



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

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

**PREVENIR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS  
INSTITUCIONALIZADAS  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

Por

Ana Rita Ferreira Pinto

Lisboa, 2023



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

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

**PREVENIR QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS  
INSTITUCIONALIZADAS  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

Por

Ana Rita Ferreira Pinto

Sob a orientação da Professora Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2023



“O entusiasmo é a maior força da alma. Conserva-o e nunca te faltará poder para  
consequires o que desejas”

Napoleon Hill



## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Garcia por todo o seu apoio, acompanhamento, disponibilidade e por sempre ter uma palavra de incentivo.

À Enf.<sup>a</sup> orientadora pela partilha, pela ajuda nesta caminhada e pela força em todos os momentos.

À restante equipa do local de estágio que tanto apoiaram e tão bem receberam este projeto.

Às minhas colegas de especialidade por todo o apoio neste trajeto, por todos os bons momentos de amizade e partilha.

Aos meus amigos pelas palavras de confiança e por serem força nas alturas mais difíceis.

Aos meus pais, por tudo, por me ensinarem a nunca desistir, por estarem sempre lá nos melhores e piores momentos, por me terem ajudado, como sempre fizeram, pelas suas palavras sempre certas, apesar da distância que nos separa. Sem vocês nada seria possível.

Por último, ao meu grande namorado por todo o amor, por toda a compreensão, por toda a ajuda e pelas palavras de apoio e carinho quando mais precisei.

Obrigada a todos por estarem sempre ao meu lado neste percurso.



## RESUMO

As quedas nas pessoas idosas institucionalizadas constituem um importante problema de saúde pública. Em concordância com a Europa e com o mundo, na população maior de 60 anos, em Portugal, as quedas foram a principal causa de morte relacionada com ferimentos em 2019. Na população idosa institucionalizada verifica-se uma incidência de quedas superior à generalidade desta população.

Na prevenção de quedas na população idosa, os maiores desafios enfrentados pelos enfermeiros são a redução de comportamentos de risco e aumento dos comportamentos de promoção da saúde, tornando-se fundamental o desenvolvimento de práticas de educação em saúde para uma prevenção eficaz destes eventos.

O projeto de intervenção comunitária decorreu numa estrutura residencial para pessoas idosas da área de abrangência de uma unidade de saúde pública. Teve como finalidade reduzir o número de quedas nos utentes da instituição, através do aumento do conhecimento dos cuidadores formais e da promoção da adoção de práticas para a prevenção de quedas. Optou-se pela metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982), seguindo as suas etapas. Como referencial teórico foi selecionado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Para o diagnóstico de situação foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário, que consiste na recolha de dados sociodemográficos e na aplicação de uma escala para a avaliação das práticas e comportamentos da equipa de cuidadores formais, na gestão do risco de queda, o que permitiu definir os diagnósticos de enfermagem. Pela aplicação do método de Hanlon, foram definidas as prioridades dos diagnósticos, destacando-se “Falta de conhecimento sobre prevenção de queda” e “Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida”. Estabeleceram-se objetivos e a educação para a saúde foi utilizada como principal estratégia nas atividades da intervenção comunitária. Na avaliação verificou-se um aumento do nível de conhecimento deste grupo sobre a prevenção da ocorrência de quedas, perspetivando-se desta forma, ganhos efetivos em saúde.

Com o desenvolvimento do presente projeto foram adquiridas as competências necessárias para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública e enfermeiro mestre.

**Descritores:** Cuidadores formais; Pessoas idosas; Quedas; Promoção da Saúde; Enfermagem Comunitária



## **ABSTRACT**

Falls in institutionalized elderly people are an important public health problem. In line with Europe and the world, in the population over 60 years of age, in Portugal, falls were the main cause of death related to injuries in 2019. In the institutionalized elderly population, there is a higher incidence of falls than in the general population.

In the prevention of falls in the elderly population, the biggest challenges faced by nurses are the reduction of risk behaviors and the increase in health promotion behaviors, making it essential to develop health education practices for effective prevention of these events.

The community intervention project took place in a residential structure for elderly people in the area covered by a public health unit. Its objective was to reduce the number of falls among users of the institution, by increasing the knowledge of formal caregivers and promoting the adoption of practices for the prevention of falls. The Health Planning methodology of Imperatori and Giraldes (1982) was selected, following its stages. As a theoretical reference, the Health Promotion Model by Nola Pender was selected.

For the diagnosis of the situation, a questionnaire was used as a data collection instrument, which consists of collecting sociodemographic data and applying a scale for evaluating the practices and behaviors of the team of formal caregivers, in the management of the risk of falls, which allowed defining the nursing diagnoses. By applying the Hanlon method, the priorities of the diagnoses were defined, highlighting “Lack of knowledge about fall prevention” and “Caregiver's ability to take care of compromised”. Objectives were established and health education was used as the main strategy in community intervention activities. In the evaluation, there was an increase in the level of knowledge of this group about preventing the occurrence of falls, thus envisioning effective gains in health.

With the development of this project, the necessary skills were acquired to obtain the degree of specialist nurse in community nursing and public health and master nurse.

**Descriptors:** Formal Caregivers; Elderly; Falls; Health Promotion; Community Nursing



## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AGS – American Geriatrics Society

ARS – Administração Regional de Saúde

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

BGS – British Geriatrics Society

CF – Cuidadores Formais

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ERPI – Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OCDE – Organização Europeia de Cooperação Económica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UE – União Europeia

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	21
1.1. Institucionalização de Pessoas Idosas.....	24
1.2. Cuidadores Formais.....	25
2. AS QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA.....	29
2.1. Fatores de Risco de Quedas.....	32
3. A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	35
3.1. Prevenção de Quedas na População Idosa.....	37
3.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	38
4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	41
4.1. Diagnóstico de Situação.....	41
4.1.1. Contextualização.....	41
4.1.2. Seleção da Instituição.....	43
4.1.3. População Alvo.....	45
4.1.4. O Instrumento de Recolha de Dados.....	46
4.1.5. Questões Éticas e Deontológicas.....	47
4.1.6. Apresentação e Análise dos Dados.....	48
4.1.7. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado à população alvo.....	53
4.1.8. Problemas Identificados.....	54
4.2. Definição de Prioridades.....	55
4.3. Fixação de Objetivos.....	57
4.4. Seleção de Estratégias.....	58
4.5. Preparação Operacional.....	60
4.6. Avaliação.....	64
4.7. Implicações e recomendações para a prática clínica.....	67
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

## APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de atividades

- Apêndice 2 - Ata da reunião com enfermeira orientadora
- Apêndice 3 - Ata da reunião com diretora técnica
- Apêndice 4 - Instrumento de recolha de dados
- Apêndice 5 - Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES
- Apêndice 6 - Pedido de autorização à diretora técnica para realização do projeto de intervenção
- Apêndice 7 - Consentimento livre e esclarecido para participação em projeto de intervenção comunitária
- Apêndice 8 - Pedido de autorização à autora para aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados
- Apêndice 9 - Planeamento da sessão formativa
- Apêndice 10 – Vídeo “A Problemática das Quedas na Pessoa Idosa”
- Apêndice 11 - Sessão formativa
- Apêndice 12 - Avaliação da sessão formativa
- Apêndice 13 - Certificado de presença
- Apêndice 14 - Jogo para identificação de fatores de risco de quedas
- Apêndice 15 - Jogo de correspondência
- Apêndice 16 – Folheto “Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas”
- Apêndice 17 – Poster “Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa”
- Apêndice 18 - Documento para auxílio das CF no registo de quedas
- Apêndice 19 – Sessão para apresentação do projeto à equipa da USP
- Apêndice 20 - Apresentação de dados do questionário de avaliação da sessão formativa
- Apêndice 21 - Apresentação de dados do jogo (imagem) para identificação de fatores de risco de quedas
- Apêndice 22 - Apresentação de dados do jogo de correspondência
- Apêndice 23 – Poster do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

## **ANEXOS**

- Anexo 1 - Parecer favorável da Diretora Técnica da ERPI
- Anexo 2 - Autorização por parte da autora para a utilização da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1 - Índice de Envelhecimento em Portugal. .... 22
- Gráfico 2 - Taxa de incidência de quedas nas pessoas idosas por 100 mil habitantes na Europa, entre 2000 e 2019, por faixa etária..... 30
- Gráfico 3 - Taxa de incidência de quedas nas pessoas idosas por 100 mil habitantes em Portugal, entre 2000 e 2019, por faixa etária..... 31

Gráfico 4 - Distribuição dos utentes por risco de queda associado. ....	45
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por tempo de prestação de cuidados às pessoas idosas. ....	49
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por tempo de experiência na instituição. ....	49
Gráfico 7 - Tempo desde a última formação na área da prestação de cuidados às pessoas idosas. ....	49
Gráfico 8 - Formação em prevenção de quedas nas pessoas idosas, por tempo na instituição. ....	50
Gráfico 9 – Regularidade de formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas. ....	51
Gráfico 10 - Respostas ao Item 1.....	51
Gráfico 11 - Respostas ao Item 2.....	52
Gráfico 12 - Respostas ao Item 3.....	52
Gráfico 13 - Respostas ao Item 4.....	52
Gráfico 14 - Respostas ao Item 5.....	52
Gráfico 15 - Respostas ao Item 6.....	53

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.....	38
Figura 2 - Modelo de Promoção da Saúde (Revisto) de Nola Pender (2019) adaptado à população alvo.....	54

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Idosos com Quedas na Instituição no último ano.....	45
Tabela 2 - Quedas na Instituição no último ano. ....	45
Tabela 3 - Formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa. ....	49
Tabela 4 - Formação na área de prevenção de quedas na pessoa idosa.....	50
Tabela 5 - Nível de formação na área de prevenção de quedas na pessoa idosa. ....	50

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem Determinados. ....	55
Quadro 2 - Critérios do Método de Hanlon, para cada um dos problemas identificados... ..	57
Quadro 3 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do primeiro objetivo específico. ....	61
Quadro 4 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do segundo e terceiro objetivos específicos. ....	62
Quadro 5 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do quarto objetivo específico. ....	64
Quadro 6 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do quinto objetivo específico. ....	64
Quadro 7 - Avaliação das atividades desenvolvidas. ....	65



## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrado no 3º semestre do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Neste, são explanadas as atividades realizadas no âmbito do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, refletindo também sobre a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e as condições para obtenção do grau de mestre, adquiridas ao longo do estágio final.

De acordo com dados da OMS, nos dias de hoje e pela primeira vez na história, a maioria das pessoas vive até aos 60 anos e mais. O envelhecimento da população, requer uma resposta abrangente da saúde pública (OMS, 2015).

Na União Europeia, as quedas são a quarta principal causa de morte, com cerca de 250 mil mortes por ano registadas devido a esta causa, sendo na população idosa que ocorre o maior número de quedas fatais. Em concordância com a Europa e com o mundo, na população maior de 60 anos, em Portugal, as quedas foram a principal causa de morte relacionada com ferimentos em 2019, correspondendo a 24,23% destas mortes (WHO, 2020; WHO, 2021).

A ocorrência de quedas é o resultado da combinação complexa e interativa de fatores biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos, sendo que muitos destes são preveníveis (WHO, 2007).

Na população idosa institucionalizada verifica-se uma incidência de quedas superior à generalidade desta população. Reconhecer os fatores que contribuem para o risco de quedas e a implementação de medidas preventivas, pode reduzir a frequência destes eventos e as suas consequências, resultando na melhoria dos cuidados prestados e aumento da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas (WHO, 2021).

A Declaração de Alma Ata define os cuidados de saúde primários (CSP) como cuidados essenciais de saúde que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

Neste contexto, estão integradas as Unidades de Saúde Pública (USP), que se definem como unidades funcionais que “funcionam como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integram, competindo-lhes, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro; WHO, 1978).

A enfermagem de saúde pública é uma especialidade porque tem um foco e âmbito de prática distintos e requer uma base de conhecimentos especial, com características que a distinguem tais como: é focada na população; é orientada para a comunidade; o foco é a saúde e a sua prevenção; as intervenções são realizadas ao nível da comunidade ou da população; existe preocupação pela saúde de todos os membros da população/comunidade, principalmente subpopulações vulneráveis (Stanhope & Lancaster, 2011).

Aumentar comportamentos de promoção da saúde e reduzir comportamentos de risco são os maiores desafios enfrentados pelos enfermeiros (Pender et al., 2019).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, um dos objetivos estratégicos é a prevenção da ocorrência de quedas, concretizado em ações, como a implementação de estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, para o qual se pretende contribuir com a realização deste projeto (DGS, 2021).

Visando este objetivo, é fundamental que as ERPI possuam profissionais capacitados para a avaliação das pessoas idosas e desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde, destacando-se neste contexto, o cuidador formal. O cuidador formal tem uma contribuição muito importante para a qualidade de vida das pessoas idosas, auxiliando-as nas dificuldades diárias inerentes ao processo de envelhecimento, como a alimentação, higiene, medicação ou mobilidade. Desta forma, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam práticas de educação em saúde junto dos cuidadores formais, com o objetivo de diminuir lacunas no conhecimento, expectativas ou dúvidas que possam existir, para uma melhor prevenção dos problemas de saúde, nomeadamente nas quedas das pessoas idosas institucionalizadas (Coutinho et al., 2021; Nogueira et al., 2022).

Com vista à promoção da saúde da população idosa institucionalizada e como futura Enfermeira Especialista, este projeto foi baseado no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender e desenvolvido através da metodologia de Planeamento em Saúde de

Imperatori e Giraldes (1982). O MPS procura a promoção da saúde através da mudança comportamental das pessoas, centrando-se na saúde comunitária e no papel do enfermeiro no empoderamento das comunidades. Desta forma, apresenta-se como uma importante ferramenta para que o enfermeiro possa expandir a promoção da saúde para a população, baseado na evidência (Pender et al., 2019).

Este projeto foi desenvolvido durante o estágio que decorreu entre 6 de setembro e 16 de dezembro de 2022, numa Unidade de Saúde Pública (USP), num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale de Tejo. Foi realizado através de uma interligação constante entre a USP e uma ERPI do mesmo concelho, tendo como foco de intervenção a equipa de cuidadores formais desta instituição. Face aos resultados obtidos pelo diagnóstico de situação, foi definido como objetivo contribuir para a redução do número de quedas nas pessoas idosas da instituição, através da capacitação das cuidadoras formais, sobre a prevenção de quedas.

Este relatório reflete o percurso efetuado e está estruturado em seis capítulos, sendo inicialmente apresentada a problemática do envelhecimento demográfico e a institucionalização de pessoas idosas, abordando o papel dos cuidadores formais.

No segundo capítulo é realizada uma revisão da literatura sobre a epidemiologia das quedas nas pessoas idosas, descrevendo os fatores de risco associados a estes eventos.

A promoção da saúde e o impacto desta na prevenção de quedas nas pessoas idosas são apresentadas no terceiro capítulo, sendo abordado também o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No quarto capítulo é descrito o suporte metodológico utilizado no desenvolvimento do projeto de intervenção, baseando-se este no Planeamento em Saúde de Tavares (1990), correspondendo cada subcapítulo a uma das fases do planeamento, terminando com as implicações e recomendações para a prática clínica.

No quinto capítulo, é apresentada uma reflexão das competências do Enfermeiro Especialista adquiridas durante este percurso académico e por último surgem as considerações finais sobre o trabalho desenvolvido.

Este trabalho foi redigido segundo a norma de elaboração e referenciação bibliográfica da American Psychological Association, 9ª edição.



## **1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

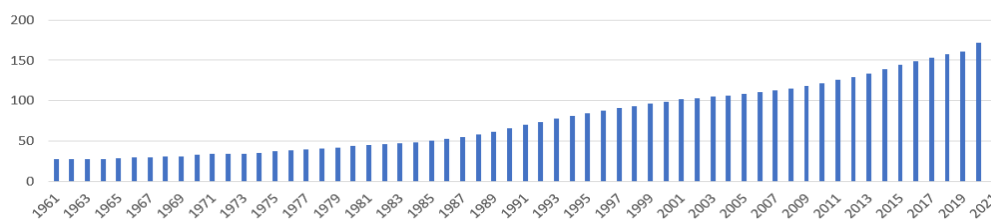
A DGS define o envelhecimento humano, como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida. Segundo a OMS, as pessoas idosas são grupos específicos, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de fatores culturais e individuais. No Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) os autores definem as pessoas idosas como homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2004; DGS, 2006).

Portugal e outros países da Europa, nas últimas décadas, apresentam significativas mudanças demográficas, relacionadas com o aumento da longevidade e da população idosa e com a redução da natalidade e da população jovem. Segundo dados da PORDATA, na UE, a população residente com 65 ou mais anos representava 20,7% da população (92.576.151 de habitantes), em comparação com o valor de 15,9%, verificado em 2001. Nesta região, o índice de envelhecimento subiu de 95,6%, em 2001, para 137,2% em 2020 (Galvão e Gomes, 2021; PORDATA, 2022).

No território nacional, verifica-se uma tendência semelhante à média da UE, representando a população residente com 65 ou mais anos, 22,3% da população (2.295.036 de habitantes) em 2020, face aos 16,5% verificados em 2001. O índice de envelhecimento subiu igualmente de 101,6%, em 2001, para 165,1% em 2020 (PORDATA, 2022).

Segundo o INE (2021), entre 2011 e 2021 em Portugal, agravou-se o envelhecimento da população, conforme se pode observar no gráfico 1, verificando-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção da população idosa, que teve um crescimento de 20,6%. Esta tendência vem agravar o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Este facto é impactante na sociedade, exigindo adaptações e respostas em diversos níveis, ao nível dos sistemas de suporte, no sistema de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (Galvão e Gomes, 2021; INE, 2021).

Gráfico 1 - Índice de Envelhecimento em Portugal.



Fonte de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente. Fonte: PORDATA

De acordo com as Projeções de População Residente – 2018-2080 do INE (2020), o número de pessoas idosas em Portugal irá aumentar de 2,2 para 3 milhões, sendo que o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Em Portugal, o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar por volta de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, já se encontrarem no grupo etário 65 e mais (INE, 2020).

O envelhecimento traz ao ser humano uma variedade de alterações, que para além de fisiológicas, limitam a capacidade das pessoas idosas em manter-se independente nas atividades da vida diária, associado normalmente a um conjunto de sentimentos, o que resulta em mudanças psicológicas. Estas, normalmente são traduzidas em alterações psíquicas, falta de motivação, dificuldade no planeamento do futuro e em adaptar-se a novos papéis e às alterações do estatuto social, com a transição de um cidadão economicamente ativo para um cidadão reformado e a perda de produtividade e poder social associada (Rocha, 2018).

Atualmente não existe a definição da pessoa “tipicamente velha”, observando-se uma grande diversidade na população. Há pessoas com idade superior a 80 anos com níveis de capacidade física e mental semelhantes aos jovens de 20 anos, sendo necessária uma estratégia abrangente que dê resposta às suas necessidades. Nos dias que correm o envelhecimento humano é visto com novas perspetivas, tendo os profissionais um olhar diferenciado em relação à dinâmica do envelhecimento humano, promovendo a prevenção, promoção e reabilitação da saúde nas pessoas idosas (OMS, 2015; Rocha, 2018).

No desenvolvimento de uma resposta de saúde pública ao envelhecimento, deverão ser ponderadas abordagens que melhorem as perdas associadas a uma idade mais avançada e também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial. Por conseguinte, é necessária uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, da formação dos profissionais de saúde

e da intervenção social, assim como, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais (DGS, 2006; OMS, 2015).

Nestes termos, assegurar um envelhecimento ativo e saudável para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, é vista como uma das prioridades políticas do país (Diário da República, 2016).

A abordagem do Envelhecimento Ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos da pessoa idosa e nos princípios das Nações Unidas, sendo definido pela OMS como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. O Envelhecimento Ativo permite expandir a expectativa de vida saudável, preservando a autonomia e a independência, assim como a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas em fase de envelhecimento (DGS, 2019; OMS, 2005).

Em Portugal, de acordo com as orientações da Estratégia e Plano de Ação Global da OMS e os valores fundamentais da União Europeia (UE), foram desenvolvidas iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações. O PNSPI é outra destas iniciativas, implementadas no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, tendo como objetivo preservar a independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas, e a melhoria de qualidade da saúde desta população no seu ambiente natural. É ressalvada a necessidade de especial atenção às pessoas idosas mais vulneráveis, como aquelas com idade avançada, desnutridas, com risco de queda e polimedicação (DGS, 2006; DGS, 2017).

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030, evidencia como um dos desafios para a presente década a crise demográfica decorrente da progressão do duplo envelhecimento da população, que continuará a aumentar nas próximas décadas, prevendo-se para estas, uma redução da população em Portugal. O envelhecimento da população é, assim, um dos determinantes de saúde demográficos, sociais e económicos identificados, sendo a grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030, investir nos determinantes de saúde e bem-estar. Neste sentido, são identificados cinco grandes desígnios para Portugal, com quinze objetivos estratégicos, incluindo-se no segundo desígnio o objetivo estratégico “Promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável” (DGS, 2022).

Atingir estes objetivos requer uma ação multidisciplinar e multisectorial que seja capaz de integrar e complementar as ações desenvolvidas por vários setores, e que resultará na melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

## **1.1. Institucionalização de Pessoas Idosas**

O envelhecimento demográfico e a esperança média de vida têm apresentado uma tendência crescente, representando como consequência, a institucionalização das pessoas idosas, na atualidade, uma problemática emergente (Guerra, 2019).

A família, que tradicionalmente tinha o compromisso de ajudar e prestar cuidados aos seus progenitores, deixou de assumir esse mesmo papel. Devido a um conjunto de alterações demográficas, desde há muito se constata um enfraquecimento dos laços familiares e uma diminuição cada vez maior das redes naturais de suporte da população idosa. O número de familiares com disponibilidade para prestar cuidados tem diminuído, resultando no aumento do número de pessoas idosas a precisar de cuidados. Adicionalmente, verifica-se uma falta de capacidade do setor público para responder às necessidades da família. Estes fatores levam a família a ver a institucionalização como a única alternativa viável, permitindo que a pessoa idosa possa receber o suporte que a família não pode garantir. Observa-se assim, uma alteração no panorama dos cuidados, em que a instituição, rede de suporte formal, passa a assumir o papel de prestador de cuidados à pessoa idosa. (Cardão, 2009; Guedes, 2009).

No processo de envelhecimento, uma das fases mais marcantes é a admissão da pessoa idosa numa instituição. Não encontrando na sua família e na comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades, a institucionalização é uma realidade vivida todos os dias pela população idosa (Sousa, 2020).

Para Cardão (2009), a institucionalização é entendida como recurso a serviços sociais de internamento de pessoas idosas em lares, casas de repouso e afins, onde os utentes recebem assistência. A vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significa uma das formas como as pessoas idosas sentem e vivem o ambiente institucional. A solidão e o isolamento, juntamente com a precaridade de condições económicas e habitacionais, surgem a par com a dependência física como motivos da institucionalização das pessoas idosas. As pessoas idosas vêm-se cada vez mais limitadas a nível das suas capacidades físicas e psicológicas, os recursos do seu meio ambiente envolvente diminuem e levam ao processo de institucionalização (Cardão, 2009).

A OCDE (2013) define uma instituição de cuidados de longa duração como uma instituição de cuidados de enfermagem e residencial (não hospitalar), com serviços de alojamento e cuidados de longo prazo que respondem a situações de doença crónica e/ou restrições funcionais moderadas a graves, com o objetivo de reduzir o grau de dependência nas atividades do dia a dia. (OCDE, 2013)

Em Portugal, estas instituições designam-se por Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), sendo reguladas pela Portaria n.º 67/2012, de 21 de março do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Esta define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer estas instituições. As ERPI destinam-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Têm o objetivo de proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (Diário da República, 2012).

Segundo a OMS (2015), a idade média das pessoas idosas institucionalizadas é de 83,55 anos e é nesta fase da vida que se observam perdas de capacidade mais frequentemente. Por norma, as pessoas idosas institucionalizadas, apresentam mais comorbilidades, um estado funcional e aptidão física mais fracos e mais patologias e polimedicação associadas, em comparação com as pessoas idosas na comunidade. Desta forma, esta população possui um conjunto de particularidades clínicas e funcionais específicas (Baixinho & Dixe, 2014; Gomes et al., 2014; OE Sul, 2015; OMS, 2015).

A nossa estrutura social está a metamorfosear, e com ela as respostas à dependência, sendo cada vez mais constante recorrer a instituições especializadas para satisfazer as necessidades das pessoas idosas. A institucionalização pode ocorrer de forma não planeada e até indesejada pelas pessoas idosas, como consequência da exaustão dos cuidadores e da dificuldade destes em conciliar a vida pessoal e profissional. Este novo paradigma social suscita a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para a prestação de cuidados com melhor qualidade ao utente institucionalizado. (Guerra, 2019; OMS 2015).

## **1.2. Cuidadores Formais**

No contexto da institucionalização, surgem os cuidadores formais, que se definem como profissionais contratados e remunerados para a prestação ao nível domiciliário e/ou institucional. Deverão possuir competências para trabalhar com uma equipa multidisciplinar e também conhecimentos, de forma a perceber as necessidades daqueles de quem cuidam, intervindo adequadamente e apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias. Os cuidadores formais integram uma atividade profissional que engloba tarefas relacionadas

com o conteúdo da atividade realizada e com competências específicas (Falcão, 2021; Sousa, 2011).

Segundo Miguel, et al. (2007), o cuidador formal deve ser competente tecnicamente, compreender as alterações físicas e psicossociais do envelhecimento e ter a capacidade para trabalhar em equipa, tendo como objetivo um cuidado holístico (Miguel, et al.,2007).

Sousa (2020), reitera ainda que os cuidadores formais são responsáveis pela prestação de cuidados a uma população numerosa, com patologias associadas e grau de dependência elevada, prestando diversos cuidados como higiene, alimentação, posicionamento e transporte (Sousa, 2020).

A OMS (2004) descreve os cuidadores formais como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos, maioritariamente sem qualificações profissionais específicas para a atividade que exercem, sendo estes supervisionados por um profissional devidamente qualificado (WHO, 2004).

De acordo com a literatura verifica-se uma representação expressiva do sexo feminino no perfil dos cuidadores formais, devendo-se esta às influências históricas e culturais associadas ao ato de cuidar, e que refletem a forte e antiga relação entre as mulheres e a criação dos filhos, considerada como a origem dos cuidados e afeto na espécie humana. Destaca-se também, entre estes profissionais, um baixo nível de escolaridade, falta de formação específica, os baixos salários e a alta rotatividade no emprego. A combinação destes fatores afeta negativamente a qualidade do desempenho, gerando desmotivação e prejudicando a prestação de cuidados ao idoso (Ribeiro, et al., 2008; Sousa, 2011).

Estes fatores associados aos profissionais encarregados da prestação da maioria dos cuidados diretos à população idosa institucionalizada em Portugal, torna imperativo encontrar soluções para a melhoria das suas competências. Neste sentido, é urgente estabelecer políticas nacionais e locais com o objetivo de promover sua qualificação. (Pinheira & Beringuilho, 2017)

Segundo diversos autores, a formação dos cuidadores formais tem sido negligenciada, especialmente devido à sectorização de género associada a esta atividade e à suposição de que as mulheres têm uma capacidade natural para cuidar dos outros. A formação atualmente disponível revela-se insuficiente para lidar com as necessidades específicas das pessoas idosas (Llobet, et al., 2010; Menne, et al., 2007).

Estes profissionais enfrentam desafios significativos, como longas horas de trabalho, benefícios mínimos e propensão a lesões e depressão. Apesar de serem responsáveis pela prestação de cuidados mais diretos aos idosos, são insuficientemente acompanhados durante

o processo de integração nas instituições e frequentemente apresentam falta de motivação, alta insatisfação no trabalho, desempenho profissional deficiente e distância e desumanização nas relações pessoais e profissionais. Conseqüentemente, os cuidadores formais sentem-se desencorajados a permanecer nesta profissão, procurando diferentes oportunidades de trabalho (Castle, et al., 2006; Sousa, 2011; Stone, 2004; Zimmerman, et al., 2005).

Diversos estudos destacam o suporte à saúde física e mental como necessidade principal de educação para a saúde nos cuidadores formais. Adicionalmente, a formação contínua é considerada essencial, com ênfase nos cuidados prestados habitualmente e na comunicação. É fundamental investir na formação e valorização da profissão para garantir a qualidade dos cuidados prestados à população idosa (Falcão, et al., 2021; Sousa, 2011).

À medida que as instituições enfrentam níveis de exigência cada vez maiores, torna-se essencial a melhoria das qualificações dos seus funcionários. A formação nas instituições deve atender às necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo constantemente atualizada e realizada no contexto de trabalho, promovendo o desenvolvimento de novas competências, desempenhando uma ação socializadora e contribuindo para a construção de identidades profissionais (Sousa, 2020).

Desta forma, é fundamental o envolvimento de profissionais de saúde qualificados para atender a estas necessidades identificadas, particularmente através do aumento da literacia em saúde e investimento em ações de educação para a saúde. Esta abordagem irá ajudar a colmatar as lacunas existentes e promover uma prestação de cuidados mais eficaz e abrangente (Falcão, et al., 2021).



## **2. AS QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA**

Na população idosa, as quedas representam um dos maiores problemas de saúde pública mundial da atualidade. A American Geriatrics Society [AGS] e a British Geriatrics Society [BGS] definem as quedas como contatos não intencionais com uma superfície de apoio, resultantes da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem influência de fatores intrínsecos determinantes, ou acidentes inevitáveis e sem ocorrência de perda de consciência. A ocorrência de quedas pode ser atribuída à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Apesar de se registarem em todas as faixas etárias, com o avançar da idade, observa-se um aumento na sua frequência, independentemente do sexo ou grupo étnico e racial, verificando-se, nas pessoas idosas, uma prevalência do risco de queda mais elevada e também os danos daí resultantes (DGS, 2015; Falsarella, et al., 2014; WHO, 2007).

As fraturas da anca, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores são as principais causas subjacentes das admissões ao hospital relacionadas com quedas. O tempo de internamento devido a quedas é mais prolongado do que os internamentos relacionados com outros ferimentos, variando entre 4 e 15 dias em diversos países. No caso das fraturas do fêmur, o tempo de internamento estende-se até aos 20 dias (WHO, 2007).

Decorrente do aumento do envelhecimento e da fragilidade, 20% das pessoas idosas morrem no período de um ano após uma queda da qual resulta uma fratura do fêmur. Adicionalmente, as quedas podem também provocar um síndrome pós-queda, no qual se inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levam a restrições ainda maiores na vida diária da pessoa idosa (WHO, 2007).

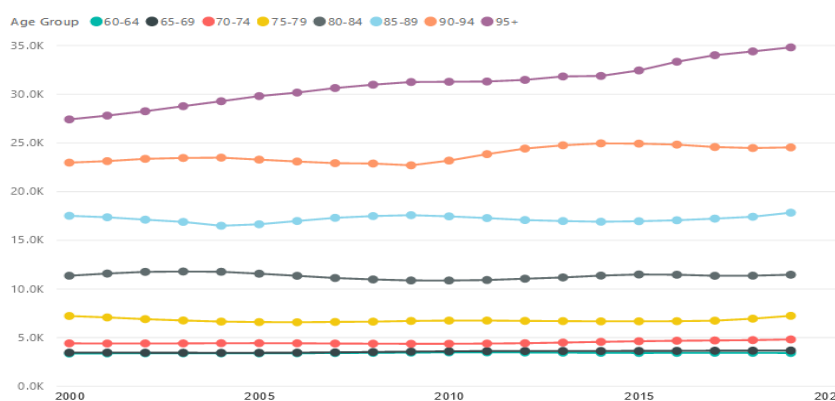
Nos maiores de 60 anos, as quedas foram, em 2019, a principal causa de morte relacionada com ferimentos, correspondendo a 34,08% destas mortes, tendo-se verificado um aumento em relação aos 27,48% verificados em 2000. Destaca-se o valor para os maiores de 70 anos, correspondendo a 41,99% das mortes por ferimentos, em 2019. É também na população idosa que ocorre o maior número de quedas fatais (WHO, 2020; WHO, 2021).

Em lares de idosos, a incidência de quedas é superior à média da população idosa, ocorrendo mais de uma queda por ano em cerca de 50% das pessoas idosas institucionalizadas,

registando-se uma incidência de quedas média de 1,6 quedas por cama, por ano. 40% destas quedas são recorrentes (WHO, 2007; WHO, 2021).

Na região europeia, segundo dados da OMS, as taxas de incidência de quedas nas faixas etárias superiores a 60 anos apresentaram uma tendência ascendente entre 2000 e 2019 (Gráfico 2), destacando-se este aumento nas pessoas idosas com mais de 95 anos, registando-se um valor de 34.767,26/100 mil habitantes em 2019, quando em 2000 era de 27.367,94/100 mil habitantes (WHO, 2022).

Gráfico 2 - Taxa de incidência de quedas nas pessoas idosas por 100 mil habitantes na Europa, entre 2000 e 2019, por faixa etária.

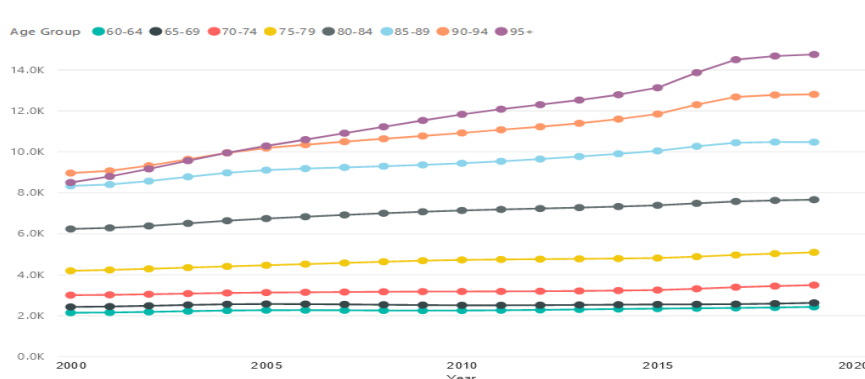


Fonte: WHO, 2022

Na população com idade superior a 60 anos, em 2019, as quedas foram a principal causa de morte relacionada com ferimentos, verificando-se que 32,31% destas mortes ocorreram por esta causa. Observa-se uma tendência de crescimento relativamente ao ano 2000, em que se registou um valor de 25,73%. Para os maiores de 70 anos, as quedas corresponderam a 38,18% das mortes por ferimentos, em 2019 (WHO, 2020).

Em concordância com o verificado na Europa, em Portugal verificou-se também um aumento nas taxas de incidência de quedas nas pessoas idosas, entre 2000 e 2019, principalmente nas idades superiores a 95 anos, tendo este valor passado de 8.481,33/100 mil habitantes em 2000, para 14.730,76/100 mil habitantes em 2019. Pode ser destacado ainda o aumento da incidência de quedas nas pessoas idosas com idades entre os 90 e os 94 anos, aumentando de 8.941,57/100 mil habitantes em 2000, para 12.783,60/100 mil habitantes em 2020, como é possível observar no gráfico seguinte (WHO, 2022).

Gráfico 3 - Taxa de incidência de quedas nas pessoas idosas por 100 mil habitantes em Portugal, entre 2000 e 2019, por faixa etária.



Fonte: WHO, 2022

Tal como se observa na Europa e a nível mundial na população maior de 60 anos, em Portugal, as quedas foram a principal causa de morte relacionada com ferimentos em 2019, correspondendo a 24,23% das mortes por ferimentos. Verificam-se valores semelhantes aos registados no ano 2000, em que 24,67% das mortes por ferimentos nos maiores de 60 anos, ocorreram por quedas. O número de mortes por esta causa é ainda superior nos maiores de 70 anos, correspondendo a 25,86% das mortes por ferimentos, em 2019 (WHO, 2020).

Face ao exposto, é possível concluir que à medida que o número de pessoas idosas cresce, regista-se um aumento no número de quedas verificando-se também, que o risco de lesão ou morte na sequência de uma queda aumenta com o avançar da idade (WHO, 2021).

A ocorrência de quedas representa um problema de grande relevância para a população idosa institucionalizada, na qual a incidência é consideravelmente superior em comparação com a média na comunidade. Esta população apresenta um menor grau de independência e uma maior prevalência de doenças crónicas em comparação com a população idosa na comunidade, o que pode ajudar a explicar a incidência verificada (Baixinho & Dixe, 2017).

Existem diferentes tipos de quedas, podendo estas ser distinguidas em acidentais, fisiológicas não antecipáveis e fisiológicas antecipáveis. Associadas a fatores externos à pessoa, as quedas acidentais ocorrem em indivíduos sem presença de fatores de risco de queda, não podendo desta forma ser previstas ou antecipadas. As quedas fisiológicas não antecipáveis ocorrem também em pessoas sem fatores de risco de queda, não sendo possíveis de prever até que a primeira se verifique e representam cerca de 8% do total das quedas registadas. Por sua vez, as quedas fisiológicas antecipáveis, registam-se em indivíduos que apresentam alterações fisiológicas e com presença de fatores de risco de queda, sendo possível prevenir a ocorrência destas. As quedas deste tipo correspondem a cerca de 80% do total de quedas (Barbosa et al., 2015).

Mesmo que uma queda não provoque lesão, tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas idosas, provocando o medo de cair e limitando a sua mobilidade e atividade. Consequentemente, as pessoas idosas estão sujeitas a um conjunto de intervenções que vão limitar a sua autonomia e a independência para o autocuidado. As quedas são, portanto, consideradas uma síndrome geriátrica (Baixinho et al., 2020; Santos & Figueiredo, 2019).

A revisão da literatura evidencia que a maioria das diretrizes defende a importância do trabalho em equipa na resolução deste problema de saúde pública. No entanto, em Portugal, o conhecimento sobre as práticas e comportamentos de trabalho nas instituições, como a comunicação, o registo e a vigilância das pessoas idosas após a queda, é muito limitado. Torna-se necessário o desenvolvimento de novas intervenções, sobretudo para considerar a relação entre os utentes e os profissionais, e valorizar outras características para além das biológicas, que se observam na população idosa, como as psicológicas, culturais, socioeconómicas e epidemiológicas (Baixinho & Dixe, 2017).

## **2.1. Fatores de Risco de Quedas**

De acordo com a OMS (2007), os principais fatores de risco espelham a variedade de determinantes de saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar, resultando as quedas da interação complexa destes fatores de risco. Estes, encontram-se classificados em quatro dimensões: fatores biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos (WHO, 2007).

Fatores de risco biológicos referem-se a características relacionadas com o corpo humano, que não podem ser modificados, como a idade, sexo e a raça e estão associados a alterações que resultam do processo de envelhecimento, como a perda de capacidades físicas, cognitivas e afetivas ou comorbilidades associadas a doenças crónicas. A interação entre fatores biológicos e fatores comportamentais e ambientais aumenta o risco de queda. Os fatores de risco comportamentais estão relacionados com as ações humanas, emoções ou com as escolhas diárias, como comportamentos de risco e comportamentos sedentários, que podem ser modificados através de intervenções estratégicas para alterações comportamentais. Relativamente aos fatores de risco ambientais, estes englobam a interação entre as condições físicas dos indivíduos e o ambiente envolvente, não sendo por si só a causa de quedas, mas antes a interação entre os outros fatores e a sua exposição aos fatores ambientais. Os fatores de risco socioeconómicos definem-se por influenciarem as condições sociais e a situação económica dos indivíduos, assim como a capacidade da comunidade para

os desafiar. À medida que a exposição aos fatores de risco aumenta, aumenta o risco de um indivíduo cair e também as consequências dessa queda (WHO, 2007).

Cada fator de risco tem um peso relativo associado tendo em conta a situação clínica individual, situação funcional e as características do espaço envolvente. Fatores de risco como a idade avançada, a presença de doenças crónicas, alterações do padrão de sono, défice visual, baixa escolaridade, habitação inadequada e as condições ambientais desajustadas, são responsáveis pelo aumento do risco de queda de um indivíduo (Portella & Lima, 2018).

Nas instituições há uma percentagem elevada de pessoas idosas com idades superiores a 80 anos (39,8% apresentam idades compreendidas entre os 80 e 89 anos). Com o avançar da idade e a maior fragilidade dos indivíduos, a frequência da ocorrência de quedas aumenta (Gomes et al., 2014).

A institucionalização da pessoa idosa pode ser considerada um fator de risco, devido à alteração do ambiente domiciliário para a ERPI. Nestas pessoas, verifica-se que os fatores de risco biológicos são os maiores responsáveis pelas quedas ocorridas, enquanto, na pessoa idosa na comunidade, são os fatores de risco ambientais os que mais contribuem para a ocorrência de quedas, pois este não é um ambiente controlado, ao contrário das instituições (Neto et al., 2017).

Santos (2012), destaca o isolamento, a solidão e uma menor atividade física, como fatores de risco relevantes para a ocorrência de quedas na população idosa institucionalizada (Santos et al., 2012).

Entre as pessoas idosas institucionalizadas, a presença de mais do que um fator de risco de queda resulta frequentemente em episódios de queda na primeira semana após a admissão (Baixinho & Dixe, 2014).



### 3. A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em *Ottawa* em 21 de novembro de 1986, forneceu, através da Carta de *Ottawa*, diretrizes para alcançar a Saúde para Todos até ao ano 2000 e anos seguintes, estabelecendo a promoção da saúde como um processo que aumenta a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlar a sua saúde, com o objetivo de a melhorar. A saúde é vista como um recurso para a vida, e não como seu objetivo final (OMS, 1986).

Na Carta de *Ottawa*, a OMS ressalva a importância da procura da equidade em saúde, reduzindo as desigualdades entre as populações e garantindo a igualdade de oportunidades e recursos para que possam alcançar seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, é necessário um ambiente favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam escolhas saudáveis (OMS, 1986).

A promoção da saúde foi o ponto central em conferências internacionais seguintes, como *Jakarta* (1997) e *Adelaide* (2010), tendo ganho mais atenção por parte dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros. Desde então, o termo "promoção da saúde" tem sido amplamente utilizado pelos profissionais de saúde, com uma participação crescente de enfermeiros em atividades que levam à promoção da saúde. As discussões ocorridas nestas conferências têm motivado a implementação de atividades de promoção da saúde, como o incentivo à aplicação das capacidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilos de vida saudáveis, mudanças comportamentais, lazer e prática de atividade física. (Pender et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011).

A compreensão da saúde tem vindo a mudar, surgindo uma definição multidimensional em que as dimensões económica, cultural e ambiental têm um impacto claro na saúde. A promoção da saúde é, assim, uma estratégia fundamental para melhorar o bem-estar (Pender et al., 2015).

A OE (2005) define a responsabilidade dos profissionais de enfermagem perante a comunidade, como sendo focada na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”, na Alínea a) do Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, revelando-se importante a identificação das necessidades utilizando os instrumentos

apropriados. No mesmo artigo, na Alínea c), é referida a colaboração do enfermeiro com outros profissionais de saúde em programas que correspondam às necessidades da comunidade, considerando fatores que podem ter impacto na saúde, como aspetos psicológicos, sociais, ambientais ou económicos (OE, 2005).

A utilização de modelos e teorias para a promoção da saúde pode ajudar a compreender os fatores que influenciam problemas de saúde e orientar na escolha das melhores soluções que respondam às necessidades das pessoas envolvidas, contribuindo também para promover o conhecimento, a reflexão e a tomada de decisão na prestação de cuidados, permitindo alcançar objetivos na promoção da saúde e na prevenção da doença (Pender et al., 2015).

A promoção da saúde tem um maior destaque no que concerne às competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, sendo este o responsável por gerir a informação de saúde dos grupos e comunidades, através de modelos e estruturas conceptuais, e abordagens ativas para definir estratégias de promoção e educação em saúde. É fundamental promover a literacia em saúde, para que as pessoas e comunidades sejam ativas e capacitadas para tomar decisões críticas em relação à sua saúde (OE, 2018).

A literacia em saúde é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que cada pessoa possui e a sua capacidade, conhecimento e motivação para pesquisar, compreender e aplicar a informação obtida, formando opiniões e tomando decisões no seu quotidiano sobre cuidados de saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a sua qualidade de vida (DGS, 2019).

A promoção da literacia em saúde na comunidade é considerada um desafio e parte fundamental da saúde pública. Em Portugal, estudos indicam que 5 em cada 10 pessoas têm níveis reduzidos de literacia em saúde, sendo prioridade estratégica da DGS o aumento destes resultados, o que pode ter impactos positivos na saúde, bem-estar e qualidade de vida da população (DGS, 2019).

Atendendo ao desafio que a literacia em saúde representa para a Saúde Pública em Portugal, a DGS desenvolveu o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, com base em práticas internacionais. Este, procura determinar e implementar objetivos promotores da literacia em saúde e que fomentem comportamentos saudáveis, apresentando como prioridades: a adoção de estilos de vida saudáveis no contexto diário, a capacitação para o uso adequado dos sistemas de saúde, a promoção do bem-estar na doença crónica e a promoção do conhecimento e da investigação (DGS, 2019).

Em diversas definições de literacia, a referência à capacitação é encontrada frequentemente e parece ser a chave para o sucesso da literacia em saúde, resultando no aumento da autonomia e no desenvolvimento de competências pelo indivíduo (DGS, 2019).

No âmbito da saúde, é dos profissionais de saúde a responsabilidade de capacitar os indivíduos nas necessidades por estes sentidas, sendo no caso das quedas, a educação em saúde fundamental para aumentar a capacidade dos indivíduos para prevenir estes eventos.

### **3.1. Prevenção de Quedas na População Idosa**

A prevenção no setor de saúde visa promover a saúde individual e coletiva, com base no modelo de continuidade dos cuidados e abordagem aos indivíduos, observando-se um crescente desenvolvimento deste conceito, nas últimas duas décadas, nos países ocidentais, o que resultou na melhoria do planeamento e aplicação das intervenções desenvolvidas (Albee, 1996).

No contexto particular das quedas nas pessoas idosas, a educação em saúde desempenha um papel importante na prevenção, situando-se esta, na prevenção primária. O presente tema tem como base os conceitos de promoção da saúde e prevenção da doença, que estão intrinsecamente interligados, com a finalidade de consciencializar a população acerca deste importante problema de saúde pública (Stanhope & Lancaster, 2011).

Neste sentido, as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelos enfermeiros dos CSP são estratégias cruciais para a minimização do problema e a base para a promoção da saúde, contribuindo para prevenir as quedas na população idosa.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é particularmente relevante na área da prevenção de quedas na população idosa, estando alinhado com as políticas de saúde internacionais, regionais e locais, que visam a promoção da saúde, prevenção da doença e incapacidades, na procura de qualidade de vida, autonomia e independência (OE, 2018).

Existem fatores conhecidos como fatores de proteção, que estão estreitamente relacionados com a alteração comportamental e modificações ambientais para promover um estilo de vida saudável e um envelhecimento ativo, com o objetivo de minimizar os fatores de risco de quedas (DGS, 2012).

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da DGS (2012), a educação é uma das formas mais eficazes de prevenir as quedas. A educação sobre os fatores de risco e proteção é uma estratégia fundamental para capacitar as pessoas idosas e suas cuidadoras, sobre os riscos de queda. Este aspeto destaca a importância da contribuição da

enfermagem para o desenvolvimento de níveis mais elevados de literacia na população (DGS, 2012).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 estabelece, no objetivo Estratégico 6, "Prevenir a Ocorrência de Quedas", que até 2020, 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde deverão implementar práticas para redução e prevenção de quedas, e também que deverá ser reduzido o número de quedas em 50% a cada ano, face ao ano anterior (DGS, 2015).

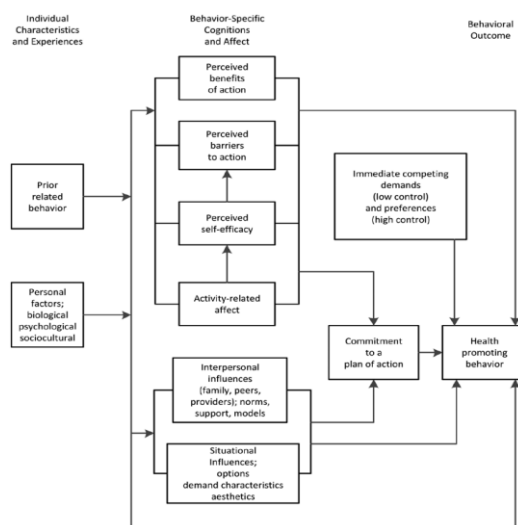
### 3.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O referencial teórico selecionado para o desenvolvimento deste projeto foi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender.

Este modelo é fundamentado na perspetiva da enfermagem holística, na psicologia e sociologia e procura a promoção da saúde através da identificação e alteração dos comportamentos individuais, com vista à melhoria da saúde das populações. Com um foco na saúde comunitária e no papel do enfermeiro, o empoderamento das comunidades, é considerado fundamental para a intervenção do enfermeiro na prevenção de quedas nas pessoas idosas, através do aumento da literacia dos cuidadores formais (Pender et al., 2019).

Nola Pender possui elevados conhecimentos em desenvolvimento humano, psicologia experimental e ensino, tendo criado uma perspetiva holística da enfermagem e desenvolvido o MPS (Figura 1), que foi publicado pela primeira vez em 1990 por Nola Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg. Este sofreu várias atualizações desde então, sendo a oitava edição publicada em 2019 por Pender, Murdaugh e Parsons (Pender et al., 2019).

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.



Fonte: Pender, et al., 2019

Da necessidade reconhecida pelos profissionais de saúde, de alterar o contexto de promoção da saúde, novas estratégias foram desenvolvidas nesse sentido, sendo o MPS uma ferramenta para que os enfermeiros possam expandir a promoção da saúde para diferentes populações, baseados na evidência (Pender et al., 2019).

A promoção da saúde tem como principal objetivo contribuir para que todas as pessoas permaneçam saudáveis, ao melhorar as suas doenças crônicas e criar ambientes saudáveis, assentando nas três vertentes: educação para a saúde, prevenção de doenças e proteção da saúde (Pender et al., 2015).

Este modelo pode ser utilizado ao longo do ciclo vital para estudar a forma como as pessoas tomam decisões sobre a sua saúde, explorando os processos biopsicossociais que motivam as pessoas a adotar comportamentos saudáveis e destacando a diversidade das dimensões da pessoa na sua interação com o ambiente e a importância das características e experiências individuais na conduta comportamental (Pender et al., 2019).

Segundo Pender, a promoção da saúde é influenciada por múltiplos fatores, contemplando características e experiências individuais, cognições e sentimentos sobre o comportamento específico e a implementação de um plano de ação. A autora argumenta que as emoções positivas relacionadas com um determinado comportamento aumentam a autoeficácia, e consequentemente, aumentam a probabilidade de compromisso com este comportamento e a sua adoção (Pender et al., 2019).

As ações anteriores e as características individuais de uma pessoa têm um impacto direto no sucesso da sua adesão a um comportamento pretendido. Pender et al. (2019), relevam o papel da família e dos profissionais de saúde para influenciar a adoção de comportamentos promotores de saúde, reiterando que, um maior compromisso de uma pessoa com um comportamento aumentará a probabilidade de este se manter ao longo do tempo (Pender et al., 2019).

Os enfermeiros têm de considerar os diversos fatores enumerados neste modelo, visto que todos têm impacto no sucesso da adesão a comportamentos promotores de saúde.



## **4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Segundo Tavares, o Planeamento em Saúde “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”. Este autor afirma que, um projeto bem planeado torna-se eficiente, com intervenções de sucesso, pelo que é essencial conhecer as várias etapas do método de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990).

Para o trabalho desenvolvido, foi seguido o planeamento em saúde como suporte metodológico. Este é considerado um processo contínuo e dinâmico, constituindo-se por sete etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Assim, foi elaborado um cronograma de atividades de acordo com as suas etapas (Apêndice 1) (Imperatori & Giraldes, 1982).

### **4.1. Diagnóstico de Situação**

O Diagnóstico de Situação integra a primeira fase do Planeamento em Saúde. Nesta, efetua-se a identificação dos problemas de saúde da população em estudo, determinando as suas necessidades, devendo o diagnóstico de situação corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. O diagnóstico deve ser sucinto de forma a não consumir demasiado tempo e energias, prejudicando as etapas seguintes, devendo também ser claro, de forma a ser facilmente compreensível por todos os intervenientes (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

#### **4.1.1. Contextualização**

Este projeto foi desenvolvido numa USP que integra um ACES pertencente à ARSLVT (BI-CSP, 2017).

Segundo dados dos CENSOS (2021), este concelho está dividido em seis freguesias e tem uma população residente de 171.454 habitantes (menos 2,1% que em 2011). Continua a ser um concelho com elevada densidade populacional, com 7.210 indivíduos por Km<sup>2</sup>. A área de influência deste ACES contempla a área geográfica do concelho onde se insere (INE, 2021).

Na elaboração do Plano Local de Saúde (PLS) foram identificados 11 problemas de saúde: o Cancro da mama, do Colo do Útero, Cólón e Reto; Diabetes Mellitus; Tuberculose; VIH/SIDA; Doenças Cérebro Cardiovasculares, Saúde da Criança; Saúde Mental e Cobertura/Qualidade dos Serviços de Saúde (PLS, 2014).

Em 2021, a população deste concelho apresentava uma idade média de 41,5 anos, verificando-se que 22% tem 65 ou mais anos. A maioria desta população encontrava-se em idade ativa (63,6%) e a proporção de pessoas idosas tem apresentado tendência crescente, com um aumento de 23,7% do índice de envelhecimento face a 2011, em concordância com a tendência nacional (42,4%). Já a população jovem tem apresentado uma tendência decrescente, de 14,8% em 2011 face a 14,2% em 2021. A distribuição por sexos é ligeiramente superior para o sexo feminino, representando 54% da população neste concelho (INE, 2021).

No índice de dependência de idosos também se verificou um aumento em 2021, face a 2011, com valores registados de 34,9% e 29,9% respetivamente. O mesmo se observa para o índice de longevidade, que era, em 2011, de 42,2% e em 2021 de 49% (INE, 2021).

Sendo este um concelho envelhecido, conforme é possível observar nos dados epidemiológicos apresentados ao longo deste trabalho, e possuindo a enfermeira orientadora uma visão concreta e detalhada dos problemas de saúde da população idosa do concelho, estabelecendo diariamente contacto com todas as ERPI deste, estes foram fatores determinantes que facilitaram a escolha da área prioritária sobre a qual deveria incidir o diagnóstico de situação.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), a necessidade, no contexto do Planeamento em Saúde, determina que certas intervenções são preferíveis a outras, não só devido aos resultados expectáveis, mas também à eficácia e eficiência dos meios a empregar para as obter (Imperatori & Giraldes, 1982).

O diagnóstico de situação deste projeto de intervenção comunitária, foi uma escolha realizada em conjunto com a enfermeira orientadora e coordenadora da USP, onde o estágio decorreu. Foi inicialmente realizada uma reunião informal com a mesma, através do método da comunicação ativa e exposição de ideias iniciais para a realização do projeto, onde analisamos o plano de ação da USP, assim como, a matriz de contratualização da ACSS, no sentido de direcionar o projeto de intervenção comunitária para uma das dimensões contratualizadas (Apêndice 2).

De acordo com a matriz proposta pela ACSS para as USP, no ano de 2022, a USP onde o estágio decorreu contratualizou as seguintes dimensões: observação do estado de saúde e bem-estar da população; vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde pública; proteção da saúde (incluindo ambiental, ocupacional e segurança alimentar); promoção da saúde (incluindo determinantes sociais e desigualdades); governança para a saúde e bem-estar; prevenção da doença; atividades de autoridade de saúde; serviços de carácter assistencial e não assistencial; melhoria contínua da qualidade e segurança; centralidade no cidadão; formação interna e externa; autoria de artigos escritos, apresentação de comunicações e participação em conferências, e por último, trabalhos de investigação (Plano Ação USP, 2022).

Destas diferentes dimensões contratualizadas, destaca-se o indicador com o identificador 428. Este indicador tem como objetivo possibilitar a avaliação da dimensão "segurança de utentes" da subárea "melhoria contínua da qualidade" (ACSS, 2021).

Assim, considera-se o grau de implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dirigidas à segurança dos utentes, nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2021).

A criação do PNSD 2021-2026, surge com base na avaliação realizada ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Neste documento a problemática das quedas materializa-se com a criação do objetivo estratégico n.º 6 “prevenir a ocorrência de quedas”. Para a concretização deste objetivo são definidas várias ações, como implementação de estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas, sendo da responsabilidade de todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do serviço nacional de saúde, a implementação destas estratégias (DGS, 2015).

#### 4.1.2. Seleção da Instituição

Considerando que os recursos disponíveis não seriam suficientes para que o projeto abrangesse todas as instituições para idosos do concelho, ou apenas até de uma das freguesias deste, este projeto tem como foco apenas uma estrutura residencial para pessoas idosas. Foram definidas prioridades de acordo com a necessidade que se revelasse de maior pertinência, condição substancial para o sucesso do projeto de intervenção.

Para a seleção da instituição foram considerados diversos critérios, como não haver um enfermeiro contratado a tempo inteiro, a proximidade da instituição à USP, o que facilita o meu acesso a esta, e o facto da instituição estar em fase de mudança a nível organizacional e a mesma ter demonstrado interesse na área formativa dos funcionários a nível global.

Foi realizada uma visita, em conjunto com a enfermeira orientadora e coordenadora da USP à ERPI selecionada, tendo-me apresentado e exposto o fundamento do meu projeto de intervenção, demonstrando o meu interesse em trabalhar na área da segurança dos utentes (Apêndice 3). De ressaltar o interesse demonstrado pela Diretora Técnica da instituição na aplicação do projeto de intervenção.

Neste seguimento, e segundo a reunião inicial com a enfermeira orientadora, aferiu-se fazer mais sentido direcionar o projeto de intervenção para a área de prevenção de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas. Foi então concedida a aprovação para a implementação do projeto, com disponibilização de meios, tanto humanos como materiais.

Inicialmente, com o contributo da enfermeira que exerce funções na ERPI, foi trabalhada a informação relativa às pessoas idosas institucionalizadas, através da consulta do processo de enfermagem, disponibilizado pela instituição para a análise de dados deste projeto. Desta forma, foi possível conhecer a população idosa da instituição, assim como o risco de queda existente e os fatores de risco associados, com vista a traçar o plano de intervenção mais eficaz a aplicar à população alvo.

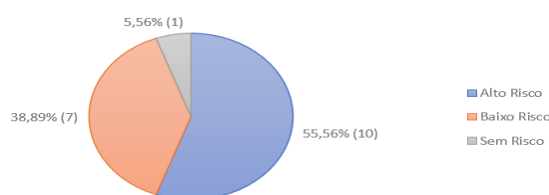
A população idosa da instituição é constituída por 18 utentes, dos quais 14 (78%) são do sexo feminino e 4 (22%) são do sexo masculino com faixas etárias elevadas, predominantemente superiores a 80 anos, em que apenas 2 utentes têm idade igual ou inferior a 80 anos. No que diz respeito às habilitações literárias verifica-se que 14 dos 18 utentes tem o 4º ano de escolaridade.

Relativamente à toma diária de medicamentos, verifica-se que acima de 80% (15) dos utentes ingere mais de 5 medicamentos diariamente. A patologia mais frequente entre os utentes da instituição, foi a Hipertensão Arterial, registando-se em 9 utentes. Para 3 dos utentes da instituição não foi possível apurar as patologias associadas.

De acordo com a literatura, observa-se nesta população a existência de fatores de risco biológicos como a idade, o sexo e a presença de doenças crónicas, fatores de risco comportamentais refletidos na polimedicação usada e fatores de risco socioeconómicos representados pela baixa escolaridade (WHO, 2007).

Desta forma, e como descrito pela OMS (2007), estes fatores aumentam o risco de queda na população idosa, como se pode observar nesta instituição pelos dados obtidos através da consulta da Escala de Morse no processo de enfermagem das pessoas idosas, disponibilizado pela instituição para a análise de dados deste projeto. Como demonstrado no gráfico seguinte, verifica-se um alto risco de queda em mais de 50% (10) dos utentes (WHO, 2007).

Gráfico 4 - Distribuição dos utentes por risco de queda associado.



Em consequência do elevado risco de queda na instituição, pode constatar-se, através da consulta da Escala de Morse, um total de 15 quedas no último ano, sendo que 61,11% das pessoas idosas institucionalizados sofreram quedas neste período, verificando-se uma média de 0,83 quedas por pessoa idosa, como demonstrado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Pessoas Idosas com Quedas na Instituição no último ano.

Indicador	N	%
Idosos com Quedas em 2022	11	61,11%

Tabela 2 - Quedas na Instituição no último ano.

Indicador	N	Média por Idoso
Quedas em 2022	15	83,00%

Pela análise efetuada dos dados recolhidos, destaca-se a elevada prevalência do risco de queda na população idosa desta instituição, assim como, o elevado número de quedas registado no ano 2022, sendo possível perceber a urgente necessidade de capacitação destes CF na gestão do risco e prevenção de quedas, o que motivou o desenvolvimento deste projeto.

#### 4.1.3. População Alvo

Para a realização do planeamento em saúde, é de extrema importância definir uma população-alvo, a qual pode participar tanto na elaboração quanto na implementação dos projetos que lhe são direcionados (Tavares, 1990).

Considerando a prevenção de quedas na população idosa institucionalizada, a forma de intervir eficaz e eficientemente, seria através da sensibilização e formação das pessoas prestadoras de cuidados diretos às pessoas idosas e que mantêm contacto próximo e regular com estas, nesta instituição.

Esta intervenção poderia igualmente ser aplicada à população idosa, aumentando a probabilidade de ganhos em saúde para este grupo populacional, porém, efetuando uma reflexão, concluiu-se que existia maior potencial para beneficiar indiretamente um maior número de pessoas idosas através de intervenção com os CF. Estas, poderão ser sensibilizadas para a problemática, motivadas para a adoção de práticas seguras e para a transmissão de informações válidas relacionadas com a prevenção de quedas, às pessoas

idosas e entre pares. Visto ocorrerem frequentemente alterações nos elementos do grupo de pessoas idosas, um grupo de CF devidamente capacitado poderá influenciar os comportamentos de risco e proceder a orientações corretas, com o objetivo de prevenir quedas nas pessoas idosas (Sousa, 2016).

Para a seleção da população alvo que participou no projeto, foram definidos como critérios de inclusão ser cuidador formal desta ERPI, independentemente do vínculo laboral, ter uma idade compreendida entre os 18 e os 64 anos e aceitar participar voluntariamente no projeto. No início deste projeto, a instituição integrava uma equipa de 11 cuidadores formais, dos quais 2 se encontravam a exercer atividade numa instituição diferente da selecionada e 1 CF cessou contrato no decorrer deste projeto. Desta forma, a população alvo constitui-se por 8 cuidadores formais.

#### 4.1.4. O Instrumento de Recolha de Dados

Após pesquisa bibliográfica, foi identificado um instrumento que se aplicou aos CF no sentido de perceber as práticas e comportamentos da equipa, na gestão do risco de queda das pessoas idosas institucionalizadas. O instrumento identificado foi uma escala que se designa por Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados, elaborada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Baixinho (Baixinho & Dixe, 2017).

Segundo as autoras, após revisão da literatura, foi possível constatar que o trabalho em equipa é muito valorizado na maioria das normas para a resolução deste grave problema de saúde pública. Contudo, existe muito pouco conhecimento sobre as práticas de trabalho individuais e em equipa, a forma como é realizada a comunicação e o registo, e a vigilância das pessoas idosas após a queda, pelos profissionais que exercem a sua atividade. Na pesquisa bibliográfica realizada pelas autoras, foi excluída a possibilidade de existência de uma escala para medir as práticas e comportamentos da equipa na gestão do risco de queda (Baixinho & Dixe, 2017).

A criação desta escala foi, portanto, considerada pertinente, não só por possibilitar a avaliação da gestão do risco de queda feita pelas equipas, mas também de forma a relacionar a mesma com a prevalência de quedas, produzindo novos dados que poderão contribuir para a discussão desta problemática e para o controlo destes incidentes (Baixinho & Dixe, 2017).

A melhoria da comunicação em equipa, através da partilha de informações mais precisas sobre os comportamentos dos utentes, o seu estado de saúde, medicamentos e outros fatores de risco, pode contribuir para uma diminuição de 12% nos episódios de queda (Baixinho & Dixe, 2017).

A utilização deste instrumento foi, portanto, considerada pertinente para este projeto, não só por possibilitar a avaliação da gestão do risco de queda feita pela equipa, mas também de forma a relacionar a mesma com a prevenção de quedas, para melhor compreender a percepção dos cuidadores formais nesta temática.

Considerando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foram também considerados fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), influências interpessoais e autoeficácia percebida, assumindo-se que estes fatores têm influência na adoção de estratégias e comportamentos promotores da saúde (Pender et al., 2019).

Assim, a recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e da avaliação das práticas e comportamentos da equipa na gestão do risco de queda, aos CF da ERPI (Apêndice 4). O questionário aplicado está dividido em duas partes:

- ✓ Dados sociodemográficos – Suportados no MPS de Nola Pender, têm como objetivo caracterizar a população, sendo constituído por 13 questões;

- ✓ Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados – Avalia a gestão do risco de queda realizada pela equipa e tem como objetivo identificar as necessidades de formação. É constituído por 6 itens, sendo cada resposta dada numa escala de 1 a 5 valores, relativamente à frequência com que a atividade acontece.

Após a primeira visita à instituição, foi agendada a aplicação dos questionários durante o mês de outubro, em vários dias da semana de manhã e à tarde, para não perturbar o normal funcionamento da instituição. A aplicação dos questionários realizou-se por autopreenchimento e o tempo médio de preenchimento foi de cerca de 10 minutos. Os dados recolhidos permitiram a caracterização da população e avaliação da gestão do risco de queda feita pelas equipas que prestam cuidados às pessoas idosas institucionalizadas.

De forma a possibilitar a interpretação da informação, os dados recolhidos foram tratados com recurso à aplicação *Microsoft Excel*.

#### 4.1.5. Questões Éticas e Deontológicas

O anonimato e a confidencialidade dos sujeitos intervenientes devem ser sempre assegurados, mantendo a sua intimidade e privacidade, sendo o enfermeiro um elemento fundamental na promoção do respeito pelo sigilo profissional e na promoção dos direitos das pessoas ao seu cuidado (Villas-Boas, 2015).

Na realização deste projeto, o anonimato foi garantido, uma vez que os questionários não identificam os participantes, não tendo havido também qualquer divulgação do nome dos participantes ou da instituição. Foram também acautelados os aspetos éticos e deontológicos, salvaguardando os dados obtidos, tendo sido elaborados os seguintes documentos:

- Pedido de Autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES (Apêndice 5);
- Pedido de Autorização e Colaboração à instituição selecionada (Apêndice 6);
- Consentimento informado, livre e esclarecido por todos os participantes do projeto (Apêndice 7);
- Pedido de autorização à autora para aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados (Apêndice 8);

O projeto de intervenção obteve parecer favorável da Diretora Técnica da ERPI onde este foi aplicado (Anexo 1). Foi também, obtida a autorização por parte da autora para a utilização da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados, utilizada como instrumento de recolha de dados (Anexo 2). Foi realizado um pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva para divulgação do nome da instituição, no entanto, não foi obtida resposta formal, apenas verbal. A livre e voluntária participação de todos os participantes foi expressa através do consentimento assinado. A confidencialidade foi garantida, tendo os dados sido tratados de forma anónima e apenas utilizados e analisados para fins estatísticos e académicos.

#### 4.1.6. Apresentação e Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram tratados com recurso à aplicação *Microsoft Excel* e apresentados com recurso à estatística descritiva, a fim de obter os diagnósticos de enfermagem.

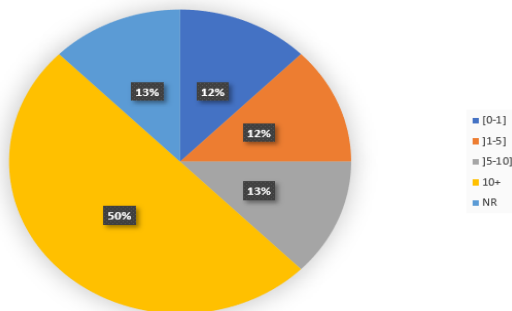
Foram trabalhados os dados relativos à caracterização sociodemográfica da população alvo deste projeto, conforme se descreve nos gráficos seguintes. A população alvo corresponde a 8 CF da ERPI, todas do género feminino e com idades compreendidas entre os 33 e os 56 anos, sendo a amplitude igual a 23 anos. Verifica-se uma maior frequência de CF na faixa etária dos 35 aos 40 anos (50%), estando os restantes 50% distribuídos uniformemente pelas faixas etárias dos 30 aos 35 anos e maiores de 50 anos.

Relativamente às habilitações literárias desta população e visto que a maioria das cuidadoras são de nacionalidade Brasileira (6), uma portuguesa e uma caboverdiana,

observamos que a maioria (5) tem um nível de ensino equivalente ao ensino secundário português.

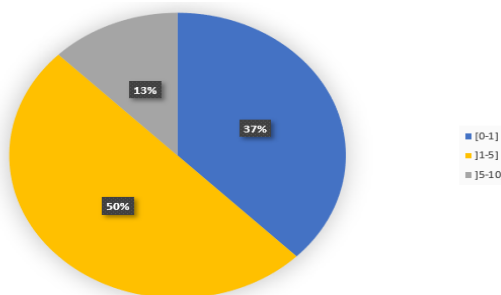
No gráfico 5, é apresentada a distribuição da população por tempo de cuidados às pessoas idosas. É possível verificar que 50% (4) das CF tem mais de 10 anos de experiência na prestação de cuidados às pessoas idosas.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra por tempo de prestação de cuidados às pessoas idosas.



Relativamente ao tempo de experiência na instituição, conforme se observa no gráfico seguinte, 50% (4) das CF encontra-se a trabalhar na instituição há mais de 1 ano e há menos de 6 anos.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra por tempo de experiência na instituição.



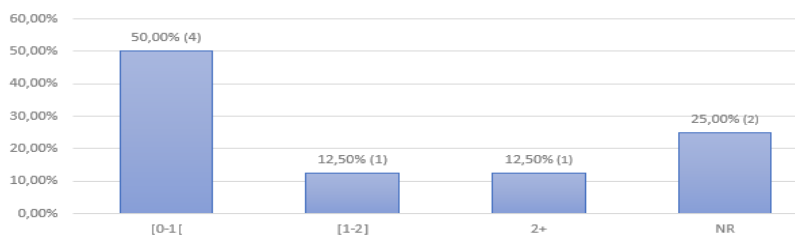
Analisando a formação na área da prestação de cuidados às pessoas idosas, na tabela 3, é possível verificar que 75% (6) das CF já possuem este tipo de formação.

Tabela 3 - Formação na área da prestação de cuidados às pessoas idosas.

Formação na área da prestação de cuidados ao idoso	N	%
Sim	6	75,00%
Não	2	25,00%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

Verifica-se ainda, no gráfico 7, que 50% (4) destas CF tiveram formação nesta área há menos de 1 ano.

Gráfico 7 - Tempo desde a última formação na área da prestação de cuidados às pessoas idosas.



Já no que concerne à formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas, constata-se que 62,5% (5) não possuem formação nesta área (Tabela 4). Como demonstrado na literatura, o conhecimento dos CF sobre quedas e sua prevenção é superficial e limitado a informações do senso comum, não se observando atitudes favoráveis à prevenção destes eventos. As medidas necessárias para a redução dos riscos de queda não são colocadas em prática frequentemente (Mamani et al., 2018; Mamani et al., 2021).

Tabela 4 - Formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Formação na área de prevenção de quedas ao idoso	N	%
Sim	3	37,50%
Não	5	62,50%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

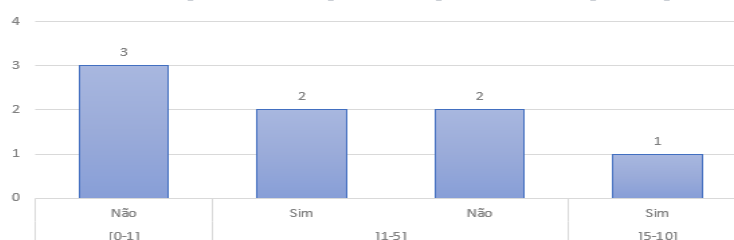
Na tabela 5, apresentam-se ainda os resultados para a opinião das CF sobre o seu nível de formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas, tendo sido apenas consideradas as respostas das CF que possuem formação nesta área, o que corresponde a 3 das 8 CF. Das 3 CF em causa, 2 (67%) consideram o seu nível de formação como muito bom.

Tabela 5 - Nível de formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Nível de formação	N	%
Muito Bom	2	66,67%
Bom	1	33,33%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,00%</b>

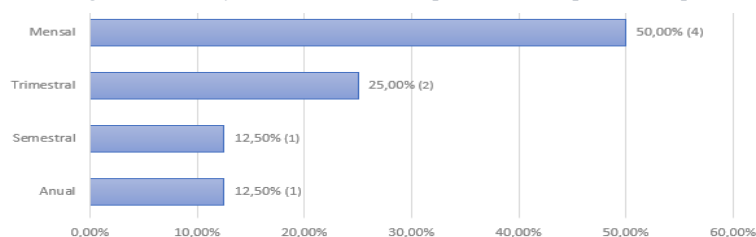
Observando o gráfico 8, com a distribuição da amostra com formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas, pelo tempo de experiência na instituição, é possível destacar que as CF que estão na instituição há 1 ano ou menos, não possuem formação nesta área.

Gráfico 8 - Formação em prevenção de quedas nas pessoas idosas, por tempo na instituição.



Foi também questionado, às CF, a sua opinião sobre a regularidade com que deveria ser recebida formação, na instituição. 50% (4) destas refere que a formação deveria ser mensal e 25% (2) trimestral, conforme é possível observar no gráfico 9.

Gráfico 9 – Regularidade de formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas.

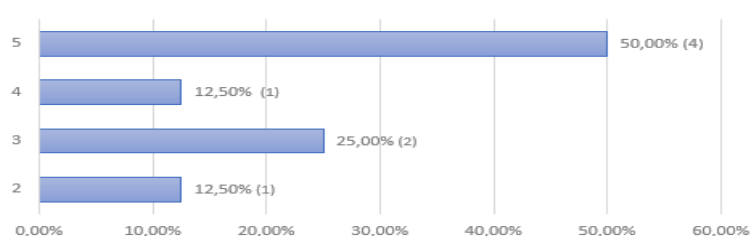


Inicialmente procurou-se conhecer a população alvo e as necessidades específicas relacionadas com a prevenção das quedas e, ao analisar estes dados, confirmou-se um baixo nível de formação na área de prevenção de quedas nas pessoas idosas, o que vai de encontro ao referido na literatura. É de destacar a elevada receptividade da população alvo para receber mais formação. Estes fatores revelaram-se determinantes no desenvolvimento deste projeto (Mamani et al., 2018; Mamani et al., 2021).

De seguida, com a análise dos resultados obtidos pela aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados, procurou-se avaliar as práticas e comportamentos da equipa de CF na gestão do risco de queda nas pessoas idosas institucionalizadas. Estes resultados apresentam-se através das 6 questões colocadas às CF, com respostas dadas numa escala de 1 a 5 valores, relativamente à frequência com que a atividade acontece (Baixinho & Dixe, 2017).

O gráfico 10 apresenta os resultados obtidos para o Item 1 - A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos. Nesta questão, 50% (4) da amostra considera que estes fatores são sempre discutidos em equipa, enquanto 25% (2) considera que só às vezes é que a equipa discute estes fatores e os outros 25% dividiram-se entre poucas vezes e muitas vezes, tendo 12,5% (1) considerado poucas vezes e 12,5% (1) muitas vezes. Não se verifica, portanto, concordância no que concerne à discussão dos fatores de risco de queda nas pessoas idosas institucionalizadas.

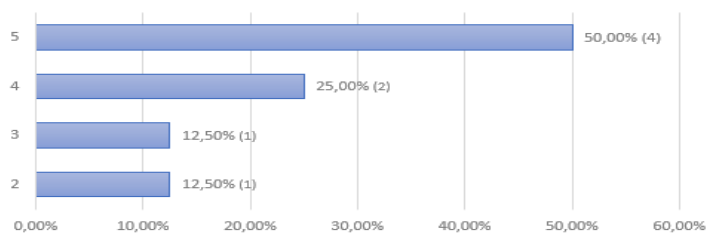
Gráfico 10 - Respostas ao Item 1.



No Item 2 - A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso – também não se verifica concordância relativamente à frequência da discussão das medidas preventivas de queda a aplicar, sendo que 12,5% (1) refere que poucas vezes se discutem estas medidas, 12,5% (1) que só às vezes estas medidas são discutidas, 25% (2) refere que

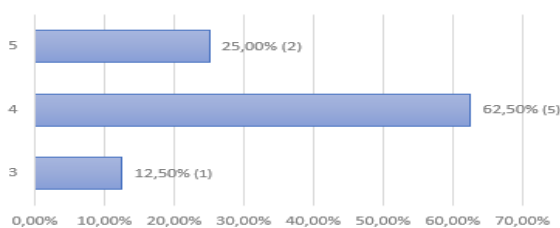
muitas vezes e 50% (4) refere que estas medidas são sempre discutidas pela equipa (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Respostas ao Item 2.



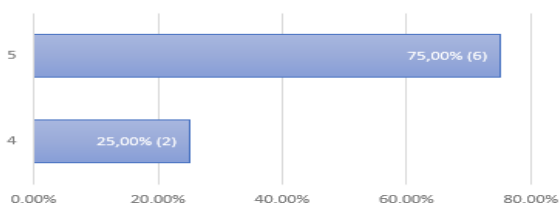
Analisando os resultados obtidos para o Item 3 - Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso – através do gráfico 12, observa-se que só 25% (2) das CF considera esta decisão sempre realizada em equipa, enquanto 62,5% (5) das CF considera que muitas vezes esta decisão é realizada em equipa, já 12,5% (1) das CF considera que esta decisão ocorre em equipa apenas às vezes.

Gráfico 12 - Respostas ao Item 3.



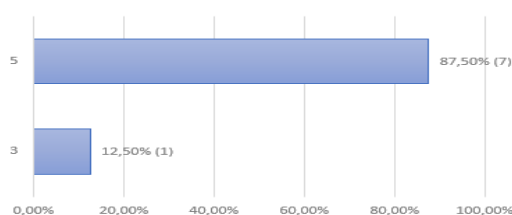
Relativamente ao Item 4 - A comunicação é essencial para prevenir quedas – verifica-se uma elevada frequência na avaliação máxima deste item, podendo destacar-se que as CF consideram a comunicação essencial para a prevenção de quedas (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Respostas ao Item 4.



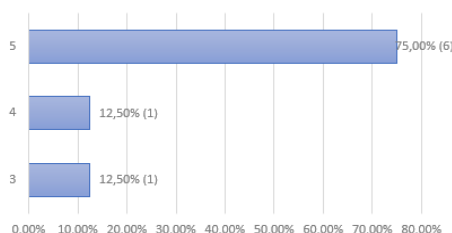
No gráfico 14, que analisa os resultados obtidos para o Item 5 - Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas – destaca-se a quase unanimidade nas respostas das CF, em que 7 (87,5%) consideram que esta atividade ocorre sempre.

Gráfico 14 - Respostas ao Item 5.



Relativamente ao Item 6 - Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas – apresentam-se os resultados obtidos para este no gráfico 15, verificando-se o interesse da maioria das CF na identificação das causas de queda.

Gráfico 15 - Respostas ao Item 6.



Nos resultados obtidos pela Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados, verifica-se discordância nas respostas às duas primeiras questões, visto que apenas 50% da amostra respondeu “muitas vezes ou sempre”, enquanto os outros 50% distribuíram as suas respostas pelas opções disponíveis “poucas vezes ou às vezes”. Com a discrepância observada para a discussão dos fatores de risco de queda e para a discussão das medidas preventivas de queda, é possível concluir que estes são temas de maior relevância para este projeto de intervenção.

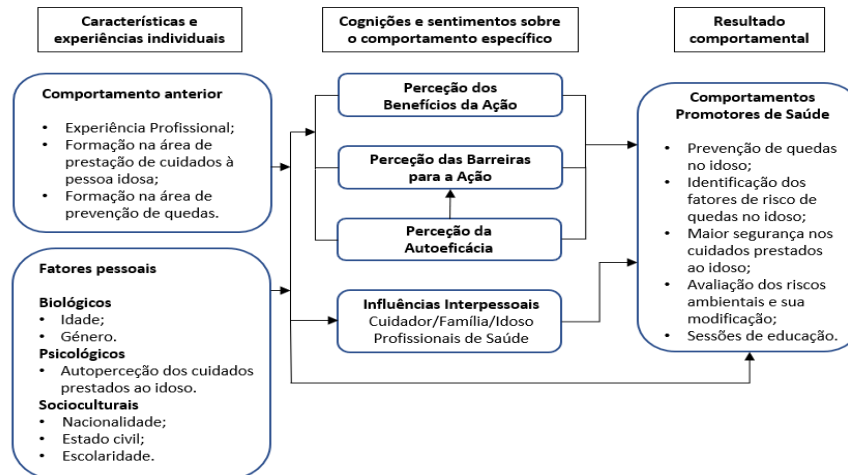
Salienta-se a unanimidade nas respostas às questões quatro e cinco desta escala, considerando este grupo a comunicação essencial para a prevenção de quedas.

#### 4.1.7. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado à população alvo

Neste projeto de intervenção comunitária, foi utilizado como suporte o referencial teórico de Nola Pender, designado por Modelo de Promoção da Saúde, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde e capacitar os indivíduos para a tomada de decisão, na adoção de comportamentos saudáveis que previnam a ocorrência de quedas e as suas consequências.

De acordo com o MPS (Pender et al., 2019), foi estabelecida a associação entre as experiências individuais das CF e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), as influências interpessoais, a perceção dos benefícios da ação, das barreiras para a ação e da autoeficácia, partindo do pressuposto que estes fatores influenciam a adoção de comportamentos promotores de saúde. A figura 2 apresenta o modelo de suporte deste estudo adaptado à população alvo, com a representação das relações analisadas.

Figura 2 - Modelo de Promoção da Saúde (Revisto) de Nola Pender (2019) adaptado à população alvo.



#### 4.1.8. Problemas Identificados

A última etapa do diagnóstico de situação consiste na definição dos problemas de saúde da população. Conhecer o significado do conceito de problema de saúde, que se define como um estado de saúde julgado deficiente, é essencial para a realização do diagnóstico de situação (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori, & Giraldes (1982), é muito importante a determinação das necessidades sentidas e referidas pelos cidadãos de uma comunidade, não só para o diagnóstico, assim como, para a escolha das prioridades e no momento da organização das atividades (Imperatori, & Giraldes, 1982).

As necessidades sentidas podem ser distinguidas entre necessidades expressas e as não expressas, sendo as expressas referentes à procura de serviços ou cuidados de saúde, podendo não corresponder às necessidades reais. As necessidades não expressas surgem após análise, do equilíbrio entre as necessidades sentidas expressas, a oferta e as necessidades reais. A pertinência de um plano de intervenção assenta na concordância entre o diagnóstico e as necessidades, justifica as atividades e serve como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

Com vista a traçar um plano de intervenção mais eficaz, inicialmente, foi identificado o problema ligado ao elevado risco de quedas nas pessoas idosas da instituição.

Com sustentação nos dados apresentados neste trabalho, a prevenção de quedas verificou-se como um problema de relevo, com destaque para os fatores de risco e para as medidas preventivas de queda. Devido às necessidades expressas e ao conhecimento apresentado pelas CF nesta área poder ser melhorado, foi identificado um conjunto de problemas ligados à capacitação de CF, na prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Segundo os problemas identificados, foram determinados os diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2019, que se encontra disponível online no site da OE, na área do enfermeiro (ICN, 2023).

A CIPE® consiste num instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que vem sendo atualizado ao longo do tempo e a sua taxonomia é considerada pela OE um importante instrumento de trabalho, visando a uniformização de conceitos, catalogação de diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros e permitindo o desenvolvimento contínuo da profissão. Aspectos como a clarificação de conceitos e diagnósticos, harmonização de intervenções e resultados são essenciais para a melhoria dos cuidados prestados à população, sendo este instrumento um importante suporte à definição de necessidades e das políticas de saúde (OE, 2016).

Segundo a CIPE® um diagnóstico de enfermagem define-se pela designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno. Este constitui o foco das intervenções e deve conter, pelo menos, um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo (OE, 2016).

No seguimento da análise dos dados recolhidos e seguindo a orientação do MPS de Nola Pender, foram determinados os diagnósticos de enfermagem apresentados no quadro 1.

*Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem Determinados.*

<b>Resultados</b>	<b>MPS (Nola Pender)</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem CIPE ® 2019</b>
<b>Dos utentes</b>	Influências Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Queda</li> </ul>
<b>Das cuidadoras formais</b>	Perceção das Barreiras para a Ação Perceção dos Benefícios da Ação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conhecimento sobre prevenção de queda</li> </ul>
	Perceção da Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida</li> </ul>

#### **4.2. Definição de Prioridades**

A seleção, escolha ou definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento em saúde. Na fase correspondente ao diagnóstico identificam-se os problemas de saúde e de seguida procede-se à sua hierarquização, nesta etapa de escolha de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1990), para fazer esta seleção entre os problemas identificados, recorre-se ao uso de critérios. Para a escolha destes, foi solicitada a colaboração da enfermeira e professora orientadoras, sendo estas peritas na área (Tavares, 1990).

Assim, foi aplicado o método de Hanlon que estabelece prioridades com base em quatro critérios: (A) amplitude ou magnitude do problema; (B) gravidade do problema; (C) eficácia da solução; (D) exequibilidade do projeto ou da intervenção; ordenando-as pela fórmula  $(A+B) C \times D$  (Tavares, 1990).

De acordo com este método, a amplitude é o número de pessoas afetadas pelo problema e a gravidade do problema pode ser analisada em termos de mortalidade, morbidade, criação de incapacidades, custos ou outros. A escala de ambos os critérios, varia de 0 a 10, correspondendo este último ao valor de maior gravidade (Tavares, 1990).

A eficácia da solução, pondera-se numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 representa um problema de maior dificuldade, tendo em conta a duração do estágio, o apoio da USP e da ERPI onde o projeto decorreu, a disponibilidade dos recursos e o percurso académico e profissional da mestranda. A exequibilidade do projeto ou da intervenção, é um critério que se divide em cinco componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade, sendo avaliado numa escala com dois valores possíveis, SIM=1 ponto ou NÃO=0 pontos (Tavares, 1990).

Neste contexto específico a amplitude ou magnitude do problema têm valores diferentes para o primeiro e seguintes diagnósticos, sendo que para o risco de queda atribui-se o valor 10 pois abrange todos os utentes com risco de queda. Para a população alvo calculou-se a proporção entre as cuidadoras com formação na área da prevenção de quedas e sem formação nesta área, resultando num valor de 6,25.

Para a gravidade do problema, tendo em conta que deverá ser dada maior prioridade aos problemas que provoquem sequelas, consequências e cujos danos sejam irreversíveis, os valores definidos foram de 10 para o primeiro problema identificado “Risco de queda”, 8 para o problema “Falta de conhecimento sobre prevenção de queda” e 6 para o problema “Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida”.

Na eficácia da solução, considerou-se o problema “Risco de queda” como o de maior dificuldade, atribuindo-se a este um valor de 0,5. No problema “Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida”, atribui-se o valor de 1, pois este não abrange só a prevenção de quedas. Relativamente ao problema “Falta de conhecimento sobre prevenção de queda”, considerou-se neste uma maior eficácia na solução, direcionando a intervenção para esta problemática.

Para exequibilidade da intervenção, considerou-se que o primeiro problema referido não seria exequível na totalidade, devido à população alvo selecionada não corresponder à população idosa. Relativamente ao segundo e terceiro problemas referidos, considerou-se que estes seriam exequíveis. Assim, definiu-se para este critério valores de 0 e 1 respetivamente.

No quadro seguinte evidenciam-se os quatro critérios do Método de Hanlon, para cada um dos problemas identificados.

*Quadro 2 - Critérios do Método de Hanlon, para cada um dos problemas identificados.*

<b>Diagnósticos de Enfermagem CIPE</b>	<b>Amplitude (A)</b>	<b>Gravidade (B)</b>	<b>Eficácia (C)</b>	<b>Exequibilidade (D)</b>	<b>Resultado (A+B)Cx D</b>
Risco de queda	10	10	0,5	0	0
Falta de conhecimento sobre prevenção de queda	6,3	8	1,5	1	21,5
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida	6,3	6	1	1	12,3

Após aplicação dos critérios, o problema que emerge da identificação de prioridades é “Falta de conhecimento sobre prevenção de queda”. Uma vez que, para Pender (2019), a autoeficácia consiste numa convicção do próprio nas suas capacidades de realizar uma ação e é uma conceção crucial, considerou-se também o problema “Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida” como foco de intervenção deste projeto, apesar de não ter sido prioritário de acordo com o método de Hanlon.

De acordo com o MPS de Nola Pender e para que a tomada de decisão fosse de encontro aos problemas identificados, verificou-se a necessidade de intervir a nível cognitivo de forma educacional, com vista ao compromisso com o plano de ação, bem como, à alteração do comportamento de forma eficaz (Pender et al., 2019).

### **4.3. Fixação de Objetivos**

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde. Um objetivo operacional, ou meta, é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de

atividade”. Em termos de estrutura os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizável e mensurável (Imperatori & Giralde, 1982; Tavares, 1990).

Os objetivos podem ser distinguidos em objetivos gerais, que se referem a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo estes formulados de uma forma geral, e objetivos específicos, que são definidos de uma forma detalhada (Tavares, 1990).

Existem dois tipos principais de indicadores, sendo estes indicadores de resultado ou de impacto, e indicadores de atividade ou de execução. Os indicadores de resultado permitem quantificar as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema e os indicadores de atividade permitem quantificar a atividade desenvolvida (Tavares, 1990).

Desta forma, na elaboração do presente projeto foram traçados os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

- Contribuir para a redução do número de quedas nas pessoas idosas da instituição, através da capacitação das cuidadoras formais, sobre a prevenção de quedas de novembro a dezembro de 2022.

**Objetivos específicos:**

- Sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas.
- Instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas.
- Promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.
- Complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas.
- Envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade.

#### **4.4. Seleção de Estratégias**

A quarta etapa do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giralde, 1982).

Segundo o referencial teórico escolhido, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, as intervenções a utilizar enquadram-se no âmbito do comportamento específico,

pretende-se que a pessoa compreenda os benefícios e barreiras para a ação, tendo em conta os seus sentimentos e influências pessoais essenciais na adoção de um comportamento promotor da saúde (Pender et al., 2019).

Desta forma, as estratégias a utilizar nos objetivos específicos sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas, instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas e promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas, são educacionais (Pender et al., 2019).

A educação para a saúde foca-se em atividades e experiências de aprendizagem, tanto para indivíduos como para grupos, sendo um elemento da promoção da saúde e fundamental na comunicação e tomada de decisões em conjunto, entre profissionais de saúde e utentes (Pender et al., 2015).

As estratégias selecionadas assentaram também em quatro parâmetros: custos, obstáculos, pertinência e vantagens e inconvenientes (Tavares, 1990).

Estes parâmetros foram discutidos com a enfermeira orientadora, sendo tidos em conta o tempo e os recursos materiais necessários para a implementação das estratégias. Os custos inerentes à implementação das estratégias selecionadas, foram o tempo disponibilizado pela enfermeira orientadora e pela mestranda, assim como a impressão de documentos, custeada pela mestranda. No que diz respeito aos obstáculos para a implementação das estratégias considerou-se o facto de não haver disponibilidade da instituição para o agendamento das atividades em diferentes sessões. No entanto, considerou-se que continuava a ser pertinente, uma vez que iria aumentar os conhecimentos em saúde das CF, capacitando estes profissionais para a identificação dos fatores de risco de quedas e aplicação de medidas para as prevenir.

Para o primeiro objetivo específico, que consiste em sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas, a estratégia selecionada foi a criação de um vídeo ilustrativo em formato digital, para visualização com a equipa de CF da instituição. Os custos existentes para a implementação desta estratégia foi o tempo despendido pela enfermeira orientadora e pela mestranda. Nesta estratégia, não se consideraram obstáculos e esta era pertinente, pois iria aumentar os conhecimentos em saúde e consciencializar as CF para as consequências das quedas nas pessoas idosas.

Em relação ao segundo e terceiro objetivos específicos, instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas e promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas, foi utilizada como

estratégia a realização de uma sessão de educação para a saúde, com a equipa de CF da instituição, que abordou os fatores de risco associados às quedas nas pessoas idosas institucionalizadas e medidas preventivas que podem ser adotadas. Consideraram-se como custos desta estratégia o tempo e disponibilidade da enfermeira orientadora e da mestranda e como obstáculos não haver um projetor para melhor visualização da sessão apresentada.

Relativamente ao quarto objetivo específico, complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas, selecionou-se como estratégia criar mecanismos de informação em suporte de papel, pois informação apropriada pode ajudar a tomar decisões informadas para reduzir riscos para a saúde. Os custos existentes para a implementação desta estratégia, foram o tempo despendido pela enfermeira orientadora e pela mestranda e a impressão destes documentos. Considerou-se que não seriam encontrados obstáculos a esta estratégia e que esta era pertinente, pois iria aumentar os conhecimentos em saúde das CF e auxiliar estas na tomada de decisão para a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas (WHO, 2021).

Para o último objetivo específico, envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade, foi utilizada como estratégia a realização de uma sessão de apresentação da temática e atividades desenvolvidas, à equipa da USP, visando a continuidade destas. Os custos desta estratégia foram o tempo despendido pela equipa da USP na reunião, tendo esta a vantagem de aumentar o êxito do projeto, através da envolvência dos profissionais da equipa neste. Consideraram-se, como obstáculos, a dificuldade em conseguir a presença de toda a equipa e não ter sido possível a realização da reunião presencialmente, tendo sido esta realizada através de uma aplicação *online*.

#### **4.5. Preparação Operacional**

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), esta fase do planeamento em saúde destina-se à concretização das estratégias através da formulação de atividades, cujo conjunto não é estático no tempo e é passível de modificações (Imperatori & Giraldes, 1982).

Nesta fase, pretende-se a operacionalização da intervenção. Devem ser especificadas as atividades a implementar, definidas em função dos objetivos (Tavares, 1990).

De forma a serem atingidos os objetivos propostos, definiram-se atividades para cada um destes objetivos. Os custos foram irrisórios, não tendo sido colocados (Tavares, 1990).

Foram agendadas as várias atividades numa única sessão com maior duração, tendo sido delineado um plano da sessão (Apêndice 9).

Para atingir o primeiro objetivo específico, de sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas, foram realizadas duas atividades:

- Criação de um vídeo de sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas.

De modo a realizar esta atividade foi criado um vídeo ilustrativo, em formato digital, posteriormente exibido à equipa de cuidadoras formais que exerce funções atualmente na instituição. Neste vídeo são apresentados dados epidemiológicos sobre as quedas e as consequências destas nas pessoas idosas, com o intuito de sensibilizar as CF para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas. Este vídeo foi disponibilizado à instituição e à USP onde o estágio decorreu (Apêndice 10).

- Proporcionar momento de discussão após visualização de vídeo.

Para esta atividade foi realizado um momento de discussão com as CF, após a exibição do vídeo da atividade anterior, que permitiu debater os pontos apresentados onde as CF se mostraram sensibilizadas e preocupadas com a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas. No quadro 3 é apresentada a operacionalização destas atividades.

*Quadro 3 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do primeiro objetivo específico.*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Criação de um vídeo de sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 70% das CF participe na visualização do vídeo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que exerce funções atualmente na instituição}} * 100$
Proporcionar momento de discussão após visualização de vídeo	Que pelo menos 70% das CF participe no momento de discussão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no momento de discussão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}} * 100$

De modo a atingir o segundo e terceiro objetivos específicos - instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas e promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas – foram realizadas três atividades:

- Realizar uma sessão formativa dividida em momentos com as cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

Para esta atividade foi realizada uma sessão formativa dividida em momentos, com a equipa de CF da instituição. Esta sessão teve a duração de 20 minutos, consistindo numa

apresentação em *PowerPoint* (Apêndice 11), que abordou os fatores de risco associados às quedas nas pessoas idosas institucionalizadas e medidas preventivas que podem ser adotadas pelas CF para reduzir a ocorrência destes eventos. De forma a permitir a avaliação da sessão, foi elaborado um questionário de avaliação da mesma (Apêndice 12). Por fim foi elaborado um certificado de presença (Apêndice 13) para ser entregue a todos as CF presentes na sessão de formação.

- Realizar um jogo para identificação de fatores de risco de quedas, com recurso a imagem ilustrando diversos fatores de risco numa instituição para idosos.

A realização desta atividade consistiu na realização de um jogo, com as CF que participaram na sessão, utilizando uma imagem que ilustra diversos fatores de risco numa instituição para idosos (Apêndice 14). Este jogo visou aumentar o conhecimento das participantes sobre os fatores de risco de queda.

- Realizar um jogo de correspondência, através de cartas identificadas com fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas.

Para realizar esta atividade foi criado um jogo de correspondência, através de cartas identificadas, com fatores de risco de queda nas pessoas idosas e medidas preventivas que podem ser adotadas para prevenir as quedas (Apêndice 15). Este jogo foi realizado com as CF que participaram na sessão e baseou-se na associação entre as cartas, promovendo a adoção de medidas preventivas. No quadro 4 é apresentada a operacionalização destas atividades.

*Quadro 4 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do segundo e terceiro objetivos específicos.*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Realizar uma sessão formativa dividida em momentos com as cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas	Que pelo menos 75% das CF participe na sessão formativa	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}}{N^{\circ} \text{ de CF convocados para a sessão}} * 100$
	Realizar 100% das atividades planeadas para a sessão	$\frac{N^{\circ} \text{ de Atividades Realizadas}}{N^{\circ} \text{ de Atividades Planeadas}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF considere que a clareza na transmissão dos assuntos abordados tenha sido boa ou muito boa	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a clareza dos assuntos abordados}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF considere que os métodos pedagógicos utilizados tenham sido bons ou muito bons	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o ajustamento dos métodos pedagógicos utilizados}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF considere que a sessão permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o aprofundamento de conhecimentos}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF avalie globalmente a sessão como boa ou muito boa	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a avaliação global da sessão}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$

Realizar um jogo para identificação de fatores de risco de quedas, com recurso a imagem ilustrando diversos fatores de risco numa instituição para idosos	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo identificação de fatores de risco de quedas	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF identifique dois ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas, no decorrer do jogo	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que identificaram 2 ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}} * 100$
Realizar um jogo de correspondência, através de cartas identificadas, com fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo de correspondência	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$
	Que pelo menos 75% das CF consiga identificar uma ou mais medidas preventivas, para um determinado fator de risco de quedas nas pessoas idosas	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que identificaram 1 ou mais medidas preventivas de quedas}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}} * 100$

Para atingir o quarto objetivo específico - complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas – foram realizadas três atividades:

- Elaborar um folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas.

De forma a realizar esta atividade, foi elaborado um folheto informativo sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas nas pessoas idosas (Apêndice 16). A impressão foi custeada pela mestranda. Os folhetos foram distribuídos pelas CF que participaram na sessão, posteriormente serão distribuídos aos familiares dos utentes aquando das suas visitas e novamente pelas CF, sempre que necessário. O folheto teve o intuito de aumentar o conhecimento das CF relativamente aos fatores de risco de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas, dando também a conhecer medidas que podem ajudar a prevenir a ocorrência de quedas nos utentes da instituição, através de suporte em papel.

- Elaborar um poster informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Para realizar esta atividade, foi elaborado um poster com informação sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas e fatores de risco associados (Apêndice 17). A impressão foi custeada pela mestranda e o poster ficou exposto na instituição e disponível em formato digital para impressão, sempre que necessário. Esta atividade teve a finalidade de aumentar o conhecimento das CF, utentes, familiares e restantes profissionais da instituição relativamente a medidas que podem ajudar a prevenir a ocorrência de quedas nos utentes da instituição, através de suporte em papel.

- Elaborar um documento para auxílio das cuidadoras formais no registo de quedas.

Para realizar esta atividade, foi elaborado um documento com o intuito de auxiliar o registo de ocorrência de quedas nos utentes da instituição (Apêndice 18). A impressão foi custeada pela mestranda e o documento foi entregue à Diretora Técnica da instituição para

introdução nos registos das CF, assim como, disponibilizado em formato digital para impressão mensal. Este documento permite o registo de informação relevante na eventualidade da ocorrência de uma queda, facilitando a transmissão dessa informação aos vários profissionais da instituição. No quadro 5 é apresentada a operacionalização da primeira atividade.

*Quadro 5 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do quarto objetivo específico.*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Elaborar um folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	Entregar o folheto informativo sobre fatores de risco e prevenção de quedas nas pessoas idosas, a 100% das CF que participaram na sessão formativa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que receberam o panfleto informativo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$

Para atingir o quinto objetivo específico - envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade – foi realizada uma atividade:

- Realizar uma sessão de apresentação do projeto à equipa da USP.

De forma a realizar esta atividade, foi realizada uma sessão com a equipa da USP, para apresentação do projeto e das atividades desenvolvidas neste, que consistiu numa apresentação em *PowerPoint* (Apêndice 19), com a duração de 15 minutos, visando a continuidade da implementação do projeto desenvolvido pelos elementos da equipa. De forma a conseguir a presença do maior número de elementos da equipa da USP, a apresentação decorreu durante o “Journal Club”, onde se debatem, quinzenalmente, problemas atuais de saúde pública. No quadro 6 é apresentada a operacionalização desta atividade.

*Quadro 6 - Objetivos operacionais e indicadores de atividade do quinto objetivo específico.*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Realizar uma sessão de apresentação do projeto à equipa da USP	Que pelo menos 75% dos elementos da equipa da USP participe na sessão de apresentação do projeto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde que participaram na sessão de apresentação do projeto}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde da equipa da USP}} * 100$

#### **4.6. Avaliação**

A última etapa do planeamento em saúde é a avaliação. Tem como finalidade “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos”, no fundo, pretende corrigir ou melhorar uma atividade em curso ou planear mais eficazmente, muitas vezes originando a reformulação de objetivos, indicadores, estratégias e projetos (Imperatori & Giraldes, 1982).

É uma etapa para a qual é necessária reflexão, para que as conclusões obtidas sejam proveitosas. A avaliação deve ser precisa e pertinente, pois reflete o sucesso dos objetivos, de acordo com os critérios definidos, medido através de indicadores, confrontando-os com

as estratégias selecionadas. Os indicadores podem ser definidos como “dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da análise direta do observador” e são fundamentais para clarificar a realidade e validar progressos, representando-se geralmente por taxas ou rácios e apresentando características como objetividade, sensibilidade e especificidade. Desta forma, para avaliar o projeto, foram definidos indicadores de avaliação, sendo estes uma mais valia porque permitem clarificar a realidade e validar progressos (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

Relativamente ao primeiro objetivo específico - sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas – as metas definidas foram atingidas com sucesso.

No que concerne ao segundo objetivo específico - instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas – as metas definidas foram também atingidas.

Em relação ao terceiro objetivo específico - promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas – foi possível também atingir as metas definidas.

Foram ainda analisados os questionários de avaliação referentes à sessão formativa para as cuidadoras formais da instituição (Apêndice 20), assim como, os resultados de ambos os jogos realizados para identificação de fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas, de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos pelo grupo no decorrer da sessão (Apêndices 21 e 22).

Verificou-se que foram também atingidas as metas definidas para o quarto objetivo específico - complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas.

Por fim, as metas propostas para o quinto objetivo específico - envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade – também foram atingidas, com sucesso. A avaliação das atividades está refletida no quadro 7.

*Quadro 7 - Avaliação das atividades desenvolvidas.*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicadores de estrutura e processo a alcançar</b>	<b>Resultado</b>
Criar um vídeo de sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 70% das CF participe na visualização do vídeo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que exerce funções atualmente na instituição}} * 100$	100%

Proporcionar momento de discussão após visualização de vídeo	Que pelo menos 70% das CF participe no momento de discussão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no momento de discussão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}} * 100$	100%
Realizar uma sessão formativa às cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas	Que pelo menos 75% das CF participe na sessão formativa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF convocados para a sessão}} * 100$	100%
	Realizar 100% das atividades planejadas para a sessão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atividades Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Atividades Planejadas}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF considere que a clareza na transmissão dos assuntos abordados tenha sido boa ou muito boa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a clareza dos assuntos abordados}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	87,5%
	Que pelo menos 75% das CF considere que os métodos pedagógicos utilizados tenham sido bons ou muito bons	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o ajustamento dos métodos pedagógicos utilizados}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	87,5%
	Que pelo menos 75% das CF considere que a sessão permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o aprofundamento de conhecimentos}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF avalie globalmente a sessão como boa ou muito boa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a avaliação global da sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
Realizar um jogo para identificação de fatores de risco de quedas, com recurso a imagem ilustrando diversos fatores de risco numa instituição para idosos	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo identificação de fatores de risco de quedas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no jogo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF identifique dois ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas, no decorrer do jogo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que identificaram 2 ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no jogo}} * 100$	75%
Realizar um jogo de correspondência, através de cartas identificadas, com fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo de correspondência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no jogo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF consiga identificar uma ou mais medidas preventivas de quedas, para um determinado fator de risco de quedas nas pessoas idosas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que identificaram 1 ou mais medidas preventivas de quedas}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no jogo}} * 100$	87,5%
Elaborar um folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	Entregar o folheto informativo sobre fatores de risco e prevenção de quedas nas pessoas idosas, a 100% das CF que participaram na sessão formativa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que receberam o panfleto informativo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
Elaborar um poster informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adoção de medidas preventivas de quedas e assim uma diminuição no número de quedas nas pessoas idosas da instituição		

Elaborar um documento para auxílio das cuidadoras formais no registo de quedas	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com a melhoria nos registos diários das CF e com a melhoria da informação transmitida para a enfermeira da instituição, de forma a melhorar a monitorização das quedas nesta instituição		
Realizar uma sessão de apresentação do projeto à equipa da USP	Que pelo menos 75% dos elementos da equipa da USP participe na sessão de apresentação do projeto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde que participaram na sessão de apresentação do projeto}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde da equipa da USP}} * 100$	85%

O resultado das atividades relacionadas com a entrega do poster informativo e documento para auxílio no registo de quedas apenas poderá ser avaliado a longo prazo, verificado por uma diminuição no número de quedas e uma melhor monitorização das quedas na instituição.

Sugerem-se como indicadores de avaliação das referidas atividades e impacto do projeto: uma redução de 10% da média de 0,83 quedas por utente verificada no ano 2022, nos utentes da instituição; a realização de sessões de formação sobre quedas a pelo menos 75% dos CF contratados pela instituição, durante o próximo ano; a realização de sessões para atualização da formação sobre quedas a pelo menos 75% dos CF da instituição, uma vez por ano.

A USP, no cumprimento da sua missão de promoção da saúde, dará continuidade ao projeto desenvolvido, realizando ações de intervenção junto das ERPI do concelho, monitorizando regularmente as quedas ocorridas nos utentes e efetuando sessões de formação com visualização do vídeo criado, distribuição do folheto, do poster e do documento para auxílio no registo de quedas junto dos CF, visando uma contínua melhoria da literacia em saúde e uma maior adoção de medidas preventivas de quedas, por parte deste grupo.

#### **4.7. Implicações e recomendações para a prática clínica**

Segundo a OMS (1986), a responsabilidade da promoção da saúde deve ser partilhada entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais de saúde, instituições de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos para criar um sistema de cuidados de saúde que contribua para a manutenção da saúde. É necessário apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável, bem como promover a comunicação entre os setores da saúde, sociais, político, económico e ambiental (OMS, 1986).

No contexto comunitário, os enfermeiros são o grupo de profissionais com maior intervenção e os que estão mais próximos da população, das famílias e dos indivíduos,

conhecendo detalhadamente as suas necessidades e dificuldades e desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (Pender et al., 2015).

A realização do estágio na USP proporcionou diversos momentos enriquecedores de aprendizagem, tendo-me mostrado uma melhor compreensão da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. É de ressaltar o interesse demonstrado e envolvimento das equipas da USP e da ERPI no projeto, evidenciando que este terá continuidade.

O MPS de Nola Pender forneceu o suporte teórico para as estratégias e intervenções desenvolvidas neste projeto, com objetivo de aumentar o conhecimento em saúde dos CF, com a finalidade da adoção de comportamentos que previnam a ocorrência de quedas e as suas complicações, trazendo assim ganhos para a comunidade.

Como atividades futuras sugere-se a continuação da sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas através da divulgação do vídeo realizado. Propõe-se também alargar a distribuição do poster e folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas, assim como o documento para auxílio no registo de quedas a outras instituições na área de abrangência da USP. Adicionalmente, as instituições poderão distribuir o folheto informativo pelas famílias dos utentes de forma a aumentar também a literacia destes relativamente à problemática.

Este projeto possui potencial para ser aplicado futuramente, devido à sua relevância, noutras instituições de cuidados à população idosa ou outras onde se verifique a sua aplicabilidade.

## **5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

No presente capítulo, reflete-se sobre as competências adquiridas ao longo deste estágio, as quais resultarão na obtenção do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

A OE define Enfermeiro Especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. Define também as competências comuns, sendo estas as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As competências comuns do enfermeiro especialista estão divididas em quatro domínios: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão de cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo do desenvolvimento do projeto e durante todo o estágio, foi sempre adotada uma postura profissional, ética e legal adequada, tendo em consideração as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional da enfermagem, assim como, o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, efetuaram-se diversas reuniões com a orientadora clínica e a orientadora científica, com destaque na prática baseada na evidência.

De destacar também a publicação de um poster no evento científico, V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Apêndice 23), no decorrer do estágio, atentando à competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019).

Seguidamente, é efetuada uma reflexão sobre as quatro competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, especificadas no Regulamento n.º 428/2018, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 135 de 16 de julho de 2018 (OE, 2018).

No que se refere à primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, que consiste em estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, no qual foi necessário realizar um diagnóstico de saúde da população. Este processo incluiu a definição de prioridades, formulação de objetivos e estratégias, resultando na intervenção realizada, que é descrita anteriormente neste relatório (OE, 2018).

Relativamente à aquisição da segunda competência do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, que consiste em contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, é possível afirmar que o projeto de intervenção foi direcionado para a capacitação de um grupo de CF, através da promoção da saúde, espelhada nas estratégias e intervenções realizadas (OE, 2018).

A terceira competência do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública refere-se à integração de programas de saúde no âmbito comunitário, adquirindo esta através da participação em reuniões da saúde escolar e realização de atividades no programa da vacinação, nomeadamente a vacinação internacional. Importa salientar que o projeto desenvolvido, “Prevenir Quedas Em Pessoas Idosas Institucionalizadas”, pretende contribuir para os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, o qual visa atingir vários objetivos estratégicos, um dos quais, a prevenção da ocorrência de quedas (OE, 2018).

A vigilância epidemiológica inclui-se na quarta competência, tendo sido necessária a recolha e tratamento de dados epidemiológicos para a realização do diagnóstico de situação, e também realizadas atividades no âmbito das DST, como a referenciação dos utentes no SINAVE, ação com elevada importância para o controlo destas doenças.

No que diz respeito às competências de mestre, compete a este a capacidade de integrar os seus conhecimentos, de resolução de problemas em situações complexas e refletir sobre as implicações éticas e sociais das suas decisões, que exigem uma abordagem multidisciplinar em diversos contextos. Deve comunicar as suas conclusões de forma clara e sem ambiguidades, juntamente com os conhecimentos e raciocínios que as fundamentam. Durante o estágio, estas competências foram desenvolvidas e trabalhadas através da realização do projeto e de diversas oportunidades de trabalho oferecidas pela USP.

As experiências proporcionadas pela realização do estágio e desenvolvimento do projeto de intervenção foram profundamente enriquecedoras, culminando na aquisição das competências necessárias para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública e enfermeiro mestre, e no meu crescimento profissional. No entanto, é importante continuar a desenvolver e adquirir novos conhecimentos e competências, sempre com vista à melhoria da saúde da população.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno do envelhecimento populacional tem vindo a ganhar crescente relevância na sociedade, sendo reconhecido como uma preocupação tanto para os órgãos governamentais como para os profissionais de saúde. O grupo etário das pessoas idosas é evidenciado no Plano Nacional de Saúde como um grupo com necessidades especiais de cuidados, sendo crucial garantir a segurança deste grupo durante o processo de cuidados, particularmente no que concerne à ocorrência de quedas e consequências destas. As quedas representam um grave problema de saúde pública e comprometem significativamente a qualidade de vida da população idosa, especialmente para aqueles que residem em estruturas residenciais para pessoas idosas, sendo atualmente consideradas uma prioridade nas políticas de saúde.

Face à mudança na estrutura etária da população, é necessário desenvolver novas abordagens em várias áreas do conhecimento, nomeadamente na Enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel crucial na criação de condições que permitam às pessoas idosas enfrentarem os desafios inerentes ao envelhecimento.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública tem como responsabilidade utilizar as suas competências para capacitar indivíduos e grupos, tendo em consideração os recursos disponíveis na comunidade e adaptando-os às necessidades específicas da população alvo. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental na comunidade em virtude da sua proximidade com a mesma.

Assim, este deve aplicar as suas competências visando a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais, através do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária que atendam às necessidades deste grupo profissional.

A promoção da saúde foi um elemento crucial para a conceção deste projeto, motivando uma pesquisa aprofundada sobre o tema e a sua associação a todas as etapas da metodologia de planeamento em saúde. De acordo com Tavares (1990), o planeamento em saúde tem como objetivo final alcançar um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, incluindo alterações de comportamento nas populações.

O MPS de Nola Pender, modelo de enfermagem que guiou o desenvolvimento deste projeto, é utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, avaliando os comportamentos que levam a esta. A promoção da saúde e a estratégia de educação para a saúde foram fundamentais para o cumprimento dos objetivos delineados (Pender et al., 2019).

Considera-se que foi possível atender às necessidades formativas das cuidadoras formais, contribuindo para melhorar os cuidados que estas prestam.

A execução deste projeto, que seguiu a metodologia do planejamento em saúde, possibilitou o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, conforme evidenciado no presente relatório.

Entre os desafios enfrentados e superados, destaca-se a gestão de tempo, a qual envolveu a organização do estágio e a atividade profissional, assim como a necessidade de desenvolver diversas atividades num curto período. O tempo dedicado ao diagnóstico de situação superou o tempo inicialmente previsto, o que reduziu o tempo disponível para as fases subsequentes do projeto.

Por último, pode concluir-se que os objetivos do estágio foram atingidos, tendo sido adquiridas as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e as condições para obtenção do grau de mestre.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio mostrou-se bastante enriquecedor do ponto de vista pessoal, mas sobretudo profissional, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. De salientar a mais valia para a minha prática clínica na Unidade de Cuidados na Comunidade, principalmente no que respeita à capacitação de grupos e integração de programas e projetos no âmbito comunitário.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2021). *Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. Indicador 428*. Obtido de: <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=428&clusters=S>

Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora (2015). *Plano Local de Saúde da Amadora 2014 – 2016*. 1ª Edição. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e Câmara Municipal da Amadora. Obtido de: [https://www.cmamadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano\\_local\\_saude.pdf](https://www.cmamadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano_local_saude.pdf)

Albee, M. (1996). *Revolutions and counterrevolutions in prevention*. *American Psychologist*, 51(11), 1130–1133. Obtido de: <https://psycnet.apa.org/record/1996-06440-005>

Baixinho C.L., Bernardes R.A., Henriques M.A. (2020). *Quais as práticas dos cuidadores para prevenir as quedas nos idosos institucionalizados?* *Revista Baiana De Enfermagem*, 34. Obtido de: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37491>

Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (2017). *Práticas das Equipas na Prevenção de Queda nos Idosos Institucionalizados: Construção e Validação de Escala*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2017; 26. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>

Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2014). *Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos - Contributos dos enfermeiros para o desenho de um protocolo de gestão do risco de queda*. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 27 – 32. Obtido de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/434>

Barbosa, P., Carvalho, A. L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Obtido de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31804/1/2015\\_Escala%20de%20quedas%20de%20morse\\_manual.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31804/1/2015_Escala%20de%20quedas%20de%20morse_manual.pdf)

Cardão, S. (2009) – Partes e Excertos do Livro: *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler. Lisboa. Obtido de: <https://pt.slideshare.net/Bruniinha/excertosdo-livroidosoinstitutionalizado>

Castle, N., Degenholtz, H., & Rosen, J. (2006). *Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania*. BMC Health Services Research, 6(60), p. 1-27. Obtido de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-60>

Coutinho D. T.R., Galiza F. T., Nogueira J. M., Guedes M. V. C., Brito O. D., Freitas M. C. (2021). *Risco de Quedas em Idosos: Estratégia Cuidativa-Educacional para Cuidadores para Adoção de Medidas Preventivas*. Rev enferm UFPE on line 2021;15(2):e247773 Obtido de: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247773>

Diário da República (2016). Despacho nº 12427/2016. Diário da República nº 199/2017, 2ª Série de 2016-10-17, páginas 30783 - 30784. Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, Lisboa. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12427-2016-75533168>

Diário da República (2012). Portaria nº67/2012. Diário da República nº 58/2012, 1ª Série de 2012-03-21, páginas 1324 - 1329. Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Lisboa. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/67-2012-553657>

Diário da República (2008). Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República nº 38/2008, 1ª Série de 2008-02-22, páginas 1182 – 1189. Ministério da Saúde, Lisboa. Obtido de: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Obtido de: <https://pns.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Plano de Ação – Literacia em Saúde- Portugal 2019-2021*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acaopara-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Obtido de: <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-aseguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura*. Obtido de: [http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA\\_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf](http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf)

Direção Geral da Saúde [DGS] (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Obtido de: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2021). *Cuidadores Formais e Suas Necessidades de Educação para a Saúde: Conhecer no Presente para Atuar no Futuro*. Cadernos De Saúde, 12(Especial), 115-116. Obtido de: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>

Falsarella, G. R., Gasparotto, L. P. R., & Coimbra, A. M. V. (2014) *Quedas: Conceitos, Frequências e Aplicações à Assistência ao Idoso*. Artigo de Revisão • Revista geriatria e gerontologia, 17 (4). Obtido de: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>

Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). *O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 159-168. Funchal: CDA, Universidade da Madeira. Obtido de: <http://cda.uma.pt/publications/pub21-001-olhares-v1/Ebook-21-V01-159.pdf>

Gomes, E. C.; Marques, A. O; Leal, M. C; Barros, P. B. (2014). *Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa*. Ciência & Saúde Coletiva, 19 (8), 3543-3551. Acedido a 29-03-2017. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03543.pdf>

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). *Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. Gestão E

Desenvolvimento, (27), 291-313. Obtido de:  
<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>

Guedes, J. M. T. M. (2009). *O Internamento em Lar e a Identidade dos Idosos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Mestrado em Ciências do Serviço Social. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10216/7154>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. ENSP, Edições da Saúde, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Obtido de:  
[https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=426127543&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y)

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Definitivos*. Obtido de:  
[https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=585774296&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=585774296&att_display=n&att_download=y)

International Council of Nurses (2023). *ICNP Browser – 2019 Release*. Obtido de:  
<https://www.icn.ch/icnp-browser>

Lancaster, J., Stanhope, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed., Lusodidacta. Loures.

Llobet, P., Canut, L., Mateu, S., & Ávila, N. (2010). *Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas*. *Enfermería Global*, 19, 1-6. Obtido de:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412010000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412010000200008)

Mamani A.R.N., Reiners A.A.O., Azevedo R.C.S., Vechia A.D.R.D., Segri N.J., & Cardoso J.D.C. (2021). *Práticas de Prevenção de Quedas Realizadas por Cuidadores de Idosos*. São Paulo: *Rev Recien*. 2021; 11(35):257-266. Obtido de:  
<https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.257-266>

Mamani A.R.N., Reiners A.A.O., Azevedo R.C.S., Dalla Vechia A.D.R., Segri N.J., & Cardoso J.D.C. (2018). *Cuidador de Idosos: Conhecimentos, Atitudes e Práticas Sobre*

*Quedas e sua Prevenção*. Rev Bras Enferm. 2019; 72(Suppl 2):119-26. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0276>

Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L., & Jones, J. (2007). *Direct care workers' recommendations for training and continuing education*. Gerontology & Geriatrics Education, 28(2), 91-108. Obtido de: [https://www.researchgate.net/publication/5815696\\_Direct\\_Care\\_Workers'\\_Recommendations\\_for\\_Training\\_and\\_Continuing\\_Education](https://www.researchgate.net/publication/5815696_Direct_Care_Workers'_Recommendations_for_Training_and_Continuing_Education)

Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). *A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 3(9), p. 784-795. Obtido de: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7504/5322>

Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., Pender, N. J. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7ª ed., Pearson Education. New Jersey.

Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. 8ª ed., Pearson Education. Boston.

Neto A. H. A., Patrício A. C. F. A., Ferreira M. A. M., Rodrigues B. F. L., Santos T. D., Rodrigues T. D. B., et al. (2017). *Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents*. Rev Bras Enferm [Internet]. 70(4):719-25. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>

Nogueira I.S., Dias J.R., Lopes L.P., & Baldissera V.D.A. (2022). *Saberes e práticas de mulheres idosas sobre prevenção de quedas*. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210145. Obtido de: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210145.pt>

OCDE European Commission. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. Paris: OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing. Obtido de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário Da República, 2a Série, no26, 4744–4750. Obtido de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Ordem dos Enfermeiros Regulamento n.º 428/2018*. Diário Da República, 2a Série, no135, 16 de julho de 2018. Obtido de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE, versão 2015*. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros Secção Regional do Sul (2015). *Estruturas Residenciais para Idosos: Cuidados com Segurança, um Desafio Emergente!* Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS. Obtido de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)

Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá. Obtido de: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). *Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas*. Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 1(2), 225–236. Obtido de: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEAP/article/view/1124/999>

PORDATA (2022). *Índice de Envelhecimento*. Obtido de: <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>

PORDATA (2022). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Obtido de: <https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios-1606-1216>

PORDATA (2022). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Obtido de: [https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios+\(percentagem\)-1865-2021](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios+(percentagem)-1865-2021)

Portella, M. R., & Lima, A. P. (2018). *Quedas em Idosos: Reflexões sobre as Políticas para o Envelhecimento Saudável*. Arquivo Ciências da Saúde UNIPAR, 22(2), 109-115. Obtido de: <https://core.ac.uk/download/pdf/235581403.pdf>

- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2008). *Perfil os cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), p. 1285-1292. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fPzczYzWFt3YkVpxqB6hS/?lang=pt>
- Rocha, J.A. (2018). *O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais*. *Revista FAROL*, 6(6), 77-89. Obtido de: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/download/113/112>
- Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo (2010). *Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice*. Obtido de: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf)
- Santos, S. C. A., & Figueiredo, D. M. P. (2019). *Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1). Obtido de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YmyPxcJx4hXchFS3nLqTyTd/abstract/?lang=pt>
- Santos, S., Silva, M., Pinho, L., Gautério, D., Pelzer, M. & Silveira, R. (2012). *Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the north american nursing diagnosis association*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 1227-1236. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/tDrLvLWw6xmTVCKzckGLXqM/?lang=pt>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Obtido de: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30014/3113303/Pages/default.aspx>
- Sousa, L. G. D. (2016). *Prevenção de Quedas – Capacitar para prevenir*. Instituto Politécnico de Santarém. Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Enfermagem Comunitária. Santarém. Obtido de: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1663/1/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20quedas%20-Capacitar%20para%20prevenir.pdf>
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípiã. Cascais.
- Sousa, S. C. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Instituto Politécnico de Portalegre. Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária

e de Saúde Pública. Portalegre. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>

Stone, R. (2004). *The Direct Care Worker: The third rail of home care policy*. *Annu. Rev. Public Health*, 25, p. 521-537. Obtido de: [https://www.researchgate.net/publication/5390792\\_The\\_Direct\\_Care\\_Worker\\_The\\_Third\\_Rail\\_of\\_Home\\_Care\\_Policy](https://www.researchgate.net/publication/5390792_The_Direct_Care_Worker_The_Third_Rail_of_Home_Care_Policy)

Tavares, António (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Cadernos de Formação nº 2, Ministério da Saúde, Lisboa.

Unidade de Saúde Pública Amadora (2022). *Carta de Compromisso - Plano de Ação. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora*. Obtido de: [https://bicsp.minsaude.pt/vti\\_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2022/3113303](https://bicsp.minsaude.pt/vti_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2022/3113303)

Villas-Bôas M. E., (2015). *O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente*. *Rev. Bioét.* 23 (3). Obtido de: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233088>

World Health Organization (2022). *Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing, Data Portal*. Obtido de: [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/incidence-rate-of-falls-in-older-people-\(per-100-000-population\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/incidence-rate-of-falls-in-older-people-(per-100-000-population))

World Health Organization (2021). *Falls*. Obtido de: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/falls>

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Obtido de: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1343716/retrieve>

World Health Organization (2020). *Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex*, by World Bank Income Group, 2000-2019. Obtido de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019\\_cod\\_global\\_2000\\_20194e572f53-509f-4578-b01e-6370c65d9fc5\\_3096f6a3-0f82-4c0c-94e2-623e802527c8.xlsx?sfvrsn=eaf8ca5\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019_cod_global_2000_20194e572f53-509f-4578-b01e-6370c65d9fc5_3096f6a3-0f82-4c0c-94e2-623e802527c8.xlsx?sfvrsn=eaf8ca5_7)

World Health Organization (2020). *Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex*, by WHO Region, 2000-2019. Obtido de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019\\_cod\\_global\\_2000\\_20194e572f53-509f-4578-b01e-6370c65d9fc5\\_3096f6a3-0f82-4c0c-94e2-623e802527c8.xlsx?sfvrsn=eaf8ca5\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019_cod_global_2000_20194e572f53-509f-4578-b01e-6370c65d9fc5_3096f6a3-0f82-4c0c-94e2-623e802527c8.xlsx?sfvrsn=eaf8ca5_7)

[estimates/ghe2019\\_cod\\_whoregion\\_2000\\_20195a48bd71-f222-4b00-90e6-b5078fbfc4db\\_e01200f2-71ae-47bd-a344-03f4647f8127.xlsx?sfvrsn=4aed7378\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_whoregion_2000_20195a48bd71-f222-4b00-90e6-b5078fbfc4db_e01200f2-71ae-47bd-a344-03f4647f8127.xlsx?sfvrsn=4aed7378_7)

World Health Organization (2020). *Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Estimated deaths ('000) by cause, sex and WHO Member State, 2019*. Obtido de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019\\_deaths-2019-country0ebf9692-5857-4077-8161-7b72c3e4599b\\_497e8fe7-bd5d-4de8-b039-fe71139618ed.xlsx?sfvrsn=1c8a2543\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_deaths-2019-country0ebf9692-5857-4077-8161-7b72c3e4599b_497e8fe7-bd5d-4de8-b039-fe71139618ed.xlsx?sfvrsn=1c8a2543_7)

World Health Organization (2020). *Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Estimated deaths ('000) by cause, sex and WHO Member State, 2000*. Obtido de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019\\_deaths-2000-country1d20517f-89e3-4787-b639-26acbda9b8f8\\_8eaacd11-90f6-4e5a-bfbb-9321a5820da1.xlsx?sfvrsn=51458b03\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_deaths-2000-country1d20517f-89e3-4787-b639-26acbda9b8f8_8eaacd11-90f6-4e5a-bfbb-9321a5820da1.xlsx?sfvrsn=51458b03_7)

World Health Organization (2007). *WHO Global report on falls prevention in older age*. Obtido de: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>

World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: World Health Organization. Obtido de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Apresentado na International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS. Obtido de: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2005). *Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia*. *The Gerontologist*, pp. 96-105. Obtido de: [https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl\\_1.96](https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96)



## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1 - Cronograma de atividades**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro		
	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 1	Sem. 2
Reunião com a Enfermeira Orientadora															
Primeira visita à ERPI (Reunião com Diretora Técnica)															
Realização do enquadramento teórico															
Envio de pedido de autorização à Diretora Técnica															
Elaboração do Diagnóstico de Situação															
Determinação de Prioridades															
Fixação de Objetivos															
Seleção de Estratégias															
Preparação Operacional															
Avaliação															

**Apêndice 2 - Ata da reunião com enfermeira orientadora**

# Ata da reunião 1/2022 com Enfermeira Orientadora

[ ] 13 de setembro de 2022

9h – 10h

**Local:** Gabinete - USP

**Presenças:** Enfermeira Orientadora Clínica e Coordenadora da USP

[ ]

**Mestranda, Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Pinto**

.....

## **ASSUNTOS:**

### **Ordem de Trabalhos:**

Os assuntos discutidos são seguidamente apresentados e numerados.

### **Plano de Ação:**

1. Ficou definido que serão seguidas as orientações do plano de ação da USP de 2022, assim como, as dimensões contratualizadas da matriz de contratualização da ACSS.
2. Ficou definido que o projeto será direcionado para a área do envelhecimento.

### **Planificação das Atividades:**

1. Ficou definido que após parecer da DE, vai estabelecer-se contacto com as ERPI do concelho consideradas prioritárias segundo os critérios definidos.

### **Outros assuntos:**

1. Enf.<sup>a</sup> [ ] referiu que das diferentes dimensões contratualizadas, destaca-se o indicador com o identificador 428. Este indicador tem como objetivo possibilitar a avaliação da dimensão "segurança de utentes" da subárea "melhoria contínua da qualidade".

Enf<sup>a</sup> Ana Rita Pinto, Mestranda

**Apêndice 3 - Ata da reunião com diretora técnica**

## Ata da reunião 2/2022 com Diretora Técnica

[ ] , 21 de setembro de 2022

10h – 12h

**Local:** Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

**Presenças:** Diretora Técnica da ERPI: [ ]

**Mestranda:** Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Pinto

**Enfermeira Orientadora Clínica e Coordenadora da USP** [ ]

[ ]

.....  
**ASSUNTOS:**

**Ordem de Trabalhos:**

Os assuntos discutidos são seguidamente apresentados e numerados.

**Plano de Ação:**

1. Ficou definido que o projeto de intervenção seria direcionado para a área de prevenção de quedas, tendo em conta a necessidade levantada pela DT na observação dos cuidados às pessoas idosas, sendo o processo de luto e pós-morte e a prevenção de quedas as áreas que considera com maior relevo.
2. Neste seguimento, com as reflexões realizadas com a enfermeira orientadora e a DT e após a pesquisa bibliográfica já realizada, conclui-se que a forma de intervir eficaz e eficientemente seria através da sensibilização e formação dos cuidadores formais.

**Planificação das Atividades:**

1. Ficou definido que após parecer formal da DT, vai estabelecer-se contacto com os cuidadores da ERPI e proceder ao preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido.
2. De seguida, a DT mostrou disponibilidade para o agendamento das minhas visitas sempre que necessário.

**Outros assuntos:**

Ficou definido agendar uma visita coincidente com o turno da enfermeira que exerce funções na ERPI.

Houve disponibilidade para consulta do processo de enfermagem, com o objetivo da análise de dados para este projeto, para conhecer a população idosa da instituição e o risco de queda existente, assim como, os fatores de risco associados, com vista a traçar um plano de intervenção mais eficaz.

Enf<sup>a</sup> Ana Rita Pinto, Mestranda

#### **Apêndice 4 - Instrumento de recolha de dados**

## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O documento que se apresenta insere-se num projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção das quedas nas pessoas idosas institucionalizadas. Está dividido em duas partes. A sua colaboração é fundamental pelo que solicitamos que responda às questões colocadas assinalando a resposta que melhor corresponda à sua realidade

### PARTE I - CARACTERIZAÇÃO

1- **Sexo:** M  F

2- **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

3- **Idade:** \_\_\_\_\_

4- **Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

5- **Habilitações Literárias:** \_\_\_\_\_

6- **Há quanto tempo trabalha na área de prestação de cuidados à pessoa idosa (anos)?** \_\_\_\_\_

7- **Há quanto tempo trabalha nesta instituição (anos)?** \_\_\_\_\_

8- **Tem formação profissional na área de prestação de cuidados à pessoa idosa?**  
Sim  Não

9- **Há quanto tempo realizou a última formação?**

Menos de um ano .....

1 a 2 anos .....

Mais de dois anos .....

**10- Já recebeu formação na área de prevenção de quedas à pessoa idosa?**

Sim  Não

**Se respondeu “Não” à questão anterior por favor passe para a questão nº 12.**

**11- Como caracteriza o seu nível de formação nesta área?**

Insuficiente .....

Suficiente .....

Bom .....

Muito Bom .....

Excelente .....

**12- Considera a formação importante para o desempenho das suas funções?**

Sim  Não

**13- Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada formação na instituição?**

Mensal .....

Trimestral .....

Semestral .....

Anual .....

Desconhece/Não sabe .....

**PARTE II - Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos idosos institucionalizados (EPCEPQ) <sup>1</sup>**

As questões que se seguem pretendem determinar como a equipa faz a gestão do risco de queda da população idosa institucionalizada.

Para cada questão há 5 hipóteses de resposta, consoante a frequência com que a atividade acontece.

1 – nunca; 2 – poucas vezes; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

Itens	1	2	3	4	5
1. A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos					
2. A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso					
3. Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso					

4. A comunicação é essencial para prevenir quedas					
5. Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas					
6. Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas					
Total (6-30)					

<sup>1</sup> Elaborada por: Cristina Lavareda Baixinho, Doutora em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Maria dos Anjos Dixe, Doutora em Psicologia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

**Muito obrigada pela sua colaboração!**  
**Mestranda/Enfermeira Ana Rita Pinto**

**Apêndice 5 - Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES**

Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Diretora Executiva do ACES  Dr.<sup>a</sup>

Assunto: Pedido de autorização para realização de um projeto de intervenção

No âmbito do protocolo assinado entre o ICS UCP / ARSLVT, Ana Rita Ferreira Pinto, Licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar o estágio final e relatório, na Unidade de Saúde Pública  do ACES . Neste contexto, pretende-se a realização de um projeto de intervenção com base no planeamento em saúde. Assim, venho por este meio solicitar a autorização, no âmbito do regular funcionamento da enfermeira orientadora Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup>  (Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre em Enfermagem na área de Gestão em Enfermagem), o desenvolvimento de um projeto de intervenção a incidir sobre a capacitação de cuidadores formais numa Estrutura de Residência para Idosos na área de abrangência da Unidade de Saúde Pública .

Mais se solicita a autorização para a divulgação do nome da orientadora da prática clínica, da vossa instituição, dos vossos logotipos, bem como a autorização para a consulta e a utilização dos dados relacionados com as Estruturas de Residência para Idosos, aplicação de instrumentos de recolha de dados e realização de intervenções no âmbito do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, no relatório final que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados. Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e solicitar uma resposta breve tendo em atenção o tempo disponível para a implementação das fases pertencentes ao projeto de intervenção.

À superior consideração de V. Ex.<sup>a</sup>

*Ana Rita Ferreira Pinto*

---

Ana Rita Ferreira Pinto

**Apêndice 6 - Pedido de autorização à diretora técnica para realização do projeto de  
intervenção**

Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Diretora Técnica

Assunto: Pedido de autorização para realização de um projeto de intervenção

Eu, Ana Rita Ferreira Pinto, Licenciada em Enfermagem, estudante do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio final e relatório, na Unidade de Saúde Pública  , tendo como orientadora a Enf.<sup>a</sup>  Neste contexto, pretende-se a realização de um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do planeamento em saúde.

Assim, venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização, no âmbito do regular funcionamento da instituição e de todos os profissionais envolvidos, para o desenvolvimento de um projeto de intervenção na vossa instituição, com a finalidade de promover a capacitação das auxiliares de ação direta para otimizar a segurança dos utentes institucionalizados na instituição que dirige. A pertinência deste projeto encontra a sua justificação no Plano Nacional para a Segurança do Utente 2022-26.

Este projeto inicia-se com um diagnóstico de situação. O mesmo terá dois eixos. Inicialmente, pretende-se avaliar o risco de queda dos utentes e o risco de úlceras por pressão, recorrendo para isso à aplicação das escalas de Morse e de Braden, ambas validadas para a população portuguesa. Este eixo tem como objetivo estratificar o risco de queda e de úlcera por pressão dos utentes da vossa instituição, de forma a adequar as intervenções posteriores. Concomitantemente, um segundo eixo diagnóstico, destinado às auxiliares de ação direta, com o diagnóstico das necessidades formativas na área da promoção da segurança dos utentes (prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão).

Após o diagnóstico de situação, serão definidos os objetivos, estratégias e intervenções a implementar neste projeto, sempre em parceria com a vossa instituição e com o respeito pela vossa organização.

Desta forma, solicita-se também a devida autorização para implementar o projeto na vossa instituição.

De acordo com o calendário académico, o projeto decorre entre setembro e dezembro de 2022. O agendamento de intervenções diretas na vossa instituição será feito sempre com acordo e marcação prévias. Envio o cronograma de atividades previsto, estando suscetível a alterações mediante o normal funcionamento da V. instituição.

Ao longo de todo o projeto, os aspetos éticos serão salvaguardados, nomeadamente o respeito pela confidencialidade de todos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste projeto poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade. Todos os dados obtidos serão partilhados com a vossa instituição.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e solicitar uma resposta breve tendo em atenção o tempo disponível para a implementação das fases pertencentes ao projeto de intervenção.

À superior consideração de V. Ex.<sup>a</sup>

*Ana Rita Ferreira Pinto*

---

Ana Rita Ferreira Pinto

**Apêndice 7 - Consentimento livre e esclarecido para participação em projeto de  
intervenção comunitária**

## **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Eu, Ana Rita Ferreira Pinto, enfermeira a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, estou a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção das quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

Este projeto tem como objetivo contribuir para a redução do número de quedas nas pessoas idosas da instituição, através da capacitação das cuidadoras formais, sobre a prevenção de quedas. Assim, solicito a sua colaboração no projeto e no preenchimento do instrumento de recolha de dados que é composto por duas partes:

- ✓ Parte I – Caracterização do participante;
- ✓ Parte II – Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos idosos institucionalizados.

Ao longo de todo o projeto os aspetos éticos serão salvaguardados, nomeadamente a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade respeitando o anonimato dos participantes.

Os dados obtidos neste trabalho serão exclusivamente utilizados no âmbito deste projeto e em publicações de âmbito académico ou científico.

Acrescento ainda, que poderá anular a sua colaboração em qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal relacionado.

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio, através do seguinte contacto: @hotmail.com.

-----

Eu abaixo-assinado, 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.

Assinatura do participante:

Data:

\_\_\_\_\_  
 de outubro de 2022

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Mestranda/Enfermeira

Nota: Este documento é feito em duas vias: uma para incluir como anexo no citado projeto e outra para ficar na posse do participante.

**Apêndice 8 - Pedido de autorização à autora para aplicação da Escala de Práticas e  
Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos  
Institucionalizados**



ana rita pinto [redacted]@hotmail.com>

19/10/2022 11:32



Para: [redacted]

Bom dia Dr.ª **Cristina Baixinho**.

Sou a Ana Rita Pinto, aluna do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Para o estágio final e relatório, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área da capacitação de cuidadores formais numa Estrutura de Residência para Idosos.

Vi o seu artigo publicado sobre a construção e validação da escala EPCEPQ. Então, venho por este meio solicitar a escala e a sua autorização para aplicação da mesma. Enviei mensagem via facebook porque tenho muita urgência visto o pouco tempo de estágio.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os meus melhores cumprimentos,  
Ana Rita Pinto

## **Apêndice 9 - Planejamento da sessão formativa**



## PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA

**Curso:** Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

**Unidade Curricular:** Estágio Final e Relatório.

**Tema da Sessão:** Prevenção de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

**População Alvo:** Cuidadoras formais de pessoas idosas institucionalizadas.

**Conteúdo da atividade:** Identificação de fatores de risco e adoção de estratégias preventivas para evitar as quedas nas pessoas idosas institucionalizadas, de forma a diminuir a sua incidência, levando a um impacto positivo na qualidade de vida da população idosa.

**Objetivos da atividade: Geral:** Contribuir para a redução do número de quedas nas pessoas idosas da instituição, através da capacitação das cuidadoras formais, sobre a prevenção de quedas.

**Específicos:** Aumentar o conhecimento das cuidadoras acerca da gravidade das quedas nas pessoas idosas;

Aumentar o conhecimento das cuidadoras acerca das consequências das quedas nas pessoas idosas;  
Capacitar as cuidadoras para a identificação dos fatores de risco de queda nas pessoas idosas institucionalizadas;

Promover a adoção de medidas de segurança eficazes para a prevenção de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas;

Possibilitar a partilha de experiências entre cuidadoras formais na temática das quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

**Método:** Método interativo e expositivo

**Duração da sessão:** 60 minutos

**Data:** 29 de novembro de 2022

**Local:** Residência Sénior

Tempo (min.)	Etapas	Atividades Didáticas	Material Didático	Orador
5	Apresentação	Apresentação da formadora e participantes		Mestranda Ana Rita Pinto
5	Visualização de vídeo	A problemática das quedas Consequências das quedas	Computador e TV	
20	Sessão formativa	Fatores de risco de quedas Medidas preventivas de quedas	Computador e TV	
<b>COFFEE BREAK</b>				
15	Jogo de correspondência	Relação entre frases com fatores de risco e medidas preventivas de quedas	Saco de pano e cartão com frases escritas	
15	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas com discussão sobre temáticas abordadas Agradecimentos	Questionários de avaliação	

**Apêndice 10 – Vídeo “A Problemática das Quedas na Pessoa Idosa”**



Segundo a OMS

Em Portugal, no ano 2019, as quedas causaram 24,23% das mortes acidentais nos idosos

São a principal causa destas mortes



CREATED USING  
POWTOON

The infographic features a light blue background with a pink cross icon in the top left. A hand with a red cross on the palm is positioned in the lower left. A cartoon character in a suit is on the right, with a speech bubble above him. A small gravestone icon is located below the character. The POWTOON logo is in the bottom right corner.

## **Apêndice 11 - Sessão formativa**

## FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Elaborado por: Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Pinto, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação clínica da Enf.<sup>a</sup> Paula Marques e orientação científica da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa Garcia



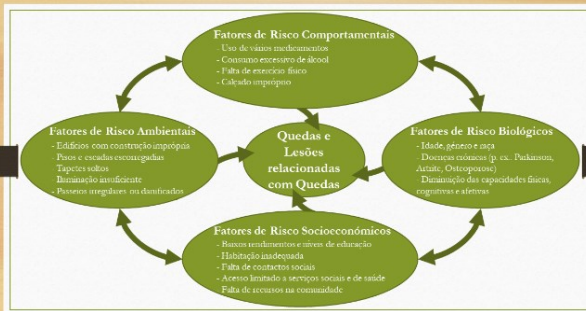
## FATORES DE RISCO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

As quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco

Podem ser categorizados em quatro dimensões

A medida que aumenta a exposição aos fatores de risco maior é o risco de cair e se ferir.

- Fatores de risco biológicos
- Fatores de risco comportamentais
- Fatores de risco ambientais
- Fatores de risco socioeconómicos



## Fatores de Risco Biológicos

Fatores de risco biológicos:

- Referem-se a características relacionadas com o corpo humano, que não podem ser modificados, como a idade e o sexo;
- Estão associados a alterações que resultam do processo de envelhecimento, como a perda de capacidades físicas, cognitivas e afetivas, assim como, comorbilidades associadas a doenças crónicas ou a quedas anteriores.

## Fatores de Risco Comportamentais

Fatores de risco comportamentais:

- Estão relacionados com as ações humanas, emoções ou com as escolhas diárias, como comportamentos de risco e comportamentos sedentários;
- Podem ser modificados através de intervenções estratégicas para alterações comportamentais;
- Por exemplo, ingestão de vários medicamentos, uso excessivo de álcool, comportamento sedentário, calçado impróprio, vestuário comprido ou largo, uso inadequado dos auxiliares de marcha, camas e cadeiras muito altas, e medo de cair.

## Fatores de Risco Ambientais

Fatores de risco ambientais:

- Englobam a interação entre as condições físicas dos indivíduos e o ambiente envolvente;
- Entre eles destacam-se, degraus estreitos, superfícies escorregadias, casas de banho sem barras de apoio, tapetes soltos, cabos elétricos desorganizados, objetos em locais inapropriados e iluminação insuficiente.

A interação entre fatores biológicos, fatores comportamentais e ambientais aumenta o risco de queda.

## Fatores de Risco Socioeconómicos

Fatores de risco socioeconómicos:

- Definem-se por influenciarem as condições sociais e a situação económica dos indivíduos, assim como a capacidade da comunidade para os desafiar;
- Estes fatores incluem: baixa renda, baixa escolaridade, moradia inadequada, falta de interação social, acesso limitado à saúde e assistência social, falta de recursos comunitários e analfabetismo.

...



Idosos que não apresentam fatores de risco têm menos probabilidade de cair.

Como já vimos, numa grande percentagem deste incidente participam vários fatores de risco, muitos dos quais podem ser alterados ou eliminados com intervenções específicas preventivas.

A capacidade de lidar com as quedas, tanto dos idosos como dos profissionais de saúde, pode reduzir os riscos e as consequências das mesmas.

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Ao observar as dimensões categorizadas que envolvem o evento de queda, identificam-se fatores não modificáveis, como os fatores de risco biológico, no entanto, os restantes fatores, são passíveis de modificação.

De entre os fatores modificáveis, salientam-se medidas preventivas que reduzem o risco de queda no idoso institucionalizado

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



CALÇADO ADEQUADO  
CUIDADOS COM OS PÉS  
ROUPA ADEQUADA

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



EVITAR TAPETES SOLTOS  
PREFERIR TAPETES QUE NÃO ESCORREGAM

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



NUTRIÇÃO DO IDOSO ADEQUADA

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



EVITAR FIOS, EXTENSÕES ELÉCTRICAS, OBJETOS E MÓVEIS ESPALHADOS

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



EVITAR ESCADAS SEM CORRIMÃO OU COM DEGRAUS ESTREITOS

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



UTILIZAR FITAS ANTIDERRAPANTES NOS DEGRAUS

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



DEIXAR ESPAÇO LIVRE PARA O IDOSO CAMINHAR

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



COLOCAR TAPETES ANTIDERRAPANTES  
NAS CASAS DE BANHO

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



DEIXAR UMA LUZ DE PRESENÇA  
ACESA DURANTE A NOITE

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



EVITAR PISOS MOLHADOS  
OU ESCORREGADIOS

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



MANTER AS GRADES DAS  
CAMAS SUBIDAS

GARANTIR QUE A CAMA FICA  
NO PLANO MAIS BAIXO

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



COLOCAR O URINOL OU  
ARRASTADEIRA ACESSÍVEL

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



ASSEGURAR O POSICIONAMENTO  
CORRETO DOS UTENTES

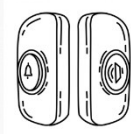
### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



VALIDAR O BOM FUNCIONAMENTO  
DAS CADEIRAS DE RODAS

UTILIZAR PROTETORES E IMOBILIZADORES  
NAS CADEIRAS DE RODAS, CADEIRÕES E  
CAMAS, COM INDICAÇÃO DA ENFERMEIRA

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



EXPLICAR COMO FUNCIONA A  
CAMPAINHA E PROVIDENCIAR O ACESSO  
A ESTA, EM CASO DE NECESSIDADE

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



GARANTIR A ACESSIBILIDADE AOS  
OBJETOS PESSOAIS

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

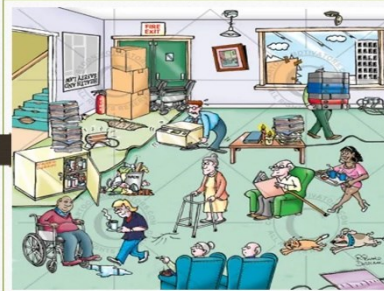


FAMILIARIZAR A PESSOA IDOSA COM A  
LOCALIZAÇÃO DOS ESPAÇOS (QUARTO, WC,  
ENTRE OUTROS)

## MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



INFORMAR SOBRE AS MEDIDAS A ADOTAR  
PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS



NESTA IMAGEM  
EXISTEM  
VÁRIOS  
FATORES DE  
RISCO.  
VAMOS  
IDENTIFICÁ-LOS?

## **Apêndice 12 - Avaliação da sessão formativa**

## Avaliação da Sessão Formativa

A sua opinião é muito importante para aferir o nível de satisfação e utilidade desta sessão. Através desta avaliação, serão identificados aspetos a melhorar, pelo que agradeço que responda às seguintes questões.

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 – Insuficiente
- 2 – Suficiente
- 3 – Bom
- 4 – Muito Bom

<b>Critérios de avaliação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Clareza na transmissão dos assuntos abordados				
Criação de clima propício à participação				
Domínio dos assuntos abordados por parte da formadora				
Ajustamento dos métodos pedagógicos utilizados				
Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas				
Metodologia pedagógica utilizada				
Incentivo à motivação do grupo				
A formação permitiu o aprofundamento de conhecimentos				
Avaliação Global				

Pontos a melhorar ou temáticas a abordar em futuras formações:

---

---

---

**29 de novembro de 2022**

**Muito obrigada pela sua participação!**

**Apêndice 13 - Certificado de presença**

# CERTIFICADO DE PRESENÇA

Esteve presente na sessão de educação para a saúde sobre **Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa Institucionalizada**, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa - Estágio Final na USP , sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Enf.ª .

ENF.ª ANA RITA PINTO  
(MESTRANDA NO 15º ME EM EEC-SP NA UCP)

DATA

ENF.ª   
(ENF. ESPECIALISTA EM EC)

DATA



ars *ivt*



**Apêndice 14 - Jogo para identificação de fatores de risco de quedas**



**Apêndice 15 - Jogo de correspondência**

## Jogo de Correspondência

1- USO DE CHINELOS	13- CALÇADO ADEQUADO
2- ESCADAS SEM CORRIMÃO OU COM DEGRAUS ESTREITOS	14- UTILIZAR O ELEVADOR
3- PISO MOLHADO	15- CAMINHO ALTERNATIVO
4- ILUMINAÇÃO INSUFICIENTE	16- DEIXAR UMA LUZ DE PRESEÇA ACESA DURANTE A NOITE
5- CAMAS E CADEIRAS MUITO ALTAS	17- GARANTIR QUE A CAMA FICA NO PLANO MAIS BAIXO
6- OBJETOS EM LOCAIS INAPROPRIADOS	18- DEIXAR ESPAÇO LIVRE PARA O IDOSO CAMINHAR
7- TAPETES SOLTOS	19- TAPETES QUE NÃO ESCORREGAM E COM ADERÊNCIA
8- VESTUÁRIO COMPRIDO OU LARGO	20- ROUPA ADEQUADA
9- COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	21- PROMOVER A ATIVIDADE
10- OBJETOS EM LOCAIS INAPROPRIADOS	22- EVITAR FIOS, EXTENSÕES ELÉCTRICAS, OBJETOS E MÓVEIS
11- PISO DA CASA DE BANHO MOLHADO	23- COLOCAR TAPETES ANTIDERRAPANTES NAS CASAS DE BANHO
12- AGITAÇÃO DO IDOSO	24- MANTER AS GRADES DAS CAMAS SUBIDAS

**Apêndice 16 – Folheto “Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas”**

...

Com o avançar da idade, aumenta o risco de lesão ou morte na sequência de uma queda.

É nos idosos que se verifica o maior número de quedas fatais.

A nível mundial, um terço dos adultos com 65 ou mais anos sofre uma queda pelo menos uma vez por ano.

Nos maiores de 70 anos as quedas são a principal causa de morte accidental. (OMS, 2021)

**Em lares de idosos, regista-se uma incidência de quedas superior à verificada na generalidade da população idosa, ocorrendo mais de uma queda por ano em cerca de 50% dos idosos institucionalizados (OMS, 2021).**



### Elaborado por

Enf.ª Ana Rita Pinto, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação clínica da Enf.ª [redacted] e orientação científica da Prof.ª Dr.ª Elisa Garcia

29 de novembro de 2022

## PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS



**"PREVENIR PARA NÃO CAIR"**

### FATORES QUE PODEM AUMENTAR O RISCO DE QUEDA



**IDADE:** Independentemente do sexo ou grupo étnico e racial, verifica-se, nos idosos, uma prevalência do risco de queda mais elevada e também os danos daí resultantes.



**DIFICULDADE PARA ANDAR:** Utilização de bengalas, muletas e/ou cadeira de rodas para deslocação.



**USO DE MEDICAÇÕES:** Que provoquem sono ou que apresentem efeitos adversos como tonturas, vertigens, entre outras.



**HISTÓRICO DE QUEDAS ANTERIORES:** Algumas doenças crónicas, tonturas, tensão baixa, entre outras.



**MUDANÇA DE RESIDÊNCIA:** Da sua própria casa para uma estrutura residencial para idosos, entre outras.



### COMO PREVENIR AS QUEDAS



**EVITAR TAPETES SOLTOS USAR TAPETES QUE NÃO ESCORREGAM**



**EVITAR FIOS, EXTENSÕES ELÉCTRICAS, OBJETOS E MÓVEIS ESPALHADOS**



**EVITAR ESCADAS SEM CORRIMÃO OU COM DEGRAUS ESTREITOS**



**UTILIZAR FITAS ANTIDERRAPANTES NOS DEGRAUS**



**DEIXAR ESPAÇO LIVRE PARA CAMINHAR**



**USAR SAPATOS FECHADOS E COM SOLA DE BORRACHA**



**COLOCAR TAPETES ANTIDERRAPANTES NAS CASAS DE BANHO**



**DEIXAR UMA LUZ DE PRESENÇA ACESA DURANTE A NOITE**



**EVITAR PISOS MOLHADOS OU ESCORREGADIOS**

### CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS



**FRATURAS DO FÉMUR E ANCA**



**TRAUMATISMOS CRÂNIO ENCEFÁLICOS**



**LESÕES EM TECIDOS MOLES E MEDULAR**



**INTERNAMENTOS**



**MORTE**

Mesmo que uma queda não provoque lesão, tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, provocando o medo de cair e limitando a sua mobilidade e atividade.

**Apêndice 17 – Poster “Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa”**

# PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



## USAR CALÇADO ADEQUADO

SAPATOS FECHADOS E COM SOLA DE BORRACHA



## EVITAR TAPETES SOLTOS

PREFERIR TAPETES QUE NÃO ESCORREGAM



## DEIXAR ESPAÇO LIVRE PARA CAMINHAR

EVITAR FIOS, EXTENSÕES ELÉCTRICAS, OBJETOS E MÓVEIS ESPALHADOS



## EVITAR ESCADAS SEM CORRIMÃO

EVITAR ESCADAS DANIFICADAS COM DEGRAUS ESTREITOS, UTILIZAR FITAS ANTIDERRAPANTES NOS DEGRAUS



## NA CASA DE BANHO

COLOCAR TAPETES ANTIDERRAPANTES E BARRAS DE APOIO



## LUZ DE PRESENÇA ACESA

NO PERÍODO DA NOITE



## EVITAR PISOS MOLHADOS OU ESCORREGADIOS

**Apêndice 18 - Documento para auxílio das CF no registro de quedas**

## REGISTO DE QUEDAS

Nome							
Data/Hora							
Local							
Contexto da Queda							
Consequências							
Observações							
Testemunha							
Assinatura							

MÊS:

ANO:

**Apêndice 19 – Sessão para apresentação do projeto à equipa da USP**



## Prevenir Quedas em Pessoas Idosas Institucionalizadas

### Intervenção de Enfermagem Comunitária

Mestranda: Enfermeira Ana Rita Pinto  
Orientadora: Professora Doutora Elisa Garcia  
Orientadora clínica: Enfermeira Mestre [ ]

#### 1.1. Diagnóstico de Situação

##### 1.1.1. Contextualização

Reunição Informal -> Enfermeira Orientadora:  
Plano de ação da USP  
Matriz de contratualização da ACSS

INDICADOR 428

Pretende-se avaliar o grau de implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dirigidas à segurança dos utentes, nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS)

Amadora concelho envelhecido

Enfermeira orientadora estabelece diariamente contacto com todas as ERPI

## ÍNDICE

### 1. Metodologia do Planeamento em Saúde

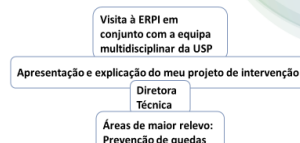
- 1.1. Diagnóstico de Situação
  - 1.1.1. Contextualização
  - 1.1.2. Seleção da Instituição
  - 1.1.3. População Alvo
  - 1.1.4. O Instrumento de Recolha de Dados
  - 1.1.5. Questões Éticas e Deontológicas
  - 1.1.6. Apresentação e Análise de Dados
  - 1.1.7. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado à população alvo
  - 1.1.8. Problemas Identificados
- 1.2. Definição de Prioridades
- 1.3. Fixação de Objetivos
- 1.4. Seleção de Estratégias
- 1.5. Preparação Operacional
- 1.6. Avaliação

#### 1.1.2. Seleção da Instituição

Não ter um enfermeiro contratado a tempo inteiro

A proximidade da instituição à USP, o que facilita o meu acesso

A instituição estar em fase de mudança a nível organizacional e a mesma ter demonstrado interesse na área formativa dos funcionários a nível global



Tendo em conta a necessidade levantada e segundo a reunião inicial com a enfermeira orientadora

Indicador 428

**CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS**

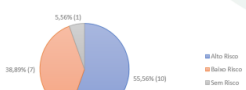
#### 1.1.2. Seleção da Instituição

A população de idosos da instituição é constituída por 18 utentes, dos quais 14 (78%) são do sexo feminino e 4 (22%) são do sexo masculino.

Destaca-se a elevada prevalência do risco de quedas nos idosos

Em 2022, 61,11% dos idosos institucionalizados sofreram quedas

Distribuição dos utentes por risco de queda associado.



Idosos com Quedas na Instituição no último ano.

Indicador	N	%
Idosos com Quedas em 2022	11	61,11%

#### 1.1.3. População Alvo

11 Cuidadores Formais

Critérios de Inclusão:

Ser cuidador formal desta ERPI independentemente do vínculo laboral

Ter uma idade compreendida entre os 18 e os 64 anos

Aceitar participar voluntariamente no projeto

8 CUIDADORES FORMAIS

#### 1.1.4. O Instrumento de Recolha de Dados

Suportado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Caracterizar a população - 13 questões

ESCALA DE PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DA EQUIPE PARA A PREVENÇÃO DA QUEDA NOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:

Avaliar a gestão do risco de queda realizada pela equipa  
6 itens, numa escala de 1 a 5 valores



Instrumento de Colheita de Dados

#### 1.1.5. Questões Éticas e Deontológicas

- Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES
- Pedido de Autorização e Colaboração à instituição selecionada
- Consentimento informado, livre e esclarecido por todos os participantes
- Pedido de autorização à autora para aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados

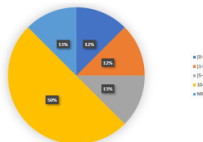
### 1.1.6. Apresentação e Análise de Dados

Os 8 cuidadores formais que correspondem à população alvo são todos do gênero feminino, maioritariamente na faixa etária dos 35 aos 40 anos.



50% dos cuidadores formais tem mais de 10 anos de experiência na prestação de cuidados ao idoso

Distribuição da amostra por tempo de prestação de cuidados ao idoso.

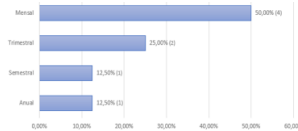


### 1.1.6. Apresentação e Análise de Dados

Formação na área de prevenção de quedas ao idoso.



Regularidade de formação.

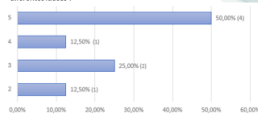


Da análise de dados verifica-se a necessidade de formação na área de prevenção de quedas ao idoso.

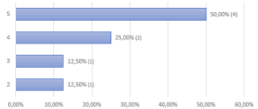
### 1.1.6. Apresentação e Análise de Dados

Na aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados, verifica-se discordância nas respostas às duas primeiras questões, visto que apenas 50% dos cuidadores formais respondeu "muitas vezes ou sempre", enquanto que os outros 50% distribuíram as suas respostas pelas restantes opções disponíveis.

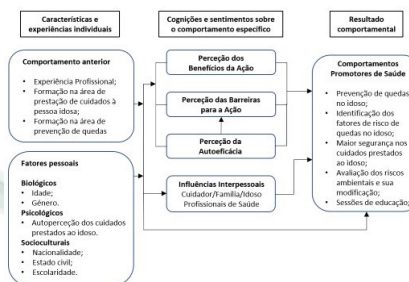
Respostas à questão "A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos".



Respostas à questão "A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso".



### 1.1.7. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado à população alvo



### 1.1.8. Problemas Identificados

Necessidades	MPS (Nola Pender)	Diagnósticos de Enfermagem CIPE ® 2019
Dos Utentes	Influências Interpessoais	Risco de Queda
Dos cuidadores formais	Perceção das Barreiras para a Ação Perceção dos Benefícios da Ação	Falta de conhecimento sobre prevenção de queda
	Perceção da Autoeficácia	Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida

### 1.2. Definição de Prioridades

Segundo o método de Hanlon foram definidas prioridades:

Diagnósticos de Enfermagem CIPE	Aptitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia (C)	Exequibilidade (D)	Resultado (A+B) C x D
Risco de queda	10	10	0,5	0	0
Falta de conhecimento sobre prevenção de queda	6,3	8	1,5	1	21,5
Capacidade do cuidador para tomar conta comprometida	6,3	6	1	1	12,3

### 1.3. Fixação de Objetivos

#### OBJETIVO GERAL:

Contribuir para a redução do número de quedas nas pessoas idosas da instituição, através da capacitação das cuidadoras formais, sobre a prevenção de quedas de novembro a dezembro de 2022.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Sensibilizar as cuidadoras formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas.

Instruir as cuidadoras formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas.

Promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas.

Complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas.

Envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade

### 1.4. Seleção de Estratégias

O foco das atividades selecionadas foi a educação para a saúde sobre a problemática das quedas nos idosos institucionalizados, visando a capacitação das CF da instituição na prevenção destes eventos

Para o primeiro objetivo específico, a estratégia selecionada foi a criação de um vídeo ilustrativo em formato digital

Para o segundo e terceiro objetivos específicos foi realizada uma sessão de educação para a saúde, que abordou os fatores de risco associados às quedas nas pessoas idosas institucionalizadas e medidas preventivas que podem ser adotadas


Para o quarto objetivo específico, foram criados mecanismos de informação em suporte de papel

Para o quinto objetivo específico, foi realizada uma sessão de apresentação da temática e atividades desenvolvidas, à equipa da USP, visando a continuidade destas



## 1.5. Preparação Operacional

Objetivo Específico	Atividade	Objetivo Operacional
Sensibilizar os cuidadores formais para a problemática das quedas e suas consequências nas pessoas idosas	Criar um vídeo de sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas 	Que pelo menos 70% das CF participe na visualização do vídeo
	Proporcionar momento de discussão após visualização de vídeo	Que pelo menos 70% das CF participe no momento de discussão




## 1.5. Preparação Operacional

Objetivo Específico	Atividade	Objetivo Operacional
Instruir os cuidadores formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas	Realizar uma sessão formativa dividida em momentos com as cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas 	Que pelo menos 75% das CF participe na sessão formativa
		Realizar 100% das atividades planejadas para a sessão
Promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas		Que pelo menos 75% das CF considere que a clareza na transmissão dos assuntos abordados tenha sido boa ou muito boa
		Que pelo menos 75% das CF considere que os métodos pedagógicos utilizados tenham sido bons ou muito bons
		Que pelo menos 75% das CF considere que a sessão permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas
		Que pelo menos 75% das CF avalie globalmente a sessão como boa ou muito boa

## 1.5. Preparação Operacional

Objetivo Específico	Atividade	Objetivo Operacional
Instruir os cuidadores formais para a identificação de fatores de riscos de quedas nas pessoas idosas	Realizar um jogo para identificação de fatores de risco de quedas, com recurso a imagem ilustrando diversos fatores de risco numa instituição para idosos 	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo identificação de fatores de risco de quedas
		Que pelo menos 75% das CF identifique dois ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas, no decorrer do jogo
Promover a adoção de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas	Realizar um jogo de correspondência, entre os fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas 	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo de correspondência
		Que pelo menos 75% das CF consiga identificar uma ou mais medidas preventivas, para um determinado fator de risco de quedas nas pessoas idosas

## 1.5. Preparação Operacional

Objetivo Específico	Atividade	Objetivo Operacional
Complementar a documentação existente na instituição disponível para consulta, relacionada com a problemática das quedas	Elaborar um folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas 	Entregar o folheto informativo sobre fatores de risco e prevenção de quedas nas pessoas idosas, a 100% das CF que participaram na sessão formativa
	Elaborar um poster informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas 	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adoção de medidas preventivas de quedas e assim uma diminuição no número de quedas nos idosos da instituição
	Elaborar um documento para auxílio dos cuidadores formais no registo de quedas 	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com a melhoria nos registos diários das CF e com a melhoria da informação transmitida para a enfermeira da instituição, de forma a melhorar a monitorização das quedas nesta instituição

## 1.5. Preparação Operacional

Objetivo Específico	Atividade	Objetivo Operacional
Envolver os profissionais de saúde da USP no projeto para garantir a sua continuidade	Realizar uma sessão de apresentação do projeto à equipa da USP	Que pelo menos 75% dos elementos da equipa da USP participe na sessão de apresentação do projeto

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Criar um vídeo de sensibilização para a problemática e consequências das quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 70% das CF participe na visualização do vídeo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que exerce funções atualmente na instituição}} * 100$	100%
Proporcionar momento de discussão após visualização de vídeo	Que pelo menos 70% das CF participe no momento de discussão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram no momento de discussão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na visualização do vídeo}} * 100$	100%

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar uma sessão formativa às cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas	Que pelo menos 75% das CF participe na sessão formativa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF convocados para a sessão}} * 100$	100%
	Realizar 100% das atividades planejadas para a sessão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atividades Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Atividades Planeadas}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF considere que a clareza na transmissão dos assuntos abordados tenha sido boa ou muito boa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a clareza dos assuntos abordados}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	87,5%

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar uma sessão formativa às cuidadoras formais, valorizando os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas	Que pelo menos 75% das CF considere que os métodos pedagógicos utilizados tenham sido bons ou muito bons	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o ajustamento dos métodos pedagógicos utilizados}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	87,5%
	Que pelo menos 75% das CF considere que a sessão permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom o aprofundamento de conhecimentos}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF avalie globalmente a sessão como boa ou muito boa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que classificaram como Bom ou Muito Bom a avaliação global da sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de CF que participaram na sessão}} * 100$	100%

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar um jogo para identificação de fatores de risco de quedas, com recurso a imagem ilustrando diversos fatores de risco numa instituição para idosos	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo de identificação de fatores de risco de quedas	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} \times 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF identifique dois ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas, no decorrer do jogo	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que identificaram 2 ou mais fatores de risco de quedas nas pessoas idosas}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}} \times 100$	75%

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar um jogo de correspondência, entre os fatores de risco e medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas	Que pelo menos 80% das CF participe no jogo de correspondência	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} \times 100$	100%
	Que pelo menos 75% das CF consiga identificar uma ou mais medidas preventivas, para um determinado fator de risco de quedas nas pessoas idosas	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que identificaram 1 ou mais medidas preventivas de quedas}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram no jogo}} \times 100$	87,5%

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Elaborar um folheto informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	Entregar o folheto informativo sobre fatores de risco e prevenção de quedas nas pessoas idosas, a 100% das CF que participaram na sessão formativa	$\frac{N^{\circ} \text{ de CF que receberam o panfleto informativo}}{N^{\circ} \text{ de CF que participaram na sessão}} \times 100$	100%
Elaborar um poster informativo sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adoção de medidas preventivas de quedas e assim uma diminuição no número de quedas nos idosos da instituição		
Elaborar um documento para auxílio dos cuidadores formais no registo de quedas	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com a melhoria nos registos diários das CF e com a melhoria da informação transmitida para a enfermeira da instituição, de forma a melhorar a monitorização das quedas nesta instituição		

## 1.6. Avaliação

Atividade	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar uma sessão de apresentação do projeto à equipa da USP	Que pelo menos 75% dos elementos da equipa da USP participe na sessão de apresentação do projeto	$\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde que participaram na sessão de apresentação do projeto}}{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde da equipa da USP}} \times 100$	100%

## Metas e Indicadores para o Futuro

- Obter uma redução de 10% nas quedas ocorridas nos utentes da instituição, durante o próximo ano.
- Que pelo menos 75% dos CF contratados pela instituição receba formação na área da prevenção de quedas.
- Que pelo menos 75% dos CF tenha atualização de formação em quedas 1 vez por ano.

## Referências Bibliográficas

- Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Henriques, M. A. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? Revista Baiana De Enfermagem, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Baixinho, C. L., & Dixe, M. A. (2017). Práticas das Equipas na Prevenção de Queda nos Idosos Institucionalizados: Construção e Validação de Escala. Texto & Contexto Enfermagem, 26(1). Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201702310016>
- Barbosa, P., Carvalho, A. L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Obtido de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31804/1/2015\\_Escala%20de%20Quedas%20de%20Morse\\_manual.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31804/1/2015_Escala%20de%20Quedas%20de%20Morse_manual.pdf)
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril. Obtido de Diário da República n.º 65/2009, 1ª Série de 2009-04-02, páginas 2058 - 2062: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/81-2009-6032287-ts=1654214400034>
- Direção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº13/DGCG. Obtido de: <https://www.asociacaoamozosdaagradeidade.com/wp-content/uploads/filesbase/legislacao/CIRCULAR%20NORMATIVA%20DGSG%20Programa%20Nacional%20para%20a%20saude%20as%20pessoas%20idosas.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS. Obtido de: <http://1nj5ms2lll5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%20de-Saude-Pessoas-Idosas.pdf>
- PORDATA (2022). População residente: total e por grandes grupos etários. Obtido de: <https://www.pordata.pt/Europa/Popula%20c%3a7%20e%20residente%20total%20e%20por%20grandes%20grupos%20et%20c%3a1%20anos%20e%20mais%20anos>
- Rocha, J.A. (2018). O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. Revista FAROL, 6(6), 77-89. Obtido de: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/113>
- Santos, S. C. A., & Figueiredo, D. M. P. (2019). Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. Ciência & Saúde Coletiva, 24(1). Obtido de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YmyPxcix4hXchF53nLqTtd/abstract/?lang=pt>
- Santos, S., Silva, M., Pinho, L., Gautério, D., Pelzer, M. & Silveira, R. (2012). Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the north american nursing diagnosis association. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46, 1227-1236. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tDrLVLWw6xmTVCKzckGLXaM/?lang=pt>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Obtido de: <https://bicsp.minsaude.pt/pr/biufs/3/30014/3113303/Pages/default.aspx>
- Unidade de Saúde Pública [ ] (2022). Carta de Compromisso - Plano de Ação. [ ]. Agrupamento de Centros de Saúde da [ ]. Obtido de: [https://bicsp.minsaude.pt/vti\\_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2022/3113303](https://bicsp.minsaude.pt/vti_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2022/3113303)
- WHO. 2007. WHO Global report on falls prevention in older age. Obtido de: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>

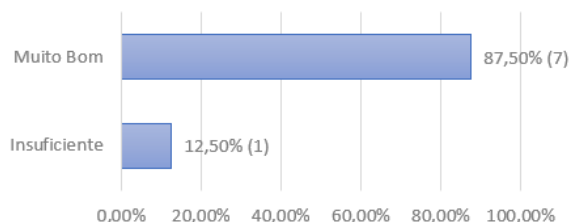
MUITO OBRIGADA!



**Apêndice 20 - Apresentação de dados do questionário de avaliação da sessão  
formativa**

## Apresentação de Dados do Questionário de Avaliação da Sessão “Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa Institucionalizada”

### 1. CLAREZA NA TRANSMISSÃO DOS ASSUNTOS ABORDADOS



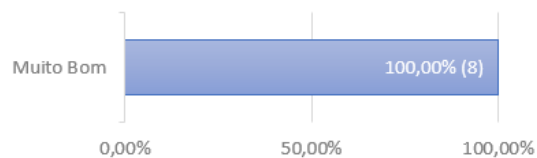
### 2. CRIAÇÃO DE CLIMA PROPÍCIO À PARTICIPAÇÃO



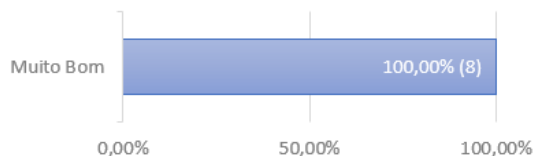
### 3. DOMÍNIO DOS ASSUNTOS ABORDADOS POR PARTE DA FORMADORA



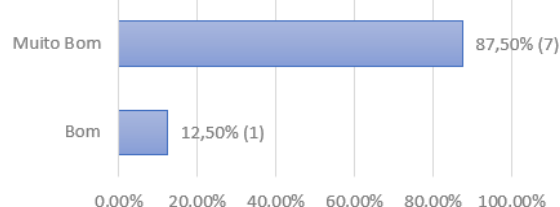
### 4. AJUSTAMENTO DOS MÉTODOS PEDAGÓGICOS UTILIZADOS



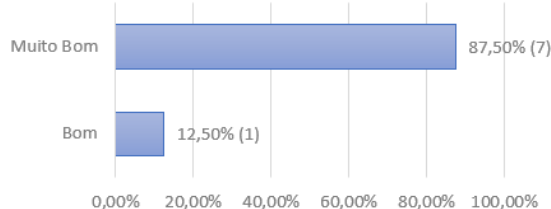
### 5. DISPONIBILIDADE PARA ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



### 6. METODOLOGIA PEDAGÓGICA UTILIZADA



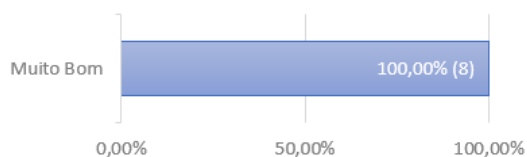
### 7. INCENTIVO À MOTIVAÇÃO DO GRUPO



### 8. A FORMAÇÃO PERMITIU O APROFUNDAMENTO DE CONHECIMENTOS



### 9. AVALIAÇÃO GLOBAL



**Apêndice 21 - Apresentação de dados do jogo (imagem) para identificação de fatores de risco de quedas**

## Apresentação de Dados do Jogo (imagem) para Identificação de Fatores de Risco de Quedas

### FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR CADA CF

Identificador CF	Fatores de Risco de Quedas Identificados
1	Objeto por baixo da carpete Pessoa a transportar livros sem visibilidade
2	Muleta desarrumada Móvel desarrumado e com porta aberta Material limpeza desarrumado
3	Quadro de parede mal seguro Aquecedor no tapete Tapete solto Fios desarrumados
4	Escadas danificadas Tapete Danificado
5	Caixas desarrumadas Pilha de livros desarrumada
6	Candeiros mal seguros Velas junto a pilha de livros Cadeira de rodas desarrumada
7	Animais a correr
8	Água no chão

### Nº DE FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR CADA CF



### CF QUE IDENTIFICARAM 2 OU MAIS FATORES DE RISCO DE QUEDAS

Indicador	N	%
CF que Identificaram 2 ou Mais Fatores de Risco de Quedas	6	75%

**Apêndice 22 - Apresentação de dados do jogo de correspondência**

## Apresentação de Dados do Jogo de Correspondência

### CORRESPONDÊNCIAS ENTRE FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS EFETUADAS POR CADA CF

Identificador CF	Correspondências Efetuadas
1	Camas e cadeiras muito altas <-> Garantir que a cama fica no plano mais baixo Roupa adequada <-> Vestuário comprido ou largo
2	Piso da casa de banho molhado <-> Colocar tapetes antiderrapantes nas casas de banho
3	Iluminação insuficiente <-> Deixar uma luz de presença acesa durante a noite Agitação do idoso <-> Manter as grades das camas subidas
4	Uso de chinelos <-> Calçado adequado Comportamento sedentário <-> Promover a atividade
5	Tapetes soltos <-> Tapetes que não escorregam e com aderência Objetos em locais inapropriados <-> Evitar fios, extensões elétricas, objetos e móveis
6	Piso molhado <-> Caminho alternativo Escadas sem corrimão ou com degraus estreitos <-> Utilizar o elevador
7	Objetos em locais inapropriados <-> Deixar espaço livre para o idoso caminhar
8	-

### Nº DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS IDENTIFICADAS POR CADA CF



### CF QUE IDENTIFICARAM PELO MENOS 1 MEDIDA PREVENTIVA DE QUEDAS

Indicador	N	%
CF que Identificaram 1 ou Mais Medidas Preventivas de Quedas	7	87,5%

**Apêndice 23 – Poster do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do  
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa**



### A Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa: a Scoping Review

Alia Rita Pinto, Ana Paula Marques, Elsa Garcia\*  
Mestranda de Enfermagem Consultativa e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; \*Enfermeira Especialista em Enfermagem Consultativa e Mestre em Enfermagem na área de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Professora Doutorada da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

**Introdução:** A nível mundial, um terço da população idosa cai pelo menos uma vez por ano (OMS, 2020). Segundo o "Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026", as práticas seguras na área das quedas, integram as metas estabelecidas para o pilar 5-práticas seguras em ambientes seguros (DGS, 2020).

**Objetivos:** Mapear as estratégias sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa.

**Materiais e Métodos:** Desenvolveu-se uma Scoping Review de acordo com o protocolo Joanna Briggs Institute (Peters, et al., 2020), através do motor de busca EBSCO da Universidade Católica, baseada na questão de revisão: "Qual a evidência disponível sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa?" e recorrendo à mnemónica "PCC" (Pessoa-pessoa idosa, (C)onceito-prevenção e (C)ontexto-queda. Com recurso aos operadores booleanos, efetuou-se o cruzamento entre os descritores: elderly [OR] aged [OR] older [OR] elder [OR] geriatric [AND] prevention [OR] reduction [OR] minimize [OR] decrease [OR] strategies [AND] fall [OR] falls. Incluíram-se as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE

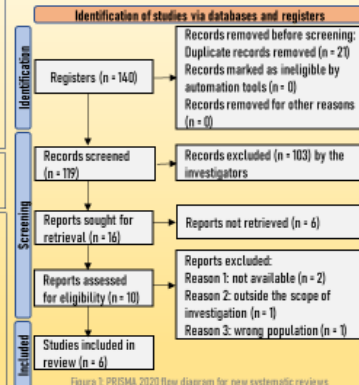


Figura 1. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews

Complete. Academic Search Complete, MediciLatina. Três revisoras independentes analisaram os estudos, a extração e síntese dos dados, resolvendo as discordâncias por consenso.

**Resultados:** Os seis artigos incluídos e analisados, compreendidos entre 2020 e 2022, têm origem no Brasil. Da sua análise destacam-se estratégias essenciais para a prevenção de quedas na pessoa idosa, como a educação para a saúde (Nogueira, et al., 2022; Sousa, et al., 2022), a gerontotecnologia (Lima, et al., 2024; Ferreira, et al., 2020), e o cuidado com o ambiente (Coutinho, et al., 2020), evidenciando também a importância dos instrumentos para avaliar o risco de queda e a avaliação realizada pelos enfermeiros (Sana, et al., 2020).

**Conclusão:** Os estudos analisados respondem à questão de revisão definida, evidenciando a importância da prevenção de quedas na pessoa idosa. Com este estudo, constata-se o desenvolvimento da investigação na prevenção de quedas, assim como, as contribuições para a prática em Enfermagem, com aplicabilidade em vários contextos do cuidar, favorecendo a promoção da saúde na pessoa idosa.

Referências Bibliográficas



**Palavras-chave:** Enfermagem; Pessoa Idosa; Prevenção; Queda.

**ANEXOS**

**Anexo 1 - Parecer favorável da Diretora Técnica da ERPI**



## Residência Sênior

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que Ana Rita Ferreira Pinto, portadora do Cartão de Cidadão nº  se encontra a desenvolver um projeto para a conclusão do Mestrado e da Especialidade na área da capacitação para a prevenção de quedas na Residência Sênior  (ERPI) sob a orientação da Enfa .

A sua presença na instituição (ERPI) iniciou a 21/09 e terminará a 16/12, com uma formação orientada para a Equipa de Auxiliares de Geriatria sob o tema a "Prevenção de Quedas".

A Direção Técnica

**Anexo 2 - Autorização por parte da autora para a utilização da Escala de Práticas e  
Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos  
Institucionalizados**



Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

19/10/2022 13:58



Para: ana rita pinto

Olá Ana Rita:

Sim pode aplicar a escala.

Se precisar de alguma coisa disponha 😊

**Cristina Lavareda Baixinho, PhD**

Professor

Rehabilitation Nurse Department

Institutional coordinator of the Vasco da Gama Program

Train4Health Researcher



Nursing School of Lisbon  
Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa  
[+351 217 913 400](tel:+351217913400) |  
[www.esel.pt](http://www.esel.pt) | [Facebook](#) | [Instagram](#)

