



O IDOSO NA EQUIPE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROGRAMA DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

THE ELDERLY PERSON IN THE *EQUIPE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS*: NURSING PROGRAM FOR PREVENTION OF FALLS

EL ADULTO MAYOR EN EL EQUIPO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

Maria de Fátima Guerreiro Cabrita¹, Helena Maria Guerreiro José²

RESUMO

Objetivo: prevenir as quedas da pessoa idosa integrada em uma Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Comunidade de Albufeira - Portugal. A amostra foi constituída por 53 pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a escala de medida. O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinque que determina as normas fundamentais para a ética em pesquisa internacional. **Resultados:** os resultados apontam que 86,8% da amostra apresenta risco de queda. Destes, 49,1% têm um perfil de risco baixo e 37,7% apresentam risco elevado. Apenas 13,2% foram tipificados sem presença de risco. **Conclusão:** os resultados mostram que os idosos da ECCI estão sujeitos a determinados fatores que a literatura caracteriza como representativos riscos de quedas, os quais podem ser minimizados ou eliminados através da implementação de medidas preventivas de gestão de risco e promoção da segurança da pessoa idosa na comunidade. **Descritores:** Enfermagem em Saúde Comunitária; Idosos; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

Objective: to prevent falls in the elderly person integrated to the *Equipe de Cuidados Continuados Integrados* (ECCI). **Method:** it is a descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach, performed in the Community of Albufeira - Portugal. The sample was comprised of 53 people, aged 65 years old or over. We used the measurement scale as a tool for collecting data. The study was conducted according to the Declaration of Helsinki that determines the key standards for ethics in international research. **Results:** the results points that 86.8% of the sample shows a risk of falling. Of these, 49.1% have a low risk profile and 37.7% have high risk. Only 13.2% were sorted without the presence of risk. **Conclusion:** the results show that the ECCI elderly are subject to certain factors that literature characterizes as representative risks of falls, which can be minimized or eliminated through the implementation of preventive measures of risk management and promotion of safety of elderly person in the community. **Descriptors:** Community Health Nursing; Elderly People; Fall Accidents.

RESUMEN

Objetivo: prevenir las caídas de los adultos mayores en un equipo de cuidados continuados integrados (ECCI). **Método:** estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativa, realizado en la comunidad de Albufeira - Portugal. La muestra fué constituída por 53 personas, con edad igual o superior a los 65 años. Se utilizó como instrumento de recolección de datos la escala de medida. El estudio fué realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki que determina las normas fundamentales para la ética en pesquisa internacional. **Resultados:** los resultados apuntan que el 86,8% de la muestra presenta riesgo de caída. De estos el 49,1% tiene un perfil de riesgo bajo y el 37,7% presenta riesgo elevado. Apenas el 13,2% fueron tipificados sin presencia de riesgo. **Conclusión:** los resultados muestran que los adultos mayores de la ECCI están sujetos a determinados factores que la literatura caracteriza como riesgos representativos de caídas, los cuales pueden ser minimizados o eliminados a través de la implementación de medidas preventivas de gestión de riesgo y promoción de la seguridad del adulto mayor en la comunidad. **Descritores:** Enfermería en Salud Comunitaria; Adultos mayores; Accidentes por Caídas.

¹Enfermeira Chefe, especialista em Enfermagem na Comunidade, vertente geriatria/gerontologia. Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve (ACES) Central, Unidade de Cuidados na Comunidade de Albufeira. Mestranda em Enfermagem em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja, Portugal. E-mail: mfgcabrita@gmail.com; ²Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Scholar of the European Academy of Nursing Science. Lisboa, Portugal. E-mail: hjose@ics.lisboa.ucp.pt

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade. O aumento do número de idosos quando associado às alterações do papel da família e particularmente da mulher leva ao aparecimento de dificuldades para aqueles que necessitam de cuidados. A maioria das pessoas com 65 e mais anos de idade sofre de, pelo menos uma doença crônica, que poderá limitar a sua autonomia e diminuir a qualidade de vida.¹

No que concerne à fragilização da família no apoio aos seus membros mais velhos é sobretudo a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho que coloca um maior dilema.¹ Esta veracidade conjugada com o envelhecimento demográfico, acresce cada vez mais, a necessidade de existência de um processo de substituição dos cuidadores informais, mediante a oferta de serviços de saúde e sociais prestados pelas instituições. Estes serviços procuram colmatar uma lacuna resultante da alteração do papel tradicionalmente desempenhado pela família e reforçado pelas relações de vizinhança.

A situação anteriormente descrita tem exigido uma reestruturação e adequação dos cuidados de saúde e sociais. Nas últimas décadas, tem-se observado a criação de serviços de prestação de cuidados com novas tipologias e diversos modelos de organização que visam dar resposta às necessidades deste grupo etário.

Para concretização de tal desiderato, o Programa do XVII Governo Constitucional, através do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, define como meta a instauração de políticas de saúde e de segurança social que permitam desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, potenciando os recursos locais através de serviços comunitários de proximidade, de modo a ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações da funcionalidade.

Em conjugação com esta política, e suportadas pela legislação anteriormente mencionada, foram criadas as ECCI, que asseguram cuidados domiciliários de índole multidisciplinar de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e ações paliativas.

Os enfermeiros, através das visitas domiciliárias realizadas no âmbito desta equipa e sustentados pela análise do índice de avaliação integral (IAI), instrumento de colheita de dados protocolado para admissão do utente, observaram a alta incidência de idosos que sofreram pelo menos uma queda no

último ano, sendo que alguns deles apresentavam episódios recorrentes.

De facto, na população idosa, a patologia crônica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos, os internamentos institucionais, as alterações da estrutura familiar, são alguns dos fatores que condicionam a saúde, autonomia, independência e qualidade de vida.² A mesma fonte descreve que nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o acidente doméstico mais frequente são as quedas e que mais de 65% destes acidentes ocorrem em casa.²

Perante tal realidade e sabendo que os enfermeiros têm vindo a desenvolver competências significativas na promoção da saúde e prevenção da doença, através da prestação de cuidados de enfermagem assentes em programas de educação para a saúde, esta problemática revela-se de extrema importância no campo de ação destes profissionais, tendo em vista o alcance de maior bem-estar e qualidade de vida, quer dos idosos, quer das famílias e cuidadores.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde e promovem a aprendizagem de forma a aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.³

O teor do conteúdo funcional do enfermeiro, na alínea b) do artigo 9º do Decreto-lei 248/2009 de 22 de setembro, anota que ao enfermeiro compete realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional.

Atendendo às evidências e sabendo que os enfermeiros das ECCI prestam cuidados à população idosa sujeita a diversas fragilidades, revelou-se pertinente a elaboração de um estudo com o objetivo de determinar o risco de queda da população idosa integrada na ECCI.

O nosso propósito foi sedimentado pelo facto das quedas representarem consequências diversas para a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas, para além de comportarem custos com meios auxiliares de diagnóstico, medicação e internamentos que podem ser evitados ou minimizados através de intervenções de enfermagem promotoras de segurança e gestão de risco da pessoa idosa na comunidade.

MÉTODO

O presente estudo iniciou-se com a realização de um estudo do tipo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, que deu origem ao diagnóstico de saúde relativo à identificação do risco de queda da população idosa admitida na ECCI. O estudo decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Al-Buhera, em Albufeira.

O universo foi constituído pelos idosos admitidos na ECCI de Albufeira, no período de 1 de Janeiro de 2011 a 31 de Dezembro de 2011, correspondendo a um total de 72 pessoas. Como critério de inclusão na amostra consideraram-se: as pessoas admitidas na ECCI no ano 2011; com idade igual ou superior a 65 anos. No estudo adequaram-se aos critérios 53 pessoas idosas.

Para a colheita de dados foi utilizada a escala de medida. O instrumento é constituído por questões que permitem a caracterização sociodemográfica da amostra e por outras referentes aos fatores predisponentes de quedas, descritos no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas³ e pela Escala de Morse. O preenchimento da colheita de dados teve por base a consulta dos registos clínicos relatados no processo do utente e efetuados à data da admissão na ECCI. Os dados foram recolhidos pelo pesquisador no período que medeia os dias 21 a 31 de agosto de 2012 e foram tratados com base em procedimentos estatísticos, descritivos e inferenciais para possibilitar a interpretação da informação através da aplicação informática SPSS, versão 17.0 e apresentados em formato de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra caracteriza-se pela supremacia do género feminino (58.5%), o que reproduz as estatísticas nacionais que evidenciam que a esperança média de vida das mulheres é superior aos homens. No que se refere ao grupo etário, verifica-se que a classe etária com menor representatividade (5,7%) está entre os 65-69 anos, aumentando exponencialmente dos 69 aos 89 anos (20,7%

entre 70-79 anos e 49,1% entre 80-89 anos); os valores decrescem para 24,5% nos idosos com 90 anos ou mais, o que revela que os grandes idosos predominam no estudo.

Os resultados de acordo com as variáveis predisponentes para o risco de queda, segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas³ revelam: no que respeita à coabitação que 39.6% dos idosos vivem com o cônjuge, seguindo-se de 30.2% que coabita com os filhos, 15.1% com o cônjuge e filhos, 7.5% sozinhos e 7.5% com outras pessoas que não correspondem a nenhum dos graus de parentesco apresentados anteriormente; Quanto à medicação, 35.8% dos idosos tem prescrição de psicotrópicos e 64.2% não toma esta medicação; As doenças crónicas como a artroses, depressão e doença pulmonar crónica, apontadas como desencadeantes para o risco de queda³, estão presentes nesta população. As artroses são encontradas em 17% da amostra, 13,2% tem diagnóstico de depressão, 1,9% sofre de doença pulmonar crónica e 67,9% apresentam outras doenças; No que diz respeito à diminuição da acuidade visual, 92,5% da população apresenta comprometimento da visão, contrariamente a 7,5% que não refere alterações neste órgão.

Os resultados de acordo com as variáveis predisponentes para o risco de queda, segundo a Escala de Morse, demonstram que em apenas 13,2% da amostra não se verifica risco de queda, contrariamente a 49,1% que apresenta baixo risco e 37,7% risco elevado.

Tabela 1. Distribuição do nível de risco de quedas, segundo o resultado da aplicação da Escala de Morse na população idosa da ECCI. Albufeira, Portugal, 2012.

Nível de Risco	Score	Nº	%
Sem risco	0-24	7	13.2
Risco baixo	25-50	26	49.1
Risco elevado	+≥51	20	37.7
Total		53	100.0

A tabela 1 resulta da agregação das seis variáveis que constituem a escala de Morse, cuja descrição se apresenta nos seguintes parágrafos:

1. Antecedentes de queda nos últimos 3 meses: não se verificaram antecedentes de quedas repentinas ou ocorridas no período de 3 meses em 56.6% dos idosos, contrariamente

a 43.4% que relata antecedentes deste evento no período em análise.

2. Diagnóstico secundário associado: em termos de patologias, verificou-se uma predominância dos idosos que apresentam diagnóstico secundário (67.9%) face aos que apenas têm uma patologia diagnosticada (32.1%). Esta evidência confirma a predominância de pluripatologias na população alvo.

3. Necessidade de ajuda para deambular: quanto à atividade de vida locomoção, os dados revelam que 69,8% não deambula, encontra-se acamado no leito ou deambula de cadeira de rodas, 28,3% deambula com bengala, andarilho ou canadianas e 1,9% anda apoiado no mobiliário.

4. Medicação intra-venosa (IV) e/ou uso de heparina: a grande maioria (84,9%) não se encontra medicado por via IV/uso de heparina, contrariamente a 15,1% da amostra.

5. Capacidade de andar/transferência: é no grupo que em que esta atividade de vida é considerada normal/repouso no leito/imóvel que apresenta maior representatividade (58.5%), em seguida encontram-se os idosos que têm fraca capacidade de andar/transferência (35.8%) e posteriormente aqueles cuja capacidade de andar/transferência se encontra prejudicada representando 5.7% da amostra.

6. Estado mental: não se encontram diferenças significativas. A população que se apresenta orientada para a própria capacidade é de 50.9%, e aquela que esquece as limitações é de 49.1%, apresentando este grupo maior probabilidade para cair.

Ao analisar o somatório da população alvo do estudo, conclui-se que 86.8% dos idosos da ECCI apresentam risco de queda. A interpretação e análise destes resultados fundamentam uma revisão da literatura no que respeita ao fenómeno.

De facto, sabe-se que o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais. A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação ao organismo face às alterações do meio ambiente.⁴

Para além disso, do processo de envelhecimento emergem necessidades que não advêm exclusivamente das alterações fisiológicas normais, mas das patologias associadas e de outros fatores como o isolamento, as dificuldades de apoio familiar, social e o facto de alguns idosos cuidarem de outros idosos.⁴ Frequentemente encontram-se idosos que vivem com o cônjuge ou com o

cônjuge e filhos, estes últimos muitas vezes ausentes durante parte do dia por motivos laborais. Este indicador é importante, particularmente porque as quedas são mais comuns nos idosos que vivem sozinhos e observam-se com maior frequência nas mulheres que nos homens.⁵

Algumas características relacionadas com o processo de envelhecimento também constituem suscetibilidade para a ocorrência de eventos adversos nas pessoas idosas, onde as quedas são representativas. A OMS define queda como a consequência do acontecimento que leva o indivíduo a cair no chão contra sua vontade. As quedas estão associadas a um leque diversificado de fatores de risco. Existem diversas tipificações que enquadram esses fatores, contudo no presente estudo consideram-se as 3 categorias seguintes:⁴

- Fatores intrínsecos
- Fatores extrínsecos;
- Exposição ao risco.

Na categoria referente aos fatores intrínsecos, a mesma fonte alude que o risco está associado aos seguintes requisitos:

- História anterior de ocorrência de queda;
- Aumenta com a idade;
- É mais frequente nas mulheres que nos homens;
- É mais comum no idoso que vive sozinho;
- Predomina na raça caucasiana;
- O défice cognitivo e o medo de cair são fatores de risco;
- A presença de doenças circulatórias, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão, artrite, diabetes, disfunção da tiróide e incontinência de esfíncteres;
- O comprometimento da força muscular, equilíbrio, dificuldades na marcha e nas transferências;
- Deficiências nutricionais com presença de baixo índice de massa corporal;
- Déficit cognitivo (demonstrado através do questionário do estado mental (25), escore <26 (49) ou <24 (54) no Mini-Mental State;
- Deficiência visual: acuidade visual, sensibilidade ao contraste, campo visual, catarata, glaucoma, degeneração macular todos contribuem para o risco de quedas;
- Uso de óculos multifocais (prejudicam a percepção de profundidade, do contraste e das distâncias para a detecção de obstáculos no ambiente);
- Problemas nos pés: deformidades dos dedos, úlceras, unhas deformadas;
- O uso de medicamentos como benzodiazepinas associadas às pessoas mais velhas aumenta o risco em 44%;

Cabrita MFG, José HMG.

O idoso na equipe de cuidados continuados...

- O uso de medicamentos psicotrópicos, anti-arrítmicos, digoxina, diuréticos, sedativos;

- A associação de mais de quatro medicamentos, independentemente do grupo farmacológico, aumenta o risco em nove vezes. Este fator é particularmente significativo, porque a polimedicação é muito frequente nas pessoas idosas.

À luz desta panóplia de fatores, considera-se pertinente que a avaliação dos fatores de risco inclua na anamnese perguntas objetivas direcionadas para a história prévia de quedas, circunstâncias das mesmas, toma e revisão terapêutica recente, doenças músculo-esqueléticas, capacidade funcional e a presença de fatores de risco extrínsecos descritos nos parágrafos seguintes.⁵ Considerar estes fatores extrínsecos (que envolvem os riscos ambientais) torna-se pertinente e essencial, na medida em que estudos demonstram que entre 30% e 50% das quedas entre os idosos residentes na comunidade se devem a fatores ambientais, apontando para a má iluminação, pisos escorregadios, superfícies irregulares, calçado e vestuário inadequado, ajudas técnicas inadequadas ou mal utilizadas.⁵

Para consolidar as ideias anteriores, reforça-se que muitos fatores ambientais afetam a probabilidade da ocorrência de quedas, verificando-se que um idoso em cada quatro, sofrem lesões graves⁷, constituindo-se como uma das causas principais de lesão cerebral traumática⁸:

Este tipo de acidentes traduz consequências com níveis de gravidade distintos. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas⁴ refere que as principais consequências das quedas são os traumatismos, cujas partes do corpo lesadas com maior frequência são os membros e a cabeça. Salienta ainda que o tempo de internamento é exponencial à idade, verificando-se a média de 11 dias para as pessoas com 75 e mais anos.

Após se debruçar sobre os fatores de risco associados à ocorrência de quedas, está capacitado para fazer uma análise das envolventes preventivas, atendendo a que os estudos desenvolvidos têm demonstrado que a incidência de queda pode ser significativamente reduzida através de programas de prevenção que visem uma atuação sobre os fatores de risco.⁵

A prevenção das quedas é um desafio ao envelhecimento populacional e consequentemente à enfermagem geriátrica. A prevenção de acidentes domésticos, e particularmente das quedas, podem ser

evitados através de medidas preventivas eficazes assentes no desenvolvimento de boas práticas que irão contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, e contribuir para os ganhos em saúde preconizados no Plano Nacional de Saúde (2011-2016).⁹

O enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários avalia a saúde do utente/família e o seu ambiente físico, psíquico, social e ambiental. Para promover a saúde, o enfermeiro otimiza toda a unidade familiar como alvo de processo de cuidados. Na tomada de decisão identifica as necessidades de cuidados, delinea a prescrição de intervenções de forma a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados.¹⁰ Desta forma, o desenvolvimento de um programa de enfermagem preventivo assenta o foco na identificação dos fatores preditores mensuráveis.¹¹

Este programa de prevenção de quedas a desenvolver pelo enfermeiro envolve o cuidado de enfermagem, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de acidentes, apresentando como princípio a identificação dos fatores de risco intrínsecos, através da aplicação de instrumentos de avaliação sobre o estado mental e funcional e de diretivas que permitam identificar os fatores predisponentes de quedas apontados na literatura. Quanto aos fatores extrínsecos e ambientais é essencial avaliar os riscos inerentes à habitação em que o idoso reside e o seu meio envolvente. Desta forma, um programa de prevenção eficaz pressupõe o estudo sobre as seguintes áreas: actividade física, mobilidade, deficiência sensorial, cognição, terapêutica farmacológica e ambiente. Se for encontrado um risco associado a qualquer uma destas áreas, deverão ser planeadas intervenções para possibilitar a correção do risco identificado ou o fator associado ao processo de doença.¹²

A European Network for Safety Among Elderly (Eunese)¹³, defende que uma intervenção eficaz inclui uma combinação de análise de risco seguido de modificações ambientais, a promoção de actividade física e o treino de equilíbrio.

Para prestar cuidados tendo em consideração os aspetos anteriores, torna-se pertinente a realização de uma avaliação de necessidades eficaz e adequada. Nesta assunção, a visita domiciliária revela-se o campo mais apropriado por permitir conhecer todo o contexto da pessoa que é único, singular e individual. Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um cuidado

Cabrita MFG, José HMG.

O idoso na equipe de cuidados continuados...

de saúde global em que os serviços de saúde são prestados com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência.¹⁴ Nesta metodologia tem interesse a adoção de estratégias que permitam o envolvimento da família/cuidador, porque aumentam o sucesso da intervenção, favorecendo o alcance dos objetivos pretendidos.

No decorrer da visita domiciliária será efetuado o diagnóstico da situação através do exame objetivo, mediante o qual se propõe a sensibilização quanto aos fatores de risco identificados e o delinear de estratégias conjuntas de redução/eliminação. O plano de intervenção será elaborado visando atingir os objetivos previamente estabelecidos e discutidos com o idoso/família/cuidador. Além disso, no planeamento de cuidados de enfermagem ao idoso, o enfermeiro precisa considerar que as quedas podem resultar, de forma peculiar, em sérias consequências físicas e psicológicas na vida dessa pessoa, considerando-se pertinente o levantamento do diagnóstico - risco de quedas - para fundamentar as intervenções associadas à sua prevenção.¹⁵

Na prática o enfermeiro enfatiza a sua intervenção fornecendo orientações sobre a segurança e autonomia, reforçando as ideias através de informação escrita mencionada em catálogos, folhetos ou outro material de apoio que vá ao encontro da concretização do objetivo pretendido. Para além deste cuidado de enfermagem, sempre que se justifique, o enfermeiro referencia para outro profissional da equipa (médico, fisioterapeuta, técnico de serviço social ou outro). Esta conjetura justifica-se, porque atualmente uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar reforça a complementaridade de saberes e de todos os desafios que se colocam a cada profissão, os quais estão intimamente ligados ao binómio saúde-doença, particularmente no que diz respeito aos novos problemas de saúde relacionados com estilos de vida, envelhecimento e doenças crónicas.¹⁶

CONCLUSÃO

Os resultados revelam que as pessoas idosas integradas na ECCI estão sujeitas a diversos fatores de risco para a ocorrência de quedas.

Neste sentido, o desenvolvimento de programas de prevenção direcionados para a população idosa é importante na medida em que permite diminuir os riscos e as consequências associadas às quedas, as quais podem comprometer significativamente o estado de saúde e a qualidade de vida. Ao

estimular cuidados de saúde preventivos à pessoa idosa, o enfermeiro está simultaneamente a promover a saúde da família e dos cuidadores.

Além disso, as quedas acarretam diversos custos, principalmente com exames auxiliares de diagnóstico, tratamento e internamento, que podem ser minimizados através da implementação de programas adequados que poderão contribuir para a redução da mortalidade e morbidade da pessoa idosa.

Acredita-se que a manutenção de um ambiente seguro no domicílio, no que respeita à gestão de risco de queda, deve ser considerada prioridade de intervenção e alvo de estudos a nível da comunidade. Alguns estudos demonstram que o ambiente inadequado se apresenta como um dos fatores mais expressivos na ocorrência deste evento, além das alterações decorrentes da idade e o uso de medicação.¹⁷

Atendendo a que as causas associadas a este incidente podem ser intrínsecas e/ou extrínsecas à pessoa, as estratégias a desenvolver passam pela avaliação individualizada das causas/fatores a que cada pessoa idosa está sujeita.

Os enfermeiros pelas competências que desempenham e pela sua experiência na prestação de cuidados na comunidade são os profissionais que por excelência estão habilitados para desenvolver programas de prevenção inseridos no domínio dos cuidados prestados ao idoso. Estes profissionais com conhecimentos em saúde comunitária e de questões sociais, a exercer funções nos cuidados de saúde primários, têm uma posição privilegiada em promover cuidados de saúde e de readaptação apropriados, que reduzam o número de hospitalizações e o consumo medicamentoso, respeitando o ambiente de cuidado que é considerado.¹⁸ Contudo, sabendo que as causas que determinam a predisposição de quedas são multifatoriais e envolvem competências enquadradas noutras disciplinas da saúde, cabe a este profissional diagnosticar e, sempre que se justifique, referenciar para os profissionais da equipa multidisciplinar, no sentido de reduzir ou eliminar os fatores de risco identificados, através de uma abordagem global das necessidades diagnosticadas.

No que diz respeito às necessidades diagnosticadas, neste estadió de desenvolvimento, importa salientar as limitações do estudo relacionadas com o facto da Escala de Morse não se constituir como um instrumento validado para aplicação na comunidade, para além de que não se encontraram estudos desta natureza

realizados com os idosos integrados nas ECCL. Outro aspecto a referir incide sobre a ausência de diagnóstico de saúde da comunidade, o que limita o conhecimento das necessidades e impossibilita a hierarquização de uma árvore de problemas que se constitui como referência para o desenvolvimento de projetos que se enquadrem nas necessidades prioritárias da população em estudo.

No entanto, este projeto pode constituir-se como um ponto de partida de interesse para o desenvolvimento de estudos nesta área, através da sua replicação em equipas com tipologias semelhantes, contribuindo para a promoção das boas-práticas na segurança e gestão de risco da pessoa idosa na comunidade, atendendo revelar-se um programa de enfermagem inovador para a região.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi; 2007.
2. Portugal. Direção Geral de Saúde. Circular Normativa 13/2004 de 02/07/2004, Lisboa. 2004.
3. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de enfermagem. Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual/enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2001.
4. Imaginário CMI. O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal. 2ªed. Coimbra: Formasau; 2007.
5. World Health Organization. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? [Internet]. 2007 [cited 2012 July 2]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf
6. Buskman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS. Quedas em Idosos: Prevenção [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008 [cited 2012 July 4]. Available from: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
7. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência; 1999.
8. Silveira EN, Miranda CA, Araújo RA, Enders BC. Clinical and epidemiological profile of patients with traumatic brain injury treated in the emergency department: original article. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 July [cited 2012 July 2];5(5):1145-50. Available from: http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/artigos/perfil_clinico_epidemiologico_de_pacientes_atendidos_em_uma_unidade_de_emergencia.pdf
9. Portugal. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde, Lisboa [Internet]. 2012 [cited 2012 June 20]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>
10. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual/enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem; 2001.
11. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. New Engl J Med [Internet]. 2007 [cited 2012 June 20];337(18):1279-84. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199710303371806>
12. Roach S. Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara; 2003.
13. European network for safety among elderly (EUNESE). Prevenção de quedas nos idosos-Segurança nos idosos: lesões acidentais [Internet]. 2012 [cited 2012 June 20]. Center for Research and Prevention of Injuries. Available from: http://www.europin.org/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter_en.pdf
14. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência; 1999.
15. Chaves ECL, Cordeiro LAM, Goyatá SLT, Godinho MLC, Meirelles VC, Nascimento AM. Identification risk for falls diagnosis in the elderly serviced by the elderly care programme: original article. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Dez [cited 2012 Aug 20];5(10):2507-14. Available from: <http://www.ufpe.revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2509/2571>
16. Fernandes, MAM, Durão, JBF, Fonseca, AMLP. Competency-based to nursing education: Literature integrative review article. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Mar/Apr [cited 2012 Aug 20];5(spe):472-80. Available from: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5001/1/Artigo%20REUOL%20mar%C3%A7o%202011.pdf>
17. Mallmann GD, Tambara DR, Hammerschmidt KSA, Franchini B. Causality of accidental falls in the elderly: updating

Cabrita MFG, José HMG.

O idoso na equipe de cuidados continuados...

article. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2012 Aug 30];3 (4):1177-83. Available from:

http://www.ufpe.revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/135/pdf_990

18. Costa MAM, Pereira EGA. Os Centros de Saúde em Portugal e o Cuidado ao Idoso no Contexto Domiciliário: Estudo de um Centro de Saúde. Rev texto e Contexto Enferm [Internet]. 2007 July/Sept [cited 2012 Aug 20];16(3):408-16. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300005

Submissão: 02/09/2012

Aceito: 16/11/2012

Publicado: 01/01/2013

Correspondência

Maria de Fátima Guerreiro Cabrita
Centro de Saúde de Albufeira
Urbanização dos Calços - 8200 – Albufeira,
Portugal