



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com a especialização em Enfermagem Comunitária

OS CUIDADORES INFORMAIS E

AS QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

FAMILY CAREGIVERS AND FALLS IN THE ELDERLY POPULATION
COMMUNITY NURSING INTERVENTION

Por

Natalina Marisa Santos do Paço

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com a especialização em Enfermagem Comunitária

OS CUIDADORES INFORMAIS E

AS QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

FAMILY CAREGIVERS AND FALLS IN THE ELDERLY POPULATION
COMMUNITY NURSING INTERVENTION

Por

Natalina Marisa Santos do Paço

Sob orientação da Professora Doutora Elisa Garcia

Lisboa, 2019

*“O que eu faço é uma gota no oceano.
Mas sem ela o oceano seria menor.”*

Madre Teresa de Calcutá

António e Martin

AGRADECIMENTOS

A todos os que, de uma forma ou outra, durante este percurso de avanços e recuos, de certezas e incertezas, contribuíram para que chegasse a esta etapa, o meu sincero agradecimento.

Em casa, à minha querida família, pelo apoio e dedicação.

No local de trabalho, às Enfermeiras Paula Pinheiro e Ercília Silva e a todos os que permitiram as minhas ausências, pela disponibilidade e apoio.

Na universidade, às caríssimas Guerreiras de turma e a todos os professores, em particular à Professora Elisa Garcia, pela orientação, apoio e pela partilha de conhecimento.

No local de estágio, a toda a equipa, em particular às Enfermeiras Teresa França e Adelaide Pereira, pela orientação e colaboração.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial. As mudanças a ele inerentes levam à ocorrência de quedas, que são um problema de saúde pública, com complicações que contribuem para o aumento do índice de dependência das comunidades.

O fenómeno das quedas em idosos no domicílio e a sua prevenção tem interesse para a enfermagem comunitária, particularmente no âmbito dos cuidados continuados integrados onde, em conjunto com os cuidadores informais, é promovido o autocuidado dos idosos.

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade Consigo, local onde decorreu o estágio, verificou-se um aumento do número de admissões por fraturas associadas a quedas, o que motivou o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia de planeamento em saúde, em articulação com a teoria do défice de autocuidado de Orem.

O diagnóstico de situação permitiu identificar como problemas prioritários, a falta de conhecimento sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas, num grupo de 10 cuidadores informais de idosos acompanhados pela equipa.

O projeto teve como objetivo contribuir para a otimização da segurança ambiental da habitação dos idosos acompanhados pela equipa, através da melhoria da literacia em saúde dos cuidadores informais, sobre fatores de risco e prevenção de quedas de idosos no domicílio. Para tal, selecionaram-se como estratégias: educação para a saúde, envolvimento multidisciplinar e mobilização de recursos da comunidade.

Como resultado verificou-se melhoria da literacia dos cuidadores informais sobre o tema. A equipa de enfermagem confirmou a aplicação de algumas medidas de prevenção de quedas por parte dos cuidadores informais e reconheceu a importância deste tipo de projetos, manifestando motivação para dar-lhe continuidade.

As atividades desenvolvidas permitiram desenvolver as competências necessárias ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e o projeto contribuiu para complementar e sistematizar a intervenção neste problema, com: a criação de uma lista de verificação dos fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio que complementa a avaliação do risco de queda, no momento da admissão na rede; a melhoria da literacia em saúde dos cuidadores informais; a promoção de um ambiente seguro nas habitações dos idosos.

Palavras chave: idoso; cuidador informal; quedas acidentais; enfermagem comunitária, literacia em saúde.

ABSTRACT

Population aging is a reality worldwide. The changes inherent in it led to the occurrence of falls, which are a public health problem, with complications that contribute to the increase of the index of dependence of the communities.

The phenomenon of falls in the elderly in the home and their prevention are of interest for community nursing, particularly in the context of continuous integrated care where, together with informal caregivers, the self-care of the elderly is promoted.

In the Integrated Continuing Care Team in the Community Care Unit at the place where the internship took place, there was an increase in the number of admissions for fractures associated with falls, which led to the development of a community intervention project, based on in the methodology of health planning, in articulation with Orem's theory of self-care deficit.

The situation diagnosis allowed identifying as priority problems, the lack of knowledge about risk factors and fall prevention measures, in a group of 10 informal caregivers of elderly people accompanied by the team.

The objective of the project was to contribute to the optimization of the environmental safety of elderly people 's housing, accompanied by the team, by improving the health literacy of informal caregivers, on risk factors and prevention of falls in the elderly at home. To this end, strategies were selected as health education, multidisciplinary involvement and mobilization of community resources.

As a result, the informal caregiver literacy was improved. The nursing team confirmed the implementation of some fall prevention measures by informal caregivers and recognized the importance of this type of project, expressing motivation to continue it.

The activities developed allowed the development of the necessary skills to the nurse specialist in community nursing and the project contributed to complement and systematize the intervention in this problem, with the creation of a checklist of

environmental risk factors for falls in the elderly at home that complements the assessment of the risk of falling, at the time of admission; the improvement of health literacy among informal caregivers; the promotion of a safe environment in the homes of the elderly.

Keywords: *elderly; informal caregiver; accidental falls; community nursing, health literacy.*

SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ANQEP – Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional

ARS – Administração Regional de Saúde

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EF – Estágio Final

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

LOO – Lisboa Ocidental e Oeiras

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS QUEDAS	21
1.1. OS IDOSOS E AS QUEDAS.....	22
1.2. O CUIDADOR INFORMAL.....	24
1.3. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS....	26
1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO.....	28
2. METODOLOGIA	31
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	31
2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	32
2.2.1. Construção e aplicação do instrumento de recolha de dados	34
2.2.2. Análise de resultados	36
2.2.3. Diagnósticos de enfermagem	41
2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	43
2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	44
2.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS.....	45
2.6. PROJETO “MAIS VALE PREVENIR DO QUE CAIR!”	47
2.7. AVALIAÇÃO	50
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	55
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	57
4.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	58
4.2. COMPETÊNCIAS INERENTES AO GRAU DE MESTRE.....	60
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

APÊNDICE I – Quedas em Idosos – Fatores de Risco – a *Scoping Review*

APÊNDICE II – Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE III – Resultados da aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE IV – Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de quedas em idosos no domicílio

APÊNDICE V – Convite para a Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de quedas em idosos no domicílio

APÊNDICE VI – Instrumentos para avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre prevenção de quedas em idosos no domicílio

APÊNDICE VII – Folheto – Prevenção de Quedas em Idosos

APÊNDICE VIII – Apresentação do PIC

APÊNDICE IX – Guião para Entrevista

APÊNDICE X – Distribuição de Recursos utilizados no PIC

APÊNDICE XI – Cronograma

APÊNDICE XII – Autorização para acesso dos dados dos utentes

APÊNDICE XIII – Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE XIV – Póster – Intervenções promotoras de mudanças de estilo de vida em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 – a *Scoping Review*

APÊNDICE V – Sessões de Educação para a Saúde – Saúde Escolar

ANEXOS

ANEXO I – Grelha de Análise

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grau de parentesco dos Cuidadores Informais	36
Gráfico 2 – Escolaridades dos Cuidadores Informais	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Zona da habitação onde o idoso permanece mais tempo	37
Tabela 2 – Problemas identificados no interior da habitação	38
Tabela 3 – problemas identificados na zona de acesso à habitação	38
Tabela 4 – Avaliação de processo da atividade 1	51
Tabela 5 – Avaliação de resultado da atividade 1	52
Tabela 6 – Proposta de avaliação do interior da habitação	54
Tabela 7 – Proposta de avaliação da zona de acesso à habitação	54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem	42
Quadro 2 – Grelha de análise para determinação de prioridades	43
Quadro 3 – Objetivos específicos e operacionais	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Logotipo

47

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade que leva ao agravamento do problema das quedas, fazendo prever que este se venha a acentuar, esperando-se que a mortalidade, as hospitalizações e os custos associados a quedas em idosos aumentem (Friedson, Tan, Ory, & Smith, 2018).

As quedas em idosos são consideradas um problema de saúde pública a nível global (Friedson et al., 2018; OMS, 2018b), que pelas suas possíveis complicações podem levar a incapacidade com conseqüente diminuição da autonomia (Despacho nº 1400-A/2015).

Este e outros problemas levam a que os idosos integrem um grupo com elevado consumo de cuidados de saúde (Sequeira, 2018) o que constitui um desafio de sustentabilidade, quer a nível dos sistemas de saúde, quer a nível social (*Eurocarers*, 2018). Obrigando a que sejam necessárias adaptações da sociedade (Berbiglia & Banfield, 2014), como por exemplo à existência de cuidadores informais (CI) em situações de dependência.

O cuidador informal (CI) tem um papel relevante a vários níveis: económico, social e humano (Sequeira, 2018). Pelo que, deve ser instruído de forma a manter o nível de literacia em saúde adequado, levando ao desenvolvimento de competências que facilitem os cuidados diários nas melhores condições possíveis (Sequeira, 2018). Geralmente os CI não têm conhecimento sobre os fatores de risco e as medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio (*National Center for Injury Prevention and Control*, 2015).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu para melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida da pessoa dependente (Decreto-Lei nº101-2006 de 6 de Junho), dando apoio aos CI.

A justificação do tema deste projeto prende-se com os factos anteriormente apresentados, e com a necessidade de intervenção que foi identificada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Consigo, que integra o Agrupamento de Centros de

Saúde (ACeS) de Lisboa Ocidental e Oeiras (LOO), local onde se realizou o Estágio Final (EF), inserido na última unidade curricular do 11º Mestrado em Enfermagem.

O EF teve início no dia 3 de setembro de 2018 e término no dia 19 de dezembro de 2010, sob orientação tutorial da Prof. Doutora Elisa Garcia e orientação clínica da Enfermeira Teresa França Especialista Enfermagem Comunitária (EEEC), com mestrado.

Foram desenvolvidas diversas atividades em colaboração com a equipa de enfermagem, dando destaque à realização de um projeto de intervenção comunitária (PIC), que teve como finalidade prevenir quedas em idosos, por via da diminuição dos fatores de risco ambientais, através da melhoria da literacia dos CI sobre o tema.

Para nortear as atividades desenvolvidas ao longo do estágio inicialmente foi elaborado um projeto formativo individual, com o planeamento das atividades a desenvolver para atingir os objetivos e fizeram-se registos das atividades e respetivas reflexões num portfólio que juntamente com as orientações presentes no guia de Estágio Final e Relatório (Figueiredo, Madureira, & Lourenço, 2018) serviu de base para a elaboração deste documento.

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas e demonstrar as competências adquiridas ao longo do estágio, servindo de instrumento de avaliação e reflexão sobre o mesmo.

A metodologia utilizada ao longo do desenvolvimento das atividades foi o planeamento em saúde, tal como preconizado no Regulamento 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Segundo Tavares (1990) planeamento em saúde é um processo de tomada de decisões lógicas que conduzam a uma transformação eficiente da realidade.

Para além das orientações do planeamento em saúde, houve articulação com um referencial teórico de enfermagem, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, recorrendo à teoria dos sistemas de enfermagem, pois o foco de intervenção foi um grupo de CI com limitações semelhantes para o cuidar dependente, concretamente para a gestão do ambiente físico na prevenção de quedas do idoso dependente no domicílio, com necessidade de capacitação para dar resposta ao problema.

De acordo com Orem (2001) a enfermagem deve tentar alcançar resultados para a pessoa dependente e não para o agente de cuidado dependente. No entanto a sua teoria prevê ações para ajudar a adquirir novos conhecimentos e competências, proporcionando apoio e orientação, num ambiente facilitador para desenvolver a aprendizagem (Petronilho, 2012)

Tendo em consideração o anteriormente exposto, relativamente à estrutura, este relatório, encontra-se dividido em 6 capítulos. No primeiro apresenta-se um enquadramento com base na revisão da literatura realizada ao longo da unidade curricular, que assenta em cinco temas fundamentais interligados: o envelhecimento, as quedas em idosos, o CI, a RNCCI e a teoria do défice de autocuidado.

O segundo capítulo, cujo tema é a metodologia, inicia-se com uma breve contextualização do local de estágio, seguida da descrição das atividades desenvolvidas de acordo com as fases do planeamento em saúde propostas por Tavares (1990): diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação.

No capítulo três apresentam-se as considerações éticas e deontológicas que fundamentaram as atividades realizadas.

Os desafios que surgiram ao longo do estágio possibilitaram a aquisição de múltiplas competências, pelo que este assunto se descreve, em jeito de reflexão, no capítulo quatro.

Por fim, estão descritas as considerações finais onde se abordam as implicações para prática clínica e para a investigação decorrentes das atividades desenvolvidas.

A norma da *American Psychological Association* foi a utilizada para apresentação das referências bibliográficas.

Outras informações complementares ao relatório encontram-se nos apêndices e anexos.

1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosos, nos países desenvolvidos, todos os que tenham 65 ou mais anos, no entanto cada pessoa vivencia o envelhecimento de forma diferente (Stanhope & Lancaster, 2011), pois pessoas com a mesma idade podem ter diferenças significativas no estado de saúde, nos níveis de independência, autonomia e participação social (OMS, 2002).

O envelhecimento individual é um processo de mudanças que ocorrem, na pessoa, de uma forma progressiva ao longo do ciclo vital (Stanhope & Lancaster, 2011), sob influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (OMS, 2015).

Ao abordar o envelhecimento é inevitável falar sobre o envelhecimento populacional, que corresponde à proporção da população de pessoas idosas na população total (INE, 2002), pois o envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial (*United Nations*, 2015).

A seguir à Itália, à Alemanha e à Grécia, Portugal é o 4º país da União Europeia (entre 28 países) com maior percentagem de idosos (PORDATA, 2018).

Em Portugal, tal como noutros países, tem vindo a registar-se profundas transformações demográficas, que têm levado ao aumento da população idosa (OCDE, 2017). Em 2017, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 21% da população (OCDE, 2017). A esperança de vida à nascença, ultrapassou a média da união europeia, atingindo 81,3 anos (OCDE, 2017). O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar atingindo os 153% (PORDATA, 2017).

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) (2015) o índice de envelhecimento também tem vindo a aumentar ao longo do tempo, atingindo 128% em 2012. Já em 2011 se registava um índice de envelhecimento de 187% no município de Lisboa, com freguesias a atingir os 250% (Aires, 2015).

O envelhecimento populacional tem um grande impacto na sociedade e exige

respostas e adaptações, pois o facto de as pessoas viverem mais anos é positivo, no entanto a qualidade dos anos de vida ganhos pode melhorar (Costa, 2017).

Para assegurar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem exige-se o empenho de cada um e da sociedade como um todo, através de um processo, ao longo do ciclo de vida, que otimize as oportunidades de promover a saúde, participação e segurança, assim como o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, processo designado por envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2017).

Para dar resposta aos desígnios anteriormente expostos foi criada, em Portugal, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, com 4 eixos estratégicos, sendo um dos quais a segurança, que visa apoiar medidas para diminuir riscos, nomeadamente a adaptação do ambiente físico às necessidades e limitações da pessoa idosa (Costa, 2017).

1.1. OS IDOSOS E AS QUEDAS

O processo de envelhecimento leva à diminuição das capacidades e reservas biológicas, aumentando o risco de transtornos orgânicos e funcionais como o desequilíbrio corporal, uma das principais causas de queda (Despacho nº 1400-A/2015). A fragilidade associada ao processo de envelhecimento aumenta o risco de queda, pelo que este fenómeno constitui particular interesse para a enfermagem (Sousa, et al., 2016).

Cair pode definir-se como a “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos ou manter-se na vertical” (ICN, 2014, p. 39).

As quedas transportam grandes encargos, para o indivíduo, as famílias e a sociedade (Friedson et al., 2018). O seu impacto financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo (OMS, 2018b). Representam, um problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos (OMS, 2018b). Estão na origem de uma significativa morbidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar (Despacho nº 1400-A/2015). Podem provocar dependência, diminuição de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que, por sua vez, levam a limitações variadas nas atividades de vida diária (Despacho nº 1400-A/2015).

Segundo a OMS, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na

população com idade superior a 70 anos de idade (OMS, 2007).

Em Portugal no último relatório o sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA), de 2013 a 2015, constatou-se que o local de ocorrência mais referido nos acidentes domésticos e de lazer foi o domicílio, verificando-se que um dos grupos mais atingidos são as pessoas com 65 ou mais anos (Alves, Rodrigues, Neto, Mexia, & Dias, 2017a). O mecanismo de lesão mais referido, com 68,8%, foi a “Queda” (Alves et al., 2017a). Em 7,7% das quedas registadas houve necessidade de encaminhamento para internamento hospitalar (Alves, et al., 2017b). As únicas situações de óbito reportadas por este sistema, são devidas a este mecanismo de lesão (Alves et al., 2017a).

Entre 2000 e 2013, em Portugal, em cada 100 internamentos, em pessoas 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. De referir, ainda, que a cada 100 internamentos devido a quedas, seis têm como desfecho a morte ainda no hospital (SNS, 2017).

O envelhecimento da população é uma realidade, o que justifica a manutenção deste problema, prevendo-se que se venha a acentuar, com aumento da mortalidade, das hospitalizações e dos custos associados a quedas em idosos (Friedson et al., 2018).

Segundo a OMS (2007), os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e são classificados da seguinte forma:

- biológicos: idade, género e raça; doença crónica; declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas;
- comportamentais: uso de múltiplos medicamentos; alcoolismo; sedentarismo; uso de roupa inadequada;
- socioeconómicos: baixo nível de escolaridade; más condições habitacionais; isolamento social; acesso limitado a serviços sociais e de saúde; falta de recursos comunitários;
- ambientais: piso escorregadio ou danificado; escadas; fraca iluminação; má qualidade dos projetos de construção.

As quedas resultam da interação de vários fatores de risco e quanto mais fatores de risco associados, maior é o risco de queda (Despacho nº 1400-A/2015). Alguns destes podem ser alterados, mas nem todos se podem eliminar, pois existem fatores de risco modificáveis e outros não (OMS, 2007). É fundamental a identificação e compreensão

dos fatores de risco, para otimizar a intervenção preventiva (National Center for Injury Prevention and Control, 2015).

Assim, a avaliação do risco de quedas em idosos deve contemplar a história de quedas, medicamentos habituais, exame físico e avaliações funcionais e ambientais (Phelan, Mahoney, Voit, & Stevens, 2015)

A redução dos fatores ambientais de risco de queda diminui significativamente as quedas em idosos na comunidade (National Center for Injury Prevention and Control, 2015). Um estudo dos Estados Unidos da América, demonstrou que as modificações em casa podem reduzir, em 39%, o risco de queda em idosos (Stark, et al., 2017).

Em geral os idosos e os seus familiares, ou cuidadores, desconhecem os fatores de risco de queda e as suas medidas de prevenção (National Center for Injury Prevention and Control, 2015).

Em 2015 foi publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 que prevê no objetivo estratégico número 6 a prevenção de quedas e enfatiza a necessidade de existirem em Portugal programas direcionados para esta problemática (Despacho nº 1400-A/2015).

1.2. OS CUIDADORES INFORMAIS

A longevidade da população foi possibilitada pelos progressos da medicina associados à melhoria das condições de vida, porém este facto está associado ao aumento de doenças crónicas e à dependência de outros, o que implica maior necessidade de cuidados (Sequeira, 2018) e obriga a que haja uma reorganização para dar resposta a estas necessidades (Berbiglia & Banfield, 2014).

Os idosos integram um grupo com elevado consumo de cuidados de saúde (Sequeira, 2018) o que constitui um desafio de sustentabilidade a nível dos sistemas de saúde e sociais (Eurocarers, 2018). Pelo que, é prioritário adequar os cuidados de saúde às necessidades da pessoa idosa, de forma a manter ou melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida (Sequeira, 2018). Neste sentido o CI tem um papel relevante a vários níveis: económico, social e humano (Sequeira, 2018).

Designa-se por cuidador informal a pessoa que cuida de outra dependente, no domicílio, por esta estar doente, vulnerável ou com uma deficiência motora. Na generalidade dos casos é um familiar, mas pode também ser um amigo ou um vizinho, e

os cuidados que fornece, geralmente, não são remunerados (Eurocarers, 2009; Sequeira, 2018).

Estima-se que os CI, a nível europeu, prestem cerca de 80% dos cuidados de saúde, destes cerca de dois terços são prestados por indivíduos do sexo feminino (esposas, filhas ou noras), com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos (Eurocarers, 2018).

Em Portugal 10% das pessoas com 50 ou mais anos são reportadas como CI, sendo que destes, 60% são mulheres que cuidam dos pais ou maridos (OCDE, 2017).

De acordo com Sequeira (2018), em Portugal, os CI caracterizam-se por: idade avançada; sexo feminino; filhas ou esposas; baixa escolaridade; sem atividade profissional; boa relação com a pessoa dependente; expectativas negativas face à situação do idoso; pouca informação sobre o problema.

Na RLVT a média de idades dos CI de idosos acompanhados por equipas domiciliárias é superior a 65 anos, 98% são familiares, predominantemente cônjuges ou filhos (Broeiro-Gonçalves, 2017).

Num estudo exploratório de base populacional realizado, realizado no concelho de Lisboa, por Costa (2013) sobre famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado estimou-se que existiam cerca de 19 mil famílias que integravam uma pessoa dependente no autocuidado e verificou-se que:

- 46% dos CI tinham idade superior a 65 anos;
- 75% dos CI eram mulheres;
- 56% tinham entre 16 a 65 anos de idade, apresentando uma idade mínima de 16 anos e uma idade máxima de 94 anos, com uma média de idades de 61,2 anos;
- 42% dos CI eram cônjuges;
- 7% dos CI referiram ter o ensino básico;
- a freguesia da região de Lisboa com maior proporção de famílias com pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado foi Santa Maria de Belém, com 11,11%.

Os CI assumem um papel complexo, pois exige-se que desenvolvam, competências técnicas para assegurar os cuidados necessários, que dê apoio emocional ao idoso, que disponibilize tempo para cuidar, e ao mesmo tempo mantenha o equilíbrio da sua vida pessoal e da sua saúde física e mental (Sequeira, 2018).

Geralmente não é feita uma avaliação prévia da disponibilidade e capacidade para

desempenhar o papel de CI (Andrade, 2014), surgindo muitas dificuldades, e verificando-se que, em muitos casos o CI da pessoa idosa é também idoso e já com algumas limitações (Sequeira, 2018).

Assim, para além de outras necessidades fundamentais, é importante que o CI seja instruído de forma a manter o nível de literacia em saúde adequado, levando ao desenvolvimento de competências que facilitem os cuidados diários, assegurem as condições de segurança, e contribuam para a resolução de eventuais problemas que possam surgir (Sequeira, 2018).

Sequeira (2018) enumera várias funções dos CI, entre as quais se destaca: promover o ambiente seguro e adaptar o ambiente de modo a prevenir acidentes.

1.3. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI surgiu para dar resposta às necessidades inerentes a alterações demográficas, como o envelhecimento populacional, com o objetivo de prestar cuidados continuados a pessoas dependentes (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho), ou seja, surgiu como uma forma de adequar os cuidados de saúde às necessidades da pessoa idosa.

Os cuidados continuados integrados são um conjunto articulado e contínuo de ações concertadas de saúde e de apoio social com vista à promoção da autonomia da pessoa dependente, que permitem a reabilitação e reinserção (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

No âmbito da RNCCI é considerada dependente a pessoa que não consegue dar resposta às atividades de vida diária por perda de autonomia associada a complicações por doença súbita ou crónica (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI prevê, essencialmente, melhorar a prestação de cuidados e a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência, no seu domicílio, apoiando os familiares ou CI, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

A prestação de cuidados é assegurada por unidades de internamento e de ambulatório e por equipas hospitalares e domiciliárias, onde se encontram englobadas as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Como previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7

de outubro, estas equipas devem ser multidisciplinares (constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas) e estar inseridas nas UCC.

As ECCI apoiam-se nos recursos locais disponíveis nos ACeS onde estão integradas e nas autarquias locais, assegurando: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho). Os utentes acompanhados pelas ECCI podem ser referenciados por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, de hospitais ou de outras unidades funcionais dos cuidados de saúde primários (Portaria nº 50/2017).

Os critérios de referência baseiam-se na fragilidade, limitação funcional grave, com doença severa, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que possibilitem a prestação dos cuidados continuados integrados: no mínimo 3 vezes por semana; além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar; complexidade de cuidados; necessidades de apoio e capacitação ao CI (Portaria nº 50/2017).

Petronilho et al. (2017) desenvolveram um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que avaliou o potencial de reconstrução de autonomia e a evolução do compromisso nos processos corporais e na dependência no autocuidado de pessoas dependentes admitidas na RNCCI, no momento da admissão e da alta. A amostra foi constituída por 891 pessoas dependentes, em dez prestadores de cuidados da área de abrangência de uma Equipa Coordenadora Local, da região do Minho, que engloba unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e ECCI. Neste estudo os resultados demonstraram que o potencial de reconstrução da autonomia foi reduzido a moderado, sendo que em unidade de convalescença, as pessoas apresentaram um melhor potencial. Quanto à evolução do compromisso nos processos corporais e à evolução do nível de dependência no autocuidado verificou-se que foi positiva em todos os tipos de unidades prestadoras de cuidados.

De acordo com Petronilho et al. (2017) obtiveram-se efetivamente ganhos na melhoria da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado durante o período de acompanhamento pela RNCCI, o que demonstra que investir nesta estratégia para dar

resposta ao envelhecimento populacional e ao aumento de pessoas dependentes no autocuidado pode trazer vantagens.

1.4. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

Orem (2001) refere-se ao autocuidado como uma função reguladora que permite à pessoa preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando surge alguma alteração que compromete esta função surge o défice de autocuidado (Orem, 2001). Para Orem todos têm a capacidade de se auto cuidar, quando surgem limitações, os enfermeiros devem aplicar uma sequência de ações práticas, para conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado bem como contribuir progressivamente para o restabelecimento e desenvolvimento desta função (Berbiglia & Banfield, 2014).

A teoria geral é composta pelas seguintes teorias relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Cuidado Dependente; Teoria do Défice de Autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Berbiglia & Banfield, 2014).

Na primeira o autocuidado é um sistema de ação que todas as pessoas possuem, aprendido e realizado ao longo da vida de forma a responder às necessidades individuais (Berbiglia & Banfield, 2014). São necessários requisitos para manter a estrutura e funcionamento humanos, que permitem adaptações inerentes ao desenvolvimento humano e a situações que surgem por doença ou incapacidade (Berbiglia & Banfield, 2014). Um dos requisitos de autocuidado é prevenir situações que ponham em perigo a vida, a função e o bem-estar (Orem, 2001), como por exemplo a prevenção de quedas.

A Teoria do Cuidado Dependente está relacionada com os cuidados prestados à pessoa socialmente dependente pelos membros da família e/ou amigos, quer por motivo de doença ou por motivos associados ao envelhecimento (Berbiglia & Banfield, 2014). É nesta teoria que se pode introduzir o CI, como agente de cuidar dependente, ou seja, como pessoa que aceita colmatar a necessidade de autocuidado de outro (Orem, 2001).

Na Teoria do Défice de Autocuidado a ideia central está relacionada com as limitações que surgem associadas à doença ou incapacidade e tornam a pessoa parcial ou completamente dependente, levando à necessidade de cuidados de enfermagem. O défice de autocuidado consiste na diferença entre as capacidades e as necessidades de cuidado (Berbiglia & Banfield, 2014).

Na última componente teórica, a enfermagem é um conjunto sistemático de ações humanas direcionado a pessoas com limitações de autocuidado ou cuidar dependente relacionadas com a saúde, podendo ser produzida com foco: na pessoa individual; em grupos com necessidades de autocuidado semelhantes ou limitações para o cuidado dependente; em famílias ou outros conjuntos de pessoas (Berbiglia & Banfield, 2014).

De acordo com Pereira, Xavier, Araújo, Valença, Menezes & Germano (2011) a utilização da teoria de Dorothea Orem favorece a fundamentação do conhecimento e a fundamentação da enfermagem enquanto ciência.

2. METODOLOGIA

Tal como preconizado no Regulamento 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, ao longo do desenvolvimento das atividades foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde.

Segundo Tavares (1990) planeamento em saúde é uma aplicação da lógica à tomada de decisões de forma a conduzir a uma transformação eficiente da realidade, no âmbito da saúde, ou por outras palavras, de acordo com Nunes (2016), pode considerar-se a arte de decidir de forma a alterar a situação presente para alcançar uma situação desejada no futuro.

De acordo com Tavares (1990) as fases do planeamento em saúde são: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Neste capítulo estão descritas estas fases, no entanto importa inicialmente contextualizar o local onde decorreu o EF.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O EF decorreu na UCC Consigo que está inserida no ACeS LOO, que por sua vez integra o ACeS RLVT. O ACeS LOO (2016) tem como missão garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, assente em princípios de equidade e solidariedade, para obter ganhos em saúde, numa população de 15 freguesias que se estende por uma área geográfica de cerca de 62 Km².

As UCC prestam cuidados de saúde, apoio social e psicológico, no âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos, preferencialmente os mais vulneráveis, em maior risco de dependência física e funcional ou com doença que requiera acompanhamento próximo (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro).

A área de abrangência da UCC Consigo inclui a população de 4 freguesias do concelho de Lisboa distribuídas por uma área geográfica extensa (19,4 km²) (ACeS LOO, 2016), com cerca de 50 500 utentes inscritos dos quais cerca de 30% tem 65 ou mais anos e apresentam um índice de dependência de cerca de 54% (Registo Nacional de Utentes, 2019).

Os projetos desenvolvidos nesta UCC abrangem várias áreas: saúde infantil e juvenil; saúde escolar; saúde materna; saúde da mulher; saúde mental; saúde do adulto e idoso; reabilitação; cuidados continuados integrados.

Nesta UCC está inserida uma ECCI (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro) que funciona de segunda-feira a sábado num horário compreendido entre as 8 e as 20 horas, com disponibilidade de 21 vagas asseguradas por uma equipa multidisciplinar de 1 médico (uma vez por semana), 8 enfermeiras (3 em horário total e as restantes em horários parciais), 1 psicólogo (em horário parcial), 2 assistentes sociais (em horário parcial) e 1 fisioterapeuta (em horário parcial) (ECCI Consigo, 2017).

No ano de 2017 foram acompanhados 91 utentes, destes 80% tinham 65 ou mais anos. A proveniência destes utentes foi de hospitais (46%) e de outras unidades funcionais que integram o ACeS LOO ou a RNCCI (54%) (ECCI Consigo, 2017).

2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Contextualizado o local de estágio prosseguiu-se para o primeiro passo do planeamento em saúde que é o diagnóstico de situação. Este deve corresponder às necessidades reais da população (Tavares, 1990), consistindo em conhecer o estado atual de saúde da população, dos seus determinantes e das suas necessidades (Nunes, 2016).

O diagnóstico de situação deve ser sucinto, suficientemente alargado, detalhado e claro, e deve estar esclarecida a sua pertinência (Tavares, 1990).

Para fazer um diagnóstico de situação é necessário ter a noção dos conceitos de problema e necessidade. Um problema de saúde corresponde ao que é considerado um estado de saúde deficiente. A necessidade de saúde revela uma lacuna entre uma situação real e uma situação desejada. A necessidade corresponde ao que se deve fazer para resolver um problema de saúde real (Pineault, 2016).

As quedas em idosos constituíram uma necessidade sentida e expressa, pois ao longo do decorrer do EF e após realização de várias reuniões com a coordenadora da

UCC e os elementos da ECCI, bem como da leitura dos relatórios anuais da atividade, verificou-se que:

- em 2017 o diagnóstico principal, de admissão, mais frequente foi o status pós-fratura após queda (25%), o que não se verificou em anos anteriores (2014 a 2016);
- a equipa referiu que os CI referenciados na equipa tinham necessidades de formação e sensibilização para a prevenção de quedas.

Estes motivos levaram à determinação do foco de enfermagem, embora a problemática das quedas não fosse uma prioridade descrita no Plano Local de Saúde (ACeS L00, 2014), considerou-se ter particular importância a nível local.

Os dados anteriormente apresentados remetem-nos para a primeira etapa do diagnóstico de situação, que é a identificação dos problemas na população em estudo (Tavares, 1990), no entanto para dar resposta a esta fase é necessário definir qual a população em análise. De acordo com (Polit & Beck, 2019) população é a totalidade do grupo de interesse.

Para o diagnóstico de situação a população foi constituída por CI, de pessoa dependente no autocuidado, inscritos na UCC e acompanhados pela ECCI, num total de 21 pessoas, no mês de outubro/novembro de 2018.

A amostra foi composta por parte dos elementos da população, através de um processo de amostragem não-probabilística por conveniência, ou seja, constituída por pessoas facilmente acessíveis (Polit & Beck, 2019). Para a delimitar foram definidos critérios de inclusão (Polit & Beck, 2019):

- CI referenciado na ECCI no período de [29/10/2018 a 9/11/2018];
- CI de pessoa com 65 ou mais anos;
- Aceitar de livre vontade a participação no projeto.

Os CI foram contactados pessoalmente durante as visitas domiciliárias realizadas pela ECCI e, de acordo com os critérios anteriormente apresentados, obteve-se um grupo de 10 CI de pessoa dependente no autocuidado que constituíram a amostra.

2.2.1. Construção e aplicação do instrumento de recolha de dados

Neste diagnóstico de situação pretendeu-se avaliar o conhecimento dos CI sobre os fatores ambientais de risco de queda em idosos, para tal inicialmente foi realizada uma pesquisa da literatura existente, para definir a forma como deveriam ser caracterizados os CI e para conhecer que instrumentos de recolha de dados existiam para a avaliação pretendida. Teve-se sempre em consideração que para fazer diagnósticos de enfermagem é necessário investigar e reunir os dados necessários, sem ir além do essencial para fazer julgamentos das condições existentes (Orem, 2001).

Na pesquisa realizada não se identificou nenhum instrumento de recolha de dados, traduzido e validado para a população portuguesa, que desse resposta ao pretendido, pelo que foi necessário proceder à sua construção. Inicialmente realizou-se uma breve caracterização do CI, através dos seguintes dados: idade, escolaridade e grau de parentesco com a pessoa que cuida.

Os dados recolhidos para a caracterização do CI tiveram por objetivo contribuir para a otimização da intervenção que derivou dos problemas identificados. Estes dados já seriam recolhidos no âmbito do regular funcionamento da enfermeira orientadora e poderão ter utilidade para otimizar e dar continuidade ao projeto.

Para avaliação do conhecimento dos CI, sobre os fatores ambientais de risco de queda, optou-se pela construção de uma lista de verificação destes fatores, pois apesar de existirem inúmeros instrumentos de avaliação do risco de queda (Sous, et al., 2016), não se identificou nenhum traduzido e validado para a população portuguesa que desse resposta ao pretendido.

A lista de verificação é uma técnica de observação, que consiste num conjunto de itens que não têm de se relacionar uns com os outros, que propõe se determinados fenómenos existiram ou não, a resposta pode ser dada em termos “sim” ou “não” e cada item vale por si (Pais, 2010).

Para definir quais os itens presentes na lista de verificação foi realizada uma *Scoping Review* que possibilitou a identificação dos fatores de risco de queda, na comunidade, em idosos com 65 ou mais anos (apêndice I). Obteve-se um resultado de 20 fatores ambientais: ambiente desorganizado; material antiderrapante insuficiente na casa de banho; iluminação insuficiente; acesso a áreas externas sem barras de apoio e

corrimão; obstáculo na soleira da porta; sanitas sem barras de apoio; piso escorregadio; objetos fora do alcance; assentos sem braços ou encosto; desníveis no chão ou presença de degraus; animais no domicílio; obstáculos no trajeto do interior da habitação; corredor sem proteção; usar roupas muito longas; crianças no domicílio durante parte do dia; usar calçado inadequado; colchão ou cama altos; altura inadequada da sanita; tapetes soltos ou sem antiderrapante; número de residentes na habitação.

Para além dos resultados obtidos na revisão consideraram-se as recomendações presentes no *e-book* Tropeções, Quedas e Trambolhões (Biblioteca de Literacia em Saúde, 2017), na escala HSSAT (Occupational Therapy Geriatric Group Department of Rehabilitation Science, 2017) e na escala ambiental de risco de quedas (Apóstolo, 2012).

Para uma melhor caracterização da habitação, os fatores de risco foram divididos pelas suas diferentes zonas: entrada principal, entrada secundária, corredor, sala de estar, cozinha, quarto, casa de banho, garagem e escadas e abordou ainda outros aspetos relacionados com as quedas. Incluiu, também, a identificação da zona da habitação onde o idoso permanece mais tempo.

O instrumento de recolha de dados foi validado por um grupo de peritos, constituído por: Prof. Elisa Garcia, EEEC Teresa França, Enfermeira coordenadora da UCC, Enfermeira coordenadora da ECCI.

Antes de iniciar a recolha dos dados, foi importante garantir a utilidade e clareza do instrumento, por isso realizou-se um teste prévio à sua aplicação (Polit & Beck, 2019), que foi aplicado a um elemento não incluído na amostra, após consentimento do mesmo.

Após o pré-teste, acrescentou-se na zona da habitação – quarto, o seguinte item: zonas de passagem reduzidas (apêndice II). Como se pretendia confirmar a presença ou ausência de fatores ambientais de risco de queda no domicílio dos idosos, foi alterada a forma como alguns fatores de risco estavam descritos, para tornar a resposta clara (apêndice II).

2.2.2. Análise de resultados

Para sintetizar e descrever os dados recolhidos recorreu-se à estatística descritiva, mais concretamente à distribuição por frequência (Polit & Beck, 2019), utilizando o *software* Microsoft® Excel® para o seu tratamento.

Fez-se a análise de conteúdo das questões abertas presentes no formulário, sobre o grau de parentesco do CI para com o idoso e a zona da habitação onde o idoso permanece mais tempo (apêndice II).

A idade dos elementos do grupo de CI não foi homogénea, apresentando uma média de idades de 57,6 anos, sendo que a idade máxima é de 83 anos e a mínima de 26 anos, no entanto 50% dos CI tinham mais de 60 anos de idade.

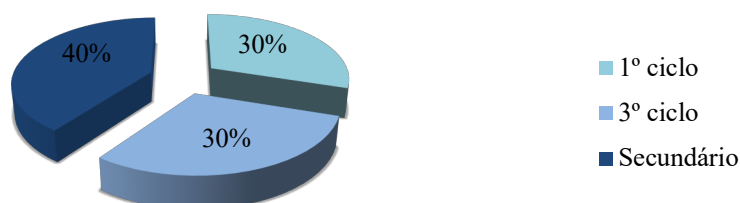
Quanto ao grau de parentesco 70% eram familiares diretos dos quais 30% eram filhas, 30% eram cônjuges e 10% irmãos (gráfico 1). Os restantes 30% não tinham grau de parentesco com o idoso dependente (gráfico 1).

Gráfico 1 - Grau de parentesco



Quanto à escolaridade 40% dos participantes frequentou o ensino secundário, 30% dos participantes têm o 1º ciclo e 30% têm o 3º ciclo (gráfico 2).

Gráfico 2 - Escolaridade



No estudo de Costa (2013) verificou-se que a média de idades dos familiares prestadores de cuidados foi superior, 61,2 anos, apresentando uma idade mínima de 15 anos e uma idade máxima de 94 anos. Verificou-se ainda que a maior proporção de familiares cuidadores correspondia à faixa etária dos 65 anos.

Quanto ao grau de parentesco, Costa (2013) também obteve um resultado superior, 80%, relativamente aos familiares diretos.

N que se refere ao nível de ensino, Costa (2013) identificou que 37% dos familiares prestadores de cuidados referiram ter o ensino básico, neste caso 30% referiram ter completado o ensino básico, no entanto identificaram-se 40% dos CI que frequentaram o ensino secundário.

Estes dados demonstraram que a maioria dos CI tinham idade avançada, embora inferior a 65 anos, baixo nível de ensino, sendo geralmente familiares diretos do idoso dependente no autocuidado, pelo que, no que diz respeito a estas características, em comparação com o perfil dos CI a nível europeu (European Commission, 2018) e a nível nacional (Sequeira, 2018), ou a nível da cidade de Lisboa (Costa, 2013), são semelhantes.

O instrumento de recolha de dados utilizado permitiu, também, avaliar, os fatores de risco em várias zonas da habitação. No entanto as habitações observadas eram apartamentos na zona antiga da cidade, pelo que nenhuma habitação possuía garagem, seis não possuíam entrada secundária e havia uma sem corredor (apêndice III).

As zonas onde os idosos permanecem mais tempo, referidas pelos CI, foram a sala de estar, em 70% dos casos, e o quarto, em 60% dos casos (tabela 1), sendo que 50% das respostas obtidas incluíram mais do que uma zona.

Tabela 1 – Zona da habitação onde o idoso permanece mais tempo

Zona onde passa mais tempo	Frequência	%
Sala de Estar	7	70%
Quarto	6	60%
Cozinha	2	20%

A análise dos resultados permitiu identificar múltiplos problemas, dos quais se fez uma pré-seleção, tendo em consideração a sua magnitude (Tavares, 1990), apresentando-se os mais relevantes. Nas tabelas 2 e 3 apresentam-se os problemas identificados, classificados em interior da habitação e zona de acesso à habitação respetivamente.

Tabela 2 – Problemas identificados no interior da habitação

Problemas identificados no interior da habitação	%
Banheira demasiado alta para entrar	90%
Inexistência de barra de apoio junto à sanita	90%
Armários muito altos na cozinha	90%
Zonas de passagem reduzidas na sala de estar	80%
Assentos muito baixos na sala de estar	70%
Zona de passagem reduzida no quarto	60%
Presença de tapetes na casa de banho	60%
Inexistência de barra de apoio na banheira	60%
Presença de tapetes na sala de estar	50%
Assentos sem braços de apoio na sala de estar	50%
Uso de banco/cadeira para alcançar utensílios na cozinha	50%
Presença de tapetes na cozinha	50%
Piso escorregadio na casa de banho	50%

Tabela 3 – Problemas identificados na zona de acesso à habitação

Problemas identificados na zona de acesso à habitação	%
Inexistência de corrimão nas escadas	80%
Degraus escorregadios	80%
Sem rampa de acesso para cadeiras de rodas	80%
Corrimão unilateral nas escadas	70%
Fraca iluminação da entrada principal	70%
Piso escorregadio na entrada principal	50%

Relativamente ao interior da habitação (tabela 2), foram identificados fatores de risco com frequências entre os 50 a 90% em quatro zonas, a casa de banho, a sala de estar, a cozinha e o quarto.

A zona da habitação onde foram encontrados mais fatores de risco e com maior frequência foi a casa de banho. Nos dados obtidos foram identificados: fraca iluminação; piso escorregadio; piso irregular; tapetes; ausência de tapete antiderrapante na banheira/polibã; inexistência de barras de apoio na sanita e banheira; colocação incorreta

de barras de apoio; sanita baixa; banheira demasiado alta para entrar; desarrumação. Não foram identificados casos com lâmpada fundida, nem com sanita alta.

Os fatores de risco que surgiram com frequência igual ou superior a 50%, na casa de banho, foram: piso escorregadio (50%); presença de tapetes (60%); inexistência da barra de apoio na banheira (60%); inexistência de barra de apoio junto à sanita (90%); banheira demasiado alta para entrar (90%).

A sala de estar, que constitui a zona da habitação onde a maioria dos idosos permanece mais tempo, foi a segunda zona da habitação com mais fatores de risco identificados.

Os dados obtidos permitiram verificar, na sala de estar, a presença de: tapetes; desarrumação; cabos nas zonas de passagem; zonas de passagem reduzida; móveis instáveis; assentos sem braços de apoio; assentos muito baixos. Não se identificaram casos com: fraca iluminação; interruptores com mau acesso; lâmpada fundida; assentos muito altos.

Os fatores de risco que apresentaram uma frequência igual ou superior a 50%, na sala de estar, foram: assentos sem braços de apoio (50%); presença de tapetes (50%); assentos muito baixos (70%); zonas de passagem reduzida (80%).

Na cozinha, os dados obtidos permitiram identificar a presença de: armários muito altos; uso de banco/cadeira para alcançar os utensílios; zonas de passagem reduzida; tapetes. Não se observaram os seguintes fatores de risco: desarrumação; piso escorregadio; fraca iluminação; lâmpada fundida.

Os fatores de risco que apresentaram frequência igual ou superior a 50%, na cozinha, foram: uso de banco/cadeira para alcançar utensílios (50%); presença de tapetes (50%); armários muito altos (90%).

No quarto, os dados obtidos permitiram verificar a presença de: desarrumação; cabos na zona de passagem; piso irregular; tapetes; cama alta; cama baixa; interruptor com mau acesso; objetos e roupas com difícil acesso; zonas de passagem reduzida. Não se identificaram: fraca iluminação e lâmpada fundida.

No quarto, as zonas de passagem reduzida foram o fator de risco identificado com mais frequência, em 60% dos casos.

Relativamente à zona de acesso à habitação (tabela 3), onde foram incluídas as escadas e a entrada principal, foram identificados vários fatores de risco, dos quais se destacaram os que atingiram frequências superiores ou iguais a 50%.

A entrada principal e as escadas são zonas cuja utilização é inevitável, pois para muitos idosos, ir à rua, diariamente, faz parte do seu plano de reabilitação, pelo que se considerou fundamental a avaliação destas zonas.

Na entrada principal foram identificados os seguintes fatores de risco: tapete; obstáculos junto à porta; piso escorregadio; pavimento irregular. Não se identificaram: fraca iluminação; ausência de lâmpada; lâmpada fundida. Dos fatores de risco identificados o mais frequente foi a fraca iluminação (70%), seguido do piso escorregadio (50%).

As escadas avaliadas correspondem às existentes nos edifícios para acesso à habitação, constituindo zonas comuns, que são geridas pelo condomínio ou por senhorios.

Os fatores de risco identificados, nas escadas, foram: inexistência de corrimão; corrimão unilateral; degraus escorregadios; degraus muito altos; fraca iluminação. Não se identificaram: corrimão instável; degraus soltos/instáveis; degraus irregulares; sem iluminação; lâmpada fundida; obstáculos.

Dos fatores de risco identificados, nas escadas, três surgiram em mais de 70% das observações. Verificou-se que em 80% dos casos não existia corrimão, esta observação foi feita no primeiro lanço de escadas do edifício. Em 70% dos casos existia corrimão unilateral, esta observação corresponde aos lanços de escadas após o primeiro. Foi ainda observada a presença de degraus escorregadios em 80% das observações realizadas.

Ainda relacionado com a zona de acesso, 80% das habitações observadas não tinham rampa de acesso para cadeiras de rodas, ou para pessoas com mobilidade reduzida.

No apêndice III disponibiliza-se informação mais detalhada sobre os fatores de risco identificados em cada zona da habitação.

Num estudo de Rúbia, Pereira, Doring, & Portella (2015) realizado no Brasil, também foram identificados fatores de risco nas mesmas zonas aqui descritas. Nos resultados é possível verificar que a casa de banho é zona da habitação onde mais frequentemente são identificados ambientes desadequados.

Outro estudo, em Hong Kong, refere que a casa de banho, cozinha e escadas são as zonas da habitação onde há maior perigo de queda (Fong, et al., 2015).

Um estudo descritivo, transversal e exploratório realizado numa UCC da RLVT com o objetivo de identificar fatores de risco de queda em idosos na comunidade apresenta como resultados da avaliação ambiental vários obstáculos que podem contribuir para a ocorrência de quedas, dos quais se destaca: presença de escadas; presença de

tapetes; fraca iluminação, zonas de passagem estreita, ausência de barras de apoio na casa de banho; utilização de banheira (Oliveira, Baixinho, & Henriques, 2018). Estes resultados são coincidentes com os fatores de risco identificados nesta amostra.

No perfil de saúde e seus determinantes da RLVT de 2015 é referido que os edifícios mais antigos dos grandes centros urbanos, não oferecem as condições de habitabilidade adequadas à sua função e utilização, em especial pelas pessoas com alguma incapacidade ou deficiência, sendo que uma das condições essenciais é a segurança.

2.2.3. Diagnósticos de enfermagem

De acordo com Orem (2001), para se iniciar o sistema do processo de enfermagem é necessário realizar um diagnóstico de necessidade de cuidados, que irá contribuir para o planeamento e para a intervenção, seguindo um conjunto de passos: determinar os requisitos de autocuidado; determinar as competências para o autocuidado; determinar as necessidades terapêuticas; mobilizar as competências do enfermeiro; e planear os cuidados tendo em consideração os sistemas de enfermagem, que podem ser totalmente ou parcialmente compensatórios ou de apoio à educação.

Tendo em consideração os problemas identificados no ponto anterior considerou-se que o requisito de autocuidado – prevenir situações que coloquem em risco a vida, a função e o bem-estar – estava comprometido (Orem, 2001).

Assim, realizaram-se os diagnósticos de enfermagem de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem e foi feita a transposição para os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015 (ICN, 2016), que se encontram no quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem

	Dorothea Orem	CIPE Versão 2015	Dados
Diagnóstico 1	Défice de conhecimento dos CI sobre os fatores ambientais de risco de queda, em idosos, no domicílio, relacionado com presença dos mesmos na habitação.	Falta de conhecimento sobre segurança ambiental no domicílio por presença de fatores ambientais de risco de queda na habitação.	90% armários muito altos na cozinha. 80% zonas de passagem reduzida na sala de estar. 70% assentos muitos baixos na sala de estar. 60% zonas de passagem reduzida no quarto. 60% presença de tapetes na casa de banho. 50% presença de tapetes na sala de estar. 50% assentos sem braços de apoio na sala de estar. 50% uso de banco/cadeira para alcançar utensílios na cozinha. 50% presença de tapetes na cozinha.
Diagnóstico 2	Défice de conhecimento dos CI sobre as medidas de prevenção de quedas, em idosos, no domicílio, relacionado com presença de fatores ambientais de risco de queda.	Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas.	90% armários muito altos na cozinha. 80% zonas de passagem reduzida na sala de estar. 70% assentos muitos baixos na sala de estar. 60% zonas de passagem reduzida no quarto e presença de tapetes na casa de banho. 50% presença de tapetes na sala de estar. 50% assentos sem braços de apoio na sala de estar. 50% uso de banco/cadeira para alcançar utensílios na cozinha. 50% presença de tapetes na cozinha.
Diagnóstico 3	Segurança ambiental prejudicada relacionado com barreiras arquitetónicas e estruturais na habitação.	Segurança ambiental no domicílio ineficaz por existência de barreiras arquitetónicas e estruturais na habitação.	90% banheira demasiado alta para entrar. 90% inexistência de barra de apoio junto à sanita. 80% inexistência de corrimão nas escadas. 80% degraus escorregadios. 80% sem rampa de acesso para cadeira de rodas. 70% corrimão unilateral nas escadas. 70% fraca iluminação na entrada principal. 60% inexistência de barra de apoio na banheira. 50% piso escorregadio na entrada principal. 50% piso escorregadio na casa de banho.

2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde. Consiste num processo de tomada de decisão com o objetivo de identificar o problema que deve ser solucionado em primeiro lugar, através da definição de critérios de decisão recorrendo a técnicas para determinação de prioridades (Tavares, 1990).

A técnica utilizada foi a grelha de análise, que parte dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Pineault, 2016; Tavares, 1990) (anexo I).

Após a realização desta análise e em reunião com o grupo de peritos constituído pelos elementos da ECCI, verifica-se que os diagnósticos 1 e 2 (quadro 1) são prioritários em relação ao 3 (quadro 1), pois para este último há menor capacidade de ação e a exequibilidade da intervenção é mais difícil (quadro 2). No entanto de forma a enriquecer o projeto e numa perspetiva de continuidade do mesmo foram também planeadas intervenções para o diagnóstico 3.

Quadro 2 – Grelha de análise para determinação de prioridades				
Diagnóstico	Importância do problema	Relação entre o problema e os fatores de risco	Capacidade de ação	Exequibilidade da intervenção
1	+	+	+	+
2	+	+	+	+
3	+	+	-	-

2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa do processo de Planeamento em Saúde é a fixação de objetivos, e surge de forma a apresentar que resultado se pretende atingir com o projeto, possibilitando a sua avaliação concreta (Tavares, 1990). Para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, definiu-se como objetivo geral: contribuir para a otimização da segurança ambiental da habitação dos idosos acompanhados pela ECCI onde decorreu o EF, através da melhoria da literacia em saúde dos CI, sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas. Os objetivos específicos e operacionais apresentam-se no quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos específicos e operacionais	
Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Aumentar os conhecimentos dos CI, em 50%, sobre os fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio;	Realizar pelo menos 1 sessão de educação para a saúde dirigida aos CI, no período compreendido entre 19 de novembro e 12 de dezembro de 2018;
Aumentar os conhecimentos dos CI, em 50%, sobre as medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio;	
Diminuir em pelo menos 40%, os fatores ambientais de risco de queda na zona de acesso às habitações dos idosos acompanhados pela ECCI;	Sensibilizar a equipa para a intervenção junto dos CI; Obter contributos junto da equipa multidisciplinar numa reunião;
Diminuir em pelo menos 50%, os fatores de risco de queda na sala de estar das habitações dos idosos acompanhados pela ECCI;	Conhecer recursos da comunidade.
Diminuir em pelo menos 40%, os fatores de risco de queda na casa de banho das habitações dos idosos acompanhados pela ECCI;	
Aumentar em 50% o uso de sapatos fechados e com sola antiderrapante pelos idosos acompanhados pela ECCI.	

2.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

O foco de intervenção de enfermagem foi constituído por um grupo, os CI, com limitações semelhantes para o cuidar dependente, ou seja, com limitações para a gestão do ambiente físico na prevenção de quedas do idoso dependente no domicílio, que devem ser capacitados para dar resposta ao problema, o que justifica a utilização da Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Após a fixação de objetivos foi definida a forma como se deu resposta aos mesmos, ou seja, selecionaram-se as estratégias para dar resposta aos problemas prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, tendo em consideração os diagnósticos de enfermagem priorizados, foram definidas como estratégias, a educação para a saúde, o envolvimento multidisciplinar e a mobilização de recursos da comunidade, tendo em vista a capacitação dos CI para a prevenção de quedas, em idosos dependentes no autocuidado, no domicílio.

A capacitação da comunidade tem vindo a ser discutida desde 1986, na carta de Ottawa (OMS, s.d.), até à atualidade, na declaração de Astana (OMS, 2018), como sendo um ponto fundamental ao envolvimento e empoderamento das comunidades.

O empoderamento comunitário pode ser definido como um processo de ajuda, ou uma parceria, que contribui para a tomada de decisão mútua, bem como para a liberdade de fazer escolhas e assumir responsabilidades (Ferrer, 2015).

A integração do empoderamento comunitário na tomada de decisão de enfermagem, contribui para potenciar o poder da comunidade, capacitando-a para a tomada de decisão, de uma forma contínua, ou seja, deste a ação pessoal até à ação social, promovendo a cidadania e a saúde da comunidade (Melo, 2016).

A educação para a saúde permite a capacitação, pois através do processo de aprendizagem, proporciona a aquisição de conhecimentos contribuindo para a melhoria da capacidade de tomada de decisão, o que pode resultar na mudança de comportamento (Onega & Denvers, 2011).

A capacidade de tomada de decisão implica a realização de escolhas que devem ser informadas, o que implica a disponibilização de informações relevantes e o apoio à compreensão de quais as consequências esperadas que podem surgir ao fazer essa escolha (Ferrer, 2015). Esta constatação remete para a necessidade da melhoria da literacia em saúde, que consiste em promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que fomentem a motivação, a capacidade de acesso, a compreensão e o uso da informação

para a saúde e bem-estar (Ferrer, 2015), contribuindo para uma maior autonomia e responsabilidade das pessoas quer na sua própria saúde, quer na dos seus dependentes e da comunidade que integram (Despacho nº 3618-A/2016).

Para o desenvolvimento deste projeto foi importante disponibilizar informações relevantes sobre as quedas em idosos no domicílio, para a promoção da literacia em saúde dos CI.

As quedas são um fenómeno multifatorial, o que implicou o envolvimento multidisciplinar de profissionais de diferentes áreas, para contribuir para a resolução de problemas, ou, como refere Honoré (2012), foi importante recorrer à cooperação e complementaridade dos profissionais para concretizar as atividades inerentes ao cuidar.

Stanhope & Lancaster (2011) referem que a saúde não é uma realidade estática, por isso é fundamental a articulação com outros profissionais e, também, com elementos da comunidade. Assim, as políticas de saúde devem ser intersectoriais, ou seja, envolver outras áreas para além da saúde, como por exemplo a autarquia, de forma a que tomem medidas e mobilizem recursos para criar condições favoráveis à saúde (DGS, 2015).

As parcerias constituem elementos chave para o sucesso da intervenção comunitária, pois os líderes têm interesse em melhorar a saúde da sua comunidade, potenciando as mudanças necessárias (Stanhope & Lancaster, 2011). Os profissionais de saúde, de várias disciplinas, devem fomentar a criação destas parcerias e solicitar a participação ativa dos parceiros, para obter melhores resultados (Stanhope & Lancaster, 2011).

As estratégias de envolvimento multidisciplinar e mobilização de recursos da comunidade também podem contribuir para o empoderamento da comunidade (Laverack, 2008).

2.6. PROJETO “MAIS VALE PREVENIR DO QUE CAIR!”

Imperatori & Giraldes (1993) definem projeto como uma intervenção num período de tempo bem definido que faz parte de um conjunto de ações para dar resposta a um programa. A realização de um projeto justifica-se na medida em que dê resposta às necessidades identificadas no diagnóstico de situação (Tavares, 1990).

Relativamente ao fenómeno das quedas as ECCI têm contratualizado o objetivo de avaliar o risco de queda (ECCI, 2017) através da Escala de Morse (Barbosa, Carvalho & Cruz, 2015) no entanto não existia nenhum objetivo contratualizado para a intervenção na sua prevenção, mas de acordo com a Coordenadora da UCC Consigo o ACeS LOO tinha vindo a solicitar projetos neste âmbito.

Assim, para dar resposta aos problemas diagnosticados foi elaborado um projeto que tem como finalidade a prevenção de quedas em idosos, por via da diminuição dos fatores de risco ambientais, através da melhoria da literacia dos CI sobre o tema.

Para o planeamento das atividades deste projeto tiveram-se em consideração a ENEAS (Costa, 2017), o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016) e o PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015).

De forma a tornar o projeto mais apelativo foi-lhe atribuído o nome “Mais Vale Prevenir do que Cair!” que derivou de todo o trabalho desenvolvido até esta fase e criado um logotipo (Figura 1) que foi validado pela orientadora do estágio e pela coordenadora da UCC.

Figura 1 – Logotipo



De acordo com a CIPE, Versão 2015 (ICN, 2016) estão parametrizadas intervenções direcionadas para a prevenção de quedas que têm como foco de intervenção o CI, tais como:

- Ensinar o CI sobre segurança ambiental no domicílio;
- Instruir o CI sobre segurança ambiental no domicílio;
- Promover a implementação de medidas de segurança ambiental no domicílio;
- Providenciar material informativo sobre prevenção de quedas no domicílio.

Estas intervenções vão de encontro ao preconizado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

A estratégia de educação para a saúde concretizou-se através do planeamento de, pelo menos, uma sessão de educação para a saúde (apêndice IV) dirigida ao grupo de CI. Os participantes foram convocados através de distribuição de convites (apêndice V) pelas enfermeiras gestoras de caso e por contacto via telefónica. A sessão foi planeada para aproximadamente 45 min, recorrendo à metodologia expositiva, interrogativa e demonstrativa (apêndice IV), com um teste de avaliação dos conhecimentos adquiridos (apêndice VI), no final, e distribuição de material informativo (apêndice VII) com informações simples alusivas aos assuntos tratados durante a sessão, de forma a funcionar como recordatório (Sustersic, Gauchet, Foote, & Bosson, 2017).

Na preparação desta sessão de educação para a saúde foram tidas em consideração as características do grupo, tais como a idade e a escolaridade. Quanto à idade, apesar do grupo ser constituído por adultos, existiam elementos desde os 26 aos 83 anos. Quanto à escolaridade, existiam elementos com o ensino básico e elementos com o ensino secundário. Estes dados remetem-nos para possíveis diferenças na capacidade de aprendizagem e de acesso a informação, entre os vários elementos do grupo, pelo que a sessão foi preparada com informação simples e de fácil compreensão e foram disponibilizadas formas de acesso a mais informação, como por exemplo o *e-book* Tropeções, Quedas e Trambolhões (Biblioteca de Literacia em Saúde, 2017).

Quanto ao envolvimento multiprofissional foi planeada uma reunião com a equipa multidisciplinar da UCC Consigo, onde se apresentou o PIC (apêndice VIII), com os seguintes objetivos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a intervenção junto do cuidador; obter contributos para a intervenção; fomentar a continuidade ao projeto.

Relativamente à mobilização de recursos da comunidade planeou-se a realização de uma reunião com o responsável pelo Programa Casa Aberta das Juntas de Freguesia da área de abrangência da UCC Consigo, com o objetivo de contribuir para o

estabelecimento de parcerias, em que foi planeada a realização de uma entrevista para tomar conhecimento sobre o programa (o guião da entrevista pode ser consultado no apêndice IX).

A última atividade foi planeada como um contributo para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem: segurança ambiental no domicílio ineficaz por existência de barreiras arquitetónicas e estruturais na habitação.

O planeamento e realização das atividades anteriormente descritas resultou da realização de múltiplas reuniões com a coordenadora da UCC e todos os elementos da ECCI. Foram utilizados os seguintes recursos (apêndice X):

- Humanos: 9 Enfermeiros; 1 Assistente Social; 1 Psicóloga; 1 condutor.
- Materiais: sala com cadeiras; 1 computador com acesso à internet; 1 projetor; papel e caneta; viatura para deslocações.

As atividades planeadas decorreram no período compreendido entre 21/11/2018 e 19/12/2018. Para organizar as atividades no espaço temporal disponível para a realização do projeto foi elaborado um cronograma (apêndice XI), isto é, um gráfico de duas dimensões, que representam, no eixo das abcissas o tempo e no eixo das ordenadas as atividades que se pretendem realizar durante o projeto (Imperatori & Giraldes, 1982).

2.7. AVALIAÇÃO

O planeamento é um instrumento que permite controlar a evolução de um projeto, sendo a avaliação a sua etapa final e uma componente fundamental, que permite identificar se o plano foi eficaz (Nunes, 2016).

Avaliar é comparar a situação inicial com os objetivos que se espera alcançar e as atividades que se pretende desenvolver, tendo em vista as possíveis necessidades de melhoria que possam surgir (Imperatori & Giraldes; Pineault, 2016).

Para avaliar pode ser necessário fazer uma análise retrospectiva recorrendo a elementos de avaliação já existentes (Tavares, 1990), os indicadores, que são dados referentes às variáveis em avaliação e nos permitem conhecer a realidade e os avanços alcançados (Imperatori & Giraldes, 1993), ou como referem Dias, Freitas & Briz (2007) são constructos úteis para a quantificação e monitorização. Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993) fazem, também, referência à avaliação prospetiva na qual se planeia o que se quer avaliar e se prevê que resultados se pretende atingir, ou seja, se definem metas.

Para avaliação deste projeto recorreu-se à tríade clássica de Donabedian (2003) que engloba as componentes de estrutura (recursos), processo (intervenções) e resultado (efeitos).

Neste relatório apenas se apresenta uma avaliação parcial das atividades, pois o tempo de duração do EF não permitiu a sua conclusão, no entanto, será dada continuidade ao projeto na UCC, pelo que foram deixadas sugestões para posterior avaliação.

Quanto à avaliação de estrutura considerou-se que os recursos utilizados na generalidade das atividades desenvolvidas foram adequados e com custos reduzidos apesar dos pequenos contributos para aquisição de ganhos em saúde, tais como a melhoria da literacia dos CI sobre prevenção de quedas em idosos, que pode contribuir para redução do número de quedas em idosos no domicílio e por consequência dos internamentos associados às complicações, bem como à redução da mortalidade associada a quedas.

A sessão de educação para a saúde foi avaliada de forma quantitativa, nas restantes atividades foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos. A avaliação de processo da sessão de educação para a saúde incluiu indicadores referentes à execução da atividade e ao grau de satisfação dos CI (apêndice VI) que participaram, estabelecendo-se metas mínimas a atingir (tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação de processo da sessão de educação para a saúde			
	Indicador	Meta	Resultado
EXECUÇÃO	<u>Nº de CI convocados para a sessão x 100</u>		
	Nº total de CI	50%	100%
	<u>Nº de CI presentes na sessão x 100</u>		
	Nº total de CI	40%	30%
	<u>Nº de sessões realizadas x 100</u>		
	Nº de sessões programadas	100%	100%
GRAU DE SATISFAÇÃO	<u>Nº de CI que classifica o interesse como bom x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	30%	33%
	<u>Nº de CI que classifica o interesse como muito bom x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	60%	66%
	<u>Nº de CI que classifica a clareza como boa x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	30%	33%
	<u>Nº de CI que classifica a clareza como muito boa x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	60%	66%
	<u>Nº de CI que classifica a utilidade como boa x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	30%	33%
	<u>Nº de CI que classifica a utilidade como muito boa x 100</u>		
	Nº de total CI que avaliaram a sessão	60%	66%
<u>Nº de CI que classifica as IE como boas x 100</u>			
Nº de total CI que avaliaram a sessão	30%	33%	
<u>Nº de CI que classifica as IE como muito boas x 100</u>			
Nº de total CI que avaliaram a sessão	60%	66%	

Para a avaliação de resultado, da sessão de educação para a saúde, foram considerados os conhecimentos adquiridos pelos cuidadores após a mesma (tabela 5).

Tabela 5- Avaliação de resultado da sessão de educação para a saúde

	Indicador	Meta	Resultado
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS	<u>Nº de repostas corretas a 3 fatores de risco</u> x 100	50%	67%
	Nº repostas dadas à questão		
	<u>Nº de respostas corretas a 3 medidas de prevenção</u> x 100	50%	100%
	Nº de respostas dadas à questão		

Quanto aos conhecimentos adquiridos verificou-se uma melhoria da literacia em saúde sobre prevenção de quedas em idosos por parte dos CI, o que corrobora com um estudo de Graça, Bocchi, Fusco & Avila (2018) sobre a experiência do CI de idosos vítimas de queda complicada com fratura proximal do fémur, em que se concluiu que os CI devem ser capacitados desde a prevenção de quedas, até à reabilitação após o tratamento de complicações associadas às mesmas, reforçando a importância de planear a prevenção de quedas, dando enfoque à educação para a saúde e ao envolvimento do CI como parceiro de cuidados.

De uma forma geral os objetivos foram atingidos e o grau de satisfação dos CI foi bom ou muito bom. As metas foram atingidas ou ultrapassadas, à exceção da taxa de participação na sessão, em que se definiu uma meta de 40% e obteve-se 30%, o que pode ter acontecido por diversos motivos: os elementos da amostra estarem dispersos pela área de abrangência da UCC, o que implica condicionantes associadas a transportes e tempo perdido; condições meteorológicas adversas no dia da realização da sessão; outros desconhecidos e não verbalizados pelos participantes.

Para colmatar o facto de não se atingir a meta da taxa de participação tentou-se realizar uma sessão numa unidade funcional mais próxima da residência de grande parte dos CI, no entanto não foi possível a sua realização, pois a sala que estava disponível sofreu uma inundação.

Quanto à reunião com a equipa multidisciplinar considerou-se para avaliação de processo a taxa de execução da atividade, sendo que estava prevista a realização de uma reunião e esta foi realizada, obtendo-se uma taxa de 100%.

Relativamente ao resultado da reunião multidisciplinar, fez-se uma avaliação qualitativa, obtendo-se muito bom *feedback* da equipa em relação ao projeto, com perspetiva de continuidade assegurada pela coordenadora da UCC, bem como decisão de

incluir a lista de verificação dos fatores de risco ambientais na avaliação inicial de todos os idosos acompanhados pela ECCI.

As enfermeiras gestoras de caso referiram que, apesar de a taxa de participação ser considerada baixa, houve alterações nas habitações, quer nas dos CI que participaram na sessão, quer nas dos restantes, porque houve muita persistência e estímulo para que trabalhassem o problema junto dos CI. Lamentaram já não ser possível a reavaliação das condições de segurança das habitações durante o período de estágio. O que pode traduzir, apesar de a avaliação não estar completa, algum impacto do projeto.

Nesta reunião obtiveram-se alguns contributos para o projeto:

- possível obtenção de apoios para proceder a algumas alterações mais dispendiosas, através da articulação com as Juntas de Freguesia;
- disponibilidade da psicóloga para intervir em casos em que as alterações possam ser mais difíceis, através da gestão da mudança.

Para avaliação da entrevista a uma assistente social da Junta de Freguesia da área de abrangência da UCC, do ponto de vista da avaliação de processo, considerou-se como indicador a taxa de execução da atividade, mas não foi possível a sua realização. Conseguiu-se contacto telefónico com a assistente social, no entanto esta ia entrar de férias no dia seguinte e no momento não tinha disponibilidade para realizar a entrevista presencialmente, pelo que foi solicitado que fossem enviadas as questões por e-mail, até ao final do estágio não se recebeu resposta. Quanto à avaliação do resultado desta atividade sugere-se uma avaliação qualitativa com base nas respostas às questões incluídas no guião.

Quanto à avaliação do impacto procura-se saber em que medida houve melhoria dos problemas diagnosticados após realização do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993), para tal foi sugerida uma nova aplicação da lista de verificação dos fatores ambientais de risco de queda.

A avaliação do interior da habitação deverá ser realizada após 1 a 3 meses da intervenção, de forma a dar tempo aos CI, em conjunto com as suas famílias, de se organizarem e reunirem as condições necessárias às alterações que deverão fazer. E, a avaliação da zona de acesso à habitação deverá ser feita no mínimo após 6 meses da intervenção, pois podem ser necessárias alterações que requerem intervenção de terceiros (condomínio, senhorio, Junta de Freguesia), bem como pode haver necessidade de pequenas obras.

Devem ser particularmente reavaliadas as zonas da habitação onde os idosos passam mais tempo, sala de estar e quarto, bem como a casa de banho, as escadas e a entrada principal, por ser inevitável a sua utilização e por também se terem identificado, com muita frequência fatores de risco ambiental nestas zonas. Por se ter observado piso escorregadio, na entrada principal e casa de banho, em 50% das habitações deve também ser avaliada a utilização de sapatos adequados pelos idosos. Os indicadores para avaliação do impacto do projeto, bem como as metas mínimas a atingir estão descritos nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6 – Proposta de avaliação do interior da habitação

Indicador	Meta
<u>Nº de habitações com zonas de passagem livres na sala de estar</u> x 100	60%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº de habitações com zonas de passagem livres no quarto</u> x 100	60%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº de habitações sem tapetes na sala de estar</u> x 100	60%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº de habitações sem tapetes no quarto</u> x 100	60%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº de habitações com assentos adequados na sala de estar</u> x 100	50%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº total de idosos que usa sapatos fechados e com sola antiderrapante</u> x 100	50%
Nº total de idosos avaliados	
<u>Nº total de habitações com barras de apoio na banheira</u> x 100	40%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº total de habitações com barras de apoio junto à sanita</u> x 100	40%
Nº total de habitações avaliadas	

Tabela 7 – Proposta de avaliação da zona de acesso à habitação

Indicador	Meta
<u>Nº de habitações com corrimão nas escadas</u> x 100	40%
Nº total de habitações avaliadas	
<u>Nº de habitações com corrimão bilateral nas escadas</u> x 100	40%
Nº total de habitações avaliadas	

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Durante a prestação de cuidados os enfermeiros deparam-se com problemas éticos, ou seja, com incertezas face à necessidade de tomar decisões para agir em respeito pela dignidade da pessoa humana (Deodato, 2014), pelo que é de particular importância refletir e assegurar que se respeitaram os princípios e valores éticos. Em enfermagem estes princípios e valores estão descritos na deontologia profissional constituindo um conjunto de deveres (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento n.º 798/2018), antes do início do estágio foi solicitada autorização ao conselho diretivo do ACES LOO por via da Coordenadora da UCC Consigo, para aceder aos dados dos utentes no âmbito do regular funcionamento da enfermeira orientadora, desta forma assegurou-se a autorização para a realização do projeto e das outras atividades desenvolvidas (apêndice XII). Foi, também, pedida autorização para utilização dos dados pessoais aos CI que participaram no projeto desenvolvido, por via de um consentimento livre e esclarecido por escrito, informando que iriam ser utilizados para fins educativos ou para publicações académicas e/ou científicas desde que anonimizados, respeitando a privacidade e a confidencialidade dos participantes (Deodato, 2017; Polit & Beck, 2019) (apêndice XIII).

Em apreço pela liberdade da pessoa e pela autonomia individual, foi dada toda a informação e esclarecimentos necessários aos participantes do projeto desenvolvido, após os quais foi solicitado o seu consentimento por escrito (apêndice XIII), respeitando o descrito no n.º 1 do Artigo 99º e no Artigo 105º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015). Foi dada à pessoa a possibilidade de decidir desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Em relação à competência e aperfeiçoamento profissional, foram mobilizados para este estágio os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado com vista à aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista bem como ao aperfeiçoamento profissional. Houve participação em jornadas e seminários, com

publicação de um póster (apêndice XIV) o que também contribuiu para assegurar o respeito por este valor (Artigo 99º da Lei nº 156/2015).

Foram assegurados os deveres para com a comunidade (Artigo 101º da Lei nº 156/2015) pois foi realizado um diagnóstico de situação que permitiu identificar as necessidades de um grupo da comunidade, para as quais se procurou uma solução e se colaborou com outros profissionais tendo em consideração os programas nacionais como orientação da prática clínica.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Entende-se por competência a comprovada capacidade de usar o saber, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em contextos concretos para o desenvolvimento profissional e/ou pessoal (European Centre for the Development of Vocational Training, 2014).

As atividades realizadas ao longo do EF contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011) e específicas do EEEC (Regulamento nº429/2018), bem como competências equivalentes ao grau de mestre (ANQEP & DGES, 2013).

Existem competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, que são as competências comuns e estão classificadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011).

Domínio da responsabilidade profissional

Considera-se que esta competência foi desenvolvida ao longo do EF, pois procurou-se desenvolver práticas baseadas na melhor evidência disponível, tendo em consideração as preferências e os direitos humanos das pessoas, respeitando os princípios e valores éticos e deontológicos.

No respeito pela confidencialidade foram desenvolvidas medidas para a segurança dos dados, através da anonimização dos mesmos.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Foram incorporados conhecimentos deste domínio na prestação e avaliação dos cuidados. Foi desenvolvido um PIC, na área da prevenção de quedas em idosos, que exigiu o desenvolvimento de conhecimentos e a compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro com vista a prevenir riscos ambientais, envolvendo todos os profissionais da ECCI.

Foram definidos indicadores válidos para avaliação das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC, que permitiram a apreciação do mesmo através da aplicação de instrumentos de avaliação de resultado de forma a identificar oportunidades de melhoria.

Domínio da gestão de cuidados

A realização do PIC exigiu a gestão de cuidados de forma a otimizar a resposta aos problemas identificados no diagnóstico de situação, sendo por vezes necessário reconhecer e adaptar o estilo de liderança, bem como os recursos às situações e ao contexto.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Foi desenvolvida a capacidade de autoaprendizagem, na procura do conhecimento mais atual, válido e pertinente, necessário ao desenvolvimento das atividades, através:

- da mobilização de conhecimentos de várias áreas adquiridos em fases anteriores do Mestrado em Enfermagem;
- da participação em eventos de natureza científica.

No campo da investigação foram mobilizados conhecimentos para fundamentar as opções tomadas e realizou-se uma *Scoping Review* para fundamentar a construção do instrumento de recolha de dados.

Estabeleceu-se uma boa relação com a equipa multiprofissional assente no autoconhecimento, o que possibilitou e fortaleceu o desenvolvimento das atividades.

As competências inerentes a este domínio também se desenvolveram com a realização de outras atividades como a participação na organização do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.

4.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

As competências específicas estão definidas para cada área de especialidade e expressam-se através de cuidados de elevada adequação às necessidades de saúde (Regulamento nº 122/2011), para o EEEEC estão descritas no Regulamento nº 428/2018 e são: estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e

na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico.

Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

No EF foi desenvolvido um PIC com base na metodologia de planeamento em saúde, que se iniciou com um diagnóstico de situação para avaliação de problemas associados à saúde de um grupo da comunidade.

O diagnóstico de situação permitiu determinar problemas prioritários do grupo de CI, através da identificação dos seus determinantes de saúde, tais como a fragilidade do idoso associada ao elevado índice de dependência, os baixos níveis de literacia em saúde dos CI e os fatores de risco ambiental existentes nas habitações. Foram determinadas prioridades com recurso à utilização de métodos adequados com base em critérios objetivos.

Os objetivos e estratégias foram desenvolvidos com base na priorização dos diagnósticos de enfermagem e permitiram medir as mudanças desejáveis relativamente aos problemas identificados. Foram concebidas estratégias exequíveis com base nos recursos disponíveis de forma a dar resposta aos objetivos operacionais traçados.

Foi promovida a realização de parcerias com vista ao envolvimento de outros setores da sociedade para garantir que futuramente haja uma maior eficácia das intervenções.

Foi realizada avaliação do projeto de intervenção comunitária, e foram deixadas sugestões para avaliação da eficácia do mesmo, dado que será dada continuidade, para permitir reformulação e melhoria consoante os resultados obtidos.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

O projeto “Mais vale prevenir do que cair!” permitiu contribuir para a capacitação de um grupo de CI por via da melhoria da sua literacia sobre os fatores ambientais de risco de queda e das medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio.

Foram realizadas, também, outras atividades que promoveram o desenvolvimento desta competência, tais como: participação numa feira da saúde; sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar (apêndice XV); sessões de educação para a saúde dirigidas a idosos (sobre prevenção de quedas, uma no âmbito do encerramento do mês do idoso, em parceria com a Junta de Freguesia, e duas em centros de dia, em parceria com uma instituição de solidariedade social).

Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O PIC desenvolvido integrou a mobilização da ENEAS (Costa, 2017), do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho nº 3618-A/2016) e do PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015), com fim último de contribuir para os desígnios do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015).

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico

Foi concebido um instrumento de recolha de dados que permitiu a vigilância dos fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio, do qual, após análise estatística dos resultados, advieram os indicadores que permitiram a identificação dos problemas de saúde para traçar o perfil do grupo. Este instrumento também permitirá avaliar o impacto do PIC.

4.2. COMPETÊNCIAS INERENTES AO GRAU DE MESTRE

Tendo em consideração que o EF está inserido num curso de mestrado, de natureza profissional, importa também refletir sobre as competências inerentes ao grau de mestre. Atendendo ao descrito no Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, e Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro e face experienciado ao longo do estágio e ao descrito neste relatório, considera-se que foram desenvolvidas as seguintes competências:

- mobilização de conhecimentos com adaptação da metodologia de investigação para resolução de problemas e situações novas em contextos alargados e multidisciplinares (ANQEP & DGES, 2013), que se pode comprovar por exemplo no diagnóstico de situação, onde se recorreu a métodos de investigação como contributo para a sua realização;
- integração de conhecimentos que deram resposta a problemas complexos, emitindo juízos para encontrar soluções, ainda que a informação seja limitada ou incompleta, reconhecendo as responsabilidades éticas e legais que daí poderão advir (ANQEP & DGES, 2013), que se pode demonstrar pela resposta dada aos desafios decorrentes das intervenções realizadas ao longo do estágio;

- capacidade de comunicar clara e objetivamente os conhecimentos e raciocínios inerentes a determinadas conclusões a plateias especializadas ou não (ANQEP & DGES, 2013), que se pode comprovar pela realização de reuniões multidisciplinares;

- aprendizagem autónoma e auto-orientada, que foi exigida ao longo do EF, para a melhor resposta possível aos problemas identificados (ANQEP & DGES, 2013).

No que diz respeito ao desenvolvimento profissional, as competências dos enfermeiros podem ser classificadas em cinco níveis (Benner, 2001):

- Iniciado: sem experiência e com uma atuação norteada apenas por regras;
- Iniciado avançado: tem alguma experiência, que permite identificar factos significativos em situações semelhantes;

- Competente: analisa as situações de uma forma consciente planeando deliberadamente a intervenção para enfrentar imprevistos, mas falta-lhe celeridade e flexibilidade;

- Proficiente: observação global com reconhecimento de acontecimentos frequentes em determinada situação, guiando-se por máximas que necessitam de compreensão antes de intervir;

- Perito: compreende as situações de maneira intuitiva, apoiando-se num princípio analítico, que lhe permite identificar diretamente o problema.

De acordo com o anteriormente descrito, com as competências desenvolvidas ao longo da vida profissional (ambiente hospitalar) e com a resposta dada face aos desafios que foram surgindo ao longo do estágio pode considerar-se, que como especialista em enfermagem comunitária se atingiu o nível de iniciado avançado, pois foram adquiridos conhecimentos e competências que fundamentaram a prática e permitiram identificar aspetos semelhantes em diferentes situações para intervir, no entanto ainda serão necessárias mais experiências para atingir o nível seguinte (Benner, 2001).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia de planejamento em saúde utilizada no PIC, que se realizou ao longo do EF, demonstrou-se adequada para a organização e sistematização da intervenção respeitando também as etapas do processo de enfermagem, pelo que se reconhece o seu valor como competência específica dos EEEC.

O PIC “Mais Vale Prevenir do que Cair” respeitou a metodologia de planejamento em saúde em articulação com a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, permitindo contribuir para a melhoria da literacia sobre fatores de risco ambiental e medidas de prevenção de quedas em idosos, no domicílio, por parte dos CI, como se pode verificar através dos resultados obtidos. O que reforça a utilidade da Teoria dos Sistemas de Enfermagem que preconiza o trabalho com grupos, que podem ser constituídos por pessoas com necessidades semelhantes de apoio e capacitação para o cuidar de outro dependente, como é o caso dos CI identificados neste PIC.

A taxa de participação dos CI, na sessão de educação para a saúde, foi considerada baixa, pelo que se sugeriu que para além deste tipo de iniciativas se trabalhe com o CI e respetiva família no domicílio, de forma a evitar deslocações, a estabelecer uma melhor relação de confiança, essencial à capacitação do grupo (Stanhope & Lancaster, 2011), garantindo a participação e provavelmente obtendo melhores resultados.

O grau de satisfação dos CI que participaram neste projeto foi muito bom em 66% dos casos. Os elementos da ECCI demonstraram-se motivados para dar continuidade ao projeto e utilizar os contributos que dele advieram, tais como: a lista de verificação dos fatores de risco ambiental como complemento à avaliação do risco de queda, no momento da admissão; a continuidade da mobilização dos recursos da comunidade; a continuidade da avaliação do projeto com vista a apresentação dos resultados obtidos ao ACES LOO, no relatório anual de atividades da ECCI. Valorizaram ainda a melhoria da literacia em saúde dos CI e a promoção de um ambiente seguro nas habitações dos idosos acompanhados pela equipa.

De acordo com Petronilho (Petronilho, et al., 2017) os cuidados prestados no âmbito da RNCCI podem contribuir para melhorias no autocuidado da pessoa dependente. O PIC desenvolvido neste estágio pode ser considerado uma forma de atingir esse fim, ou seja, a capacitação dos CI para a otimização do ambiente físico no domicílio pode contribuir para garantir um ambiente seguro de forma a prevenir as quedas em idosos, pois verificaram-se boas taxas de aquisição de conhecimentos nos CI que assistiram à sessão de educação para a saúde. No entanto seria importante avaliar o PIC de uma forma global para reforçar este resultado.

As quedas em idosos são um problema de saúde pública com causas multifatoriais que requerem soluções integradas com intervenção multidisciplinar e intersectorial (Friedson et al., 2018), pelo que houve envolvimento de outras áreas profissionais e tentativa de realizar parcerias com as instituições autárquicas.

Considera-se que este tipo de projeto constitui uma forma de intervenção que pode integrar programas mais abrangentes, que deveriam ser intersectoriais, tal como preconizado na ENEAS (Costa, 2017), contribuindo de alguma forma para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente na diminuição das taxas de internamento e mortalidade associadas às quedas na população com mais de 65 anos, a melhoria da literacia em saúde e o empoderamento da comunidade na prevenção de quedas em idosos.

No que diz respeito às implicações que poderão advir deste relatório considera-se que, do ponto de vista da prática clínica, este tipo de projetos complementa a avaliação do risco de quedas, que já é realizada pela ECCI. O PIC realizado sistematiza uma das formas de intervir no problema, pois possibilitou a realização de diagnósticos, a intervenção e a avaliação concreta dos resultados.

Do ponto de vista da investigação o desafio decorrente deste projeto prende-se com a inexistência de escalas de avaliação dos fatores ambientais de risco de queda adaptadas e validadas para a população portuguesa, e também com a necessidade de realizar estudos sobre o empoderamento da comunidade na prevenção de quedas em idosos, para conhecer os contributos, em ganhos em saúde, sociais e económicos, que podem advir de intervenções de enfermagem.

Ao longo desta unidade curricular foram atingidos os objetivos descritos no Guia de EF e Relatório (Figueiredo, Madureira, & Lourenço, 2018), apesar de não se conseguir fazer a avaliação completa do impacto do PIC, existiu algum *feedback* da equipa de enfermagem e foram feitas sugestões de avaliação.

As atividades e as dificuldades encontradas para a realização das mesmas foram ultrapassadas e permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEC e as correspondentes ao grau mestre, bem como competências comunicacionais, de adaptabilidade e gestão de tempo e de recursos. Pelo que após este percurso é assumida maior responsabilidade na prática clínica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, S. (2015). Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011. Lisboa: Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. Disponível em: https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/OLCP_Lisboa_-_Relatorio_2011.pdf
- ACES LOO. (2014). Plano Local de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras 2014-2016. Lisboa. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017a). Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA apurados para o período 2013-2015. *INSA Observação - Boletim epidemiológico*, 10, 33-38. Acedido a 10-10-2018. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf
- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017b). Encaminhamento das vítimas de acidentes domésticos e de lazer em Portugal: resultados do sistema EVITA entre 2013 e 2015. *INSA Observações - Boletim Epidemiológico* 18.10, 8, 43-46. Acedido a 10/10/2018. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5553/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N21_2018_artigo8.pdf
- Andrade, C. (2014). *Membro da Família Prestador de Cuidados*. Tese de Doutoramento. Disponível no Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/15493>
- ANQEP & DGES. (2013). Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

- ARS RLVT. (2015). *Perfil de Saúde e seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2015*. (Vol. 1 e 2) Lisboa: ARS RLVT.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berbiglia, V., & Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing. Em M. Allgood. *Nursing Theorists and their work* (pp. 240-257). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Biblioteca de Literacia em Saúde. (2017). *E-book Tropeções, Quedas e Trambolhões*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1>
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: estudo transversal observacional. *Saúde & Tecnologia*, 17, 39-46. DOI: 10.25758/set.1711
- Costa, A. S. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Conselho de Lisboa*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese%20Doutoramento%20V10%20-18%20Maio%202013_CD.pdf
- Costa, S. A. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. Lisboa: SNS.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2017). *A proteção dos dados pessoais de Saúde*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Dias, C., Freitas, M., & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23(4), 39-50. DOI: 10.32385/rpmgf.v23i4.10388
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. (DGS, Ed.). Lisboa. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Eurocarers. (2009). Carers in Europe Factsheet. Acedido a 17-12-2018. Disponível em: <http://www.eurocarers.org/userfiles/file/factsheets/Carers%20in%20Europe%20-%202009.pdf>
- Eurocarers (2018). Why addressing the needs of informal carers is a crucial issue for Europe. Acedido a 25-10-2018. Disponível em: https://www.eurocarers.org/userfiles/files/factsheets/Eurocarers%20-%20Intro_final.pdf
- European Centre for the Development of Vocational Training. (2014). *Terminology of European education and training policy*. Luxemburgo: European Union. Disponível em: <http://www.cedefop.europa.eu/en/publications-and-resources/publications/4117>
- European Commission. (2018). *Informal Care in Europe*. Brussels: LSE Consulting. Disponível em: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>
- Fong, K., Siu, A., Ma, P., Yeung, K., Sze, P., & Chan, C. (2015). Domiciliary environmental risk factors for accidental falls among community-living older persons: A prospective 12-month study. *Healthy Aging Research* 4 (5). Disponível em: <https://www.longdom.org/articles/domiciliary-environmental-risk-factors-for-accidental-falls-among-communityliving-older-persons-a-prospective-12month-st.pdf>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Friedson, C., Tan, M., Ory, M., & Smith, M. (2018). Editorial: Evidence-Based Practices to Reduce Falls and Fall-Related Injuries Among Older Adults. *Frontiers in Public Health*, 6:222. DOI: 10.3389/fpub.2018.00222.
- Graça, T., Bocchi, S., Fusco, S., Avila, M. (2018). A experiência do cuidador informal à luz da Teoria Geral da Enfermagem. *Online Brazilian Journal oh Nursing*, 16 (3): 355-365. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5649>
- Honoré, B. (2012). *O Cuidar em Perspetiva*. Loures: Lusociência.
- ICN (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão 2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ICN (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde, Manual para uso em Serviços Centrais e Regionais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde, Manual para uso de Serviços Centrais, Regionais e Locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Melo, P. (2016). *Enfermagem Comunitária Avançada: um Modelo de Empoderamento Comunitário*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Porto.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/community_preventfalls.html
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Occupational Therapy Geriatric Group Department of Rehabilitation Science. (2017). *Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) v.5*. Buffalo: University of Buffalo. Disponível em: http://sphhp.buffalo.edu/rehabilitation-science/research-and-facilities/funded-research/aging/home-safety-self-assessment-tool.html#title_0
- OCDE. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Oliveira, T., Baixinho, C., & Henriques, M. (2018). Risco Multidimensional de Queda em Idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1-9. DOI: 10-5020/18061230.2018.7058
- OMS (2002). *Active Ageing - A Policy Framework*. Genebra: World Health Organization.
- OMS. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- OMS (2015). *World Report on Ageing and Health*. Luxemburgo: World Health Organization.

- OMS (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2018a). Declaration of Astana. Astana: Global Conference on Primary Health Care.
- OMS (2018b). Falls – Key facts. www.who.int. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- OMS (s.d.). Carta de Ottawa. Ottawa: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Pais, J. R. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo.
- Pereira, M., Xavier, S., Araújo, M., Valença, C., Menezes, R., Germano, R. (2011). A Teoria do Autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 5(4):896-900. DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-1-LE.0504201106
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, Série 4 (14), 39-48.
- Phelan, E., Mahoney, J., Voit, J., & Stevens, J. (2015). Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. *Med. Clin. North. Am.* 99 (2), 281-293. DOI:10.1016/j.mcna.2014.11.004.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Brasília: Leiass.
- Polit, D., & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA. (2018). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Retratos/2018/Retrato+de+Portugal+na+Europa-75>
- Rúbia, C., Pereira, C., Doring, M., & Portella, M. (2015). Fatores de risco extrínsecos de quedas em idosos no domicílio. *Mais60 - Estudos Sobre Envelhecimento*, 26 (63),

- 50-62. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/99b3fe4c-ad35-4c65-a43c-5e89802386cb.pdf>
- Registo Nacional de Utentes. (25 de Janeiro de 2019). Serviço Nacional de Saúde. Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- SNS (2017). Tropeções, Quedas e Trambolhões. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes-quedas-e-trambolhoes/>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Caldevilla, M., Henriques, C., Severino, P., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermeria Global*, 42, 506-521. Disponível em: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/48530/2/230251-884841-1-PB.pdf>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta.
- Stark, S., Somerville, E., Keglovits, M., Conte, J., Li, M., Hu, Y.-L., & Yan, Y. (2017). Protocol for the home hazards removal program (HARP) study: a pragmatic, randomized clinical trial and implementation study. *BMC Geriatrics*, 17(90). DOI: 10.1186/s12877-017-0478-4
- Sustersic, M., Gauchet, A., Foote, A., & Bosson, J.-L. (2017). How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expectations* 20, 531-542. DOI: 10.1111/hex.12487. Epub 2016 Sep 26.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations.

Documentos não publicados

- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: [file:///Users/user/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20\(2\).pdf](file:///Users/user/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20(2).pdf)
- ECCI Consigo (2014). Relatório de atividade anual.
- ECCI Consigo (2015). Relatório de atividade anual.
- ECCI Consigo (2016). Relatório de atividade anual.
- ECCI Consigo (2017). Relatório de atividade anual.
- Manual de acolhimento do ACeS LOO (2016)
- Manual de acolhimento da UCC Consigo (2018)
- Figueiredo, A. S., Madureira, M., & Lourenço, M. (2018). *Guia de Estágio Final e Relatório*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

Legislação

- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados aprovado pelo Diário da República n.º 109/2006, Série I-A, 3856 – 3865.
- Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho. Processo de Bolonha aprovado pelo Diário da República n.º 121/2008, Série I, 3835 – 3853.
- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Diário da República n.º 193/2013, Série I, 6050 – 6061.
- Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro. Graus e diplomas do Ensino Superior aprovado pelo Diário da República n.º 178/2009, Série I, 6310 – 6312.
- Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março. Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados aprovado pelo Diário da República n.º 49/2016, 1º Suplemento, Série II, 8660.
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 aprovado pelo Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II, 3882-(2) a 3882-(10).
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Diário da República n.º 181/2015, Série I, 8059 – 8105.
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, aprovada pelo Diário da República n.º 24/2017, Série, 608 – 629.
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pelo Diário da República n.º 35/2011, Série II, 8648 – 8653.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária aprovado pelo Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19354 – 19359.
- Regulamento n.º 798/2018, de 30 de novembro. Proteção de dados pessoais e à livre circulação aprovado pelo Diário da República n.º 231/2018, Série II, 32031 – 32032.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quedas em Idosos – Fatores de Risco – *a Scoping Review*

SCOPING REVIEW – RESUMO

TÍTULO:

Quedas em Idosos – Fatores de Risco – *a Scoping Review*

AUTORES:

Marisa Paço - marisapaco@sapo.pt - Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta, Mestranda de Enfermagem Comunitária na Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

Colaboração para a revisão:

Professora Doutora Elisa Garcia – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem – Lisboa

INTRODUÇÃO:

O envelhecimento é um conjunto de mudanças que ocorrem ao longo da vida (Stanhope & Lancaster, 2011), influenciado por múltiplos fatores, que leva à diminuição das capacidades e reservas biológicas, aumentando o risco de transtornos orgânicos e funcionais como o desequilíbrio corporal, uma das principais causas de queda (Despacho nº 1400A/2015).

As quedas acarretam grandes encargos (Friedson, Tan, Ory, & Smith, 2018). O seu impacto financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo (Friedson, Tan, Ory, & Smith, 2018). São um problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos, constituindo uma das principais causas de internamento (Alves, Rodrigues, Neto, Mexia, & Dias, 2017). Podem provocar dependência, diminuição de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que por sua vez levam a limitações variadas nas atividades de vida diária (Despacho nº 1400A/2015).

A causa das quedas pode ser multifatorial e reflete a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar (Qin & Baccaglioni, 2016).

Quanto mais fatores de risco associados, maior é o risco de queda (Despacho nº 1400A/2015). Alguns destes podem ser alterados, mas nem todos se podem eliminar (Despacho nº 1400A/2015).

A identificação dos fatores de risco de queda é fundamental para a prevenção (Despacho nº 1400A/2015).

OBJETIVO:

Identificar fatores de risco de queda, em idosos, na comunidade.

MÉTODOS:

Scoping Review com base na metodologia proposta pelo *Joana Briggs Institute* (Peters, 2017). A análise de relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados foi validada por dois revisores independentes. Pesquisa realizada nas plataformas de busca PubMed e EBSCOHost utilizando os descritores “*Accidental fall, risk factors, home hazards, community, older adults*”.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS:

Nesta revisão identificaram-se dez artigos que responderam aos critérios de elegibilidade, publicados entre 2014 e 2017. Foram identificados 55 fatores de risco.

CONCLUSÃO:

Esta *Scoping Review* permitiu identificar múltiplos fatores de risco de queda, que podem ser classificados em: ambientais; farmacológicos; cognitivos; biológicos; psicológicos; socioeconómicos; comportamentais. Existem fatores de risco modificáveis que constituem o cerne da intervenção para a prevenção (OMS, 2007), mas é importante ter em consideração os restantes fatores, pois quanto mais fatores de risco associados, maior o risco de queda (Despacho nº 1400A/2015).

Os fatores de risco associados ao ambiente físico são os mais frequentes, sendo responsáveis por 30 a 50% das quedas em idosos (OMS, 2007). Os perigos presentes no domicílio associados aos restantes fatores de risco contribuem para o aumento das lesões provocadas por quedas (OMS, 2007).

Os resultados desta revisão permitiram dar resposta à questão e podem ser úteis para contribuir para a construção de uma lista de verificação de fatores ambientais de risco de queda no domicílio, porém é necessário ter em consideração as limitações da mesma, pois seria importante validar a qualidade dos artigos incluídos e a sua evidência científica (embora um deles seja uma revisão sistemática da literatura), o que exigia o desenvolvimento de outro tipo de trabalho de investigação.

BIBLIOGRAFIA

Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017a). Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA apurados para o período 2013-2015. *INSA Observação - Boletim epidemiológico*, 10, 33-38. Acedido a 10-10-2018. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf

Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 aprovado pelo Diário da República nº 28/2015, 1º Suplemento, Série II, 3882-(2) a 3882-(10).

- Cevizci, S.; UluocaK, S.; Aslan, C.; Gökulu, G.; Bilir, O.; Bakar, C. (2015) Prevalence of Falls and Associated Risk Factors Among Aged Population: Community Based cross-sectionel study from Turkey *Cent Eur J Public Health*; 23 (3): 233–239. Disponível em: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2015/03/10.pdf>
- Choi, E.; Kim, S.; Kim, N.; Rhee, J.; Yun, Y. Shin, M. (2014) Risk Factors for Falls in Older Korean Adults: The 2011 Community Health Survey. *J Korean Med Sci* 29: 1482-1487. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.11.1482>
- Friedson, C., Tan, M., Ory, M., & Smith, M. (2018). Editorial: Evidence-Based Practices to Reduce Falls and Fall-Related Injuries Among Older Adults. *Frontiers in Public Health*, 6:222. DOI: 10.3389/fpub.2018.00222.
- Kalula, S.; Ferreira, M.; Swingler, G.; Badri, M. (2016) Risk factors for falls in older adults in a South African Urban Community. *BMC Geriatrics* 16:51. DOI: 10.1186/s12877-016-0212-7
- Neto J. et al. (2016) Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(4): 1097-1104. DOI: 10.1590/1413-81232018234.09252016
- OMS. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- Pereira, S.; Santos, C.; Doring, M.; Portella, M; (2017) Prevalência de quedas no domicílio de longevos e fatores extrínsecos associados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 25: e2900. DOI: 10.1590/1518-8345.1646.2900
- Peters, M. (2017). Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. Em *Joana Briggs Institute Reviewer's Manual* (pp. 141–146). Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews
- Qin, Z.; Baccaglioni, L. (2016) Distribution, Determinants, and Prevention of Falls Among the Elderly in the 2011–2012 California Health Interview Survey. *Research*, 31, 331-339. DOI:10.1177/003335491613100217
- Sibley, K.; Voth, J.; Munce, S.; Straus, S.; Jaglal, S. (2014) Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatrics* 14:22. DOI:10.1186/1471-2318-14-22
- Sousa, L.; Marques-Vieira, C.; Caldevilla, M.; Henriques, C; Severino, S.; Caldeira, S. (2016) Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 37(4):e55030. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta
- Gazibara, T. (2016) Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age *Psychogeriatrics* 17: 215–223. DOI:10.1111/psyg.12217
- Walle, N.; et al. (2014) Fall predictors in older cancer patients: a multicenter prospective study. *BMC Geriatrics* 14:135. DOI:10.1186/1471-2318-14-135

APÊNDICE II

Instrumento de Recolha de Dados

Instrumento de Recolha de Dados

Identificação de fatores de risco de queda em idosos no
domicílio

Data: __/__/____ N°: _____

• **Caracterização do cuidador referência**

Idade:

Escolaridade:

4ª classe

7º ano

9º ano

12º ano

Licenciatura

Outro Especifique: _____

Grau de parentesco com a pessoa que cuida: _____

• **Lista de verificação:**

Zona da habitação	Fatores de risco	Resposta	
		Presente	Ausente
1. Entrada principal	Tapete		
	Obstáculos/objetos junto à porta		
	Fraca iluminação		
	Ausência de iluminação		
	Lâmpada fundida		
	Piso escorregadio		
2. Entrada secundária	Tapete		
	Obstáculos/objetos junto à porta		
	Fraca iluminação		
	Ausência de iluminação		
	Lâmpada fundida		
	Piso escorregadio		
3. Corredor/Hall	Pavimento irregular		
	Tapete		
	Desarrumação		
	Fraca iluminação		
	Ausência de iluminação		
	Lâmpada fundida		
	Interruptor com mau acesso		
	Piso escorregadio		
Pavimento irregular			
Obstáculos na zona de passagem			

Zona da habitação	Fatores de risco	Resposta		
		Presente	Ausente	
4. Sala de estar	Tapetes			
	Desarrumação			
	Cabos nas zonas de passagem			
	Zonas de passagem reduzidas			
	Fraca iluminação			
	Interruptores com mau acesso			
	Lâmpada fundida			
	Móveis instáveis			
	Assentos sem braços de apoio			
	Assentos muito baixos			
	Assentos muito altos			
	Armários muito altos			
	Desarrumação			
5. Cozinha	Uso de banco/cadeira para alcançar utensílios			
	Zona de passagem reduzida			
	Tapetes			
	Piso escorregadio			
6. Quarto	Fraca iluminação			
	Lâmpada fundida			
	Desarrumação			
	Cabos nas zonas de passagem			
	Piso irregular			
	Tapetes			
	Altura da cama	Alta Baixa		
	Fraca iluminação			
	Lâmpada fundida			
	Interruptor com mau acesso			
7. Casa de banho	Objetos e roupas com difícil acesso			
	Zonas de passagem reduzidas			
	Fraca iluminação			
	Lâmpada fundida			
	Piso escorregadio			
	Piso irregular			
	Tapetes			
	Ausência de tapete antiderrapante na banheira/polibã			
	Inexistência de barras de apoio	Sanita Banheira		
	Colocação incorreta de barras de apoio			
	Sanita	Alta Baixa		
	Banheira demasiado alta para entrar			
	Desarrumação			

Zona da Habitação	Fatores de Risco	Resposta	
		Presente	Ausente
8. Escadas	Inexistência de corrimão		
	Corrimão unilateral		
	Corrimão instável		
	Degraus escorregadios		
	Degraus soltos/instáveis		
	Degraus com altura e profundidade irregular		
	Degraus muito altos		
	Fraca iluminação		
	Sem iluminação		
	Lâmpada fundida		
9. Garagem	Obstáculos		
	Fraca iluminação		
	Sem iluminação		
	Lâmpada fundida		
	Piso irregular		
	Piso escorregadio		
10. Outros aspectos a observar	Desarrumação		
	Objetos no chão		
	Cabos nas zonas de passagem		
	Presença de animais de estimação		
	Crianças em casa		
	Sapatos desadequados		
	Utilização incorreta de ajudas técnicas		

Zona da habitação onde o idoso permanece mais tempo

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III

Resultados da aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Distribuição das zonas de habitação existentes em cada domicílio

Zona da habitação	Frequência	%
Entrada Principal	10	100%
Sala de estar	10	100%
Cozinha	10	100%
Quarto	10	100%
Casa de banho	10	100%
Escadas	10	100%
Corredor/Hall	9	90%
Entrada Secundária	4	40%
Garagem	0	0%

Fatores de risco ambiental identificados na entrada principal

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Entrada Principal	Fraca iluminação	7	70%
	Piso escorregadio	5	50%
	Obstáculos junto à porta	2	20%
	Tapete	1	10%
	Pavimento irregular	1	10%

Fatores de risco ambiental identificados na entrada secundária

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Entrada Secundária	Obstáculos junto à porta	2	20%
	Pavimento irregular	2	20%

Fatores de risco ambiental identificados no corredor

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Corredor	Fraca iluminação	3	30%
	Piso escorregadio	3	30%
	Pavimento irregular	3	30%
	Obstáculos na zona de passagem	2	20%
	Tapete	1	10%
	Interruptor com mau acesso	1	10%

Fatores de risco ambiental identificados na sala de estar

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Sala de estar	Zonas de passagem reduzidas	8	80%
	Assentos muito baixos	7	70%
	Tapete	5	50%
	Assentos sem braços de apoio	5	50%
	Desarrumação	3	30%
	Cabos nas zonas de passagem	2	20%
	Móveis instáveis	2	20%

Fatores de risco ambiental identificados na cozinha

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Cozinha	Armários muito altos	9	90%
	Usa banco/cadeira para alcançar utensílios	5	50%
	Tapetes	5	50%
	Zonas de passagem reduzidas	4	40%
	Desarrumação	3	30%
	Fraca iluminação	3	30%

Fatores de risco ambiental identificados no quarto

Zona da	Fator de risco	Presente
---------	----------------	----------

Habitação		Frequência	%
Quarto	Zona de passagem reduzida	6	60%
	Desarrumação	3	30%
	Tapete	3	30%
	Cama alta	3	30%
	Cama baixa	3	30%
	Objetos e roupas de difícil acesso	3	30%
	Cabos na zona de passagem	2	20%
	Piso irregular	2	20%
	Interruptor com mau acesso	2	20%

Fatores de risco ambiental identificados na casa de banho

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Casa de Banho	Banheira demasiado alta	9	90%
	Inexistência de barra de apoio junto à sanita	9	90%
	Tapete	6	60%
	Inexistência de barra de apoio na banheira	6	60%
	Piso escorregadio	5	50%
	Fraca iluminação	3	30%
	Ausência de tapete antiderrapante na banheira	3	30%
	Sanita baixa	3	30%
	Desarrumação	3	30%
	Piso irregular	2	20%
	Colocação incorreta de barras de apoio	1	10%

Fatores de risco ambiental identificados nas escadas

Zona da Habitação	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Escadas	Inexistência de corrimão	8	80%
	Degraus escorregadios	8	80%
	Corrimão unilateral	7	70%
	Fraca iluminação	4	40%
	Degraus muito altos	1	10%

Outros fatores de risco ambiental identificados

	Fator de risco	Presente	
		Frequência	%
Outros	Sem rampa de acesso para cadeira de rodas	8	80%
	Presença de animais de estimação	4	40%
	Sapatos desadequados	4	40%
	Uso incorreto de ajudas técnicas	2	20%

APÊNDICE IV

Sessão de Educação para a Saúde
Prevenção de quedas em idosos no domicílio

PLANO DE SESSÃO

1 – IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Prevenção de quedas em idosos no domicílio

Destinatários: Cuidadores Informais referenciados na ECCI

Tempo previsto: 45 minutos

2 – OBJECTIVO

- Contribuir para a melhoria da literacia sobre prevenção de quedas;
- Contribuir para a capacitação dos cuidadores informais na prevenção de quedas em idosos no domicílio.

3 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

- Computador portátil
- Projetor
- Folhas e canetas

4 – RECURSOS HUMANOS

- 2 enfermeiras

5 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

- No final da sessão todos os formandos deverão ser capazes de:
 - identificar e pelo menos 3 fatores de risco de queda;
 - identificar pelo menos 3 medidas de prevenção de quedas no domicílio.

ASPECTOS A CONSIDERAR				
Conteúdos	Metodologias	Material/Equipamento	Avaliação	Tempo
Fatores de risco de queda no domicílio	Método Expositivo e Interrogativo e demonstrativo	Computador portátil Projektor		35 minutos
Medidas de prevenção de quedas no domicílio				
Conclusão - síntese da sessão; - período para questões e dúvidas.	Método Expositivo e Interrogativo	Computador portátil Projektor		10 minutos


PREVENÇÃO DE QUEDAS



ENF. MARISA PAÇO – ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
 ENF. TERESA FRANÇA – ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
 PROFESSORA DOUTORA ELISA GARCIA

1

VAMOS FALAR SOBRE:

- 1 • FATORES DE RISCO
- 2 • COMPLICAÇÕES
- 3 • MEDIDAS DE PREVENÇÃO

2

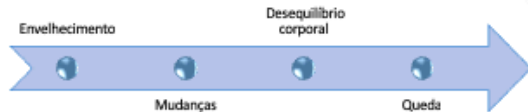

QUEM ESTÁ EM RISCO?



Risco de queda

3

ENVELHECIMENTO

ENIAS, 2017
 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

4


COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS

- Fraturas dos ossos
- Cuidados médicos
- Diminuição da autonomia;
- Limitações nas atividades de vida;
- Encargos financeiros;
- Morte.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
 DNVS, 2014
 EVI/A 2013-2015

5

RECOMENDA-SE QUE OBSERVEM AS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA HABITAÇÃO.



MS, 2017

6






Está bem iluminada?



MS, 2017

7



MS, 2017

8



O piso é escorregadio?



MS, 2017

9



MS, 2017

10






Existem cabos ou outros objetos pelo chão?



MS, 2017

11



MS, 2017

12




Os móveis são adequados e estão organizados?



MS, 2017

13





MS, 2017

14




Existem tapetes em casa?



MS, 2017

15





MS, 2017

16




Há corrimão ou apoios nas escadas e casa de banho?



MS, 2017

17






MS, 2017

18

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Visão
- Não subir a cadeiras instáveis
- Objetos mais usados ao alcance das mãos
- Andar devagar

MS, 2017

19



20

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Reparar degraus soltos ou instáveis
- Olhar para o chão
- Atividade física
- Manter-se contactável

MS, 2017

21

MAIS INFORMAÇÕES EM:

<https://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1>



22

MAIS VALE PREVENIR DO QUE CAIR!



ACS
A ASSOCIAÇÃO
LUSITANA

UCC Coniço
UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DO RECANTO

CATEDRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE LISBOA

23

APÊNDICE V

Convite para a Sessão de Educação para a Saúde
Prevenção de quedas em idosos no domicílio



Convite

Temos a honra de o convidar para uma Sessão de Educação para a Saúde sobre **Prevenção de Quedas**, a realizar-se no dia / / pelas h , em _____

Agradecemos desde já a sua presença.



APÊNDICE VI

Instrumentos para avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre prevenção de quedas em idosos no domicílio

TESTE DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

AÇÃO: PREVENÇÃO DE QUEDAS	
LOCAL DE REALIZAÇÃO:	DATA:

Coloque uma cruz (X) nas respostas corretas.

Selecione três fatores de risco de queda:

Zonas de passagem estreitas em casa.	
Usar sapatos antiderrapantes.	
Tapetes.	
Apoiar-se em barras de apoio junto à sanita.	
Andar no escuro.	
Colocar os objetos de mais frequente utilização mais próximos.	

Selecione três medidas de prevenção de queda:

Retirar da habitação móveis que estejam a ocupar muito espaço.	
Andar sobre piso molhado.	
Colocar barras de apoio junto à sanita e na banheira.	
Subir a uma cadeira para alcançar objetos.	
Não substituir lâmpadas fundidas	
Colocar os objetos de mais frequente utilização mais próximos.	

Obrigada

QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO DA SESSÃO

AÇÃO: PREVENÇÃO DE QUEDAS

LOCAL DE REALIZAÇÃO:

DATA:

Coloque uma cruz (X) na resposta pretendida.

	Mau	Indiferente	Bom	Muito Bom
Interesse do tema				
Clareza dos assuntos apresentados				
Utilidade do tema				
Instalações e equipamentos				

Obrigada

APÊNDICE VII

Folheto Informativo – Prevenção de Quedas em Idosos

Outras recomendações:

- Se sentir alguma alteração da **visão** consultar o médico de forma a que esta possa ser corrigida.
- Não subir a **cadeiras instáveis**.
- Manter os objetos que usa com mais frequência ao **alcance** das mãos.
- Andar **devagar**.



Mais informações em:

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

Outras recomendações:

- Reparar **degraus** soltos ou instáveis.
- Olhar para o chão antes de entrar numa divisão para verificar se existe algum **obstáculo**.
- Praticar **atividade física** para promover o equilíbrio e melhorar a força muscular.



Autor:
Enf. Marisa Paço

Orientador:
Enf. Adelaide Pereira
Enf. Teresa França

Data de elaboração: 2018
Data de revisão: 2020

Contactos UCC Consigo:
Telefone Geral:
213630130
E-mail:
ucc.consigo@arslvt.min-saude.pt



UCC Consigo
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



Prevenção de Quedas em Idosos





Verifique as Condições de
segurança da sua habitação!

Como prevenir?

Assegure-se que na sua habitação:

- Existe boa **iluminação** em todas as divisões da casa;
- Acende as **luzes** sempre que necessário, especialmente para ir à casa de banho durante a noite;
- Existem **interruptores** facilmente acessíveis;
- São substituídas de imediato as **lâmpadas fundidas**;
- Evita andar sobre o **chão molhado**;
- Utiliza **tapete antiderrapante** na banheira/polibã;
- Utiliza **antiderrapante** nas escadas;
- Usa **sapatos** adequados (fechados e com sola antiderrapante);
- Está **arrumada e organizada**;
- Os locais de passagem estão livres e com **espaço suficiente**;
- Existem **assentos** com encosto e apoio de braços;
- O sofá e cama têm a **altura** adequada;
- Os **tapetes** têm antiderrapante ou são removidos;
- Existem **barras de apoio** junto à sanita e na banheira;
- Existe **corrimão** nas escadas.



Será que está em
risco?

Tem mais de **65 anos**?

Teve uma **queda** no **último ano**?

Não pratica **atividade física**?

Toma vários **medicamentos**?

Tem alterações da **visão**?

Desequilibra-se com frequência?



Se responderia **sim** a estas
questões então existe **risco**
de queda.



APÊNDICE VIII

Apresentação do PIC

ACES LX OCIDENTAL E OIRAS

UCC Comiso
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM LISBOA PORTUGAL

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

MAIS VAIS PREVENIR DO QUE CAIR!

MARISA PAÇÇ
PROFESSORA DOUTORA ELISA GARCIA
ENFERMEIRA EEC TERESA FRANÇA

1

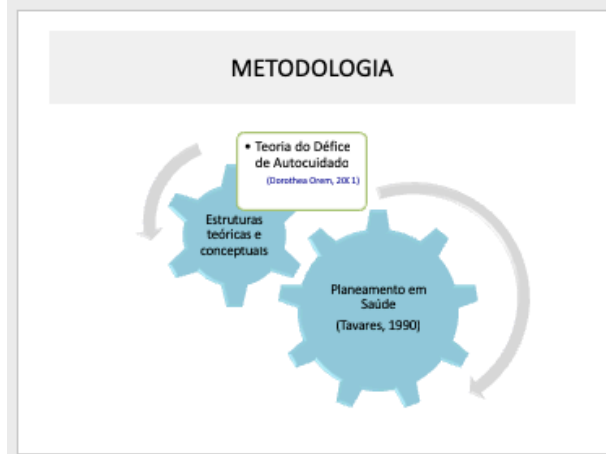


2

SUMÁRIO

- 1 • Justificação
- 2 • Metodologia
- 3 • Diagnóstico de situação
- 4 • Determinação de Prioridades
- 5 • Fixação de Objetivos
- 6 • Seleção de Estratégias
- 7 • Preparação Operacional
- 8 • Avaliação
- 9 • Análise SWOT

3



4



5



6

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Critérios de Inclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Cuidador informal referenciado na ECCI desde o dia 29/10/2018 até dia 09/11/2018	Cuidador informal não referenciado na ECCI
Cuidador de pessoa com 65 ou mais anos	Cuidador de pessoa com idade inferior a 65 anos
Pessoas que aceitem de livre vontade participar no projeto	Pessoas que não aceitem participar no projeto

7

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Instrumento de recolha de dados

Scoping Review

Validação

Pré-teste

Caracterização da amostra

Verificação de fatores ambientais de risco de queda

8

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados

Caracterização da amostra:

- Idade: $\bar{X} = 57,6$
 - Max = 83
 - Min = 26
 - 50% têm mais de 60 anos



9

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados

Caracterização da amostra:

Grau de parentesco



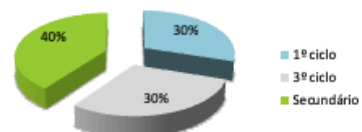
10

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados

Caracterização da amostra:

Escolaridade



11

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados – distribuição das zonas da habitação existentes em cada domicílio

Zona da Habitação	n	%
Entrada Principal	10	100%
Sala de Estar	10	100%
Cozinha	10	100%
Quarto	10	100%
Casa de Banho	10	100%
Escadas	10	100%
Corredor/Hall	9	90%
Entrada Secundária	4	40%
Garagem	0	0%



12

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados – Zona da habitação onde permanece mais tempo

Zona onde passa mais tempo	n	%
Sala de Estar	7	70%
Quarto	6	60%
Cozinha	2	20%



13

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados - Problemas Identificados

Problemas identificados no interior da habitação	
Problemas identificados no interior da habitação	%
Banheira demasiado alta para entrar	90%
Inexistência de barra de apoio junto à sanita	90%
Ameiros muito altos na cozinha	90%
Zonas de passagem reduzidas na sala de estar	80%
Assentos muito baixos na sala de estar	70%
Zona de passagem reduzida no quarto	60%
Presença de tapetes na casa de banho	60%
Inexistência de barra de apoio na banheira	60%
Presença de tapetes na sala de estar	50%
Assentos sem braços de apoio na sala de estar	50%
Uso de banco/vadeira para alcançar utensílios na cozinha	50%
Presença de tapetes na cozinha	50%
Piso escorregadio na casa de banho	50%



14

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Resultados - Problemas Identificados

Problemas identificados na zona de acesso à habitação	
Problemas identificados na zona de acesso à habitação	%
Inexistência de corrimão nas escadas	80%
Degraus escorregadios	80%
Sem rampa de acesso para cadeiras de rodas	80%
Corrimão unilateral nas escadas	70%
Fraca iluminação da entrada principal	70%
Piso escorregadio na entrada principal	50%



15

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem 1

• Défice de conhecimento sobre os fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio relacionado com presença de fatores ambientais de risco de queda.

Orem, 1993

• Falta de conhecimento sobre segurança ambiental no domicílio por presença de fatores ambientais de risco de queda.

CIPE
Versão 2015



16

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem 2

• Défice de conhecimento sobre as medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio relacionado com presença de fatores ambientais de risco de queda.

Orem, 1993

• Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas.

CIPE
Versão 2015



17

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem 3

• Segurança ambiental prejudicada relacionado com presença de barreiras estruturais e arquitetónicas na habitação.

Orem, 1993

• Segurança ambiental no domicílio ineficaz por existência de barreiras estruturais e arquitetónicas da habitação.

CIPE
Versão 2015



18

DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Método: Grelha de análise

Pineault, 2016]

1

• Falta de conhecimento sobre segurança ambiental no domicílio por presença de fatores ambientais de risco de queda.

2

• Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas.

19

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral

Contribuir para a otimização da segurança ambiental da habitação dos idosos acompanhados pela ECCI Consigo.

20

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivos específicos

- Sensibilizar os cuidadores informais para os fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio;
- Contribuir para a melhoria da literacia dos cuidadores informais sobre os fatores ambientais de risco de queda em idosos no domicílio;
- Contribuir para a melhoria da literacia dos cuidadores informais sobre as medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio.
- Contribuir para a diminuição dos fatores ambientais de risco de queda no domicílio dos idosos acompanhados pela ECCI.

21

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivos Operacionais

- Realizar pelo menos 1 sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores informais, no período compreendido entre 19 de novembro e 12 de dezembro de 2018;
- Sensibilizar a equipa para a intervenção junto dos cuidadores informais;
- Obter contributos junto da equipa multidisciplinar numa reunião;
- Conhecer os recursos da comunidade.

22

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

1

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2

ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR

3

MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS DA COMUNIDADE

23

PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Nome e Logotipo do Projeto

MAIS VALE PREVENIR DO QUE CAIR!



24

★

PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Estratégia 1

Sessões de educação para a saúde em grupo
Distribuição de folhetos informativos

- Tema: "Prevenção de Quedas";
- Metodologia: Método Expositivo e Interrogativo;
- Local: UCC Consigo;
- Destinatários: Cuidadores informais referenciados na ECCL.



Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Sistema de apoio à educação

Ortiz, 1993

25

PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Estratégia 2

Reunião multidisciplinar

- Data: 17 de dezembro de 2018
- Objetivos:
 - Apresentar o projeto de intervenção comunitária;
 - Sensibilizar a equipa para a intervenção junto do cuidador informal;
 - Fomentar a continuidade do projeto.



26

PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Estratégia 3

Entrevista sobre o programa Casa Aberta

- Data: a definir
- Objetivos:
 - Conhecer os recursos da comunidade;
 - Identificar a forma de referência ao programa.



27

AVALIAÇÃO

Sessão de Educação para a Saúde

Processo

- Taxa de realização das sessões planeadas de 100%;
- Taxa de convocação dos cuidadores de 100%;
- Baixa taxa de adesão dos cuidadores (30%);
- Grau de satisfação dos cuidadores, com a sessão de educação para a saúde, bom (33%) ou muito bom (66%);

Resultado

- 67% dos cuidadores identificaram corretamente 3 fatores de risco;
- 100% dos cuidadores identificaram corretamente 3 medidas de prevenção.

28

AVALIAÇÃO

Reunião com a equipa



Entrevista Programa Casa Aberta

29

AVALIAÇÃO

Impacto



30

ANÁLISE SWOT



31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves T, Rodrigues E, Neto M, Meda R, Dias CM. Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA (surveillance para o período 2011-2015). Inq Nac Saúde [Internet]. 2017;43-6. Disponível em: http://revista.riis.usp.br/revista/26400.1847180/revista_Enfermeiros_Observacao_M18_2017_arquivo.pdf

Despacho nº 3618-A/2016 – Programa Nacional para a Saúde, Utensário e Autocuidados.

ECC Conslge. [2017]. Relatório anual de atividades da ECC Conslge. Lisboa

Imperiali, C., & Giraldez, M. do R. (1982). Metodologia do Planeamento de Saúde. (Obra Avulsa, Ed.) [1ª]. Lisboa.

Nunes, N. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em saúde e os instrumentos de auxílio*. (C. Matos, Ed.) [1ª Edição]. Lisboa: Clivado Editores.

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. Plano Nacional para a segurança dos idosos 2013-2020 [Portugal] [Internet]. Diário da República Portugal, 2013, p. 4-8. Disponível em: <http://www.aplicacoes.dsa.gov.pt>

Poli ou Beck et. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem, 3ª ed., Porto Alegre: Artmed

população. Índice Envelhecimento [Internet]. Números de Portugal, 2017 [citado 22 de Setembro de 2018]. p. 11-4. Disponível em: <https://www.estatista.pt/Markets/Indice-de-envelhecimento.aspx>

Ribeiro, F. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Placote Editores, Lisboa.

Saviani, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Cadernos de Formação 2, Et.) Lisboa: Ministério da saúde.

Samoy, A. M., & Allgood, M. M. (2004). *Técnicas de Enfermagem e o seu plano*. (Lusodênia, Ed.) [1ª Edição]. Loures.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *CIFE® Versão 2010 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa*. Lisboa: LUSODENIA.

32

APÊNDICE IX

Guião da Entrevista

Guião para a entrevista

- Qual a origem do Programa Casa Aberta?
- Quais os objetivos do Programa Casa Aberta?
- Em que consiste o Programa Casa Aberta?
- Quem pode usufruir do Programa Casa Aberta?
- Quais os critérios para a pessoa poder usufruir do Programa Casa Aberta?
- Como referenciar para o Programa Casa Aberta?
- Quem pode referenciar para o Programa Casa Aberta?
- Que documentos são necessários para referenciar para o Programa Casa Aberta?
- Em média quanto tempo demora a resposta após a referência?

APÊNDICE X

Distribuição de recursos utilizados no PIC

Recursos necessários Projeto “Mais Vale Prevenir do que Cair”

Estratégia	Atividade	Recursos	
		Humanos	Materiais
Educação para a saúde	1 - Sessão de educação para a saúde; Distribuição de convites; Distribuição de material informativo.	1 Enfermeiro	Computador Projektor Papel Caneta
Envolvimento multiprofissional	2 - Reunião com a equipa multidisciplinar da CC	Enfermeiros Assistentes Sociais Psicóloga	Computador Projektor Papel Caneta
Mobilização de recursos da comunidade	3 - Reunião com os responsáveis pelo programa Casa Aberta nas Juntas de Freguesia da área de abrangência	1 Enfermeiro 1 Motorista	Viatura para deslocação Papel Caneta

APÊNDICE XI

Cronograma

APÊNDICE XII

Autorização para acesso aos dados dos utentes

Pedido de acesso aos dados dos utentes no âmbito do Estágio Final do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

----- Mensagem encaminhada -----
De: <marisapaco@sapo.pt>
Data: 25 de julho de 2018 às 21:52
Assunto: Autorização para utilização do nome da UCC e para acesso aos dados
Para: maria <tmorcirafranca@gmail.com>

Olá Enf. Teresa! Tudo bem?

Envio em anexo o pedido de autorização para utilização do nome da UCC Consigo e para acesso aos dados dos utentes, ao longo do próximo estágio.

Obrigada.

Anexo:

Eu, Natalina Marisa Santos do Paço, mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que irei realizar o estágio final na UCC Consigo no período compreendido entre o dia 3 de setembro de 2018 e o dia 19 de dezembro de 2018. Venho por este meio solicitar autorização para utilização do nome da UCC Consigo e para aceder aos dados clínicos dos utentes, no regular funcionamento da Enfermeira Teresa França, orientadora do estágio. Os dados serão usados, única e exclusivamente, para o desenvolvimento de competências na área de especialidade de Enfermagem Comunitária ao longo do estágio e, ainda, para a produção do relatório do estágio, após anonimizados.

Fwd:

Data: Ter, 14 Ago 2018 (09:22:17 WEST)
De: maria teresa frança <tmorcirafranca@gmail.com>
Para: Marisa Esp. Católica <marisapaco@sapo.pt>

Beijinhos

----- Mensagem encaminhada -----
De: "UCC Consigo - Coordenação I ACES Lisboa Ocidental e Oeiras" <c3110351@ars.vt.min-saude.pt>
Data: 14/08/2018 9:03 a.m.
Assunto: Re:
Para: "maria teresa frança" <tmorcirafranca@gmail.com>
Cc:

Bom dia,
Já tive a confirmação da direção.
A aluna pode referir o seu local de estágio e ter acesso a dados clínicos através da sua orientadora.
Tal como a própria refere os dados devem constar do relatório de estágio anonimizados.

APÊNDICE XIII

Consentimento Livre e Esclarecido

Exmo. Sr. / Sr.^a

Eu, Natalina Marisa Santos do Paço, enfermeira a frequentar o 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, atualmente a desenvolver o estágio final na UCC Consigo integrada no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, sob tutoria da Professora Doutora Elisa Garcia e orientação da Enfermeira Teresa França.

Pretendo realizar um Projeto de Intervenção Comunitária direcionado para a prevenção de quedas em idosos, venho por este meio solicitar a sua colaboração no projeto, que se iniciará com a aplicação de um instrumento de avaliação dos fatores de risco de queda em idosos no domicílio. Mais informo, que o projeto não implica riscos para o participante e que a qualquer momento poderá anular a sua colaboração.

O projeto tem como finalidade contribuir para a capacitação dos cuidadores informais de idosos para implementar medidas de prevenção de quedas no domicílio.

As informações resultantes do instrumento de avaliação poderão ser utilizadas para fins educativos ou para publicação de carácter académico e/ou científico.

No entanto, serão cumpridos os princípios éticos da investigação, assegurando a confidencialidade, através da anonimização dos dados.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicita-se o favor de assinar este documento, que posteriormente será assinado por mim.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, declaro que fui informado, esclarecido e compreendi a informação que me foi dada sobre este projeto. Aceito participar livremente podendo, no entanto, desistir a qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo. Também permito que estas informações sejam utilizadas para fins académicos ou para publicações científicas, desde que seja assegurada a confidencialidade.

Lisboa, /..... /2018

Assinatura do participante

Assinatura da Mestranda/Enfermeira

Nota: Este documento foi duplicado sendo entregue uma cópia ao participante.

(Em caso de dúvida contactar: marisapaco@sapo.pt / 936834342 e/ou elisa.garcia@ics.lisboa.ucp.pt)

APÊNDICE XIV

Póster

Intervenções promotoras de mudança de estilos de vida em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 – *a scoping review*

APÊNDICE XV

Sessões de Educação para a Saúde – Saúde Escolar

No âmbito da Saúde Escolar foram realizadas diversas sessões de educação para a saúde em colaboração com a equipa da UCC.

O parque escolar da área de abrangência da UCC é constituído por 4 agrupamentos e 3 escolas, com um total de cerca de 7000 alunos.

Nesta área, de acordo com os documentos consultados na UCC, são realizadas intervenções mais direcionadas para a alimentação saudável, Diabetes, higiene corporal e primeiros socorros. Realizou-se uma pequena entrevista à Enfermeira Coordenadora da Saúde Escolar, que referiu que são também realizadas intervenções pontuais consoante manifestação da necessidade por parte das escolas.

Anualmente (início do ano letivo) realiza-se o diagnóstico de situação de cada escola, é preenchida uma ficha de Projeto de Educação para a Saúde (PES). Nestas fichas as escolas identificam 5 necessidades prioritárias. Nas fichas correspondentes ao ano letivo 2017/2018 verificou-se que as necessidades manifestadas com mais frequência foram: prevenção de consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoativas; alimentação saudável e atividade física; higiene corporal e oral; saúde mental e competências sócio emocionais/ educação para os afetos e sexualidade, primeiros socorros.

No início do ano letivo foram realizadas sessões de educação para a saúde sobre pediculose aos pais das crianças do 1º ano. Estas sessões foram de curta duração e tiveram como objetivo alertar os pais para o problema, informando como identificar e quais os cuidados a ter quer para prevenir quer para tratar a pediculose. Foram disponibilizados folhetos informativos à escola (Figura 1).

A Pediculose do couro cabeludo é um problema de saúde pública com consequências para a saúde das crianças e comunidades:

- a nível social leva à discriminação, isolamento social, papel de estudante comprometido;
- a nível físico, provoca prurido, défice de concentração, alterações do sono, feridas e infeções oportunistas;
- a nível económico, devido aos custos acrescidos dos produtos necessários para o tratamento.

Na Alemanha foi realizado um estudo que conclui que no final do Verão há um aumento da incidência da infestação por *Pediculus humanus capitis*. Associado aos comportamentos sociais, pois nesta época, as crianças têm mais contatos cabeça-a-cabeça

do que noutros períodos do ano. Além disso, aumenta a probabilidade das crianças viajarem e se encontrarem com crianças já infestadas, o que leva a que quando as escolas iniciam o ano letivo haja um foco endémico (Bauer *et al.*, 2009).

O tratamento de primeira linha, seguido em vários países incluindo Portugal, é com produtos à base de permetrina a 1%. Nas duas últimas décadas tem sido relatado casos em que surgem piolhos resistentes a este princípio ativo (Ascunce *et al.*, 2013). No entanto, a *American Academy of Pediatrics*, AAP, ainda preconiza o seu uso (Villegas e Breitzka, 2012).

Há motivos que levam a acreditar que a prevalência da infestação por piolhos, a nível global, tem vindo a aumentar ao longo da última década, o que pode ser resultado do uso massivo de pediculicidas, com um modo de ação neurotóxica, entre os quais a permetrina (Feldmeier, 2012). Este facto levou a investigação de novas estratégias de tratamento, tais como pediculicidas com base em derivados de óleos essenciais de plantas ou com um modo de ação físico. Mas ainda se questiona a sua eficácia e segurança. Existem, ainda, disponíveis produtos para a prevenção da infestação, no entanto não está comprovada a sua eficácia. Deve ser realizada uma vigilância frequente da criança e pessoas próximas e se for detetada pediculose, implementado o tratamento.

Geralmente um tratamento eficaz requer duas aplicações do produto. A primeira aplicação mata sobretudo piolhos adultos e jovens. A segunda aplicação deve ser realizada após 7 a 14 dias depois e mata os piolhos que, entretanto, saíram das lêndeas. O tratamento deve ser complementado com o uso de pentes de dentes finos, e por outras medidas, tais como:

- Lavar a uma temperatura $>60^{\circ}$ a roupa, almofadas e toalhas usados nos dois dias antes ao tratamento;
- Lavar pentes e escovas a uma temperatura $>60^{\circ}$ durante 5 a 10 minutos;
- Colocar dentro de um saco fechado durante duas semanas os objetos e roupas que não puderem ser lavados.

O Decreto Regulamentar no 3/95 de 27 de Janeiro do “Diário da República», referente à Fixação dos Períodos de Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infeto-Contagiosas, não inclui a Pediculose na lista das doenças com justificação para evicção das escolas, creches/ infantários.

Figura 1 - Foletto informativo - pediculose

Figura 2 - Folheto Pediculose

PEDICULOSE DA CABEÇA (PIOLHOS)

Pública

MARÇO 2015



Os **piolhos da cabeça** (*Pediculus humanus capitis*) são insetos que se alimentam de sangue humano. Põem ovos que se agarram ao cabelo, junto à raiz, chamados «lêndeas».

Os piolhos são difíceis de ver, mas as suas picadas produzem uma **comichão intensa na cabeça**. As lêndeas são umas bolinhas pequeninas esbranquiçadas e duras agarradas ao cabelo junto à raiz. Localizam-se preferencialmente na **nuca e por detrás das orelhas**.

Ao contrário do que é crença comum, o **pioelho não salta nem voa**, pelo que a infestação resulta do **contato próximo** e através da **partilha de objetos** de uso pessoal, como pentes, adereços de cabelo e chapéus, o que explica os frequentes **surtos em escolas e infantários**, sobretudo entre as crianças do sexo feminino.

Tratamento

- **Todos os membros da família e contatos próximos** de quem tem piolhos devem ser inspecionados e caso tenham piolhos devem ser **tratados, ao mesmo tempo**.
- Os piolhos tratam-se com **loções** que se aplicam nos locais onde os piolhos habitam, isto é, na **raiz dos cabelos** e até 1 a 2 centímetros. Para remover as lêndeas utilize **pentas de dentes finos**.
- Para ajudar a retirar as lêndeas, pode ser utilizada uma mistura de vinagre e água em partes iguais, embebendo o cabelo por 15 minutos antes de proceder à remoção das lêndeas.
- Um tratamento eficaz exige **duas aplicações** do produto: 1ª aplicação: mata sobretudo piolhos adultos e jovens e uma 2ª aplicação 7 a 14 dias depois (mata os piolhos que entretanto saíram das lêndeas).



Princípios ativos das loções utilizadas no tratamento: permetrina 1%, dimeticone, oxythirine, óleos minerais+silicne, derivados de óleos de coco, EDTA, trietanolamina, óleo de noz de coco e óleo essencial de anis.

Medidas Complementares

- Lavar a roupa da cama, almofadas, roupa de uso pessoal, chapéus e toalhas usadas nos 2 dias anteriores ao início do tratamento, com temperatura > **60º C** e secar ao sol ou a seco.
- Manter as roupas que não puderem ser lavadas em **sacos fechados** durante 15 dias. Lavar os **pentas ou escovas** com água quente (> 60º C) durante pelo menos 5-10 minutos.
- Aspirar sofás, tapetes e cortinados.
- Não partilhar pentes, gorros ou cachecóis.



Informe a escola da presença de piolhos no seu educando para que avisem os pais das outras crianças que lhe estão próximas. Uma criança sem tratamento contagia os seus companheiros mesmo se já tratados.

Ainda no âmbito da Saúde Escolar realizaram-se também sessões de educação para a saúde sobre tabagismo dirigidas a crianças do 5º ano.

O Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo é um dos programas prioritários em Portugal (DGS, 2017).

Em 2016 estima-se que o tabaco foi responsável por (DGS, 2017):

- 46,4% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica
- 19,5% das mortes por cancro
- 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior
- 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares
- 2,4% das mortes por Diabetes Mellitus Tipo 1.

A prevenção do início do tabagismo em adolescentes e jovens é um dos principais focos de intervenção do Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo (DGS, 2017).

As sessões realizadas consistiram numa experiência (Figura 2 e 3 – Garrafa Fumadora) realizada em sala de laboratório que permitiu demonstrar às crianças o que acontece no organismo humano quando se fuma, com o objetivo de as alertar para os malefícios do tabaco. As sessões tiveram a duração de cerca de 45 minutos, foi utilizado o método demonstrativo e colocadas questões às crianças sobre a experiência. Foi aplicado um pequeno teste (Figura 4) para avaliação dos conhecimentos das crianças no final da sessão, obtendo-se cerca de 95% de respostas corretas. Houve muita participação por parte das crianças e demonstraram-se muito satisfeitas com a sessão.

Figura 2 - Experiência Garrafa Fumadora

A garrafa fumadora

Material

- garrafa de plástico de 1.5 L com tampa
- tubo de borracha com cerca de 10 cm de comprimento
- fósforos
- 2 bolas de algodão
- 1 tina de vidro
- 8 cigarros
- água
- 1 funil
- máscaras
- 1 caixa de Petri
- 1 vareta de vidro
- plasticina



Procedimento

1ª Parte:

1. Perfurar a tampa e o fundo da garrafa.
2. Inserir o tubo de borracha na tampa. Se necessário colocar plasticina para um melhor ajuste.
3. Colocar uma bola de algodão na extremidade do tubo que ficará no interior da garrafa. Na outra extremidade colocar um cigarro.



Figura 3 - Experiência Garrafa Fumadora (cont.)

4. Encher a garrafa com água, tapando o furo do fundo com um dedo
5. Colocar cuidadosamente a tampa na garrafa, com o cigarro para o exterior e o algodão para o interior da garrafa. **NÃO MOLHAR O ALGODÃO**
6. Sem tirar o dedo do fundo da garrafa, colocá-la com o furo voltado para a tina a uma altura de 10 cm do fundo.
7. Colocar as máscaras.
8. Acender com um fósforo o cigarro (queimar a ponta do cigarro)



Atenção

Ter cuidado com as cinzas que podem cair para a mão. Evitar movimentos bruscos. Se necessário devem-se retirar as cinzas, com o auxílio da vareta, para a caixa de Petri.

9. Quando todo o cigarro estiver consumido, apagar o cigarro na caixa de Petri
10. Sem retirar o algodão repetir o procedimento mais duas vezes (com mais dois cigarros).
11. Retirar o algodão e observar.

Figura 4 - Teste de avaliação de conhecimentos após a experiência e respetivas respostas

1. REGISTO DOS RESULTADOS

1.1. Observa o que se passa no interior da garrafa à medida que a água vai saindo. O que aconteceu?

Resposta 1.1

- Não se observam alterações.
- Aparecem sapos na água.
- À medida que a água vai saindo o espaço vai sendo ocupado pelo fumo do cigarro.

1.2. Observa o lenço de papel. Como é que ficou?

Resposta 1.2.

- Não se observam alterações.
- A zona que ficou em contacto com o interior da garrafa ficou com resíduos de cor amarela.
- O lenço de papel ficou cor de rosa com bolinhas verdes.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Que paralelismo se pode estabelecer entre a garrafa fumadora e o corpo humano?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| A. Água | 1. Boca |
| B. Garrafa | 2. Pulmões |
| C. Tampa de garrafa | 3. Alvéolos |
| D. Lenços de papel | 4. Respiração |
| E. Pressão da água a sair da garrafa | 5. Circulação Sanguínea |

Resposta 2.1

- A-5; B-2; C-1; D-3; E-4
- A-5; B-1; C-3; D-4; E-2
- A-5; B-4; C-3; D-2; E-1

2.2. Reflete sobre como será o aspecto dos pulmões de um fumador.

BIBLIOGRAFIA

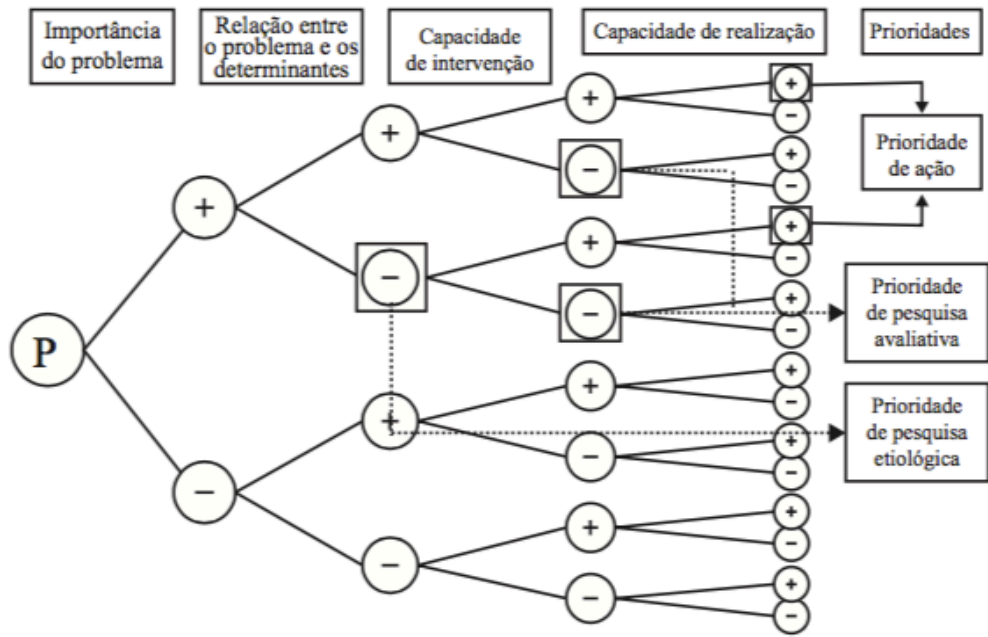
- Ascunce, M.S. et al. (2013). Nuclear genetic diversity in human lice (*Pediculus humanus*) reveals continental differences and high inbreeding among worldwide populations. *PloS one*, 8(2), pp.1–10.
- Bauer, E., Jahnke, C. & Feldmeier, H. (2009). Seasonal fluctuations of head lice infestation in Germany. *Parasitology research*, 104, pp.677–681.
- Dias, A., Fernandes, L., Salgado, M., (2009) *Pediculosis capitis - Revisão teórica e modalidades de tratamento. Revista de Saúde Infantil.*
- Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho – Programa Nacional para a Saúde Escolar
- DGS (2017) Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo – Orientações Programáticas a 2020. Disponível em: <file:///Users/user/Downloads/i024330.pdf>
- Feldmeier, H. (2012). Pediculosis capitis: new insights into epidemiology, diagnosis and treatment. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases: official publication of the European Society of Clinical Microbiology*, 31(9), pp.2105–2110.
- Villegas, S.C. e Breitzka, R.L. (2012). Head lice and the use of spinosad. *Clinical therapeutics*, 34(1), pp.14–23.

ANEXOS

ANEXO I

Grelha de Análise

Grelha de análise para formular as recomendações sobre as prioridades



(Pineault, 2016)