenção de quedas nos idosos, venho por este meio solicitar autorização para realizar o projeto na instituição que dirige, no qual se inclui uma entrevista aos alunos dessa universidade.

Mais solicita, no âmbito deste mesmo projeto, a devida autorização para posteriormente efetuar ações de promoção da saúde sobre a temática, com datas a agendar com V. Ex.ª.

Agradecendo a melhor atenção ao pedido, estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos

Gorette Pelica

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | Hospital Dr. José Maria Grande

SEDE:

Av. de Santo António

7300 - 853 Portalegre

TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA



INFORMAÇÃO

N.º24/2019, de 26 de setembro

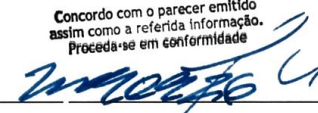
De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo “Capacitar para prevenir.”

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>Concordo com o parecer emitido assim como a referida informação. Proceda-se em conformidade</p>  João Moura Reis Presidente do Conselho de Administração

A requerente, Gorette Gomes Pelica, enfermeira, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo “Capacitar para Prevenir.”

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se a necessidade de dotar os utentes idosos para prevenção de quedas em contexto familiar, sabendo-se do envelhecimento da população e do número de incidentes no que concerne a quedas em contexto familiar.

II- Objetivos

- Melhorar os conhecimentos e as competências dos idosos sobre a prevenção das quedas em contexto domiciliário.

III- Tipo de estudo

O estudo é interventivo do tipo observacional, descritivo e transversal.

IV- População alvo

Idosos inscritos na UCC do Centro de Saúde do Crato com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.
Entra: 201905012-Mov
Data: 26 09 2019
João Moura Reis

CS 23





Os dados são recolhidos através de um questionário que é fornecido através de entrevista com perguntas fechadas e sempre com o auxílio e acompanhamento da equipa de enfermagem da mesma.

O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento dos participantes, cujo modelo se encontra na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado o modelo de consentimento informado, o qual se encontra em conformidade ética e legal, constituindo o consentimento dos participantes o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: “Capacitar para Cuidar.”

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

Para a Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

Anexo: Requerimento com resumo do projeto do estudo e todos os documentos anexos.

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA PARA
DESIGNAÇÃO NOMINAL OFICIAL**



INFORMAÇÃO

N.º15/2020, de 12 de junho

De: Maria Luiza Lopes
Para: Sr. Vogal Executivo do Conselho de Administração- Dr. Raul Cordeiro
C/C:
ASSUNTO: Pedido adicional relativo ao estudo “Capacitar para prevenir.”

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

*Autorizado conforme proposto pela
Comissão de Ética.
Dere no dado Conselho a
requerente, a Sr. Professora Doutora
Helene Arino como orientadora.
C/c a Comissão de Ética AO CA para
23/06/2020*

RAUL CORDEIRO
Vogal Executivo

A requerente, Gorette Gomes Pelica, enfermeira, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo “Capacitar para Prevenir.”

Através da Informação n.º 24/2019, de 26 de setembro, pronunciou-se a Comissão de Ética em sentido favorável, tendo merecido o despacho de concordância do Sr. Presidente do Conselho de Administração na mesma data.

Não obstante, vem agora a requerente solicitar autorização para mencionar o Centro de Saúde do Crato na sua designação oficial, bem como as unidades de saúde que o integram.

Julgamos que a razão do pedido terá a ver com a dimensão da população do Crato, podendo eventualmente ser suscetível de se poder identificar algum dos seus utentes por alguma particularidade que os mesmos apresentem. Nesta sequência, alertamos a requerente de que deverá efetivamente ter em atenção este aspeto e ter presente que em nenhum caso poderão ser evidenciados casos de utentes com alguma especificidade que seja suscetível de identificação, já que se trata de um meio muito pequeno, onde a salvaguarda dos elementos de identificação não bastam, sendo necessário proteger dados que possam conduzir à identidade de algum utente.

Nestes termos, a Comissão de Ética, com a salvaguarda constante do que supra se expôs, decide dar parecer favorável ao uso da denominação oficial do Centro de Saúde do Crato e das suas unidades funcionais, podendo a investigadora na apresentação do estudo: “Capacitar para Cuidar”, fazer-lhe alusão expressa, desde que garantindo completamente a confidencialidade de qualquer particularidade suscetível de identificação de algum dos seus utentes.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética

Maria Luiza Lopes

MARIA LUIZA
NUNES LOPES
FERREIRA

Assinado de forma
digital por MARIA
LUIZA NUNES LOPES
FERREIRA
Dados: 2020.06.12
10:59:19 -01'00'

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE ALENTEJANO E.P.E. *Doc.*

Entrada N.º *202004618* **CES**

Data *16/06/2020* *23/06/20*

Documentado - 1/2

MOD.07.ADM.02

Página 1 de 1

