



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“Prevenir para não cair: Projeto de
Intervenção Comunitária”**

Diana Sofia Gaspar Rodrigues nº 210531106

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Nunes

6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2021-2023

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária”

Diana Sofia Gaspar Rodrigues nº 210531106

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Nunes

6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2021-2023

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

“Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária”

Diana Sofia Gaspar Rodrigues

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

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Isaura da Conceição Cascalho Serra

Orientador: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Data: 4 de Dezembro 2023

PENSAMENTO

“Quanto maiores são as dificuldades a vencer, maior será a satisfação.”

Cícero

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes, pela sua disponibilidade, orientação, conhecimentos transmitidos, apoio e encorajamento em todas as fases deste projeto.

À Enfermeira Supervisora e à equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pela sua disponibilidade, conhecimentos transmitidos, experiência e apoio no decorrer de ambos os estágios.

A todos os intervenientes, parceiros e entidades, pela sua disponibilidade e iniciativa, pelo seu espírito de ajuda e colaboração no projeto.

Aos meus colegas de trabalho, por todo o seu apoio, disponibilidade e ajuda que mostraram sempre ao longo deste percurso.

Aos meus pais, irmã e namorado, agradeço por toda a compreensão demonstrada, apoio e força incondicional, motivação e incentivo em ver-me crescer; e também pela vossa paciência nos meus momentos de maior frustração e momentos de maior ausência. Sem vocês este processo não teria sido possível.

UM MUITO OBRIGADO A TODOS!

RESUMO

Introdução: As quedas nos idosos são consideradas um problema de saúde pública, pelas comorbidades resultantes. É fundamental criar ambientes seguros e adotar estilos de vida saudáveis com a finalidade de prevenir as quedas.

Objetivos: Conhecer a incidência de quedas nos idosos residentes num município do litoral alentejano no ano de 2021 e identificar os riscos ambientais suscetíveis de queda.

Métodos: Trata-se de um projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção das quedas em idosos, incidindo nos idosos acompanhados pela equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de um município do litoral alentejano seguindo a metodologia de Planeamento em saúde. Para o diagnóstico de situação realizámos, numa primeira fase, um estudo epidemiológico observacional descritivo e na segunda fase um estudo descritivo. Este projeto teve ainda como referencial teórico o Modelo de Orem do Autocuidado e de Nola Pender da promoção da saúde.

Resultados: Verificou-se que a maioria dos idosos sofreram uma queda no seu domicílio e que como principais locais com evidência de risco foram as instalações sanitárias, o ambiente exterior e a presença de tapetes nas várias divisões da casa.

Conclusão: A prevenção de quedas em idosos deve ser uma prioridade para o planeamento em saúde, contribuindo para o empoderando dos idosos e dos cuidadores.

Palavras-chave: Idosos, Acidentes por quedas, Domicílio, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Falls in the elderly are considered a public health problem, due to the resulting comorbidities. It is essential to create safe environments and adopt healthy lifestyles to prevent falls.

Objectives: To find out the incidence of falls in elderly people living in a municipality on the Alentejo coast in 2021 and identify the environmental risks susceptible to falls.

Methodology: This is a community intervention project within the scope of preventing falls in the elderly, focusing on elderly people accompanied by the team from the Community Care Unit of a municipality on the Alentejo coast, following the Health Planning methodology. To diagnose the situation, a descriptive observational epidemiological study was carried out in the first phase and, in the second phase, a descriptive study. This project also had as theoretical reference the Orem Model of Self-Care and Nola Pender of Health Promotion.

Results: It was found that most elderly people suffered a fall at home and that the main places with evidence of risk were the sanitary facilities, the outdoor environment and the presence of carpets in the various rooms of the house.

Conclusion: Preventing falls in the elderly should be a priority for health planning, contributing to empowering the elderly and their caregivers.

Keywords: Aged, Accidental Falls, Domicile, Nursing.

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer
AGS – American Geriatrics Society
APA – American Psychological Association
ARS – Administração Regional de Saúde
AVPP – Anos de vida potenciais perdidos
BGS – British Geriatrics Society
BICSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRP – Constituição da República Portuguesa
DGS – Direção Geral de Saúde
EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes
INE – Instituto Nacional de Estatística
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MPS – Modelo de Promoção da Saúde
NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente
RNU – Registo Nacional de Utentes
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TMP – Taxa de mortalidade padronizada
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS – Unidade Local de Saúde
WBS – *Work Breakdown Structure*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. ENVELHECIMENTO NO MUNDO.....	15
1.2. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL	16
1.3. SEGURANÇA NA SAÚDE	19
1.4. QUEDAS NOS IDOSOS.....	20
1.5. MODELO DE OREM DO AUTOCUIDADO E DE NOLA PENDER DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	27
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	30
2.2.1. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO X.....	30
2.2.2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO.....	32
2.2.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA NO MUNICÍPIO	36
2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
2.4. POPULAÇÃO ALVO	38
2.5. TIPO DE ESTUDO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	39
2.6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	40
2.7. PROBLEMAS/ NECESSIDADES DE SAÚDE IDENTIFICADOS	47
3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	48
4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	50
5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	53
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	56
6.1. PREVISÃO DE RECURSOS	57
6.2. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	58
6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	59
6.4. SEGUIMENTO/ FOLLOW UP	59
7. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO	61
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	64
8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	64

8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	66
CONCLUSÃO.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	72
APÊNDICES.....	76
Apêndice I – Pedido de parecer à comissão de ética	77
Apêndice II – Pedido para consulta de registos.....	96
Apêndice III – Consentimento Informado	98
Apêndice IV – WBS	101
Apêndice V – Sessão de formação para educação para a saúde	103
Apêndice VI – Folheto.....	105
Apêndice VII – Formulário elaborado em parceria com a Câmara.....	108
Apêndice VIII – Pedido de colaboração à ULS	111
Apêndice IX – Resumo de artigo científico	113
Apêndice X – Plano de sessão para equipa multidisciplinar	115
ANEXOS	117
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética	118
Anexo II – Autorização/disponibilização de registos.....	121
Anexo III – Escala de Morse	123
Anexo IV – Lista de Verificação Ambiental do domicílio.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Principais mecanismos de lesão Fonte: INSA.....	25
Figura 2 Distribuição dos acidentes por mecanismos de lesão e grupo etário. Fonte: INSA	26
Figura 3 Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC 2022. Fonte: BICSP	31
Figura 4 Taxa de mortalidade padronizada entre 2010-2014 Fonte: SNS, 2019.....	33
Figura 5 Taxa de mortalidade padronizada entre 2010-2014 na população inferior a 75 anos Fonte: SNS,2019	34
Figura 6 Taxa de anos de vida potenciais perdidos até aos 70 anos entre 2010-2014 Fonte: SNS, 2019	35
Figura 7 Causas de internamento em 2015 Fonte: SNS, 2019	36
Figura 8 Nº de admissões no serviço de urgência no ano de 2021 por o motivo de queda. Fonte: Própria.....	41
Figura 9 Nº de admissões no serviço de urgência no ano de 2021 por o motivo de queda que levou a internamento. Fonte: Própria	42
Figura 10 Total de quedas no concelho no ano de 2021. Fonte: Própria	42
Figura 11 Uteses segundo género. Fonte: Própria	43
Figura 12 Uteses segundo idade. Fonte: Própria.....	44
Figura 13 Uteses segundo historial de queda. Fonte: Própria.....	44
Figura 14 Uteses segundo apoio na deambulação. Fonte: Própria.....	45
Figura 15 Uteses segundo risco de queda. Fonte: Própria	45
Figura 16 Problemas do Domicílio. Fonte: Própria.....	46
Figura 17 Determinação de prioridades através da técnica de Comparação de Pares Fonte: Própria.....	48
Figura 18 Estratégia n. º1 – Cooperação/ Trabalho em equipa Fonte: Própria.....	56
Figura 19 Estratégia n. º2: Educação para a Saúde. Fonte: Própria	57
Figura 20 Estratégia nº 3 Estabelecer Parcerias. Fonte: Própria.....	57
Figura 21 Previsão de Recursos. Fonte: Própria.....	58
Figura 22 Cronograma de atividades. Fonte: Própria.....	59

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de carácter académico surge no âmbito do Estágio Final de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, do 2º Semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, cuja edição decorreu, no ano letivo 2021/2023, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este estágio, que sucede o estágio I teve como objetivo adquirir e consolidar competências que permitam responder aos desafios dos cuidados de saúde primários, identificando os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, as necessidades de saúde da comunidade. Assim, pretende-se a participação nas atividades desenvolvidas nos locais de estágio de forma a desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com a intervenção de enfermagem, nomeadamente ao nível de planos de ação, programas e projetos de saúde. Propõe-se ainda a aquisição e desenvolvimento do perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Deste modo, o presente relatório pretende constituir um documento científico, que traduz o Projeto de Intervenção Comunitária elaborado, com incidência sobre todas as etapas do processo de Planeamento em Saúde, e também a descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas no estágio, tendo por linhas orientadoras as competências definidas nos estatutos da Ordem dos Enfermeiros, bem como as competências para o grau de Mestre.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), possui competências ímpares que lhe permite:

(...) estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354).

Estima-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais será 34% maior, passando de 1 bilhão em 2019 para 1,4 bilhões em 2030. Em 2050, a população global de pessoas idosas terá mais do que duplicado, alcançando os 2,1 bilhões de pessoas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Em 2020, pessoas com 60 anos ou mais ultrapassaram o número de crianças abaixo de cinco anos pela primeira vez. Em 2050, o número de pessoas acima de 60 anos corresponderá a mais do que o dobro do número de crianças abaixo de cinco anos. Em 2050, pessoas com 60

anos ou mais ultrapassarão o número de adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Envelhecimento saudável significa desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A habilidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de um indivíduo (isto é, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo), pelo ambiente em que ele ou ela vive (compreendido no sentido mais amplo possível e incluindo os ambientes físico, social e político) e pelas interações entre eles. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Portanto, viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização e os abusos, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais, por discriminação, ou por negligência (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrem frequentemente na população idosa e condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida (DGS, 2006).

A segurança é um dos pilares do envelhecimento ativo e saudável, sendo essencial para a manutenção da capacidade intrínseca e funcional das pessoas idosas. A proteção, os cuidados e a dignidade das pessoas idosas devem ser garantidos através de políticas e programas de segurança física, social e financeira (DGS, 2017).

Os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, sendo importante que estejam adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, atropelamentos e outros acidentes, e o socorro rápido quando necessário (DGS, 2017).

Foi, numa Unidade de Cuidados na Comunidade da região do Litoral alentejano que realizámos os estágios e respetivo Projeto de Intervenção Comunitária. Foi efetuado um diagnóstico de situação da população residente no município de abrangência da UCC, onde se concluiu que as quedas em pessoas com 65 ou mais anos tinha uma representação significativa na população e na unidade funcional.

No concelho em causa, a população idosa representa 22,5% da população total (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Devido ao número elevado de pessoas idosas, este traz comorbidades e vulnerabilidades, nomeadamente o aumento de risco de queda.

Assim definiu-se como objetivo deste projeto capacitar os idosos seguidos pela UCC para a prevenção de quedas.

Relativamente à sequência do presente trabalho, este encontra-se dividido em três partes: a introdução, desenvolvimento, e por último, conclusão. No desenvolvimento é explanado um enquadramento teórico, com uma breve abordagem ao envelhecimento e pessoa idosa e seguidamente o tema das quedas nos idosos. De seguida realizámos o diagnóstico de situação onde foi realizada contextualização da problemática com a caracterização da região do local de estágio, bem como da população e amostra. De seguida foram apresentados os resultados e a sua análise e realizada a determinação de prioridades. Posteriormente, serão apresentados o objetivo geral e objetivos específicos do projeto de intervenção, a seleção de estratégias, a preparação operacional com a previsão de recursos, o follow up do projeto e o planeamento, monitorização e a avaliação, sendo esta a última etapa do planeamento em saúde. Ainda no desenvolvimento realizamos uma reflexão sobre as vivências e a obtenção de conhecimentos que nos possibilitou a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e as competências referente ao grau de mestre

A realização do presente trabalho está de acordo com a Norma da American Psychological Association (APA) – 7ª edição, tendo sido redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a contextualizar a temática em causa, assegurando uma intervenção de enfermagem, com base nos conhecimentos e evidências mais atuais, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os a saúde das pessoas idosas e as suas comorbilidades.

1.1. ENVELHECIMENTO NO MUNDO

A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, foi declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020, como principal estratégia para alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades. Esta baseia-se em orientações anteriores, tais como a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU) Madrid e as Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

As pessoas idosas estarão no centro desse plano, que pretende reunir governos, a sociedade civil, agências internacionais, profissionais, a academia, os *mídia* e o setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das suas comunidades (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

A maior parte das pessoas idosas vive em países em desenvolvimento. Em 2019, 37% da população idosa de todo o mundo vivia na Ásia Oriental e no Sudeste Asiático; 26% na Europa e na América do Norte; 18% na Ásia Central e na Ásia Meridional; 8% na América Latina e no Caribe; 5% na África Subariana; 4% no Norte da África e na África Ocidental; e 0,7% na Oceânia (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

O número de pessoas com 60 anos ou mais aumentará mais rápido em países em desenvolvimento, de 652 milhões em 2017 para 1,7 bilhões em 2050. Já em países desenvolvidos, o aumento será de 310 milhões para 427 milhões. Projeções indicam que quase 80% da população global de pessoas idosas estará nos países menos desenvolvidos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Na maior parte dos países, a proporção de pessoas idosas na população aumentará de uma pessoa para oito em 2017 para uma pessoa idosa em cada seis pessoas em 2030 e de uma para cada 5 em 2050 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

O envelhecimento da população continuará a afetar todos os aspetos da sociedade, incluindo os mercados de trabalho e financeiro, a demanda por bens e serviços, como educação, moradia, saúde, cuidados a longo prazo, proteção social, transportes, informação e

comunicação, e estruturas familiares e vínculos intergeracionais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Simultaneamente, a população em idade ativa (20–64 anos) deverá diminuir. Em 2019, totalizava 59% de toda a população. Até 2070, deverá baixar para 51%. Nessa altura, o número de crianças e jovens (0–19 anos) deverá diminuir de 12,6 milhões.

Na Europa, o mesmo acontece com o número e a percentagem de pessoas nas faixas etárias mais elevadas. Até 2070, estima-se que 30% das pessoas na Europa tenham 65 anos ou mais, acima dos 20% atuais. De 2019 até 2070, estima-se que a percentagem de pessoas com mais de 80 anos mais do que duplique, para 13% (Comissão Europeia, 2020).

Globalmente, há pouca evidência de que as pessoas idosas de hoje tenham uma saúde melhor do que as gerações anteriores e, além disso, a boa saúde de pessoas idosas não é igualmente distribuída, seja entre populações ou dentro de populações. As oportunidades que acompanham uma maior longevidade dependem fortemente de um Envelhecimento Saudável. Pessoas que vivem esses anos de vida adicionais com uma boa saúde e que continuam a participar e sendo parte integrante de suas famílias e comunidades fortalecerão sociedades; entretanto, caso os anos adicionais sejam dominados por uma saúde debilitada, isolamento social ou dependência de cuidados, as implicações para as pessoas idosas e para a sociedade são muito mais negativas. O número de anos vividos com incapacidade pela população com mais de 80 anos aumentou aproximadamente 77% na última década e meia (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

1.2. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (DGS, 2017).

Em relação ao nível biológico, o envelhecimento é associado ao acumular de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Esses danos levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. A idade avançada envolve mudanças significativas além das perdas biológicas, que incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas (OMS, 2015).

Cabral, transcrito por Mateus e Fernandes (2019), refere que o envelhecimento de uma população é instigado na base pela regressão da natalidade e da fecundidade e no topo pelo aumento da esperança média de vida.

A partir dos 60 anos de idade, a frequência de problemas como a perda de audição, visão e doenças não transmissíveis, tais como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, cancro e demência aumentam (OMS, 2015).

No domínio do envelhecimento ativo, as condições de saúde são determinantes, bem como a promoção do envelhecimento ativo. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (DGS, 2017).

A Constituição da República Portuguesa (CRP), salvaguarda o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, no que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72.º da CRP, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que as “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade.

Mundialmente, cerca de 23% das doenças são atribuídas a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos. As principais condições que contribuem para as doenças crônicas não transmissíveis são as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crônicas, as doenças musculoesqueléticas (como a artrose e a osteoporose), os distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão, destacando-se ainda o acidente vascular cerebral e a diabetes. O aumento da sobrevivência na presença destas doenças também resulta na perda de funcionalidade em idades mais avançadas (DGS, 2017).

A doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e a economia. As pessoas idosas com problemas de saúde ou de dependência necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, por parte da família e das instituições da economia social e dos serviços de saúde (DGS, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades em Portugal, com destaque para as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) (DGS, 2017).

É fundamental capacitar as pessoas idosas para lidarem com a evolução e a prevenção do aparecimento de complicações sobre as doenças crônicas mais prevalentes e o modo de as controlar. Muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas que muitas vezes não estão ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam (DGS, 2006).

O atual modelo de prestação de cuidados de saúde está mais organizado para responder a episódios agudos de doença, tornando-se desadequado para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento. Isto leva a internamentos evitáveis, com desperdício de recursos e acaba por determinar o aparecimento de dependências e exaustão das famílias, que não encontram recursos e disponibilidade em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio. Foi assim, criado um modelo conceptual integrado, ligado à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que pretende promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso daquelas pessoas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade de cuidados (DGS, 2006).

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2021 as pessoas com 65 ou mais anos representavam 23,4% de toda a população residente em Portugal. No triénio 2018-2020, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81,06 anos, sendo 78,07 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres. Estes valores representam, relativamente a 2017-2019, um aumento de cerca de 1 mês e meio para os homens e de 2 meses para as mulheres. No espaço de uma década, verificou-se um aumento de 1,77 anos de vida para o total da população, 1,90 anos para os homens e 1,48 anos para as mulheres (INE, 2021).

A esperança de vida aos 65 anos, no período 2018-2020, atingiu 19,69 anos para o total da população. Aos 65 anos, os homens podem esperar viver 17,76 anos e as mulheres 21,11 anos, o que corresponde a um aumento de, respetivamente, 0,06 e 0,11 anos, relativamente a 2017-2019. Nos últimos dez anos, a esperança de vida aos 65 anos aumentou 1,02 anos para os homens e 1,08 anos para as mulheres (INE, 2021).

Na última década, o país registou um decréscimo populacional de 2,1% e acentuaram-se os desequilíbrios na distribuição da população pelo território, com uma maior concentração da população no litoral e junto à capital. Agravou-se também o fenómeno de envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existem 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021).

Em termos regionais, o Algarve (3,7%) e a Área Metropolitana de Lisboa (1,7%) foram as únicas regiões NUTS II que registaram um crescimento da população entre 2011 e 2021. As restantes regiões viram decrescer o seu efetivo populacional, com o Alentejo e a Região Autónoma da Madeira a registarem as descidas mais significativas, -6,9% e -6,4%.

Entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos) que teve um crescimento de 20,6%. O grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que sofreu a redução mais significativa (-15,3%). O decréscimo da população jovem em idade ativa (15-24 anos) foi de -5,1% e o da população entre os 25 e os 64 anos de -5,7%. Desta forma, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2021, a percentagem de população idosa representa 23,4% enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9%.

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019 e com previsão de 182,7% para 2021, o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar.

1.3. SEGURANÇA NA SAÚDE

No ano de 2015 em Portugal, foi publicado o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 que visava apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Em setembro de 2021, foi promovido pela Direção Geral da Saúde, a propósito do Dia Mundial da Segurança do Doente, a conferência “A Segurança do Doente em Portugal”. No decorrer da conferência foram apresentadas as linhas orientadoras para o novo Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, tendo já sido assinado o Despacho nº 9390/2021 que aprovou o plano.

Ao longo de cinco anos, o PNSD 2015-2020 fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da

notificação de incidentes de segurança. Paralelamente, a DGS reconhece a importância da notificação de incidentes e criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) (Despacho nº 9390/2021, 2021).

O PNSD 2021-2026 tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Este plano reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, doentes, famílias e cuidadores” (Despacho nº 9390/2021, 2021, p. 97).

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. Em 2021, dando continuidade ao processo iniciado em 2002, é aprovado na 74.^a Assembleia Mundial da Saúde o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 e insta à apresentação de um relatório que visa monitorizar os progressos de implementação deste Plano de Ação, na 76.^a Assembleia Mundial da Saúde em 2023 e, posteriormente, com uma periodicidade bianual até 2031” (Despacho nº 9390/2021, 2021, p. 96).

1.4. QUEDAS NOS IDOSOS

A OMS em 2015 estimava que anualmente ocorriam 646.000 quedas com consequências fatais, tornando-as a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais em todo o mundo. As taxas mais altas de mortalidade associadas a esse evento, correspondiam a pessoas com mais de 65 anos de idade.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas estabelece três níveis de atuação fundamentais:

- promoção do envelhecimento ativo;
- maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades concretas das pessoas idosas;

- promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas.” (DGS, 2004)

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

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (ICN, 2015, p.43) define o termo “cair” como a “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” que se traduz pelo evento ou episódio queda.

Segundo Morse (2009), as quedas podem ser de três tipos:

- Quedas acidentais, são aquelas que não se conseguem prever, ocorrem por fatores externos à pessoa que não apresenta risco de queda e a sua prevenção consegue-se através da minimização dos riscos ambientais (fatores extrínsecos/externos);
- Quedas fisiológicas não antecipáveis, também não são possíveis de prever tal como as anteriores e a pessoa também não tem risco de queda, mas são causadas por fatores fisiológicos inerentes à pessoa (fatores intrínsecos), como por exemplo convulsões ou perda de força;
- Quedas fisiológicas antecipáveis, ocorrem em indivíduos com risco de queda e com alterações fisiológicas, sendo estas que se verificam na maioria das vezes e que têm potencial para serem passíveis de prevenção (Barbosa et al., p.6).

Esta autora desenvolveu uma escala para avaliação do risco de queda, conhecida como Escala de Quedas de Morse. Esta escala divide-se em seis itens: antecedentes de queda/história de queda, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa em perfusão, tipo de marcha e estado mental/percepção, mental. Estes itens apresentam duas ou três possibilidades de resposta. “A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos”. Considera-se que a pessoa tem risco elevado de queda quando a soma total é igual ou superior a 45 pontos (Barbosa et al., 2015).

Quando se fala em prevenir, pretendemos impedir, evitar, frustrar ou obstar que algo aconteça. As quedas são, na verdade, um evento frequente no idoso e estão entre os problemas

mais sérios e comuns nas pessoas idosas [American Geriatrics Society (AGS), & British Geriatrics Society (BGS), 2010], sendo um motivo de causa de dor, redução da capacidade da pessoa, perda de independência ou mesmo causa de morte. Quando as quedas acontecem podem ter sérias repercussões na vida da pessoa e da família. A sua frequência tende a aumentar com a idade e com o aumento da fragilidade das pessoas, constituindo-se como um grave problema de saúde pública (Błażkiewicz, Wiszomirska, Kaczmarczyk, & Wit, 2018), sendo consideradas uma das causas mais frequentes de lesões não intencionais [Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007].

Estima-se que uma em cada três pessoas, a partir dos 65 anos, sofra pelo menos uma queda por ano (Awale et al., 2017) e a frequência aumenta com a idade e a fragilidade dos idosos (OMS, 2007), atingindo um risco máximo a partir dos 80 anos. Se considerarmos o aumento da esperança média de vida, o número elevado de pessoas com mais de 80 anos desencadeará um aumento de quedas e de lesões pós-queda a uma taxa alarmante. Aproximadamente, um em cada cinco indivíduos necessita de cuidados de saúde após uma queda e uma em cada 20 quedas originam uma fratura. As lesões mais frequentes são contusões, feridas dos tecidos moles, hematomas ou mesmo a morte. As fraturas ósseas mais frequentes são as do colo do fémur, bacia, úmero e punho (Costa-Dias, 2014; Amann, 2012). As fraturas da bacia, lesões nos membros superiores e lesões cerebrais são as situações que originam maior número de internamentos hospitalares (OMS, 2007).

As quedas são ocorrências frequentes na população idosa. A elaboração de estratégias de prevenção e cuidados de saúde adequados passa pelo conhecimento dos fatores que as causam (Cruz et al., 2012).

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

Os autores acima descritos referem como:

“Fatores de risco intrínsecos:

- História prévia de quedas – pelo menos uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte;
- Idade avançada – na maior parte dos estudos conclui-se a associação entre o risco de quedas e o aumento da idade;
- Sexo feminino – maior predisposição para as quedas na mulher que no homem;

- Uso de medicamentos – o uso de medicamento como os psicotrópicos, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores, sedativos. A associação de quatro ou mais medicamentos aumenta o risco de queda;
- Condição clínica – presença de doença como hipertensão; diabetes; doenças neurológicas ou articulares, que alterem a força muscular, a marcha ou o equilíbrio; doenças agudas ou situações crônicas bem como hipotensão ortostática podem precipitar a queda;
- Distúrbios da marcha e equilíbrio – podendo ser resultantes do envelhecimento, se houver diminuição da força e da resistência prejudicando a manutenção das atividades de vida diárias, pode levar à ocorrência de queda;
- Sedentarismo – pelo predispor a fortes alterações músculo-esqueléticas;
- Estado psicológico – o medo de cair novamente, após uma queda, está associado a uma diminuição no desempenho da marcha podendo traduzir-se em novas quedas e levar a uma diminuição das atividades físicas e sociais. Estados depressivos também podem estar na origem das quedas;
- Deficiência nutricional – pode levar a diminuição da força muscular, distúrbios da marcha e osteoporose;
- Declínio cognitivo – mesmo pouco acentuado também pode conduzir a ocorrência de quedas;
- Deficiência visual – diminuição da acuidade visual;
- Deficiência auditiva – diminuição da acuidade auditiva;
- Doenças do foro ortopédico – doenças a nível cervical que provoquem tonturas e desequilíbrios, doenças dos pés, calos, úlcera ou dor ao caminhar também aumentam o risco de queda;
- Estado funcional – o risco de queda está diretamente relacionado com o aumento da dependência funcional.

Fatores de risco extrínsecos:

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

- Iluminação inadequada;
- Tapetes soltos ou com dobras;
- Superfícies escorregadias;
- Degraus estreitos ou altos;
- Ausência de corrimãos em corredores e quartos de banho;

- Prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas;
- Vestuário e sapatos inadequados;
- Obstáculos no caminho, como móveis baixos, fios, pequenos objetos;
- Ortóteses inadequadas;
- Via pública em mau estado de conservação.

Fatores de risco comportamentais: exposição ao risco

De entre os idosos, os que mais aparentam predisposição para a queda e se encontram em maior risco de cair, são os mais inativos pela sua fragilidade e os mais ativos pela sua exposição ao risco.” (Buksman et al, 2008, citado em Palma, 2012, pp.35-36).

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

A polimedicação é também uma área a destacar nesta faixa etária, sendo encarada como um dos principais problemas relacionados com a toma de medicamentos por pessoas idosas, resultando normalmente, das múltiplas comorbilidades presentes. Este elevado número de medicamentos acarreta um aumento do risco de reações adversas, interações, internamentos hospitalares e problemas de adesão à terapêutica, entre outros, mas esta polimedicação devidamente supervisionada, é necessária para o tratamento e gestão da doença crónica (DGS, 2017).

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

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), através do seu Departamento de Epidemiologia, no âmbito do sistema de vigilância Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA), focado nos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) com recurso ao Serviço de Urgência, e no contexto dos desafios gerados pela pandemia da Covid-19 ao nível da resposta dos serviços de saúde, disponibiliza que tipo de acidentes ocorreram.

Em 2019, 112.988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico e de lazer de que resultou a necessidade de utilização do serviço de urgência, constituindo assim, o mecanismo de lesão mais frequente na ocorrência desta tipologia de acidente. Sendo que foi o principal mecanismo de lesão com 67.9% de incidência (Figura 1).



Figura 1 Principais mecanismos de lesão Fonte: INSA

Em relação à faixa etária dos 65 anos e mais anos a percentagem de quedas em relação a outros acidentes domésticos foi de 88%, um valor bastante acima das outras faixas etárias (figura 2).

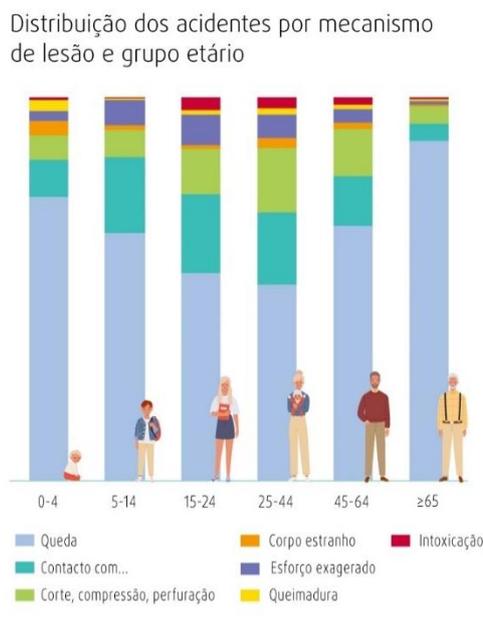


Figura 2 Distribuição dos acidentes por mecanismos de lesão e grupo etário. Fonte: INSA

A percentagem de pessoas entre os 65 e os 69 anos de idade que sofre uma queda todos os anos é de 28 a 35%, aumentando esta prevalência para 32 a 42% se tiver mais de 70 anos de idade. Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados estão relacionados com quedas. São a segunda principal causa de morte não intencional em todo o mundo. A OMS refere que os fatores biológicos, comportamentais, socioeconómicos ambientais estão associados ao risco de queda. Alguns destes fatores podem ser alterados e alvo de prevenção, havendo outros que não podem ser eliminados (OMS, 2015).

A eliminação ou minimização destes fatores de risco aliados ao controlo dos fatores de risco intrínsecos, irão contribuir para a redução do risco de quedas no domicílio. As quedas nos idosos e as consequências que daí podem resultar, contribuem para a má qualidade de vida dos mesmos. Assim, devemos apostar na prevenção começando por comportamentos, como a revisão da terapêutica prescrita, as alterações no domicílio e no seu ambiente físico promovendo a segurança do mesmo, sendo que o enfermeiro desempenha um papel fundamental. A prevenção de quedas em casa é um pilar importante para um envelhecimento seguro e ativo (Carochinho et al, 2022).

A prevenção dos acidentes, baseada numa intervenção de saúde pública, é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas para os grupos mais

vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para a intervenção comunitária (DGS, 2010).

Os ADL têm um impacto fortemente negativo na saúde em termos de mortalidade e morbidade, com custos psicológicos e emocionais das vítimas e familiares, para além de implicarem uma enorme alocação de recursos humanos e materiais (INSA, 2020).

O sucesso da promoção da segurança e da prevenção dos acidentes depende de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar e do envolvimento ativo de todos os parceiros, a todos os níveis. Áreas como o ambiente, a justiça, a administração interna, a segurança social, as autarquias, as sociedades civis, entre muitos outros, têm um importantíssimo papel a desempenhar numa estratégia de intervenção global (DGS, 2010).

1.5. MODELO DE OREM DO AUTOCUIDADO E DE NOLA PENDER DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Orem (2001), a teoria geral de enfermagem está estruturada em três partes que se interligam, são eles teoria do autocuidado, teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado promove a autonomia da pessoa reconhecendo-lhe as suas capacidades para cuidar de si e de outros.

Ao definirmos autocuidado podemos enquadrá-lo como uma prática de habilidades/atividades que as pessoas concretizam para seu próprio bem-estar, em várias vertentes, nomeadamente na manutenção da vida e na saúde (Orem, 2001).

Em relação à população idosa e afunilando para a problemática das quedas, este modelo teórico possui um potencial notório para influenciar as ações de enfermagem, em especial nos sistemas básicos de enfermagem. Aqui os enfermeiros promovem o autocuidado, repercussões do evento de queda na vida dos idosos, compensar as limitações, ou apoiar, orientar e educar os idosos, com a intenção de prevenir os riscos, promovendo assim a funcionalidade e bem-estar.

Evitar uma queda é uma conduta de boa prática profissional e um indicador de qualidade dos serviços de saúde, seja em hospitais, lares ou nos domicílios. Como a frequência das quedas aumenta com a idade, devemos implementar estratégias de prevenção, desenhar protocolos de intervenção e avaliar o risco de queda dos idosos. Compete à enfermagem a liderança e desenvolvimento de programas de prevenção de quedas, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência.

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Pender, desenvolvido na década de 1980 pela enfermeira Nola J. Pender, o conceito de promoção da saúde é definido como a realização de atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. Nola Pender interessou-se pela criação de um modelo de enfermagem que traga respostas à forma como as pessoas tomam as decisões acerca do cuidado da sua própria saúde. Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Victor et al., 2005).

Na promoção de comportamentos de prevenção de quedas na população idosa pretende-se atuar principalmente nas características e experiências individuais de cada idoso em relação às quedas, bem como em conhecimentos e alterações de comportamento que influenciem a aquisição de competências para a prevenção de quedas.

Contudo, além do MPS considera-se pertinente e enriquecedora a aplicação do modelo de empowerment como um método através do qual os indivíduos e comunidades alcançam controlo sobre as suas vidas (Pender et al., 2014). “A capacitação é um processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas e fortalecendo a capacidade de resolução de problemas com efetividade” (Loureiro e Miranda, 2016, p. 202).

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com Melo (2020, p.3),

“O planeamento em saúde é um conceito com origem no processo administrativo, que consiste num conjunto de funções, tais como descritas por Chavienato (1985): planear, organizar, dirigir e controlar. Assim, Imperatori e Giraldes (1983) indicam a importância do Planeamento em Saúde, realçando como fatores da sua relevância a escassez de recursos, a importância da intervenção nas causas dos problemas e os custos associados a intervenções mal planeadas, com a importância de priorizar para otimizar. Garante-se assim a eficiência das intervenções em saúde.”

A metodologia utilizada na elaboração do Projeto de Intervenção Comunitária, aqui refletido neste relatório, foi a do planeamento em saúde que contempla várias etapas: o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional/programação e por última avaliação (Tavares, 1990).

Tavares (1990), defende que o planeamento em saúde é um processo dinâmico, que pretende definir estratégias de modo a resolver o diagnóstico de situação identificado, pretendendo que se consiga tomar decisões de uma forma racional, com clarificação do rumo a seguir, para uma ação em saúde concertada.

O grande objetivo do planeamento em saúde é melhorar o nível de saúde das populações, procurando mudanças no comportamento essencialmente ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis e com a utilização dos serviços.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a etapa que dá início ao processo de planeamento em saúde e deve estar adequado às necessidades da população que dele vai beneficiar (Tavares,1990). Deve possuir características como a rapidez, a clareza, deve ser aprofundado, mas ao mesmo tempo resumido e deve conseguir dar resposta às necessidades do planeamento (Imperatori e Giraldes, 1993).

O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados (Imperatori & Giraldes, 1993).

O presente diagnóstico de situação, foi concretizado ao longo do estágio I que decorreu de 16 de maio a 24 de junho de 2022 e partiu de uma necessidade que resultou da leitura e interpretação do indicador de internamento por fraturas do colo do fémur, que faz parte da matriz de contratualização das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que apresentava um score de 1,64, isto é, um score elevado e que, por isso, exige uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente, por parte dos enfermeiros.

Neste diagnóstico de situação realizámos a contextualização da problemática das quedas em pessoas com 65 anos ou mais, a sua relevância e a sua caracterização epidemiológica no município de realização de estágios.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

2.2.1. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO X

O Município X é uma cidade portuguesa sedeada na sub-região do Alentejo Litoral. Este município encontra-se distribuído por duas freguesias, abrangendo uma área geográfica correspondente a 203.3 km² com uma densidade populacional de 69,8 habitantes/Km². (Dados do Município, nd).

2.2.1.1. Caracterização da UCC

No que diz respeito à Saúde, importa contextualizar que com o Decreto-Lei nº28/2008^a foram criados os ACES, regulamentados pelo Despacho nº10143/2009 de 16 de abril.

Segundo a natureza jurídica do mesmo, o ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais estando todas sujeitas ao poder de direção da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS). As criações do ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2009, p.15438).

Os ACES podem compreender várias unidades funcionais, entre elas, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

A “UCC Y” iniciou a sua atividade em novembro de 2013. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados. A UCC pretende ser

uma unidade de referência, disponível para novos projetos, assumindo a saúde da população, da área geográfica, como o seu principal compromisso.

No desempenho das suas atividades adequa os padrões de qualidade técnico-científica e fomenta valores como a acessibilidade e a satisfação dos utentes, procurando sempre obter ganhos em saúde e ainda dar cumprimento à missão da Unidade Local de Saúde (ULS) a que pertence.

Além das unidades públicas de saúde, o Município tem à disposição outras instituições de Solidariedade Social tais como Associações, Santa Casa da Misericórdia e a Cáritas Paroquial e um conjunto de três farmácias que servem toda a população residente (Dados do Município, sd).

O Município dispõe, ainda, de entidades encarregues da Comunicação Social, tais como, quatro jornais regionais e duas rádios que garantem a divulgação de informação para a comunidade.

Segundo dados do Registo Nacional de Utentes (RNU), no início do ano de 2022 existiam 14.529 utentes inscritos na UCC. Existem 3295 (22.7%) pessoas com 65 anos ou mais, sendo 1470 homens e 1825 mulheres (figura 3).

Esta UCC conta com uma equipa de nove médicos, sete enfermeiros sendo quatro especialistas (dois em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e dois em Enfermagem de Reabilitação), um assistente técnico, um assistente operacional, um técnico de serviço social, um psicólogo, podendo vir a integrar outros profissionais consoante a necessidade e disponibilidade de recursos.

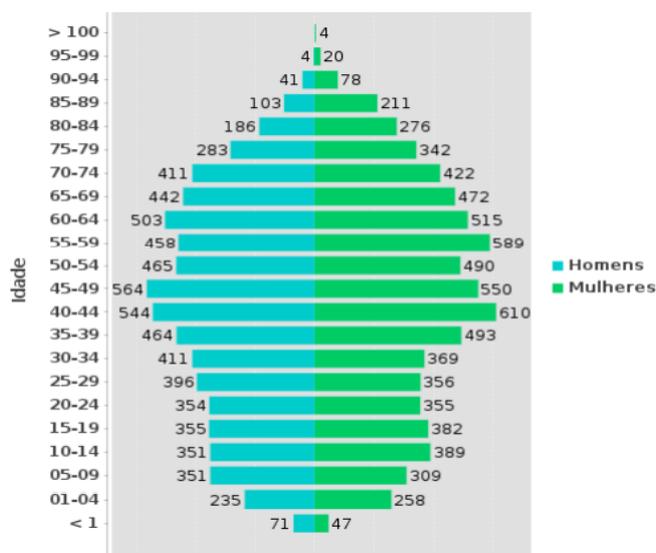


Figura 3 Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC 2022. Fonte: BICSP

O Município em 2020 apresentava um rácio de 2,3 enfermeiros por cada 1000 habitantes para responder às necessidades da população, sendo que o valor nacional corresponde a 7,6. O rácio de médicos por cada 1000 habitantes corresponde a 2,9, inferior ao valor nacional que é 5,6.

2.2.2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO

A probabilidade de morrer aumenta com a idade, pelo que se usa a taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) para retirar (ou atenuar) esse efeito e obter um valor único que permita a comparação de diferentes populações com estruturas etárias distintas. Foram calculadas as TMP médias anuais por triénios usando a população padrão europeia de 2013 com grupos etários quinquenais. Realizámos um teste de hipóteses para verificar se o valor esperado das TMP é estatisticamente diferente de um valor de referência. Este teste foi realizado a dois níveis: no primeiro, comparam-se os valores esperados das TMP das ARS com o valor observado no Continente; no segundo, comparam-se os valores esperados das TMP dos ACeS/ULS com o valor observado na respetiva ARS. (SNS, 2019)

Sendo assim, de acordo com o perfil regional de saúde do Alentejo realizado em 2019, nos anos 2012-2014 a taxa de mortalidade padronizada resultante de quedas acidentais foi de 3,2%, estando abaixo dos 4,5% do continente, como mostra a figura abaixo. (figura 4)

EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (/100000 HABITANTES) NOS TRIÊNIOS 2010-2012 A 2012-2014 (MÉDIA ANUAL) PARA TODAS AS IDADES

Ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Continente			Região de Saúde do Alentejo		
	10-12	11-13	12-14	10-12	11-13	12-14
Todas as causas de morte	1020,7	1001,2	988,1	1117,9	1091,0	1071,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23,1	22,1	21,7	20,9	20,5	21,2
Tuberculose	2,0	2,0	2,0	1,6	1,3	1,6
VIH/sida	5,3	4,8	4,3	2,9	2,6	2,2
Tumores malignos	243,3	242,3	240,7	251,2	244,8	242,9
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	6,8	6,8	6,5	7,6	6,9	6,0
Tumor maligno do esófago	5,2	5,2	5,2	2,9	3,1	3,6
Tumor maligno do estômago	23,0	22,5	21,7	21,8	20,5	19,6
Tumor maligno do cólon	26,2	26,0	25,3	28,9	26,3	27,8
TM da junção rectossigmoidéica, recto, ânus e canal anal	10,8	10,6	10,6	14,6	13,9	14,5
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	9,1	9,5	9,7	6,7	7,0	7,1
Tumor maligno do pâncreas	12,2	12,4	12,4	12,2	12,3	11,3
Tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões	38,1	38,5	38,7	40,3	39,0	38,3
Melanoma maligno da pele	2,4	2,4	2,5	2,5	2,1	1,8
Tumor maligno do rim, excepto pelve renal	3,7	3,6	3,7	4,5	4,2	4,1
Tumor maligno da bexiga	8,6	8,7	8,8	8,2	8,5	7,5
Tumor maligno do tecido linfático e hematopoético	19,8	20,1	20,3	18,9	19,3	19,2
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	4,1	4,3	4,3	5,6	5,9	5,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	54,8	54,1	53,0	70,2	66,9	64,5
Diabetes mellitus	44,8	43,2	41,6	58,2	55,3	52,1
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	31,1	31,8	32,6	32,9	33,6	34,2
Doenças do aparelho circulatório	319,3	303,8	298,5	364,7	346,9	331,9
Doenças isquémicas do coração	68,6	65,2	65,2	97,9	91,8	84,9
Outras doenças cardíacas	62,2	60,5	61,6	60,3	57,2	54,5
Doenças cerebrovasculares	134,6	124,1	116,7	124,7	116,7	112,3
Doenças do aparelho respiratório	120,9	120,3	117,8	122,9	126,8	128,9
Pneumonia	55,4	56,5	55,3	54,1	56,6	57,7
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	26,5	25,8	25,5	25,4	25,0	25,9
Doenças do aparelho digestivo	43,8	42,9	42,2	45,6	44,0	42,8
Doenças crónicas do fígado (inclui cirrose)	12,2	11,6	11,0	9,8	8,9	8,1
Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	3,4	3,5	3,6	4,5	4,4	4,2
Doenças do aparelho geniturinário	29,4	27,5	27,0	32,5	30,4	30,6
Doenças do rim e ureter	17,7	16,1	15,2	18,9	17,1	16,5
Algumas afecções originadas no período perinatal	1,8	1,8	1,8	1,7	1,9	2,0
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	98,1	93,7	82,0	94,3	89,8	86,4
Causas externas	39,1	37,8	39,7	61,7	59,3	54,7
Acidentes de transporte	8,4	7,6	7,1	13,7	13,1	10,9
Quedas acidentais	3,1	3,6	4,5	2,7	2,7	3,2
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	9,9	9,7	10,3	25,2	23,9	21,4
Lesões (ignora-se se foram acidentais ou intenc. infligidas)	9,7	8,8	8,4	10,6	10,0	8,8

TMP Região compara com TMP Continente.

TM : Tumor Maligno

Fonte: "Carga da Mortalidade", DSP da ARS Norte (dados: Instituto Nacional de Estatística, I.P. - Portugal)

Figura 4 Taxa de mortalidade padronizada entre 2010-2014 Fonte: SNS, 2019

Nos anos 2012-2014, a taxa de mortalidade padronizada em quedas acidentais na população com idade inferior a 75 anos foi de 1,9%, ligeiramente acima do valor do continente como mostra a figura abaixo (figura 5).

EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (/100000 HABITANTES) NOS TRIÊNIOS 2010-2012 A 2012-2014 (MÉDIA ANUAL), NA POPULAÇÃO COM IDADE INFERIOR A 75 ANOS

Ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Continente			Região de Saúde do Alentejo		
	10-12	11-13	12-14	10-12	11-13	12-14
Todas as causas de morte	362,1	354,2	344,7	401,0	390,2	375,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,8	11,0	10,4	8,6	8,6	8,4
Tuberculose	1,0	1,0	0,9	0,9	0,6	0,7
VIH/sida	5,6	5,0	4,5	3,0	2,7	2,1
Tumores malignos	139,4	138,7	137,0	142,7	136,5	136,0
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	5,8	5,7	5,4	6,1	5,1	4,2
Tumor maligno do esôfago	4,1	4,2	4,1	2,5	2,5	3,2
Tumor maligno do estômago	12,8	12,6	12,1	10,9	10,1	9,9
Tumor maligno do cólon	12,6	12,5	12,2	14,9	14,0	13,8
TM da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal	5,8	5,6	5,5	8,5	7,4	7,7
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	5,9	6,1	6,3	4,6	4,6	4,8
Tumor maligno do pâncreas	7,1	7,0	7,0	7,6	6,9	6,3
Tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões	27,8	28,4	28,4	28,7	27,5	27,6
Melanoma maligno da pele	1,6	1,5	1,6	1,7	1,5	1,1
Tumor maligno do rim, excepto pelve renal	2,0	2,0	2,0	2,8	2,4	2,1
Tumor maligno da bexiga	3,2	3,4	3,3	3,4	3,5	3,3
Tumor maligno do tecido linfático e hematopoético	10,5	10,4	10,4	10,5	10,7	10,2
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	1,1	1,1	1,1	1,6	2,2	2,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	15,6	15,2	14,4	21,0	19,1	18,2
Diabetes mellitus	12,7	11,9	10,9	18,2	16,2	14,5
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	9,3	9,3	9,6	10,3	9,7	10,0
Doenças do aparelho circulatório	69,3	66,3	66,6	92,3	88,5	81,9
Doenças isquémicas do coração	22,0	20,9	21,9	35,3	33,2	30,3
Outras doenças cardíacas	8,8	8,6	9,0	10,0	8,9	8,5
Doenças cerebrovasculares	27,4	25,7	24,1	30,9	30,5	27,9
Doenças do aparelho respiratório	20,4	20,2	19,4	21,8	23,8	24,4
Pneumonia	7,8	7,9	7,6	8,4	9,2	9,4
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	5,7	5,7	5,5	6,1	6,7	6,5
Doenças do aparelho digestivo	21,3	20,7	19,8	21,3	20,8	18,9
Doenças crónicas do fígado (inclui cirrose)	11,0	10,5	10,0	9,0	7,8	7,2
Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	1,4	1,4	1,6	2,2	2,1	2,1
Doenças do aparelho geniturinário	4,5	4,2	4,1	6,0	5,3	4,8
Doenças do rim e ureter	2,8	2,5	2,5	3,4	3,1	2,9
Algumas afecções originadas no período perinatal	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	2,2
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	34,8	33,5	27,1	22,7	23,6	22,8
Causas externas	26,5	25,0	25,6	43,7	42,1	37,2
Acidentes de transporte	7,6	6,8	6,3	12,8	12,3	10,1
Quedas acidentais	1,5	1,5	1,7	1,7	1,6	1,9
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	8,0	8,0	8,5	19,0	18,1	15,2
Lesões (ignora-se se foram acidentais ou intenc. infligidas)	4,2	3,8	3,8	3,2	3,5	3,1

TMP Região compara com TMP Continente.

TM : Tumor Maligno

Fonte: "Carga da Mortalidade", DGP da ARS Norte (dados: Instituto Nacional de Estatística, I.P., - Portugal)

Figura 5 Taxa de mortalidade padronizada entre 2010-2014 na população inferior a 75 anos Fonte: SNS, 2019

A análise dos anos de vida potenciais perdidos (AVPP) é fundamental para acompanhar as tradicionais taxas de mortalidade, uma vez que permitem avaliar não só o número de mortes, mas também o momento de ocorrência das mesmas. É, portanto, um bom indicador para identificar a mortalidade prematura, já que dá maior importância às mortes ocorridas em idades mais jovens. A escolha do limite de referência que permite estimar quantos anos são perdidos por morte é um ponto crítico no cálculo dos AVPP. O limite utilizado é o dos 70 anos, como acontece nas principais referências nacionais (INE, DGS). A taxa de AVPP permite comparar áreas com populações de diferentes dimensões (SNS, 2019).

Nos anos 2012-2014, a taxa de anos de vida potenciais perdidos devido a quedas acidentais até aos 70 anos foi de 27,5%, superior à média continental, como mostra a figura abaixo (figura 6).

EVOLUÇÃO DA TAXA DE AVPP ATÉ AOS 70 ANOS (/100000 HABITANTES) NOS TRIÊNIOS 2010-2012 A 2012-2014 (MÉDIA ANUAL) PARA AMBOS OS SEXOS

Ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Continente			Região de Saúde do Alentejo		
	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2010-2012	2011-2013	2012-2014
Todas as causas de morte	3847,0	3732,3	3612,5	4216,5	4046,7	3834,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	211,0	193,6	177,8	118,5	117,6	119,3
Tuberculose	12,5	12,7	11,9	7,1	8,8	11,8
VIH/sida	141,7	122,5	109,0	81,0	67,1	56,7
Tumores malignos	1264,7	1261,0	1251,2	1293,3	1241,2	1239,5
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	70,7	71,3	67,0	66,8	54,0	46,3
Tumor maligno do esófago	42,6	43,7	43,4	34,7	29,3	33,9
Tumor maligno do estômago	110,2	110,4	108,6	99,6	92,3	91,5
Tumor maligno do cólon	88,9	89,8	89,6	103,3	100,9	116,0
TM da junção rectossigmoidoideia, recto, ânus e canal anal	41,8	42,2	43,7	60,1	51,4	62,2
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	48,9	52,0	53,5	35,7	36,6	36,5
Tumor maligno do pâncreas	50,2	50,5	51,7	52,8	41,9	39,4
Tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões	239,1	244,6	241,9	248,1	244,5	232,9
Melanoma maligno da pele	16,7	16,0	16,8	22,9	16,0	9,5
Tumor maligno do rim, excepto pelve renal	19,6	17,9	17,1	34,1	26,8	20,2
Tumor maligno da bexiga	19,2	19,5	18,7	19,7	21,1	20,2
Tumor maligno do tecido linfático e hematopoético	104,1	102,2	99,6	96,9	99,4	88,1
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	15,9	16,5	16,0	28,1	29,2	26,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	93,2	96,1	93,3	102,8	105,1	115,0
Diabetes mellitus	55,6	53,4	51,0	78,1	71,0	71,9
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	110,3	109,5	115,7	150,1	127,8	110,0
Doenças do aparelho circulatório	438,1	432,5	467,1	632,2	620,1	572,2
Doenças isquémicas do coração	150,6	147,2	170,0	257,9	257,0	243,4
Outras doenças cardíacas	55,8	56,6	65,2	61,0	53,6	46,7
Doenças cerebrovasculares	155,7	150,9	147,8	195,6	179,8	163,3
Doenças do aparelho respiratório	130,9	127,9	124,8	159,4	156,6	161,4
Pneumonia	53,5	52,9	52,3	63,3	61,0	59,5
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	27,7	26,6	27,1	30,4	34,0	34,7
Doenças do aparelho digestivo	228,1	219,3	209,7	209,4	198,0	175,8
Doenças crónicas do fígado (inclui cirrose)	138,4	131,2	125,3	103,3	84,5	75,0
Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	14,8	14,5	15,0	26,6	24,6	19,6
Doenças do aparelho geniturinário	24,6	24,2	23,7	38,1	33,8	31,6
Doenças do rim e ureter	16,0	14,9	14,7	19,7	18,2	19,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	130,0	126,8	115,6	118,5	125,1	120,5
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	496,2	471,4	362,7	259,3	264,3	251,1
Causas externas	566,6	516,5	520,3	947,9	880,5	758,9
Acidentes de transporte	207,3	182,2	166,1	367,8	326,7	265,9
Quedas acidentais	19,2	18,8	22,2	19,3	20,1	27,5
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	156,6	152,5	163,4	327,9	310,4	262,0
Lesões (ignora-se se foram acidentais ou intenc. infligidas)	74,1	61,7	62,0	53,0	54,2	48,9

TM : Tumor Maligno

Fonte: "Carga da Mortalidade", DGP da ARS Norte (dados: Instituto Nacional de Estatística, I.P. - Portugal)

Figura 6 Taxa de anos de vida potenciais perdidos até aos 70 anos entre 2010-2014 Fonte: SNS, 2019

Em relação ao número de internamentos que ocorreram em 2015 por fratura de fémur e fratura de perna e tornozelo devido a quedas foi de 1214 internamentos que corresponderam a taxas de internamento padronizada e taxas bruta de internamento superiores à nacional (figura 7).

EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO, TAXAS BRUTAS E TAXAS PADRONIZADAS DE INTERNAMENTO, PARA OS GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE INTERNAMENTO (TODAS AS IDADES), ANO 2015 (CONT.)

CAUSAS DE INTERNAMENTO	Episódios de internamento (HM)		Taxa de internamento padronizada (HM)		Taxa Bruta de Internamento Região de Saúde do Alentejo		
	Continente	Região de Saúde do Alentejo	Continente	Região de Saúde do Alentejo	HM	H	M
Doenças do aparelho circulatório	113 792	6 863	1074,7	1104,8	1411,1	1623,0	1213,4
Doença hipertensiva	7 080	346	66,1	50,9	71,1	75,0	67,6
Enfarte agudo do miocárdio	12 087	969	114,8	161,8	199,2	266,7	136,3
Outras doenças cardíacas isquémicas	9 678	510	93,1	90,2	104,9	145,3	67,2
Arritmias cardíacas	13 858	862	130,1	131,9	177,2	196,4	159,4
Insuficiência cardíaca	18 513	1 055	171,7	155,0	216,9	220,2	213,8
Doença cerebrovascular	27 090	1 624	254,7	255,3	333,9	369,3	300,9
Doenças do aparelho respiratório	94 758	4 602	925,8	788,2	946,2	1108,4	794,9
Pneumonia	41 459	2 268	392,6	353,1	466,3	547,4	390,7
DPOC e bronquiectasias	9 442	323	88,7	52,0	66,4	93,3	41,3
Asma	2 335	86	24,8	18,6	17,7	14,9	20,3
Doenças do aparelho digestivo	86 319	5 039	844,5	915,1	1036,0	1172,3	908,9
Doenças apêndice ileo-cecal	8 096	390	84,9	87,8	80,2	92,4	68,8
Hérnia inguinal e outras	12 356	1 026	119,5	181,4	211,0	312,2	116,4
Doenças hepática alcoólica	3 577	137	34,7	26,4	28,2	53,2	4,8
Colelitíase	18 128	1 222	174,7	215,2	251,3	211,3	288,5
Doenças do pâncreas	6 007	343	57,4	57,8	70,5	60,1	80,3
Doenças da pele	8 949	442	89,5	87,3	90,9	106,9	75,9
Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	36 325	1 675	357,0	319,9	344,4	281,1	403,4
Artrose da anca	4 910	188	47,4	34,1	38,7	40,9	36,6
Artrose do joelho	6 567	294	63,8	51,7	60,4	35,8	83,5
Doenças do aparelho geniturinário	58 448	2 805	566,4	496,3	576,7	506,1	642,7
Doenças renais	10 248	451	102,1	91,9	92,7	74,1	110,1
Urolitíase	5 845	280	57,1	54,5	57,6	64,3	51,3
Gravidez, parto e puerpério	77 855	3 760	822,5	865,9	773,1	0,0	1494,4
Condições no período perinatal	1 659	76	20,4	21,0	15,6	17,5	13,9
Malformações congénitas	4 663	145	51,5	34,9	29,8	29,8	29,8
Sintomas, sinais e outros achados clínicos	12 605	634	126,3	124,5	130,4	152,1	110,1
Lesões e envenenamentos	68 587	3 908	665,1	696,5	803,5	834,5	774,6
Fraturas do fémur	14 026	914	130,1	130,6	187,9	109,1	261,5
Fraturas da perna e do tornozelo	5 351	300	53,0	59,9	61,7	70,7	53,3
Fatores que influenciam estado saúde	89 590	4 370	1048,3	1121,1	898,5	955,9	844,9
Causas externas	77 169	4 220	749,1	749,8	867,7	876,2	859,7
Acidentes veículos a motor	4 826	282	48,4	58,7	58,0	89,9	28,2
Lesões autoprovocadas int.	2 100	142	21,0	28,3	29,2	23,9	34,2

TM : Tumor Maligno
HM : ambos os sexos
H : homens
M : mulheres

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: ACSS, base de dados nacional dos GDH)

Figura 7 Causas de internamento em 2015 Fonte: SNS, 2019

2.2.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA NO MUNICÍPIO

Segundo dados recolhidos na INE, em 2021 a população residente no Município corresponde a 14.200 mil habitantes, apresentando o decréscimo de 0.3% face a 2011 e as pessoas com 65 ou mais anos são 3.193 que corresponde a 22.5% da população

Segundo os Censos de 2021, o índice de envelhecimento em 2021 foi de 159. Sendo que como este valor é superior a 100 significa que existem mais idosos que jovens que neste caso corresponde a 159 idosos para 100 jovens. Em 2021 existiam 2007 pessoas com idades compreendidas entre os 0-14 anos, 1355 entre 15-24 anos, 7645 entre 25-64 anos e 3193 pessoas com 65 ou mais anos.

No que diz respeito à taxa de natalidade em 2020 nasceram nesta localidade 128 bebés (menos 2 do que em 2019) e verifica-se que, em 10 anos, existiu um decréscimo de 2 nascimentos. No que diz respeito ao número de óbitos, em 2020 ocorreram 177 óbitos (mais 6

do que em 2020), sendo que 159 dessas pessoas tinham mais de 60 anos. Em 2020 a diferença entre o número de nascimentos e o de mortes foi negativo, traduzindo-se num saldo natural de menos 49 indivíduos.

Em 2020, o índice de dependência dos idosos estava nos 33,5 que corresponde a 33,5 idosos por 100 pessoas em idade ativa, sendo que em Portugal é 55,7.

Em 2020, o índice de longevidade está nos 41.9, o que indica que existem 41.9 pessoas com 75 ou mais anos por 100 idosos, sendo que em Portugal é 48.7.

Em 2021, por cada idoso existiam 2,8 pessoas em idade ativa, sendo o valor nacional 2.7.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com o International Council of Nurses, a investigação em enfermagem deve basear-se por seis princípios éticos: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020).

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos (tanto na Deontologia Profissional como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação (Nunes, 2020).

Relativamente aos padrões éticos e legais, foi assegurado:

- Pedido de parecer à Comissão de Ética da ULS para a realização do projeto de intervenção comunitária e respetiva autorização (apêndice I e anexo I);
- Pedido para consulta de registos de utentes que deram entrada no serviço de urgência no ano de 2021 e respetiva autorização (apêndice II e anexo II);
- A assinatura de consentimento informado livre e esclarecido (apêndice III) para participação no mesmo.

Foram cumpridos todos os princípios éticos inerentes à realização deste estudo conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Aos idosos que participaram no estudo foi explicado a finalidade do mesmo e solicitada a assinatura do consentimento livre esclarecido e informado cumprindo o anonimato e a confidencialidade do mesmo. O estudo foi aprovado pela comissão de Ética e homologado pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde.

As respostas dos questionários foram tratadas com confidencialidade e proteção de dados e foi assegurado o anonimato, sem fazer referência ao registo de dados de identificação. Os resultados obtidos apenas foram apresentados em contexto académico.

2.4. POPULAÇÃO ALVO

A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns. Assim a população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. A população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Pode ser limitada a uma região, a uma cidade, a um estabelecimento, etc. Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo (Fortin, 2009).

No concelho em questão, a população idosa representa 22,5% da população total (INE, 2021). Devido ao número elevado de pessoas idosas, sendo um grupo muito específico com uma vulnerabilidade acentuada para o risco de queda foi selecionada uma amostra dentro da população acessível onde se realizou o estudo.

A população acessível deve ser tanto quanto possível representativa da população alvo. Assim, o grupo de participantes foi constituído através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por indivíduos da população facilmente acessíveis e que responderam a critérios de inclusão e exclusão precisos (Fortin, 2009).

A amostra define-se por critérios de inclusão em que estes correspondem às características essenciais da população. Paralelamente, os critérios de exclusão servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra. A amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo. As características conhecidas da população devem estar presentes nos elementos da amostra. A sua constituição varia segundo o objetivo procurado, os constrangimentos no terreno e a capacidade de acesso à população estudada (Fortin, 2009).

Assim, para este estudo a amostra constituiu-se a partir dos utentes acompanhados pela equipa da UCC no mês de setembro e outubro de 2022, com 65 anos ou mais e que aceitaram participar no projeto, cumprindo assim, os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
65 anos ou mais anos de idade	< 65 anos de idade
Independentes ou parcialmente dependentes nas AVD's	Totalmente dependente nas AVD's
Acompanhados pela equipa da UCC	Não acompanhados pela equipa da UCC

Fonte: própria

Desta forma, a abordagem aos utentes foi realizada juntamente com a enfermeira orientadora, que contribuiu para uma maior relação de confiança. Os utentes foram informados do objetivo deste contato, tendo sido referido a existência deste projeto e os motivos pelo qual foi solicitada a sua colaboração.

2.5. TIPO DE ESTUDO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com o diagnóstico pretende-se identificar o risco de queda nos idosos que integram as visitas domiciliárias da UCC, assim como identificar os fatores mais frequentes para estas quedas.

Assim, para a realização de um primeiro diagnóstico, efetuou-se um estudo epidemiológico observacional descritivo que consiste numa investigação epidemiológica que corresponde a uma descrição do estado de saúde de uma comunidade a partir de dados rotineiramente coletados (dados secundários) ou coletados diretamente através de questionários específicos (dados primários). Os estudos puramente descritivos não tentam analisar possíveis associações entre exposições e efeito (Bonita et al., 2010).

A colheita de dados foi realizada através de consulta dos registos de utentes que deram entrada no serviço de urgência do Hospital da região que abrange a área do município no ano de 2021. Filtrando estes dados conseguimos obter os registos do número de pessoas que foram internadas por motivo de queda. Como a nossa população-alvo eram os utentes com 65 anos ou mais, ignorámos todos os utentes abaixo dessa faixa etária.

Simultaneamente, tivemos acesso à lista de utentes inscritos na UCC que foi comparada com a lista de entradas por motivo de queda no Hospital da região, obtendo-se assim os utentes do município que caíram no ano de 2021.

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

Segundo Fortin (2009), as técnicas e instrumentos para colheita de dados são inúmeras e a sua escolha é feita tendo em consideração os objetivos do estudo, os instrumentos disponíveis e o conhecimento sobre as variáveis. Os dados podem ser colhidos de diversas formas. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. O questionário é um método de colheita de dados que tem como um dos seus objetivos recolher informação factual sobre atitudes e conhecimentos (Fortin, 2009).

Num segundo momento realizámos um estudo descritivo utilizando-se como instrumentos de colheita de dados, questionários já validados na instituição, sendo eles a Escala de Quedas de Morse (anexo III) e lista de verificação ambiental - risco de queda no domicílio (anexo IV)

Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989, quando publica o artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse et. al, 1989). Em 1997 publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009.

A escala encontra-se a ser aplicada a nível internacional. Em Portugal é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde indica a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011).

A escala de morse possui seis questões, onde se pretende avaliar o risco de queda, sendo que a primeira questão avalia a história de quedas, a segunda a existência, ou não, de diagnósticos secundários, a terceira o apoio utilizado na deambulação, a quarta avalia a necessidade de medicação intravenosa ou heparina, a quinta questão avalia a marcha do utente, e a última, permite conhecer a consciencialização do utente perante as suas limitações. A determinação do nível de risco de queda é identificada, segundo a escala de Morse, por baixo risco quando se obtém um valor de risco entre 0 - 20, médio risco de queda entre 21 -50 e alto risco de queda quando o valor é superior ou igual a 51.

2.6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Como foi referido anteriormente, na primeira fase do estudo foi realizada uma consulta dos registos de utentes que deram entrada no serviço de urgência do Hospital que abrange a área do município no ano de 2021.

Posto isto, no ano de 2021 ocorreram um total de 2537 quedas. Desse total de quedas, 291 levaram a internamento, que correspondeu a 13,6% do total de quedas. Após aplicado critério de exclusão da idade, foi apurado que 1573 quedas foram em pessoas com 65 ou mais de anos de idade, ou seja 62% do total de quedas ocorreram em pessoas com 65 ou mais anos (figura 8).

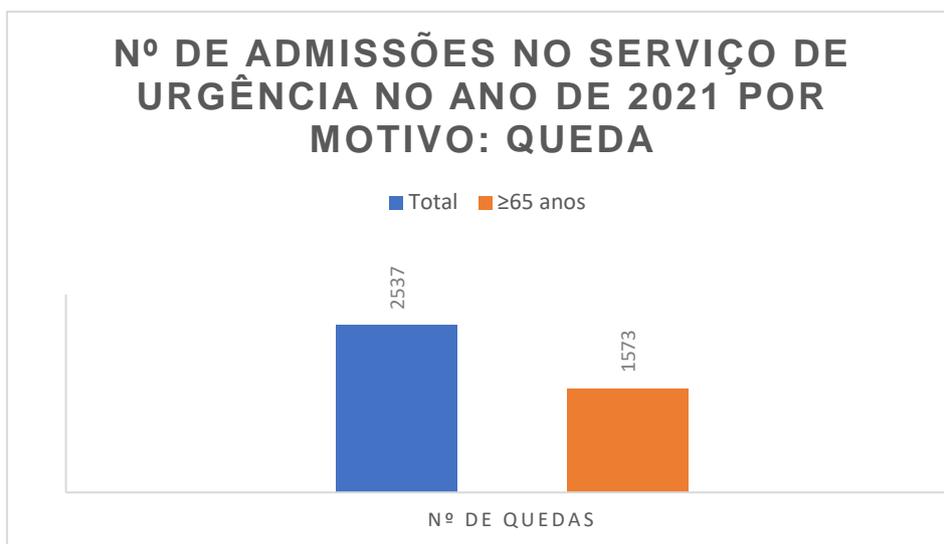


Figura 8 Nº de admissões no serviço de urgência no ano de 2021 por o motivo de queda. Fonte: Própria

No ano de 2021 houve necessidade de internamento por motivo de queda de 291 pessoas. Destas, 214 pessoas tinham 65 ou mais anos, o que corresponde a 73.5% desses internamentos (figura 9).

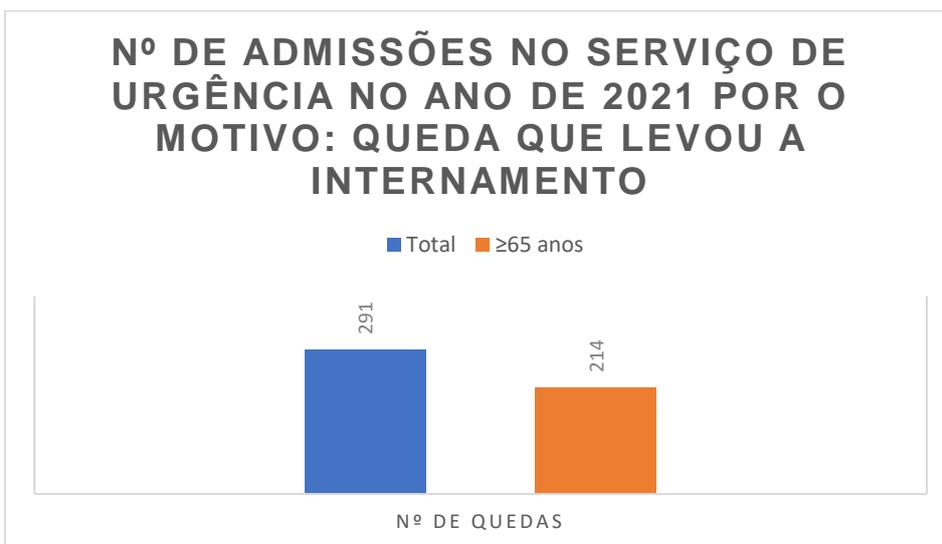


Figura 9 Nº de admissões no serviço de urgência no ano de 2021 por o motivo de queda que levou a internamento. Fonte: Própria

Em relação ao município em estudo, conseguiu-se apurar que 93 quedas ocorreram em pessoas com 65 anos ou mais residentes num município do litoral alentejano, que corresponde a 5.9% do total de quedas. Dessas 93 pessoas que sofreram queda, 60 (64.5%) foram do género feminino e 33 (35.5%) do género masculino (figura 10).

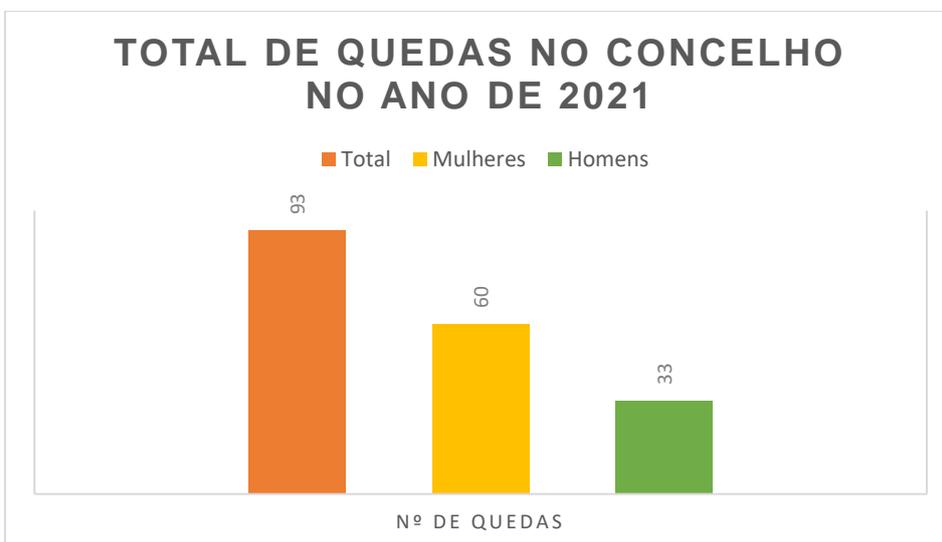


Figura 10 Total de quedas no concelho no ano de 2021. Fonte: Própria

Na fase seguinte foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão do estudo tendo sido apurada uma amostra de 15 utentes. Os questionários (anexos III e IV) foram aplicados de forma direta aos utentes que conseguiam responder ou através da colheita de dados com o cuidador informal.

Na amostra de 15 utentes verificamos que doze eram do sexo feminino que corresponde a 80% da amostra e três do sexo masculino que corresponde a 20% da amostra, conforme ilustrado na figura 11.



Figura 11 Utentes segundo género. Fonte: Própria

Relativamente à idade dos utentes que constituíram a amostra, podemos observar que a mesma é composta por utentes entre os 65 anos e os 94 anos, sendo que 2 pessoas têm entre 65 e 74 anos; 7 entre 75 e 84 anos e 6 entre 85 anos e 94 anos, o que nos indica que a frequência de quedas é maior nas faixas etárias superiores (Figura 12).

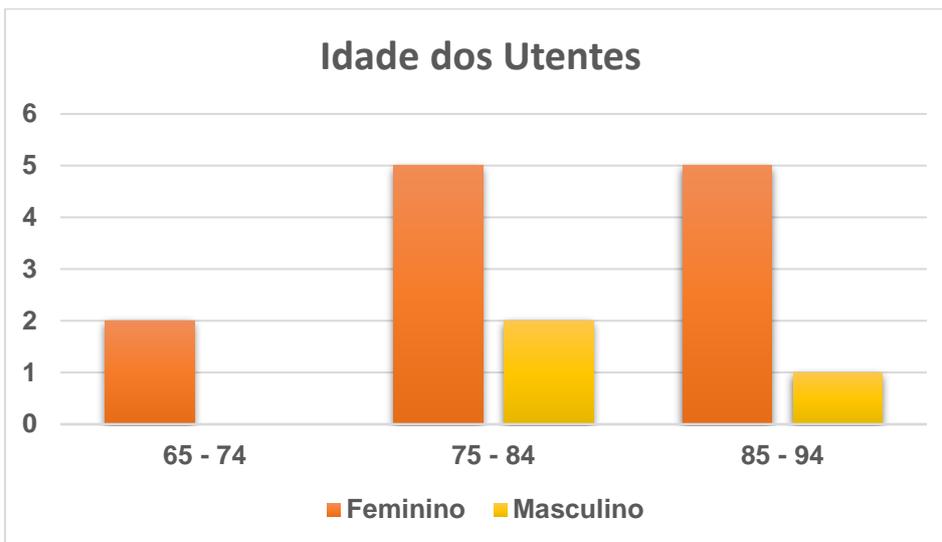


Figura 12 Utentes segundo idade. Fonte: Própria

Conseguimos apurar que cinco pessoas caíram no último ano, que corresponde a uma percentagem de quedas de 33,3%, não tendo sofrido danos maiores (figura 13).

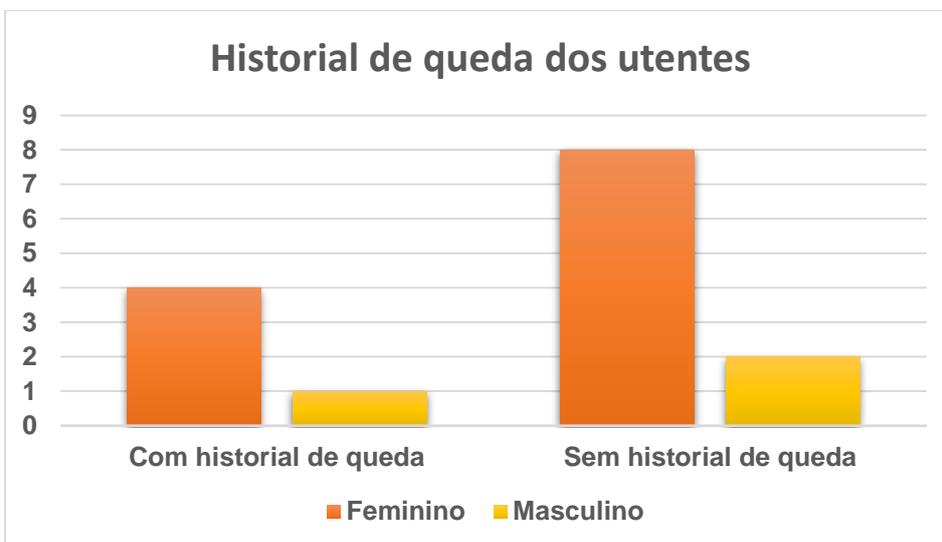


Figura 13 Utentes segundo historial de queda. Fonte: Própria

Ao observar a figura 14, podemos constatar que na nossa amostra existe um número significativo de utentes do género feminino. No entanto, nas visitas efetuadas verificamos que seis utentes deambulam sem ajuda de auxiliar de marcha. As outras seis utentes do género feminino utilizavam auxiliar de marcha como apoio na sua mobilização. No género masculino,

podemos referir que um utente necessitava de apoio de marcha, enquanto os outros dois utentes não utilizavam apoio de marcha.

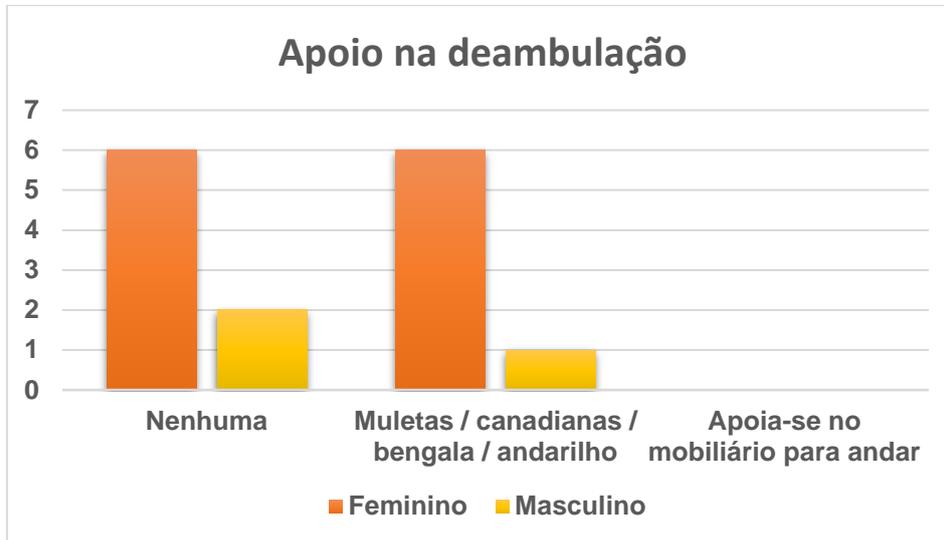


Figura 14 Utente segundo apoio na deambulação. Fonte: Própria

Verificou-se que, dois idosos apresentaram alto risco de queda (13,3%), nove baixo risco de queda e quatro sem qualquer risco de queda (60%), como demonstrado na figura 15. Estes resultados vão de encontro ao mencionado no Relatório de ADL - no sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes no ano de 2019, em que refere as quedas foram o principal mecanismo de lesão com 67,9% de incidência.

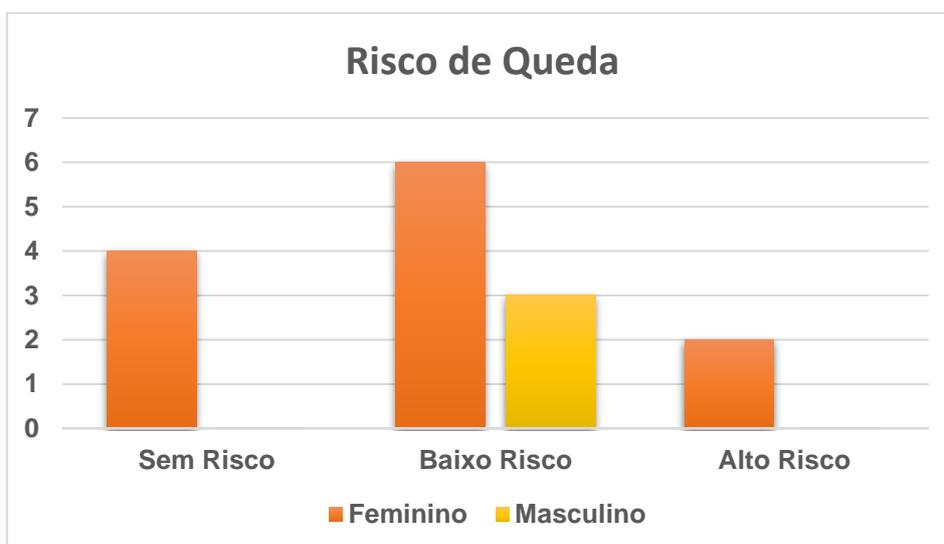


Figura 15 Utente segundo risco de queda. Fonte: Própria

Assim, foram identificadas 11 pessoas com risco de queda. Posteriormente, foi aplicado no domicílio dos mesmos a lista de verificação ambiental, onde foi observado que como principais problemas se destacaram a presença de tapetes (seis), a instalação sanitária (quatro), as escadas (um), a sala (um) e o ambiente exterior (seis), conforme explanado na figura 16.

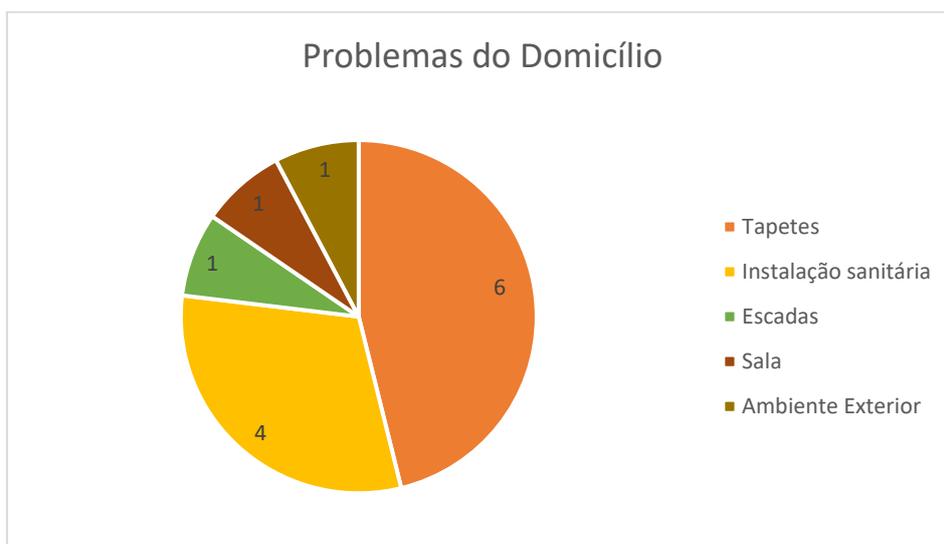


Figura 16 Problemas do Domicílio. Fonte: Própria

Vários estudos identificaram que as mulheres têm uma maior predisposição para as quedas do que os homens. Como principais causas associadas, poderão estar a maior fragilidade das mulheres, osteoporose, prevalência de doenças crônicas e maior exposição a atividade doméstica e comportamentos de maior risco (Perracini & Ramos, 2002).

A ocorrência de uma queda é um sinal e não um diagnóstico por si só. Pode ser um indicador de agravamento da condição de saúde, com repercussões a nível da capacidade de autonomia (Scottish Government, 2014), e pode ser um alerta para a deteção de outros problemas de saúde, devendo ser utilizado como um sinal de aviso para a reavaliação de outros fatores que podem ser causas significativas de morbilidade e mortalidade a par do risco de futuras quedas (Oliver et al., 2010). Por isso, a prevenção das quedas é uma preocupação major para o doente, família e profissionais. Deve ser uma preocupação de todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados.

As lesões decorrentes das quedas são igualmente um problema de saúde pública e o risco de não se desenvolverem ações de prevenção pode ter um impacto significativo, sendo um

fator de pressão a nível das políticas de saúde para um envelhecimento ativo (Barsano et al, 2018).

2.7. PROBLEMAS/ NECESSIDADES DE SAÚDE IDENTIFICADOS

Como já foi referido, o diagnóstico de situação permite identificar problemas e determinar as necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a análise dos resultados obtidos, depois da aplicação do instrumento de colheita de dados na amostra da população-alvo, em sintonia com as evidências científicas de estudos publicados sobre a temática, foram identificados os seguintes problemas:

- A percentagem de pessoas com 65 anos ou mais tem taxa de internamento superior;
- A percentagem de quedas nas mulheres é superior aos homens;
- Os principais locais de queda são o domicílio e ambiente exterior.

3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde. Trata-se, de um “processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar” (Tavares, 1990, p.83).

Melo (2020), refere que esta etapa merece destaque relativamente às outras etapas do Planeamento em Saúde, nomeadamente pela sua importância na boa gestão dos recursos, que na maioria dos casos são escassos, de forma a responder às necessidades das populações e comunidades.

Existem várias técnicas para a determinação de prioridades, como as técnicas gerais de ordenação que abrange a Comparação por Pares. Este método é focado em comparar dois problemas de cada vez, escolhendo o que necessita de atenção prioritária. Cada problema é comparado com os restantes problemas. A ordenação final resulta do número de vezes que o problema em causa foi escolhido (Tavares, 1990).

Na figura 17 está apresentado a determinação de prioridades através da técnica de comparação de pares.

Problema	1	2	3
1-2	x		
1-3			x
2-3			x
Pontuação	1	0	2

Figura 17 Determinação de prioridades através da técnica de Comparação de Pares Fonte: Própria

Legenda:

1. A percentagem de pessoas com 65 anos ou mais têm taxa de internamento superior;
2. A percentagem de quedas nas mulheres é superior aos homens;
3. Os principais locais de queda são o domicílio e ambiente exterior.

Apesar a relevância do problema dois (a percentagem de quedas nas mulheres é superior aos homens), optou-se por incluir também os utentes do género masculino, no projeto de intervenção, dado o reduzido número de homens e da população alvo do projeto.

Deste modo, considerou-se como prioritário intervir na prevenção de quedas, nomeadamente na identificação dos fatores de risco e na adoção de medidas preventivas.

4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa do Planejamento em Saúde, após o diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades é a fixação dos objetivos (Melo, 2020). Um objetivo é definido como o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77). Os objetivos têm características estruturais próprias que devem ser consideradas na sua formulação, ou seja, estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Segundo Tavares (1992), a fixação dos objetivos é uma etapa decisiva para a execução de um projeto. Deste modo, torna-se necessário enunciar os objetivos com o intuito de alcançar os resultados esperados. A definição dos objetivos permite-nos disponibilizar os recursos necessários e organizar as intervenções pretendidas de forma mais eficaz e efetiva. Neste contexto, são várias as categorias de objetivos, segundo Melo (2020), nomeadamente, finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e as metas.

A finalidade é o objetivo mais geral do projeto e está relacionado com a grande área temática do mesmo. O objetivo geral é orientado para o olhar do profissional que está a definir o mesmo. No contexto da enfermagem deve estar direcionado para os focos e áreas de atenção centrais na tomada da decisão clínica em relação ao diagnóstico selecionado (Melo, 2020).

Os objetivos específicos estão diretamente relacionados com as dimensões do diagnóstico de cada foco principal. Este tipo de objetivo deve ser quantificável na medida da mudança que se quer instituir face ao diagnóstico. Em relação às metas, estas dão tempo aos objetivos específicos, indicando o prazo em que se pretende atingir aos objetivos específicos (Melo, 2020).

A finalidade do presente projeto de intervenção comunitária é contribuir para a prevenção de quedas nos idosos com 65 anos ou mais residentes no município em estudo.

➤ **Objetivo Geral**

- Diminuir o risco de queda das pessoas com 65 anos ou mais do município x acompanhados pela UCC.

➤ **Objetivos Específicos**

- Avaliar o risco de queda através da aplicação da escala de Morse pelo menos 1x por mês.
- Avaliar o risco de queda através da aplicação da lista de verificação ambiental trimestralmente.
- Educar/ capacitar a pessoa com risco de queda para a sua prevenção até janeiro de 2023 através da realização de sessões de formação.
- Sensibilizar a equipa da UCC, na implementação das atividades do projeto.

Meta 1: Que 100 % dos utentes acompanhados pela UCC tenha pelo menos uma avaliação mensal de risco de queda, através da escala de Morse.

Indicador: Taxa de avaliação mensal do risco de queda.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de avaliações Realizadas}}{N^{\circ} \text{ de avaliações Previstas}} \times 100$$

Meta 2: Que 100 % dos utentes acompanhados pela UCC tenha pelo menos uma avaliação trimestral do seu risco de queda, através da lista de verificação ambiental.

Indicador: Taxa de avaliação trimestral do risco de queda.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de avaliações Realizadas}}{N^{\circ} \text{ de avaliações Previstas}} \times 100$$

Meta 3: Que 90% dos utentes acompanhados pela UCC aceitem participar na sessão de educação para a saúde no domicílio.

Indicador: Taxa de aceitação de participação na sessão de educação para a saúde.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões de educação para a saúde aceites}}{N^{\circ} \text{ de sessões de educação para a saúde planeadas}} \times 100$$

Meta 4: Que sejam realizadas 90% das sessões para as quais se obteve aceitação.

Indicador: Taxa de sessões realizadas.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões de educação para a saúde realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões de educação para a saúde aceites}} \times 100$$

Meta 5: Distribuir a todos os idosos acompanhados pela UCC um folheto sobre a prevenção de quedas nos idosos.

Indicador: Taxa distribuição de folhetos.

$$\frac{N^{\circ} \text{ folhetos distribuidos}}{N^{\circ} \text{ de folhetos planeados dsitribuir}} \times 100$$

Meta 6: Que todos os enfermeiros da UCC participem na sessão de formação realizada.

Indicador: Taxa de participação na sessão de formação.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de enfermeiros da UCC que frequetaram a sessão}}{N^{\circ} \text{ de enfermeiros da UCC}} \times 100$$

5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é a quarta etapa do Planejamento em Saúde, que segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 87) permite escolher “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. É também considerada a etapa do planejamento em saúde com mais criatividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

A estratégia de intervenção é fundamental para o sucesso de um projeto de intervenção na comunidade. Este sucesso depende das metas e indicadores definidos que devem ser realizados de forma rigorosa para poderem ser implementados (Melo, 2020).

Após a identificação dos problemas prioritários e da definição de objetivos e metas a atingir foi realizada uma reunião com a equipa da UCC para selecionar as estratégias mais eficazes. Deste modo, tendo em conta os objetivos propostos e a faixa etária da população alvo, foram delineadas e selecionadas as seguintes estratégias tendo como referenciais teóricos o Modelo do Autocuidado de Orem e o MPS de Nola Pender já explanados acima.

Estratégia n.º 1: Cooperação/Trabalho em Equipa

Nesta estratégia a cooperação dos vários elementos da UCC foram fundamentais na aplicação da escala de Morse e na lista de verificação ambiental do domicílio, pois o conhecimento que estes profissionais detêm acerca da população, podem ser elementos conciliadores e de apoio para o sucesso do projeto.

A aplicação da escala de Morse e da lista de verificação ambiental do domicílio foi efetuada após esclarecimento junto dos idosos e da sua família/ cuidador da importância do estudo e dada a oportunidade de tomar uma decisão livre e esclarecida, após a assinatura do Consentimento Informado Livre e Esclarecido e assegurando o anonimato da sua participação. A aplicação da escala foi efetuada no mês de outubro e início de novembro.

Após a colheita de dados que permitiu recolher informação sobre o nível de risco de queda dos utentes, bem como identificar os riscos de queda do domicílio, que permitiu identificar o nível de risco de queda, os problemas e as necessidades da população em estudo, possibilitou a definição das futuras intervenções, com vista à redução do número de quedas nos idosos.

O trabalho em equipa é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de confronto da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde, que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, quanto da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde (Peduzzi et al., 2020).

O trabalho em equipa multidisciplinar é considerado fundamental para a qualidade da prestação de cuidados, para a segurança, bem como para a satisfação dos doentes e profissionais (Souza, Peduzzi, Silva & Carvalho, 2016). Os enfermeiros são fulcrais na comunicação interdisciplinar, pois possuem um conhecimento privilegiado da comunidade. Assim, exercem o papel de intermediários com outros profissionais, pois são o elo de ligação entre a equipa, facilitando a multidisciplinaridade (Neves, 2012).

Neste sentido foi realizada uma sessão para os enfermeiros da UCC de forma dar a conhecer o trabalho desenvolvido no projeto de intervenção de forma a darem continuidade ao mesmo (apêndice X).

Estratégia n.º 2: Educação para a Saúde

A capacitação e empoderamento é essencial na promoção da saúde. É um processo através do qual a pessoa, grupos e comunidade trabalham em conjunto para obter o controlo da sua tomada de decisão. Assim, as relações dinâmicas entre os indivíduos, família e os seus contextos sociais e ambientais tornam-se indispensáveis (Pender et al., 2015).

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (2015), o artigo 5º, alínea 4c) do referido regulamento refere que o enfermeiro deve “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”.

Foi necessário realizar sessões de formação para educação para a saúde (apêndice V) nas áreas identificadas como problemáticas, de modo a contribuir para o aumento dos conhecimentos da população, permitindo que os utentes realizem escolhas mais informadas e de forma mais consciente.

O envolvimento dos familiares/cuidadores no projeto, teve como fim o empoderamento relativamente aos fatores de risco de queda e a forma de os evitar nos seus domicílios. Durante as visitas domiciliárias foram realizadas essas formações e, conseqüentemente, a entrega de um folheto que serviu de guia para a sessão de formação (apêndice VI), com sugestões para prevenir o risco de queda.

Estratégia nº 3: Estabelecer Parcerias

As questões de saúde atuais tendem a ser mais facilmente resolvidas quando se constituem parceiras. Estas, através da sua maneira de comunicar e colaborar, conseguem alcançar soluções que de outra forma não seriam possíveis (Pender et al, 2015).

Neste sentido, a intervenção na comunidade deverá adotar medidas multisectoriais, efetivando um compromisso entre os sistemas de saúde, a educação, as autarquias e outros organismos que visem a promoção da saúde, prevenção da doença, a continuidade dos programas e a capacitação da comunidade educativa (Direção Geral de Saúde, 2015).

Para a realização deste projeto foram interligadas diferentes entidades. Para o sucesso deste projeto de intervenção comunitária, é necessário eliminar obstáculos que existam no meio externo ao domicílio e espaços públicos, nomeadamente problemas de calçada, buracos ou barreiras arquitetónicas. Assim foi solicitada a colaboração da câmara municipal para eliminação e ou reparação desses obstáculos. Para isso, foi criado um formulário (Apêndice VII) para que a equipa multidisciplinar que realiza a visita domiciliária possa identificar os perigos da via pública e depois notificar via e-mail a câmara de forma a darem resposta atempada a esses problemas.

Outra parceria solicitada foi com ULS. Foi enviado um pedido de colaboração via e-mail (Apêndice VIII) em que foi solicitado que fosse enviado um alerta para o mail da UCC quando algum utente com morada no concelho abrangente da UCC desse entrada do serviço de urgência com o motivo de queda, com idade igual ou superior a 65 anos. Esta informação seria uma mais-valia para a melhoria da articulação entre serviços da ULS, com a tentativa de identificar os fatores que levaram à queda, evitar novos episódios e suas sequelas. Esta articulação pretende trazer ganhos em saúde, tanto para o utente e família, como para a instituição (económicos e melhoria do indicador).

Ao longo desta etapa foi fundamental tornar as etapas do projeto mais claras e compreensíveis, de modo a facilitar o entendimento do mesmo perante as equipas envolvidas e os parceiros comunitários. Assim, foi elaborado o Work Breakdown Structure (WBS) que está representado no apêndice IV.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

A preparação operacional, a quinta etapa do Planeamento em Saúde, é onde se procede à operacionalização do projeto. “Um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Esta etapa é essencial para a eficácia do projeto e com ela pretende-se mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitando a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta fase do planeamento, deverá estar claramente especificado quais as entidades que estão envolvidas no projeto, a responsabilidade da execução de cada etapa, bem como definido um calendário de execução e respetivo cronograma, referindo quais os responsáveis por cada atividade. Esta etapa deverá ainda incluir uma estimativa dos custos, de acordo com os recursos utilizados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este projeto tem como missão a prevenção de quedas nos idosos acompanhados pela UCC, tendo-se desenvolvido atividades e estratégias que permitiram alcançar os objetivos traçados anteriormente. Iniciou-se o projeto pela aplicação de uma escala que nos permitiu avaliar o nível de risco de queda da nossa população e a lista de verificação ambiental que serve para identificar os fatores do domicílio mais frequentes para estas quedas. Na escolha das atividades e no seu desenvolvimento tivemos em conta as características dos idosos e famílias/cuidadores e o conhecimento da equipa multidisciplinar da UCC que deu um contributo fundamental.

Posto isto, foram elaboradas tabelas para cada estratégia selecionada com as respetivas atividades:

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Reunião com a equipa multidisciplinar (UCC) para apresentação de projeto	- Mestranda - Equipa multidisciplinar;	Junho 2022	UCC	Método expositivo	Computador Enfermeiro
Aplicação do instrumento de colheita de dados (Escala de Morse e Lista de Verificação Ambiental do domicílio)	- Mestranda - Enfermeira supervisora - População-alvo	Outubro e novembro de 2022	Domicílio dos utentes	Presencial	Questionários CILE Caneta Carro enfermeiro

Figura 18 Estratégia n. 01 – Cooperação/ Trabalho em equipa Fonte: Própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Sessão de Educação para a Saúde - “Prevenção de Quedas”	- Mestranda - Enf ^a Supervisora	Novembro de 2022 a janeiro de 2023	Domicílio dos utentes	Método expositivo e demonstrativo	Folheto Carro Enfermeiro Caneta
Sessão de formação para os enfermeiros da UCC	- Mestranda - Enf ^a Supervisora - Enfermeiros UCC	Janeiro 2023	UCC	Método expositivo	Computador Enfermeiros

Figura 19 Estratégia n.º 2: Educação para a Saúde. Fonte: Própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Reunião com o elemento da proteção civil da câmara	- Mestranda - Enf ^a Supervisora	Outubro 2022	UCC	Método expositivo	computador
Preparação de pedido de colaboração da ULS	- Mestranda - Enf ^a Supervisora	Outubro 2022	Via e-mail	Método expositivo	Computador

Figura 20 Estratégia n.º 3 Estabelecer Parcerias. Fonte: Própria

6.1. PREVISÃO DE RECURSOS

A realização de qualquer projeto implica custos associados, e é de extrema importância a inclusão dos mesmos antes de efetuar a implementação de um projeto. Segundo Melo (2020), o planeamento de um projeto depende da determinação dos recursos humanos e materiais.

Na figura 21 são descritos os recursos necessários, que deram origem a um potencial custo monetário, baseado numa estimativa.

RECURSOS	DESCRIÇÃO	ESTIMATIVA DE CUSTO		
		Valor unitário	Quantidade	Custo total
Recursos Humanos	Mestranda e Enf ^a Supervisora	8.60€/hora	100h	860 x 2 enfermeiros = 1720€
Transporte	Combustível	0,4€/km	300km	120€
Recursos materiais	Folhetos	2€	20	40€
	Fotocópias	0,15€	50	7,5€
	Canetas	0,65€	4	2,60€
	Impressora	50€	0,5	25€
	Toner	50€	1	50€
	Computador	500€	0,5	250€
Materiais de consumo	Eletricidade, Internet, Telefone e Água			200€
TOTAL				2212,1€

Figura 21 Previsão de Recursos. Fonte: Própria

6.2. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A comunicação e divulgação do projeto foi pensada de acordo com as características da população alvo, com o intuito de promover o interesse da população da região a que se destina o projeto, bem como incentivar a sua participação no mesmo.

A divulgação de informação pela Comunidade foi realizada durante as visitas domiciliárias e, conseqüentemente, através do fornecimento de folhetos (Apêndice VI), em que foi explicado ao idoso e às suas famílias ou cuidadores, quais os objetivos e atividades a desenvolver ao longo do projeto. Dentro da instituição, a divulgação da informação passou pela partilha da mesma entre os profissionais de saúde, através de breves discussões informais.

6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A elaboração do cronograma permite uma exposição gráfica que identifica o tempo e as atividades que fazem parte do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a elaboração do projeto elaborou-se o seguinte cronograma:

		Maio		Junho		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro	
		1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 30	1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 30	1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 30
Diagnóstico de situação	- Enquadramento epidemiológico da temática prevenção de quedas	■	■	■	■										
Definição de prioridades						■									
Definição de objetivos						■									
Seleção de estratégias	- Estabelecer parcerias							■	■						
	- Planificar processo educacional							■	■	■					
	- Prover recursos									■	■				
Preparação Operacional	- Reuniões formais							■	■						
	- Aplicar questionários							■	■	■					
	- Agendar sessão de educação para a saúde				■	■									
	- Avaliação operacional							■	■	■	■	■	■		
Monitorização/ Avaliação	- Realização de folheto							■							
	- Definição de indicadores							■	■						
	- Divulgação do projeto							■	■	■	■	■			
	- Sessões de Educação para a saúde e entrega de folhetos									■	■	■	■		
Avaliação	- Avaliação Contínua														
	- Avaliação dos Indicadores													■	■
	- Reunião na UCC para avaliação final do projeto														■
	Elaboração de artigo científico												■	■	■

Figura 22 Cronograma de atividades. Fonte: Própria

6.4. SEGUIMENTO/ FOLLOW UP

Para que o planeamento e, por sua vez, a implementação de um projeto seja bem-sucedida, é necessário acompanhar o seu desenvolvimento, e caso seja necessário, realizar alterações, com o intuito de atingir os objetivos traçados.

Durante a implementação do projeto, surgiu a necessidade de realizar adaptações a nível de horários e de datas de algumas atividades, permitindo, assim, que os vários profissionais de saúde pudessem comparecer nas mesmas.

No que concerne ao seguimento do projeto, e uma vez que a mestranda não exerce funções neste serviço, sugere-se que este seja através da equipa multidisciplinar, uma vez que

verificaram interesse durante todo o processo de implementação, acreditando assim, na possibilidade de concretização deste mesmo projeto noutras unidades de saúde.

7. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde. O processo de avaliação tem uma finalidade corretiva, uma vez que consiste em comparar algo com um modelo ou padrão pré-existente (Imperatori & Giraldes, 1982). A avaliação permite que os objetivos e as estratégias se confrontem de modo a adequarem-se. (Tavares, 1990)

Segundo a OMS (1981) citado por Tavares (1990, p.204), a avaliação consiste na utilização da experiência, para melhorar as atividades desenvolvidas, de modo a planificar de forma mais eficaz. Permite fazer uma análise retrospectiva das etapas que constituem o processo de planeamento, devendo esta ser precisa e pertinente. A avaliação tem como função primordial, “(...) determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.”

De modo a operacionalizar esta etapa, realizou-se a avaliação das metas definidas anteriormente bem como a avaliação dos indicadores.

Na figura 22, é possível observar os indicadores bem como a avaliação que foi efetuada aos objetivos específicos e respetivas metas.

Objetivo Específico	Indicadores	Metas	Resultado	Avaliação
Avaliar o risco de queda através da aplicação da escala de Morse pelo menos 1x por mês	<u>Taxa de avaliação mensal do risco de queda</u> Nº de avaliação realizadas/ Nº de avaliações previstas x100	Que 100 % dos utentes acompanhados pela UCC tenha pelo menos uma avaliação mensal de risco de queda, através da escala de Morse	100% dos utentes acompanhados pela UCC tenham uma avaliação mensal de risco de queda através da escala de Morse	Atingido. Realizada essa avaliação a todos os utentes acompanhados pela UCC

<p>Avaliar o risco de queda através da aplicação da lista de verificação ambiental trimestralmente</p>	<p><u>Taxa de avaliação trimestral do risco de queda</u></p> <p>Nº de avaliação realizadas/ Nº de avaliações previstas x100</p>	<p>Que 100 % dos utentes acompanhados pela UCC tenha pelo menos uma avaliação trimestral do seu risco de queda, através da lista de verificação ambiental</p>	<p>100 % dos utentes acompanhados pela UCC tenha pelo menos uma avaliação trimestral do seu risco de queda, através da lista de verificação ambiental</p>	<p>Atingido. Realizada essa avaliação a todos os utentes acompanhados pela UCC</p>
<p>Educar/ capacitar a pessoa com risco de queda para a sua prevenção até janeiro de 2023 através da realização de sessões de formação</p>	<p><u>Taxa de aceitação de participação na sessão de educação para a saúde.</u></p> <p>Nº de sessões de educação para a saúde aceites/ Nº de sessões de educação para a saúde planeadas x100</p>	<p>Que 90% dos utentes acompanhados pela UCC participem na sessão de educação para a saúde realizada no domicílio</p>	<p>90% dos utentes acompanhados pela UCC aceitem participar na sessão de educação para a saúde realizada no domicílio</p>	<p>Atingido. Todos os utentes acompanhados pela UCC aceitaram participar na sessão de educação para a saúde</p>
	<p><u>Taxa de sessões realizadas</u></p> <p>Nº de sessões de educação para a saúde realizadas/ Nº de sessões de educação para a saúde aceites x100</p>	<p>Que sejam realizadas 90% das sessões para as quais se obteve aceitação</p>	<p>90% das sessões para as quais se obteve aceitação sejam realizadas</p>	<p>Atingido. Todas as sessões de educação aceites foram realizadas</p>

	<p><u>Taxa distribuição de folhetos</u></p> <p>Nº de folhetos distribuídos/ Nº de folhetos planeados distribuir x100</p>	<p>Distribuir a todos os idosos acompanhados pela UCC um folheto sobre a prevenção de quedas nos idosos</p>	<p>Distribuir a 100% dos idosos acompanhados pela UCC um folheto</p>	<p>Atingido. Distribuídos folhetos por todos os idosos</p>
<p>Sensibilizar a equipa da UCC, na implementação das atividades do projeto</p>	<p>Taxa de participação na sessão de formação</p> <p>Nº de enfermeiros da UCC que participaram na formação/ Nº de enfermeiros da UCC x100</p>	<p>Que todos os enfermeiros da UCC participem na sessão de formação realizada</p>	<p>100% dos enfermeiros da UCC participem na formação realizada</p>	<p>Atingido. Todos os enfermeiros participaram na sessão de formação</p>

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi desenvolvido um estágio, dividido em dois períodos – Estágio I e Estágio final onde foi possível adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e também competências para a obtenção do grau de mestre.

Irá ser elaborada uma reflexão crítica acerca das competências adquiridas no decorrer do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Segundo o Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, todos os enfermeiros especialistas devem desenvolver, adquirir e mobilizar competências que venham sustentar a aquisição do título de Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, cabe ao enfermeiro com o título de especialista: “a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, abrange: “a) desenvolve uma prática, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na competência responsabilidade profissional ética e legal, podemos referir que foi uma preocupação permanente ao longo dos estágios realizados. Assim foi importante desenvolver a nossa prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Na realização do diagnóstico de situação, na recolha e análise de dados foram aplicados critérios com intuito de manter a responsabilidade profissional, ética e ilegal. Foi solicitada autorização para a utilização da escala de Morse e Lista de Verificação Ambiental ainda solicitado parecer à Comissão de Ética da ULSLA sendo que obteve parecer favorável. Foi

elaborado um consentimento informado livre e esclarecido para entregar aos utentes que participaram no projeto. Os documentos de recolha de dados foram anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilite a identificação dos participantes. Os dados recolhidos, estão na posse da mestranda, que os utilizou exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceder à publicação ou divulgação dos resultados.

Esta competência tem como objetivo assegurar a prática de cuidados que estejam em conformidade com os direitos humanos e as obrigações profissionais. No desenvolvimento deste projeto, assim como em toda a nossa atuação como enfermeiros, foi fundamental a demonstração de respeito pelas pessoas a quem prestamos cuidados. Durante o projeto, respeitámos plenamente, a escolha dos indivíduos em participar ou não. Após as sessões de educação para a saúde e a aplicação da lista de verificação, garantimos o respeito pelos valores, crenças e opiniões das pessoas em relação à nossa intervenção e às mudanças propostas, visando a redução do risco de quedas e a promoção da saúde do utente.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: “a) garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em problemas de melhoria contínua.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No domínio da melhoria contínua da qualidade cada atividade desenvolvida foi alvo de uma avaliação crítica, com o objetivo de comparar os resultados obtidos com os resultados esperados, de forma a obter ganhos efetivos em saúde. As estratégias e as atividades implementadas foram selecionadas de acordo com as necessidades e problemas identificados. Este projeto foi sustentado pela evidência científica mais atual e pertinente, promovendo uma eficaz gestão de recursos e de atividades, de forma a alcançar os objetivos delineados e promovendo o envolvimento dos participantes, dos parceiros e da equipa da UCC. No decorrer do desenvolvimento do presente projeto de intervenção, nomeadamente, através da monitorização e avaliação constante das suas ações, foi demonstrado melhoria contínua da qualidade. Posto isto, foi elaborado e liderado projetos de intervenção, atuando ativamente em todas as fases da sua execução, detendo conhecimentos e habilidades avançadas, no âmbito da qualidade e melhoria contínua.

Competências do domínio da gestão dos cuidados: “a) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) adapta a liderança

e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No domínio de gestão de cuidados de enfermagem a Enfermeira Especialista liderou e geriu os recursos disponíveis - humanos, materiais e os espaços físicos disponíveis e necessários (dado que os espaços são partilhados por diversas pessoas e entidades) de forma a alcançar os objetivos definidos para o projeto. Foi demonstrado sempre aptidão no processo de inclusão, nomeadamente da câmara municipal e da unidade local de saúde através da solicitação da sua colaboração no projeto.

Assim a análise do plano de ação da UCC e os indicadores contratualizados são atualmente uma das preocupações da Enfermeira Especialista na sua função de gestão, dinamização e motivação da equipa para o seu cumprimento.

Por fim, competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “a) desenvolver autoconhecimento e a assertividade; b) baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram adquiridas capacidades para exposição dos conhecimentos científicos que possui para a sua praxis clínica, tornando-a mais eficaz. Para isso foram utilizados os métodos de pesquisa adequados para a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Importa referir que também realizámos um artigo científico sobre a problemática abordada que serve também de meio de divulgação da investigação realizada, encontrando-se o resumo no Apêndice IX.

8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo o Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018, transcritas no regulamento n.º 428/2018, encontramos as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de ECSP.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de ECSP são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;**
- b) Contribui para o processo**

de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19354)

Este projeto de intervenção comunitária baseou-se na Metodologia do Planeamento de Saúde de Imperatori e Giraldes. No decorrer do estágio foi possível desenvolver um diagnóstico do estado de saúde de uma comunidade, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, e identificar as necessidades da mesma. No estágio final, após identificadas as necessidades, foram delineadas as prioridades, definidos os objetivos e delineadas as estratégias para a promoção da saúde, baseadas no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e no Modelo do Autocuidado de Orem. Para a execução das atividades propostas foram tidos em conta os recursos necessários e os parceiros que seriam essenciais para o cumprimento do projeto.

Ao longo das atividades desenvolvidas durante o nosso projeto para a capacitação do nosso público-alvo através de sessões de educação para a saúde sobre a prevenção de quedas procurando identificar os fatores de risco. As sessões foram desenvolvidas no domicílio do utente, durante a visita da equipa multidisciplinar.

O Enfermeiro Especialista na Área Comunitária tem o dever de na sua prática profissional, participar nas várias etapas dos projetos e programas de saúde, que vão de encontro aos objetivos do Plano Nacional de Saúde. O projeto desenvolvido, vai de encontro com os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, sendo um dos seus objetivos estratégicos a prevenção da ocorrência de quedas. O objetivo geral do projeto foi capacitar os idosos seguidos pela UCC para a prevenção de quedas. Assim após este processo pretende-se alterar comportamentos.

O enfermeiro tem o dever de estar vigilante em relação dados epidemiológicos da população da sua área geográfica de atuação, bem como os dados epidemiológicos a nível nacional e mundial. Desta forma será e possível analisar e correlacionar os dados de modo a verificar a existência ou não de fatores e causas que possam interferir na saúde pública da população. Esta competência foi conseguida durante a execução do diagnóstico de saúde, através da pesquisa de dados sociodemográficos e indicadores de saúde.

8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Segundo o Diário da República, 1.ª série - N.º 157 - 16 de agosto de 2018, Decreto-Lei nº 65/2018, capítulo III, Artigo 15º, encontramos as competências de grau de mestre.

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicação originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. 2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização. (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162)

Assim, concluir o curso de Mestrado em Enfermagem atribui à discente o grau académico de Mestre em Enfermagem através da realização deste projeto que teve por base a metodologia do planeamento em saúde. A elaboração deste relatório pretende descrever de forma clara e elucidativa todos os processos de aprendizagem desenvolvidos, bem como a sua reflexão, possibilitando uma análise das aprendizagens e das competências mobilizadas e adquiridas. Isto permitiu adquirir conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas na área de especialização de enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Foi também elaborado um artigo científico, demonstrando que a mestranda possui a capacidade de comunicar os seus conhecimentos, raciocínios e conclusões de maneira eficaz.

Ao longo dos estágios, os processos de gestão da qualidade na área de saúde desempenharam um papel central. Em cada etapa do projeto, foi conduzida uma avaliação crítica para comparar os resultados alcançados com as expectativas, visando melhorar intervenções futuras e obter benefícios reais para a saúde.

Posto isto, ficaram reunidos os requisitos necessários para o reconhecimento do grau de Mestre, após discussão pública deste relatório.

CONCLUSÃO

A prevenção de quedas é uma área crucial da saúde pública, especialmente num mundo que está a envelhecer rapidamente. A prevenção de quedas no domicílio é uma área de estudo importante para garantir a segurança e a qualidade de vida dos idosos e de outras populações vulneráveis. É importante destacar que as quedas, bem como as lesões e sequelas decorrentes delas, apresentam um impacto significativo tanto a nível individual como para as famílias e, consequentemente, para os países que enfrentam o desafio do envelhecimento populacional.

O Relatório de estágio explana o projeto de intervenção comunitária desenvolvido pela aluna mestranda com base na metodologia do Planeamento em Saúde e suportado pelo referencial teórico Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Modelo do Autocuidado de Orem.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública deve dedicar esforços e conhecimentos para garantir um envelhecimento saudável, promovendo o máximo de autonomia e independência possível. À medida que as pessoas envelhecem, mudanças na mobilidade ocorrem ao longo do caminho, aumentando a exposição a situações de risco. Neste trabalho, exploramos a temática das quedas em idosos e suas medidas preventivas, com o objetivo de minimizar as consequências.

Dada a evidência de que as quedas em idosos representam um problema de saúde pública, tornou-se imperativo realizar uma avaliação de risco e implementar medidas preventivas para reduzir o sofrimento dos idosos. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública desenvolve habilidades que permitem abordar esse problema, adotando medidas preventivas através da educação em saúde, identificando fatores de risco e intervindo de forma a prevenir o risco, promovendo a saúde e segurança dos idosos.

A população-alvo deste projeto foram utentes acompanhados pela equipa da UCC no mês de setembro e outubro de 2022, com 65 anos ou mais e que aceitaram participar no projeto. Foi realizada uma avaliação de risco utilizando a Escala de Morse para determinar o nível de risco de queda. Os resultados indicaram que 60% dos idosos apresentaram baixo risco, 13,3% risco elevado de queda e 33,3% já tinham histórico de quedas, o que demonstra a urgência em lidar com essa situação.

Através do planeamento de ações de educação em saúde individualizadas junto aos idosos, suas famílias e cuidadores em seus domicílios, e com estratégias bem definidas, conseguimos alcançar os objetivos delineados, obtendo ganhos efetivos em saúde contabilizados através da avaliação.

Como dificuldades encontradas evidencio a minha inexperiência na realização de um projeto desta natureza, o que constituiu um desafio importante uma vez que me irá capacitar e alcançar o rigor científico e metodológico envolvidos neste processo, para que as intervenções realizadas se traduzam em resultados significativos e favoráveis para a saúde da população envolvida, da sociedade e da própria profissão de enfermagem. Saliento ainda o facto de sermos trabalhadores-estudantes que é algo que encurtou o tempo útil para execução deste relatório.

No que diz respeito às limitações que surgiram durante o desenvolvimento do projeto, a primeira delas está relacionada ao prazo disponível para a primeira fase do estudo, que corresponde ao diagnóstico da situação. O período de seis semanas designado para a conclusão desta etapa revelou-se manifestamente insuficiente, considerando a carga de trabalho envolvida. Isso resultou em uma capacidade limitada de reflexão na análise dos dados e na elaboração de conclusões.

Outra limitação identificada está relacionada com a escolha do instrumento de colheita de dados que se revelou insuficiente para um diagnóstico de situação mais aprofundado.

Este processo contribuiu para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, visto ser através da execução de projetos, que contribuímos para a evolução da nossa própria profissão e enquanto pessoas também desenvolvemos competências de trabalho em equipa e de relação interpessoal.

Como análise global da viabilidade do nosso projeto e do estágio realize saliento que na realização deste trabalho foi possível ir ao encontro do objetivo proposto, permitindo que a UCC usufrua do trabalho e parcerias realizadas.

BIBLIOGRAFIA

- Amamm, G. P. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Projeto com mais cuidado - Prevenção de acidentes domésticas com pessoas Idosas Manual de Apoio e Formulário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE.
- American Geriatrics Society (AGS) & British Geriatrics Society (BGS), (2010). *Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons*. <https://www.archcare.org/sites/default/files/pdf/2010-prevention-of-falls-in-older-persons-ags-and-bgs-clinical-practice-guideline.pdf>
- Awake, A., Hagedorn, T.J., Dufour, A. B., Menz, H. B., Casey, V.A., & Harman, M. T. (2017). *Foot Function, Foot Pain, and Falls in Older Adults: The Framingham Foot Study*. *Gerontology*, 63(4), 318-324.
- Blazkiewicz, M., Wiszomirska, I., Kaczmarczyk, K. & WIL, A. (2018). *Types of falls and strategies for maintaining stability on an unstable surface*. *Medycyna Pracy*, 69(3), 245-252
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. 2ª edição. Livraria Santos Editora Comércio e Importação Ltda.
- Buksman, S., Vilela A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S. & Santos, V. H. (2008). *Quedas em idosos: prevenção*. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Cabral, M. V. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Câmara Municipal de [REDACTED]. (sem data). [REDACTED] *Município*. [https://www.\[REDACTED\].pt/](https://www.[REDACTED].pt/)
- Carochinho, A. R. P., Caldeira, E., & Jacob, S. (2022). *Quedas dos idosos no domicílio*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(3), 58-71.
- Comissão europeia. (2020). *Relatório da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões sobre o impacto das alterações demográficas*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0241>
- Comité Internacional de Enfermeiros – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. 2015. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrce4JONEfouVPS6Rwg8>

- Costa-Dias, M. J. (2014). Quedas em contexto hospitalar: fatores de risco (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar_Fatores%20de%20risco.pdf
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R. & Leite, M. C. G. (2012). *Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. J. public health, 46 (1)*, 138-146. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017
- Decreto-Lei n. o 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Diário da República: I série n. o157.
- Despacho nº 1400-A/2015. (10 de fevereiro de 2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República nº 28/15 - II série. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho nº 9390/2021. (24 de setembro de 2021). *Diário da República n.º 187/2021*, Série II. Lisboa, Portugal: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2006.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Nidia Salgueiro trad.). Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021 – Resultados Provisórios*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020). *Acidentes Domésticos e de Lazer – Mecanismos de Lesão*. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>

- Lei n.º 1/2005, de 12 de agosto. (2005). 8.ª Versão da Constituição da República Portuguesa. http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde, dos fundamentos à ação* (2ª ed.). Edições Almedina.
- Mateus, M. do N., & Fernandes, S. C. B. (2019). *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes: Resilience of informal family caregivers of elderly dependents*. *EduSer: Revista de Educação*, 11(1), 76–92.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL.
- Neves, M. M. A. M. C. (2012). *O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 125-134. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacaoacademica_de_enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. In *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª Edição).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genebra: WHO Press.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Organização Pan-Americana da Saúde (2020). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
- Palma, C. S. (2012). *Quedas nos idosos: Do risco à prevenção* (Doctoral dissertation).
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. D., & Souza, H. S. D. (2020). *Trabajo de equipo: revisitando el concepto y sus consecuencias para el trabajo interprofesional*. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015a). *Health Promotion in Nursing Practice*. In *Journal of Gerontological Nursing* Pearson. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19831201-13>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Pearson Education Limited.
- Perracini, M. R. & Ramos, L. R. (2002). *Fall-related factors in cohort of elderly community residents*. *Revista de Saúde Pública* 36 (6), 709-716. Disponível em www.fsp.br/rsp
- Regulamento n. o140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República: II série n.º26*.
- Regulamento n.o 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Pub. L. No. *Diário da República, 2a série, N.o135* (2018)
- Serviço Nacional de Saúde (2019). *Perfil Regional de Saúde - Região Alentejo*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/ObservatorioRegionalSaude/Documents/Perfil%20Regional%20de%20Sa%C3%BAde%202019.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (sem data). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40002/Pages/default.aspx>
- Souza G.C., Peduzzi M., Silva J.A.M. & Carvalho B.G. (2016). *Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration*. *Rev Esc Enferm USP*.;50(4):640-647. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Unidade Local do Litoral Alentejano (sem data). <https://www.ulslla.min-saude.pt/>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de parecer à comissão de ética

1. Protocolo de investigação:

a) Título: descritivo e objetivo

Prevenir para não cair

b) Identificação completa do(s) investigador (es) responsável (eis) e entidade (s) de origem, quando aplicável

Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Hospital Litoral Alentejano, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco), tendo como supervisora Clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Leonor Moutinho, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Sines e como orientadora pedagógica a Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora na Universidade de Beja.

c) Curriculum vitae do(s) investigador (es) – formato curto

Curriculum Vitae EuroPass – Investigadora Diana Rodrigues (Anexo I);

Curriculum Vitae EuroPass – Orientadora Pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes-ORCID 0000-0002-8514-2264 (Anexo II);

Curriculum Vitae EuroPass – Supervisora Clínica Enfermeira Especialista Maria Leonor Moutinho (Anexo III).

d) Introdução: Justificando o estudo, enunciando a questão clínica que o desencadeou e a respetiva pertinência com base numa revisão bibliográfica adequada (respondendo ao requisito n.º 1 “Relevância”).

Estima-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentará 34%, passando de 1 bilhão em 2019 para 1,4 bilhões em 2030. Em 2050, a população global de pessoas idosas terá mais do que duplicado, alcançando os 2,1 bilhões de pessoas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Em 2020, pessoas com 60 anos ou mais ultrapassaram o número de crianças abaixo de 5 anos pela primeira vez. Em 2050, o número de pessoas acima de 60 anos corresponderá a mais

do que o dobro do número de crianças abaixo de 5 anos. Em 2050, pessoas com 60 anos ou mais ultrapassarão o número de adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Portanto, viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização e os abusos, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais, por discriminação, ou por negligência (DGS, 2017).

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que ocorrem frequentemente na população idosa e condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida (DGS, 2006).

A segurança é um dos pilares do envelhecimento ativo e saudável, sendo essencial para a manutenção da capacidade intrínseca e funcional das pessoas idosas. A proteção, os cuidados e a dignidade das pessoas idosas devem ser garantidos através de políticas e programas de segurança física, social e financeira (DGS, 2017).

Os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, sendo importante que estejam adaptados à suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, atropelamentos e outros acidentes, e o socorro rápido quando necessário (DGS, 2017).

A OMS, em 2015, estimava que anualmente ocorriam 646.000 quedas com consequências fatais, tornando-as a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais em todo o mundo. As taxas mais altas de mortalidade associadas a esse evento, correspondiam a pessoas com mais de 65 anos de idade.

A percentagem de pessoas entre os 65 e os 69 anos de idade que sofre uma queda todos os anos é de 28 a 35%, aumentando esta prevalência para 32 a 42% se tiver mais de 70 anos de idade. Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados estão relacionados com quedas. São a segunda principal causa de morte não intencional em todo o mundo. A OMS refere que os fatores biológicos, comportamentais, socioeconómicos ambientais estão associados ao risco de queda. Alguns

destes fatores podem ser alterados e alvo de prevenção, havendo outros que não podem ser eliminados (OMS, 2015).

A eliminação ou minimização destes fatores de risco aliados ao controlo dos fatores de risco intrínsecos, irão contribuir para a redução do risco de quedas no domicílio. As quedas nos idosos e as consequências que daí podem resultar, contribuem para a má qualidade de vida dos mesmos. Assim, devemos apostar na prevenção começando por comportamentos, como a revisão da terapêutica prescrita, as alterações no domicílio e no seu ambiente físico promovendo a segurança do mesmo, sendo que o enfermeiro desempenha um papel fundamental. A prevenção de quedas em casa é um pilar importante para um envelhecimento seguro e ativo (Carochinho et al, 2022).

A prevenção dos acidentes, baseada numa intervenção de saúde pública, é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas para os grupos mais vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para a intervenção comunitária (DGS, 2010).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED] (UCC), no Município de [REDACTED] na sua missão de “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos famílias e grupos vulneráveis e fragilizados (...) ([REDACTED]) constatou-se, através dos dados estatísticos disponíveis, que a problemática das quedas em pessoas com 65 se afigurava como uma problemática importante e passível de prevenção.

De ressaltar que no concelho de [REDACTED] a população idosa representa 22,5% da população total (INE, 2021). Devido ao número elevado de pessoas idosas, este traz comorbilidades e vulnerabilidades, nomeadamente o aumento de risco de queda.

e) Metodologia (respondendo a cada um dos pontos do requisito 2 “Validade Científica”)

Objetivo Geral:

Diminuir o risco de quedas dos utentes com 65 anos ou mais anos, acompanhados pela UCC de [REDACTED].

Objetivo Específicos:

Avaliar o risco de queda através da aplicação da Escala de Morse e Lista de Verificação Ambiental para o risco de queda.

Educar/ capacitar a pessoa com risco de queda para a sua prevenção através da realização de sessões de formação.

O presente projeto enquadra-se no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco.

O projeto de intervenção na comunidade tem como finalidade a prevenção de quedas dos utentes com 65 anos ou mais anos acompanhados pela UCC de [REDACTED], com recurso à metodologia do projeto (planeamento, implementação e avaliação) e tendo como ancoragem a metodologia do planeamento em saúde, entre setembro de 2022 e janeiro de 2023.

Na etapa inicial do projeto será realizado o diagnóstico de saúde/ identificação do problema, aos utentes com 65 ou mais anos acompanhados pela UCC de [REDACTED], como requisito essencial para posterior delineamento do projeto e intervenção.

Na segunda fase do projeto, período até janeiro de 2023, pretende-se planear as intervenções específicas tendo por base o diagnóstico/ identificação do problema, no âmbito da minimização e/ou resolução dos problemas identificados, com o intuito de diminuir o risco de queda na pessoa. O planeamento delineado será implementado através da execução das atividades planeadas e que serão posteriormente avaliadas.

Após a autorização do local de diagnóstico, serão realizadas reuniões com a coordenadora pedagógica e com a coordenadora da UCC para discussão/ reflexão sobre as estratégias a definir para efetuar o diagnóstico de situação, a colheita de dados e solicitar a sua colaboração e envolvimento no projeto.

Instrumentos de recolha de dados a utilizar:

Questionários:

Aplicado de forma direta aos utentes com 65 ou mais anos, acompanhados pela UCC de [REDACTED]. Será aplicado a Escala de Morse e uma Lista de Verificação Ambiental para o risco de queda. A escala de Morse está disponível na site da DGS na norma 008/2019 (<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>), tendo sido validado para Portugal por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira em 2014. A Lista de Verificação Ambiental encontra-se validada na instituição através da norma com o código [REDACTED] homologada em 04/06/2018. (Anexo IV)

Utilização dos Instrumentos de recolha de dados:

Questionários:

Os questionários e o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) (Anexo V) serão entregues pelo investigador aos utentes que consigam responder ou através da colheita de dados com o cuidador informal.

No caso de os utentes ou os cuidadores informais concordarem e aceitarem participar, deverão ler, assinar e entregar de novo o CILE, em conjunto com os instrumentos de recolha de dados preenchidos.

Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilite a identificação dos participantes.

A informação recolhida será processada na forma de dados agregados pelo investigador, sendo apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados.

Tipo de pesquisa e análise de dados:

Posteriormente à recolha de dados obtida pelos questionários, proceder-se-á ao seu respetivo tratamento e análise estatística, sendo utilizado para o efeito o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 28.0.1.

Intervenientes:

O investigador

f) Recursos/orçamento/protocolo financeiro e origens de eventuais financiamentos:

Os recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo da investigadora.

g) Cronograma:

	Setembro 2022	Outubro 2022	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023	Fevereiro 2023	Março 2023
Recolha de dados							
Análise de dados							
Planeamento da intervenção							
Execução das atividades							
Avaliação							
Divulgação dos resultados							

2. Os formulários, escalas (com declaração das respetivas validações para a população português, se houver, ou justificação, no caso contrário) ou documentos de recolha de dados a utilizar, se aplicável. (*)

Aplicado de forma direta aos utentes com 65 ou mais anos, acompanhados pela UCC de [REDACTED]. Será aplicado a Escala de Morse e uma Lista de Verificação Ambiental para o risco de queda. A escala de Morse está disponível na site da DGS na norma 008/2019 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>), tendo sido validado para Portugal por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira em 2014. A Lista de Verificação Ambiental encontra-se validada na instituição através da norma com o código NUP-ULSLA-06 homologada em 04/06/2018.

3. O modelo de Consentimento Informado. (*)

Modelo de CILE para os utentes que consigam responder ou através da colheita de dados com o cuidador informal. (Anexo V)

4. Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação, se aplicável, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador principal. (*)

Não aplicável, visto que a investigação será apenas implementada pelo investigador principal.

5. Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referencie participantes aos investigadores, onde se garanta que essa referenciação foi feita com autorização, ainda que verbal, dos participantes, ultrapassando assim o problema de revelação de diagnósticos a terceiros, mas não isentando os investigadores de informar claramente cada participante e de recolher o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido. (*)

Não aplicável, pelas condições específicas do estudo pretendido.

6. Identificação do “Elo de ligação” (para as investigações que sejam da responsabilidade de profissionais exteriores à instituição) – profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha. (*)

Declaração da Enfermeira Coordenadora, Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho (Anexo VI)

7. Declaração(ões) do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s), caso se trate de estudo realizado em ambiente académico. (*)

Professora Doutora Ana Clara Nunes – Professora do Instituto Politécnico de Beja (Anexo VII)

8. Declaração do Diretor de Serviço/Unidade sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas. (*)

Declaração da Enfermeira Coordenadora Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho (Anexo VIII)

9. Cópia de notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados sobre a criação de bases de dados, especialmente em estudos de coorte, e compromisso de só dar início ao estudo depois de resposta favorável dessa entidade. (*)

Não aplicável, pelas condições específicas do estudo pretendido. Os instrumentos de colheita de dados (Questionário) serão aplicados de forma direta aos utentes que consigam responder ou através da colheita de dados com o cuidador informal.

Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo registada informação que possibilite a identificação dos participantes. A informação obtida será tratada apenas pelo investigador, na forma de dados agregados, sendo solicitados apenas os dados relevantes para o estudo em causa.

Não serão criadas bases de dados que possibilitem a identificação dos envolvidos.

Procedeu-se ao envio do pedido de autorização à Exma. Sra. Coordenadora da UCC de [REDACTED] (Anexo IX), que respondeu positivamente à realização do projeto e tem conhecimento de que não haverá acesso a quaisquer dados de saúde ou outros dados recolhidos, referentes a quaisquer utentes.

10. Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais, em especial quando haja, para além do investigador, a figura do promotor. (*)

Declaração da Investigadora (Anexo X)

11. Declaração do compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorrer o estudo (e a escola, se aplicável) na eventualidade do não cumprimento.

Declaração de compromisso da Investigadora (Anexo XI)

ANEXOS

Anexo I Curriculum Vitae EuroPass – Investigadora Diana Rodrigues

Anexo II Curriculum Vitae EuroPass – Orientadora Pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes

Anexo III Curriculum Vitae EuroPass – Supervisora Clínica Enfermeira Especialista Maria Leonor Moutinho

Anexo IV- Questionários

- Escala de Quedas de Morse, Versão Portuguesa
- Lista de Verificação Ambiental – risco de queda no domicílio

Anexo V - CILE

Mestrado em Enfermagem em Associação



Handwritten signature

Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Utente

Eu, Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira e presentemente aluna do Curso de Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, a decorrer na atual edição no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, bem como da orientadora pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja.

O projeto de intervenção na comunidade tem como objetivo diminuir o risco de quedas em utentes com 65 ou mais anos seguidos pela UCC de [REDACTED]. Pretendemos aplicar dois questionários de forma a identificar o grau de risco de queda que se irá ser conseguido através da Escala de Morse e da Lista de Verificação Ambiental do domicílio para o risco de queda, de forma a antecipar o seu acontecimento para a sua prevenção.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Sublinho que os nomes dos participantes não serão NUNCA utilizados.

Não existirá qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos poderá entrar em contacto com a investigadora através do n.º de telemóvel: [REDACTED]

Com os melhores Cumprimentos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



A investigadora: Diana Rodrigues

(Diana Rodrigues)

A orientadora: Ana Clara Nunes

(Ana Clara Nunes)

Eu, _____,
declaro que entendi a informação acima descrita e concordo em participar no projeto de intervenção, disponibilizando-me para preencher o questionário.

Fui informado (a) sobre o sigilo e anonimato da minha participação e confidencialidade das informações que prestar, tendo conhecimento que os dados recolhidos ficarão na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins académicos e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Anexo VI – Declaração do “Elo de Ligação”

Declaração do “Elo de ligação”

Instituição promotora: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Projeto de Investigação: Prevenir para não cair

Investigador Principal: Enfª Diana Sofia Gaspar Rodrigues

Contactos do Investigador Principal: e-mail: dianasofia_rodrigues@hotmail.com ; Telemóvel: [REDACTED]

Local a realizar o Projeto de Investigação: UCC de [REDACTED]

O “Elo de ligação” corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do participante ao investigador. No caso de o participante ser um utente, o “Elo de ligação” deverá ser um profissional da equipa de saúde do mesmo, que pela inerência das suas funções assistenciais, conhece os seus dados pessoais. O Elo de ligação poderá ter também uma função de mediador/descodificador (técnico que consegue ler os dados e transmitir a informação para outros que não conhecem a linguagem utilizada), dependendo da metodologia do estudo, entre o participante e o investigador. Ao “Elo de ligação” competirá efectuar um contacto prévio com o utente e informá-lo acerca:

1. Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo.
2. Dos direitos que lhe pertencem para livremente aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito.
3. De que será, enquanto “Elo de ligação”, o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa.

Eu, Enfermeira Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho a desempenhar as funções de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária na UCC de [REDACTED], declaro que aceito ser o Elo de Ligação neste projeto de Intervenção Comunitária sobre a temática de prevenção de quedas no utente com 65 anos ou mais, de acordo com o que acima está estipulado.

[REDACTED], 20 de setembro de 2022

Assinatura

Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho

Anexo VII – Declaração(ões) do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s), caso se trate de estudo realizado em ambiente académico.

Declaração do orientador pedagógico, do Projeto de Investigação realizado em ambiente académico

Instituição promotora: Consórcio: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Projeto de Investigação: Prevenir para não cair

Dissertação: Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Investigador Principal: En^ª Diana Rodrigues

Contactos do Investigador Principal: e-mail: dianasofia_rodrigues@hotmail.com ; Telemóvel: [REDACTED]

Local a realizar o Projeto de Investigação: UCC de [REDACTED]

Ana Clara Pica Nunes, professora na Escola Superior de Saúde de Beja, declara, para os devidos efeitos, que é responsável pela orientação, supervisão pedagógica e pela coordenação das atividades desenvolvidas pela formanda **Diana Sofia Gaspar Rodrigues**, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Curso em Associação entre a Unidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal.

A mestranda pretende desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária, na UCC de [REDACTED], sobre a temática de prevenção de quedas no utente com 65 anos ou mais. Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

[REDACTED] 24 de setembro de 2022

Assinatura



Ana Clara Nunes

Anexo VIII – Declaração do Diretor de Serviço/Unidade sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas

Declaração da Unidade sobre as condições materiais e humanas necessárias à
realização de Ensaio Projeto de Investigação

Instituição Promotora: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Projeto de Investigação: Prevenir para não cair
Investigador Principal: En^F Diana Rodrigues
Contactos do Investigador Principal: e-mail: dianasofia_rodrigues@hotmail.com ; Telemóvel: [REDACTED]
Local a realizar o Projeto de Investigação: UCC de [REDACTED]

Eu, Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, Responsável da UCC de [REDACTED], declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a realização de um projeto de Intervenção Comunitária, na UCC de [REDACTED], sobre a prevenção de quedas nos idosos com 65 anos ou mais.

20 de setembro de 2022

Assinatura


(Maria Leonor Moutinho)

Anexo IX – Pedido de autorização à Exma. Sra. Coordenadora da UCC de [REDACTED] e respetiva resposta

Exma. Sr.ª Coordenadora da Unidade
De Cuidados na Comunidade de [REDACTED]
Enfermeira Especialista Maria Leonor Moutinho

Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Hospital Litoral Alentejano a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisora Clínica a Enfermeira Especialista Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED] e como orientadora pedagógica a Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja.

No âmbito do estágio, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos traçados. Venho por este meio requerer a V. Exa. Autorização para a realização do referido projeto o qual será desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED].

O projeto de intervenção na comunidade tem como incidência a Prevenção do Risco de Queda nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na UCC de [REDACTED], com recurso à metodologia do projeto (planeamento, implementação e avaliação) e tendo como ancoragem a metodologia do planeamento em saúde, entre setembro de 2022 e janeiro de 2023.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente ao risco de queda. Pretende-se aplicar de forma direta um inquérito aos utentes com 65 ou mais anos. Será aplicado a Escala de Morse e uma Lista de Verificação Ambiental do domicílio para o risco de queda. Este questionário está disponível na site da DGS na norma 008/2019 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>, tendo sido validado para Portugal por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira em 2014. A escala de Morse permite avaliar o risco de queda de um indivíduo, através de seis parâmetros: historial de quedas, diagnóstico(s) secundário(s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e transferência e estado mental. A Lista de Verificação Ambiental do domicílio encontra-se validada na instituição através da norma com o código [REDACTED] 06 homologada em 04/06/2018.

Anexo X – Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais, em especial quando haja, para além do investigador, a figura do promotor.

DECLARAÇÃO

Eu, Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira no serviço de urgência Médico-cirúrgica da Unidade Local do Litoral Alentejano, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Encontro-me a realizar estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED], sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, bem como da orientadora pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja.

No âmbito dos estágios, pretendo desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária na UCC de [REDACTED] designado “Prevenir para não cair”.

Declaro ser a principal e única investigadora do projeto, bem como, proprietária dos dados e resultado do estudo.

Declaro ainda que me disponibilizo à publicação dos resultados finais.

Diana Rodrigues

(Diana Rodrigues)

[REDACTED], 20 de setembro de 2022.

Anexo XI – Declaração do compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorrer o estudo (e a escola, se aplicável) na eventualidade do não cumprimento.

DECLARAÇÃO

Eu, Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira no serviço de urgência Médico-cirúrgica da Unidade Local do Litoral Alentejano, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido pelo consórcio Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (onde decorre a atual edição) e Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a realizar o estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED], sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, bem como da orientadora pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja.

No âmbito do estágio, pretendo desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária na UCC de [REDACTED] designado “Prevenir para não cair”.

Declaro entregar à CES o Relatório final da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorre o estudo na eventualidade do não cumprimento.



(Diana Rodrigues)

[REDACTED] 20 de setembro de 2022

Apêndice II – Pedido para consulta de registros

De: Diana Sofia Gaspar Rodrigues

Enviado: 29 de maio de 2022 14:10

Para: Vítor Guilherme Vicente

Cc: Anabela Gonçalves Da Palma Madeira Gaio Pereira; Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho

Assunto: Pedido de extração de dados para projeto

Boa tarde Eng^o Guilherme

O meu nome é Diana Rodrigues e sou enfermeira no serviço de urgência do [REDACTED]. Encontro-me a realizar estágio na UCC de [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Irei desenvolver um projeto na UCC no âmbito da prevenção de quedas. Para isso gostaria de saber se me conseguiria extrair um dados para caracterizar melhor o projeto.

Irei precisar do:

- nº total de doente admitidos (com 65 anos ou mais) no serviço de Urgência do [REDACTED] por queda no último ano;
- nº total de doentes admitidos (com 65 anos ou mais) no serviço de Urgência do [REDACTED] por queda no último ano que residam no concelho de [REDACTED];
- nº total de doente admitidos (com 65 anos ou mais) no serviço de Urgência do [REDACTED] por queda que resultou fratura ou internamento no último ano;
- nº total de doente admitidos (com 65 anos ou mais) no serviço de Urgência do [REDACTED] por queda que resultou fratura ou internamento no último ano que residam no concelho de [REDACTED].

Estarei ao dispor para esclarecer alguma dúvida que surja ou para fornecer mais alguma informação em falta.

Cumprimentos

Enf^a Diana Rodrigues

Apêndice III – Consentimento Informado

Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Utente

Eu, Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira e presentemente aluna do Curso de Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, a decorrer na atual edição no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho, bem como da orientadora pedagógica Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja.

O projeto de intervenção na comunidade tem como objetivo diminuir o risco de quedas em utentes com 65 ou mais anos seguidos pela UCC de [REDACTED]. Pretendemos aplicar dois questionários de forma a identificar o grau de risco de queda que se irá ser conseguido através da Escala de Morse e da Lista de Verificação Ambiental do domicílio para o risco de queda, de forma a antecipar o seu acontecimento para a sua prevenção.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Sublinho que os nomes dos participantes não serão NUNCA utilizados.

Não existirá qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos poderá entrar em contacto com a investigadora através do n.º de telemóvel: [REDACTED]

Com os melhores Cumprimentos

A investigadora: _____

(Diana Rodrigues)

A orientadora: _____

(Ana Clara Nunes)

Eu, _____,

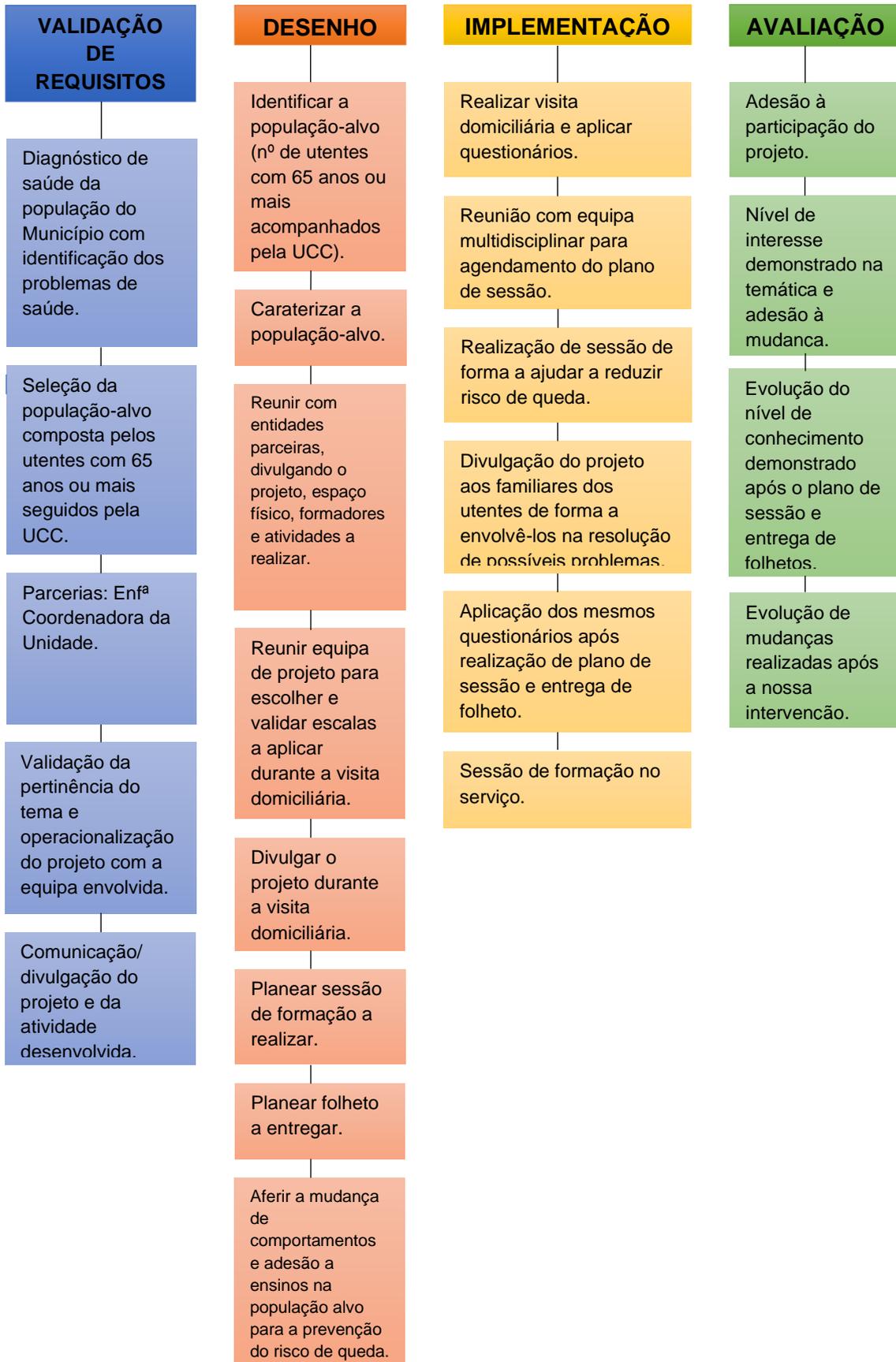
declaro que entendi a informação acima descrita e concordo em participar no projeto de intervenção, disponibilizando-me para preencher o questionário.

Fui informado (a) sobre o sigilo e anonimato da minha participação e confidencialidade das informações que prestar, tendo conhecimento que os dados recolhidos ficarão na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins académicos e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Apêndice IV – WBS

WBS – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Apêndice V – Sessão de formação para educação para a saúde

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Local: Domicílio de utentes

Destinatários: Utentes seguidos pela UCC

Duração: 15 minutos cada sessão

Sessão	Conteúdos	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Metodologia	Recursos	Preletores	Data/Hora
Sessão - "Prevenção de Quedas"	<ul style="list-style-type: none">• Como prevenir quedas no domicílio• Se cair o que fazer• Se não se conseguir levantar o que fazer	Diminuir o risco de queda das pessoas com 65 anos ou mais de Sines	Educar/ capacitar a pessoa com risco de queda para a sua prevenção	Método Expositivo Método Demonstrativo	Folheto Carro	Enfª Mestranda	Visita Domiciliária

Apêndice VI – Folheto

SE CAIR O QUE DEVE FAZER:

1º Deve tentar dobrar o corpo sobre o estômago, pôr-se de gatas e gatinhar até uma peça de mobília estável que se encontre por perto.

2º Colocar as mãos sobre a mobília e pôr um dos pés à frente bem assente no chão. Fazer força para se levantar.

3º Após se levantar sentar-se para descansar.

O QUE FAZER SE NÃO SE CONSEGUIR LEVANTAR:

1º Pedir ajuda com o telemóvel, se tiver ou fazer barulho com um objeto para chamar a atenção dos vizinhos. Gritar será muito cansativo.

2º Deve tentar manter-se quente até que chegue ajuda utilizando o que estiver mais à mãos, nomeadamente tapetes, lençóis, casacos.

Pensar que uma queda nunca acontece é um risco, pois impede a sua prevenção. A maioria das quedas é inesperada e pode acontecer a qualquer um, por isso, todos devem preveni-las.

Centro de Saúde de [REDACTED]
Alameda da Paz – [REDACTED]
Telf. [REDACTED]
[REDACTED]
Telf. [REDACTED]
Telemóvel: [REDACTED]



Elaborado por:
Diana Rodrigues, discente do 6º Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Prevenção de quedas nos idosos



UCC de [REDACTED], 2022

COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA:

- ⇒ Organizar a casa para que não seja necessário trepar ou subir escadotes;
- ⇒ Manter o chão livre de objetos;
- ⇒ Optar por tapetes antiderrapantes;
- ⇒ Verificar se os móveis estão estáveis;
- ⇒ Os fios elétricos não devem passar pelo chão mas sim pelas paredes;
- ⇒ Usar cadeiras ou cadeirões com descansos para os braços para o auxiliar a sentar e levantar;
- ⇒ Verificar se a altura dos sofás e cadeiras são adequados à estatura da pessoa, se necessário, colocar uma almofada.



BOA ILUMINAÇÃO

- Pontos de luz presentes nas diferentes divisões incluindo os corredores.
- Interruptores devem estar acessíveis.
- Utilização de luzes de presença.

NA CASA DE BANHO

- Se possível optar por polibã com chão antiderrapante.
- Utilização de um banco/assento fixo no polibã.
- Utilização de barras de apoio.



NAS ESCADAS

- Verificar se o corrimão está firme.
- Evitar o uso de tapete nas escadas.
- Se possível recorrer a um corrimão bilateral.
- Colocar fita colorida na beira de cada degrau para sinalizar.



AUXILIARES DE MARCHA

- O uso de auxiliares de marcha como bengalas, andarilhos ou canadianas deve sempre ser aconselhado por um profissional de saúde.
- No sentido de optar pela melhor solução, verificar a altura adequada do equipamento e instruir o seu uso.



VESTUÁRIO

- Usar chinelos/sapatos com apoio de calcanhar para manter o pé seguro.
- Usar calçado antiderrapante.
- Evitar o uso de roupas largas e compridas em que possa tropeçar.

NO QUARTO

- Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas. Ao deitar-se, utilize sempre um travesseiro para apoiar a cabeça.
- Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro.

Apêndice VII – Formulário elaborado em parceria com a Câmara

"Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária"

De: Eduardo Pires

Enviado: 5 de janeiro de 2023 18:03

Para: Diana Sofia Gaspar Rodrigues

Assunto: RE: Rascunho de formulário

Boa tarde Diana,

Em primeiro lugar votos de Bom Ano de 2023. Peço desculpa de não ter dado o feedback do formulário proposto, mas fim e início de Ano e muito complicado. Mas já avaliei e penso que está perfeito, pois poderemos iniciar com este modelo, se verificarmos a necessidade de alterar depois avaliaremos conforme a sua utilização.

Com os melhores cumprimentos

[Redacted]
Gabinete Proteção Civil

Serviço Sinalização e Trânsito

Telf. - [Redacted] Telm. - [Redacted]

Email - [Redacted] - [Redacted]



"Proteção Civil, uma tarefa de todos"

De: Diana Sofia Gaspar Rodrigues <[Redacted]>

Enviado: 14 de novembro de 2022 15:36

Para: Eduardo Pires <[Redacted]>

Assunto: Rascunho de formulário

Boa tarde Sr. Pires

Envio em anexo o rascunho do formulário que tínhamos falado.

Obrigado

Diana Rodrigues

DESCRIÇÃO DE OCORRÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL	
Morada:	
Ponto de referência:	
Fotografia (Google Earth):	

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	
Pavimento:	Problemas na identificação de:
<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Obras
<input type="checkbox"/> Escorregadio	<input type="checkbox"/> Buracos
<input type="checkbox"/> Com raízes	<input type="checkbox"/> Fios
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Outras situações a reportar / observações:	

Apêndice VIII – Pedido de colaboração à ULS

“Prevenir para não cair: Projeto de Intervenção Comunitária”

De: Diana Sofia Gaspar Rodrigues

Enviado: 19 de outubro de 2022 15:18

Para: José Manuel Chora; Vitor Guilherme Vicente

Cc: Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho; CQS - Eixo 7 - Grupo de Trabalho das Quedas

Assunto: Pedido para implementação de projeto de prevenção de quedas

Exmº Enfº Diretor

Exmº Eng. Guilherme

Boa tarde.

O meu nome é Diana Rodrigues e sou enfermeira no serviço de urgência do [REDACTED]. Encontro-me a realizar estágio na UCC de [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Conforme documento em anexo gostaria de solicitar, face ao que já se faz no projeto e gestão de caso, que a partir do dia 1 de Janeiro de 2023, fosse enviado e-mail/alerta para a UCC de [REDACTED] ([REDACTED]) quando algum utente com morada do concelho de [REDACTED] ou inscrição na UCSP de [REDACTED] e [REDACTED] desse entrada nos vários serviços de urgência da [REDACTED] por motivo de queda, com idade igual ou superior a 65 anos.

Esta informação seria uma mais valia para a melhoria da articulação entre serviços da [REDACTED], com a tentativa de identificar os fatores que levaram à queda, evitar novos episódios e suas sequelas.

Esta articulação traria ganhos em saúde, tanto para o utente e família, como para a instituição (económicos e melhoria do indicador).

Grata pela vossa atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Diana Rodrigues

Apêndice IX – Resumo de artigo científico

PREVALÊNCIA DE QUEDAS NOS IDOSOS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Diana Sofia Gaspar Rodrigues (*Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. E-mail: 210531106@estudantes.ips.pt*)

RESUMO:

Objetivos: Conhecer a incidência de quedas nos idosos residentes num município do litoral alentejano no ano de 2021 e identificar os fatores ambientais suscetíveis de queda nos idosos residentes num município do litoral alentejano.

Métodos: Na 1ª fase foi realizado um estudo epidemiológico observacional descritivo e na 2ª fase um estudo descritivo. O grupo alvo deste estudo foram os idosos acompanhados pela equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de um município do litoral alentejano. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados a escala de Morse e uma lista de verificação ambiental - risco de queda no domicílio.

Resultados: Foram analisados quinze idosos, sendo que três deles sofreram queda nos últimos 3 meses. Os locais com evidência de maior risco no domicílio foram a presença de tapetes nas diversas divisões (seis) e as instalações sanitárias (quatro). No ambiente exterior (seis) que também constitui um fator de risco para ocorrência de queda.

Conclusão: A prevenção de quedas em idosos deve ser uma prioridade para o planeamento em saúde, contribuindo para o empoderando dos idosos e dos cuidadores.

Descritores: idosos, acidentes por quedas, domicílio, enfermagem.

Apêndice X – Plano de sessão para equipa multidisciplinar

Plano da Sessão de Formação

Local: UCC de [REDACTED]
Destinatários: Equipa multidisciplinar da UCC de [REDACTED]
Duração: 20 minutos

Sessão	Conteúdos	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Metodologia	Recursos	Preletores	Data/Hora
Sessão - “Prevenção de Quedas”	<ul style="list-style-type: none">Enquadramento teóricoDiagnóstico de SituaçãoCaracterização do contextoApresentação e análise dos dadosPreparação Operacional	Diminuir o risco de queda das pessoas com 65 anos ou mais de [REDACTED]	Sensibilizar a equipa da UCC, na implementação das atividades do projeto	Método Expositivo	Computador	Enf ^ª Mestranda	19/01/2013 14h00



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “PREVENIR PARA NÃO CAIR”



Orientadoras:
Prof^ª Ana Clara Nunes
Enf^ª Maria Leonor Moutinho

Discente:
Diana Rodrigues, 210531106



Setúbal, janeiro 2023

ANEXOS

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética

Parecer CES de 24-10-2022 e Deliberação CA de 27-10-2022 - Estágio - "Prevenção de risco de queda nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos"

AL

Ada Lopes

Para: Diana Sofia Gaspar Rodrigues

Cc: Ana Cardoso

seg, 31/10/2022 15:06

 Deliberação CES 24-10-2022 ...
48 KB

Exma. Senhora
Enfermeira Diana Rodrigues,

Junto se remete para conhecimento e devidos efeitos, o parecer da Comissão de Ética de 24-10-2022, bem como a Deliberação do Conselho de Administração de 27/10/2022 que recalú sobre o estágio supra referido.

Com os melhores cumprimentos,
O Secretariado do Conselho de Administração
Ada Lopes

Com os melhores cumprimentos,

Ada Lopes

Assistente Técnico | Secretariado do Conselho de Administração | [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] PORTUGAL

TEL: FAX: [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





COMISSÃO DE ÉTICA - CE

Doc. 2.4
24/10/2022

Deliberação da Comissão de Ética (CE) na reunião de 24/10/2022 ao pedido de:

Diana Sofia Gaspar Rodrigues, enfermeira do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do [redacted], relativo a projeto a realizar no âmbito de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de [redacted] e de mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, subordinado ao tema “Prevenção do Risco de Queda nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na UCC de [redacted]”, com Entrada I/21789/22/CA de 19/10/2022.

Apreciada a documentação apresentada que se encontra completa e conforme e verificado o cumprimento dos requisitos em uso, a CE emitiu parecer favorável ao estudo, por unanimidade dos votos dos membros presentes.

Contudo, a CE deliberou condicionar a emissão do parecer, convidando a requerente à alteração do título do tema no que se refere à população abrangida, uma vez que as UCC não trabalham com lista de inscritos, mas sim como residentes na sua área de abrangência.

A CE deliberou ainda, alertar para o facto de o estudo necessitar de autorização previa do Conselho de Administração da [redacted].

Será a acompanhar o parecer da Comissão de Ética de UCCSA. Não obstante, ser a autorização concedida ao estudo pelo CE.

A Presidente da CE da [redacted]

(Maria Manuela Serra Banza)

Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Noroeste Alentejano, E.P.E.

Catarina Arizmendi Filipe
Presidente

Pedro Ruas
Vogal

Cedília Gil
Diretora Clínica CSP

Luísa e Costa
Diretor Clínico Hospitalar

Jose Manuel Chora
Enfermeiro Diretor

27/10/22

Anexo II – Autorização/disponibilização de registos

De: Sérgio Cardoso
Enviado: 14 de junho de 2022 15:34
Para: Diana Sofia Gaspar Rodrigues
Cc: Anabela Gonçalves Da Palma Madeira Gaio Pereira; Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho; Vitor Guilherme Vicente
Assunto: RE: Pedido de extração de dados para projeto

Boa Tarde Enfªa Diana,

Envio em anexo uma base de dados com o numero de episódios de urgência com registo de queda e com destino de alta e por concelho.
No entanto ao analisar a base de dados verifiquei que não há nenhum registo de alta para o internamento. Pelo que deve procurar validar estes dados com o sistema ALERT que eu não tenho acesso.

Com os melhores cumprimentos
André Cardoso

De: Vitor Guilherme Vicente <[REDACTED]>
Enviado: 29 de maio de 2022 17:45
Para: Diana Sofia Gaspar Rodrigues <[REDACTED]>; Sérgio Cardoso <[REDACTED]>
Cc: Anabela Gonçalves Da Palma Madeira Gaio Pereira <[REDACTED]>; Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho <[REDACTED]>
Assunto: RE: Pedido de extração de dados para projeto

Boa tarde Enfermeira Diana.

Reencaminho o seu email para o Diretor do Gabinete de Planeamento e Controlo da [REDACTED], Dr. André Cardoso, para que lhe possa enviar os dados que necessita.

Cumprimentos e continuação de bom fim de semana.

Anexo III – Escala de Morse

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE, Versão Portuguesa

A Escala de Quedas de Morse integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental:

a) Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotômica Não/Sim em que “Não” toma sempre o valor zero e “Sim” o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1);

b) O item 3 tem como respostas possíveis “Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador /acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarilho” (15) ou “Apoia-se no mobiliário para andar” (30). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis “Normal/acamado/imóvel” (0), “Debilidado” (10) e “Dependente de ajuda” (20);

c) A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação em (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação B):

- i. Sem risco (0 e \leq 24 pontos);
- ii. Baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos);
- iii. Alto risco (\geq 51 pontos).

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE, Versão Portuguesa

Item	Pontuação
6. Historial de quedas; neste internamento urgência / ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico (s) secundário (s) Não Sim	0 15
6. Ajuda para caminhar Nenhuma / ajuda de enfermeiro / acamado / cadeira de rodas Muletas / canadianas / bengala / andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
6. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
6. Postura no andar e na transferência Normal / acamado / imóvel Debilidado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado Mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Total	

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp. 7-17.

Anexo IV – Lista de Verificação Ambiental do domicílio

LISTA DE VERIFICAÇÃO AMBIENTAL

RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO (fatores extrínsecos)

Colocar um “X” em “Sim” ou “Não”, conforme a observação das condições ambientais.

Deverá colocar-se “N/A” quando a situação descrita não for aplicável.

Pavimento		Sim	Não
1	As carpetes e esteiras estão assentes, sem rugas / enrolamentos		
2	Os tapetes estão assentes no chão em material antiderrapante		
3	Os derrames para o chão são limpos assim que ocorrem		
4	Os pavimentos estão desobstruídos / livres de materiais / equipamentos		
5	Os fios e cabos existentes não atravessam as vias de circulação		
6	Os pavimentos são antiderrapantes		
7	Os animais são mantidos afastados, de forma a impedir que se coloquem debaixo/ em frente dos pés ou se deitem em vias de circulação		
Iluminação		Sim	Não
1	A iluminação é suficiente, permitindo visão nítida		
2	As escadas e degraus estão bem iluminados		
3	Os interruptores de luz são de fácil acesso e estão perto de cada porta		
4	É fácil acender uma luz a partir da cama		
5	Existe uma boa iluminação na zona onde se guardam os medicamentos		
Escadas, degraus e escadotes		Sim	Não
1	Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis		
2	As escadas e os degraus estão bem iluminados		
3	Existe um interruptor de luz na base e no topo das escadas		
4	Os degraus são antiderrapantes ou dispõem de material antiderrapante no bordo dos mesmos		
5	As coberturas dos degraus encontram-se em bom estado de conservação		
6	As escadas dispõem de corrimão bem fixo e resistente		
7	O escadote ou as escadas amovíveis são baixos e dispõem de pés antiderrapantes		
Cozinha		Sim	Não
1	Os utensílios e equipamentos de cozinha, usados mais frequentemente, estão facilmente acessíveis sem necessidade de subir algo, dobrar-se ou comprometer o equilíbrio		
2	Existe uma boa iluminação nas áreas de trabalho		
3	Os derrames são limpos imediatamente		
4	Existe uma boa ventilação de forma a evitar o embaciamento dos óculos		
Instalação Sanitária		Sim	Não
1	Os tapetes existentes são antiderrapantes		
2	O sabonete, o shampoo e a toalha são de fácil acesso, de forma que os utilizadores não tenham que se dobrar ou esticar para chegarem até eles		
3	A banheira ou duche permitem que os utilizadores saiam sem terem que se apoiar em torneiras ou toalheiros		
4	A banheira ou duche têm corrimãos ou equipamentos de apoio		
5	O duche permite entrada direta sem necessidade de pisar um bordo elevado ou degrau		
6	A sanita permite que os utilizadores se sentem e levantem com facilidade		

7	O pavimento é antiderrapante mesmo quando está molhado		
Sala		Sim	Não
1	Existe facilidade em sentar e levantar do sofá		
2	Os cabos, móveis e outros materiais são mantidos afastados das zonas de circulação		
3	O mobiliário está disposto de forma a evitar que os residentes não tenham que se inclinar ou esticar muito para abrir as janelas		
Quarto		Sim	Não
1	Existe facilidade em acender uma luz antes de sair da cama		
2	Existe facilidade em entrar e sair da cama		
3	Tem um telefone no quarto		
4	O fio do cobertor elétrico está em condições de segurança para que não se tropece. O seu comando é fácil de alcançar a partir da cama?		
5	A colcha é feita sem franja		
6	Os auxiliares de marcha, são fáceis de alcançar antes de sair da cama		
Vestuário e Calçado		Sim	Não
1	Os sapatos que se utilizam têm a sola antiderrapante		
2	Os sapatos têm “calcanhares arredondados e largos”		
3	São utilizados sapatos de rua, em vez de chinelos, fora de casa		
4	A roupa adapta-se firmemente sem cordéis ou bainhas pendentes (por ex.: o robe, ...)		
Fora de casa		Sim	Não
1	Os limites dos degraus são facilmente diferenciáveis		
2	Os limites dos degraus têm uma faixa antiderrapante		
3	As escadas têm um corrimão resistente e fácil de agarrar		
4	Os caminhos ao redor da casa estão em bom estado de conservação		
5	As áreas públicas nas imediações da casa estão em bom estado de conservação		
6	Os caminhos e entradas estão bem iluminados à noite		
7	O jardim é mantido livre de riscos (por ex.: ferramentas, mangueiras, ...)		
8	O piso da garagem está livre de óleo e de outras substâncias gordurosas		
Assinatura do responsável pela avaliação:			

Adaptado do documento “*Your Home Safety Checklist*” produzido pelo Departamento de Saúde do Governo da Austrália Oeste, no âmbito do Programa de Prevenção de Quedas “*Stay on your feet*”, 2013