



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

**“ENVELHECER EM SEGURANÇA:
prevenção de quedas no domicílio”**

Maria de Fátima Sousa Batinas

Orientador:

Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Maio de 2012



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

**“ENVELHECER EM SEGURANÇA:
prevenção de quedas no domicílio”**

Maria de Fátima Sousa Batinas

Orientador:

Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Maio de 2012

AGRADECIMENTOS

À orientadora desta dissertação, professora Doutora Laurência Gemitto,
pela sua orientação, disponibilidade e apoio
durante o desenvolvimento deste relatório;

À Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus -Universidade de Évora pela
oportunidade de formação;

À Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas
pela forma disponível e cordial com que abraçou este projeto;

A todos os idosos pela generosidade com que aceitaram participar;

À minha família e aos meus amigos pelo apoio, companhia e amizade.

A todos dedico este trabalho e
remeto os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

ENVELHECER EM SEGURANÇA: PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO

Tema e referencial teórico: As alterações fisiológicas e as barreiras arquitetónicas são os principais fatores de risco de quedas nos idosos. A grande aposta passa pela sua prevenção.

Objetivo: prevenir as quedas no domicílio dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas. **Metodologia:** é um projeto de intervenção comunitária que resultou da elaboração de um diagnóstico da situação.

Resultados: dos 23 idosos, 17 já sofreram quedas e o principal motivo foi o “desequilíbrio”. As alterações de saúde atuais são os problemas de visão (21), audição (14), doenças reumáticas (14) e hipertensão arterial (14). Tomam mais de 4 comprimidos por dia 16 idosos. No domicílio, quase todos apresentam fatores de risco de quedas. **Considerações finais:** as sessões de educação para a saúde, visitação domiciliária e estabelecimento de parcerias, foram as estratégias utilizadas na prevenção de quedas no domicílio.

Palavras – chave: idosos; quedas; fatores de risco

ABSTRACT

AGING IN SAFETY: PREVENTING FALLS AT HOME

Theme and theoretical: Physiological changes and architectural barriers are the main risk factors of falls in the elderly. The main focus lies in its prevention. **Objective:** To prevent falls in the homes of users of Home Care Service of Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas. **Methodology:** Project is a community intervention that resulted in making a diagnosis of the situation. **Results:** Of 23 subjects, 17 had experienced falls and the main reason was the "imbalance". The current changes in health are vision problems (21), hearing (14), rheumatic diseases (14) and hypertension (14). Take more than 4 tablets per day aged 16. At home, almost all have risk factors for falls. **Conclusion:** the education sessions for health, domiciliary visits and partnerships were the strategies used in the prevention of falls at home.

Key - words: elderly, falls, risk factors

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer – Informação Adequada

CMVA – Câmara Municipal de Viana do Alentejo

CSVA – Centro de Saúde de Viana do Alentejo

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JFA – Junta de Freguesia de Alcáçovas

Km – Quilómetros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCMA - Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas

SCMVA – Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INDICE

	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	11
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO	18
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	18
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	21
2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	22
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	27
3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	27
3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	31
3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO – ALVO	39
3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO – ALVO	41
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	43
4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	43
4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO – ALVO	44
5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	46
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	46
5.2 – METODOLOGIAS	60
5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	63
5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	67
5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	67
5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	68
5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	68

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	70
6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	70
6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	73
6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	74
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	76
8 – CONCLUSÃO	80
9 – BIBLIOGRAFIA	85
APÊNDICES	91
APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	92
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO	94
APÊNDICE III – ORÇAMENTO DE APOIO TÉCNICO.....	104
APÊNDICE IV – ATA DA REUNIÃO DE ASSEMBLEIA DA JFA	108
APÊNDICE V – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	110
APÊNDICE VI – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	112
APÊNDICE VII - FOLHETO INFORMATIVO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS	117
APÊNDICE VIII – NOTA INFORMATIVA PARA DIVULGAÇÃO DO PROJECTO	120
APÊNDICE IX - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	122

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro n.º 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade	28
Quadro n.º 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o género	29
Quadro n.º 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil	29
Quadro n.º 4 – Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias	29
Quadro n.º 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a profissão	30
Quadro n.º 6 – Distribuição dos inquiridos segundo com quem vive	30
Quadro n.º 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a quantidade de medicamentos que ingere por dia	51
Quadro n.º 8 – Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde atuais...	52
Quadro n.º 9 – Distribuição dos inquiridos segundo a dificuldade em caminhar	52
Quadro n.º 10 – Distribuição dos inquiridos segundo problemas de equilíbrio	53
Quadro n.º 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a ocorrência de quedas	53
Quadro n.º 12 – Distribuição dos idosos por características habitacionais	55
Quadro n.º 13 – Proposta de orçamento	68

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura n.º 1 - Delimitação geográfica do Concelho de Viana do Alentejo	18
Figura n.º 2 – Adaptações no domicílio para prevenir as quedas	34
Figura n.º 3 – Instrumento para avaliar o risco de quedas	36
Figura n.º 4 - Avaliação Jefferson Area Board for Aging da segurança em casa	38

1 – INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, devido às baixas taxas de natalidade e aumento da esperança média de vida, entre outros, está a provocar uma inversão na pirâmide demográfica a nível mundial, com mais impacto nos países desenvolvidos. Deste modo, tal como refere Fernandes (2001), citado por Torres e Marques (2008), a Europa enfrenta fenómenos como o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população. Estes fenómenos acarretam consigo grandes preocupações, pelas consequências que lhes são inerentes.

Paúl (2005), citado por Torres e Marques (2008) refere que esta forma de envelhecimento tão acelerada tem levado à procura de estratégias de resolução dos problemas, a nível da saúde, pois o envelhecimento acarreta doenças próprias, aumentando a procura de serviços de saúde, bem como a diversidade de níveis de prestação de cuidados. É então importante, apostar na prevenção da doença e promoção da saúde, de forma a determinar um envelhecimento saudável, preservando assim a capacidade funcional, independência e autonomia individual, durante o maior número de anos possível.

Ferreira (2002) citado por Moura (2006: p.28) salienta que

“(...) Portugal é um país historicamente rotulado como o mais velho da Europa, sendo o seu pergaminho de honra confrontado com a constatação de também ser o mais envelhecido na sua população e, fatalmente, condenado às conceções negativas e funestas que tal situação acarretará (...).”

Ressalta ainda, com base nas projeções da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Madrid (2002), que

“(...) até 2050, o número de idosos em todo o mundo avultará o número de jovens, pela primeira vez na história da humanidade, em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da

população; em 2000, representavam 10% e, segundo as projeções, até 2050, deverão corresponder a 21% (...)” (p. 28, 29).

As projeções apresentadas pelo INE preveem que em 2040 as populações com 65 e mais anos e 85 e mais anos sejam, respetivamente de 28,8% e 3,8% do total de residentes (INE, 2002).

Ainda perante dados apresentados pelo INE (2004), o Índice de Envelhecimento aumentará em todas as Regiões do país, sendo a Região Alentejo a mais afetada, em 2050, o Índice de Envelhecimento poderá atingir os 584 idosos por cada 100 jovens, mantendo-se esta a Região mais envelhecida do país. Outras projeções do INE (2009) para o período de 2008 – 2060 indicam que, embora Portugal conserve os 10 milhões de residentes, manter-se-á a tendência para o envelhecimento da população, calculando-se que em 2060 existirão três idosos por cada jovem. O envelhecimento humano é uma condição biológica, psicológica e social, de evolução progressiva, constituindo-se como um processo natural, decorrente do ciclo de vida, que implica adaptações e alterações da vida quotidiana.

O envelhecimento é um processo multifacetado, complexo e que envolve a ação interdependente de diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos, fisiológicos, sociais e psicológicos, envoltos nas experiências de vida de cada pessoa.

Birren (1995) citado por Paúl e Fonseca (2005, p.27) descreve o envelhecimento como um “(...) processo ecológico, uma interação de organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais” e Yates (1993: p.28), também citado por Paúl e Fonseca (2005) refere que o envelhecimento é “(...) um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte.”

Envelhecer com saúde, autonomia e independência faz-nos pensar o envelhecimento ao longo da vida, de uma forma mais abrangente, com atitudes mais preventivas e promotoras da saúde. Aspetos como a promoção de estilos de vida saudáveis são igualmente importantes, tais como exercício físico regular, uma alimentação saudável, fatores de segurança, devendo estar incluídos num projeto de envelhecer com dignidade e autonomia.

Desta forma, é necessária a colaboração de toda a comunidade, visto tratar-se de uma questão coletiva e não apenas individual.

A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Este conceito, ao longo dos anos, tem sido objeto de destaque em diversas conferências nacionais e internacionais, enfatizando um conceito ampliado de saúde que valoriza, especialmente, a interferência das questões ambientais para a manutenção de uma vida saudável. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), foi um marco importante, tendo sido inspirada pelos princípios da Declaração de Alma-Ata (1978) e pela meta “Saúde para Todos”, no ano 2000.

A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e da comunidade, depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos cuidados de saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores.

De forma a fazer frente às transformações associadas ao processo de envelhecimento e de modo a promover a participação e autonomia dos idosos, a Direcção Geral de Saúde estabeleceu em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida.
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas.
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, da Direcção Geral de Saúde, enfatiza que

“A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os

transportes, turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus” (p. 3).

Embora o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 esteja ainda em processo de elaboração, no seu capítulo “Promover um contexto favorável à saúde”, cuja versão é de 20/06/2011, inclui como estratégia um envelhecimento ativo a partir dos 65 anos. Segundo este documento

“As patologias e disfunções mais frequentes são do foro da saúde mental como a depressão e a doença de Alzheimer. E também as quedas e acidentes que reduzem a mobilidade e a independência e aumentam o risco de morte prematura, a artrite e osteoporose e cancro” (p.7).

A perspetiva do Plano Nacional de Saúde atual, permite dar continuidade ao plano anterior, no que diz respeito à “*PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA*”.

Este novo plano prevê, como enquadramento legal específico para os cidadãos com 65 anos ou mais, a isenção de taxas moderadoras, a implementação de um Programa Nacional para a Saúde dos Idosos e a parceria com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O enfermeiro, na procura permanente da excelência do exercício profissional, ajuda os clientes/utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade; criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento, desenvolvimento e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A estrutura política segundo a OMS (2005) para o envelhecimento ativo inclui três pilares – saúde, participação social e segurança. A saúde é baseada em diagnósticos médicos ou percebidos pelo próprio. A participação social está relacionada com as relações estabelecidas com diversos subsistemas, como é o caso da família, dos amigos e do

exercício da cidadania. Por último, a segurança está intimamente ligada a questões de proteção, habitações e clima social.

As questões da segurança individual e coletiva devem ser integradas num plano de promoção de um envelhecimento ativo. A inexistência deste pilar, pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a sua autonomia, autoestima e independência.

A segurança é um direito que assiste a todos os seres humanos, com especial relevância para aqueles que se encontram mais vulneráveis, por vários motivos. É essencial uma segurança efetiva para atingir um envelhecimento ativo e de sucesso. Segundo Duarte e Barbosa (2011) a segurança tem um importante papel no processo de envelhecimento ativo, no que diz respeito a quedas e barreiras arquitetónicas.

Estes determinantes podem ter consequências diretas na vida dos idosos, que rapidamente podem passar de independentes a dependentes, no caso de uma queda, por exemplo, ou ainda limitar o acesso a determinados locais, em consequência de barreiras arquitetónicas, como referem os autores anteriormente mencionados.

As quedas são a principal causa de acidentes nas pessoas mais velhas. As alterações sensoriais como problemas de visão e/ou audição, alterações do equilíbrio e doenças músculo-esqueléticas, tais como a osteoporose, estão relacionadas com o aumento do número de quedas (Duarte e Barbosa, 2011).

Também Rubenstein (2006) afirma que as quedas em idosos são um grave problema de saúde pública, evidenciando dados de estudos que demonstram que 32% de pessoas com idade superior a 65 anos, sofrem uma queda pelo menos uma vez por ano e 5% das quedas resultam em fraturas que requerem obrigatoriamente internamentos.

Gama e Gómez-Conesa (2008) referem que, para além destas consequências físicas, a nível psicológico as quedas também têm consequências negativas, dando lugar ao chamado síndrome pós-queda, provocando sentimentos de insegurança e ansiedade perante a possibilidade de uma nova queda. As quedas têm ainda consequências económicas, aumentando os custos com a saúde e apoio social.

Tendo subjacente todas estas questões, o presente relatório intitulado “*Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio*” surge após a realização do estágio curricular com a implementação de um projeto de intervenção comunitária na área da promoção da saúde do idoso, apostando na educação e promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, inscritas no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas. O presente relatório constitui-se como requisito para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora.

Foram assim definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Prevenir as quedas no domicílio dos idosos, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas;

Objetivos específicos:

- Conhecer a frequência de quedas no domicílio, dos utentes em estudo;
- Identificar os fatores de risco de quedas, no domicílio;
- Informar os idosos sobre as medidas preventivas de quedas no domicílio;
- Eliminar os fatores de risco identificados.

Desta forma, o projeto “*Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio*” visa a promoção da qualidade de vida destes idosos, dando resposta às necessidades expressas pela comunidade, envolvendo os profissionais de saúde e outros parceiros, incentivando à responsabilização e participação dos intervenientes.

O presente documento encontra-se dividido em sete partes distintas. Na primeira parte é apresentada uma análise do contexto, caracterizando o ambiente em que decorreu o estágio, os recursos existentes e onde é feita uma descrição do processo de aquisição de competências.

Na segunda parte é feita a análise da população – alvo, incluindo a caracterização geral da mesma, os cuidados e necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção com a população – alvo e recrutamento da população – alvo.

De seguida é feita uma análise reflexiva sobre os objetivos da intervenção profissional e a atingir com a população – alvo.

Da quarta parte consta a análise reflexiva das intervenções. Esta integra a fundamentação das mesmas, as metodologias, a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais, humanos e financeiros, os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas, bem como o cumprimento do cronograma.

De seguida, na quinta parte, é feita a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, através da avaliação dos objetivos, da implementação do programa, descrevendo quais os momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.

Na sexta parte é apresentada a análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas.

Por fim, na última parte, são apresentadas as principais conclusões, bem como as aprendizagens realizadas e as dificuldades sentidas.

Este relatório está organizado de acordo com Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (ordem de serviço n.º 18/2010). Foi utilizado o manual de normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia (2006-2007).

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

O Alentejo corresponde à maior região estatística portuguesa. Com uma superfície de 31.550,9 km² (INE, 2004), corresponde a aproximadamente um terço do território português (34,2%). A Região é limitada a norte pela Região Centro, a leste por Espanha, a sul pelo Algarve e a oeste pelo Oceano Atlântico e Lisboa. Compreende, ao todo, 58 concelhos com 392 freguesias. A Região tem uma população residente de 767.679 habitantes (7,2% da população portuguesa) (INE, 2004).

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O concelho de Viana do Alentejo, cuja área geográfica corresponde a 394 km², fica situado na faixa sul do distrito de Évora, cidade da qual dista 30 km. É formado pelas freguesias de Viana do Alentejo (sede), Alcáçovas e Aguiar. O mesmo é limitado pelos concelhos de Alvito, Alcácer do Sal, Portel, Évora e Montemor-o-Novo (figura n.º 1).

Figura n.º 1 – Delimitação geográfica do Concelho de Viana do Alentejo



Fonte: cm-vianadoalentejo.pt

Este concelho tem uma densidade populacional de 14,5 habitantes/km², com uma população residente de 5696 habitantes, dos quais 2225 são idosos. Apresenta um Índice de Envelhecimento de 176,7% (INE, 2009). Dados preliminares dos censos 2011 indicam que a população do concelho de Viana do Alentejo aumentou, passando de 5696 habitantes para 5820 habitantes (INE, 2011).

A freguesia de Alcáçovas, segundo dados dos censos, em 2001 apresentava uma população residente de 2088 pessoas e população presente de 2041 pessoas. O grupo dos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, era constituído por 621 pessoas (INE, 2001).

Perante os dados preliminares dos censos 2011 verifica-se agora que a população desta freguesia cresceu, aumentando o seu número de habitantes para 2185 (população residente) (INE, 2011).

Relativamente às estruturas locais que desenvolvem programas dirigidos à comunidade, podem nomear-se o Centro de Saúde, a Junta de Freguesia de Alcáçovas, a Câmara Municipal de Viana do Alentejo, a Associação Terras Dentro, a Sociedade União Alcaçovense, o Sport Clube Alcaçovense, a Associação Cultural e Recreativa Alcaçovense, a Associação Terra-Mãe, a Associação Estrela Dourada, a Associação de Jovens de Alcáçovas, a Associação de Pais e Encarregados de Educação da E.B.I./J.I de Alcáçovas, a Associação Amigos de Alcáçovas, o Clube de Caçadores e Pescadores “Os Alcaçovenses”, o Grupo Coral Feminino Cantares de Alcáçovas, Alcáçovas Atlético Club, o Grupo Coral dos Trabalhadores de Alcáçovas, a Associação de Reformados de Alcáçovas, a Guarda Nacional Republicana e Bombeiros.

O Centro de Saúde de Viana do Alentejo está incluído no agrupamento de centros de saúde do Alentejo Central II (ACES II), onde estão incluídos também os Centros de Saúde de Évora, Montemor-o-Novo, Vendas Novas, Portel, Reguengos de Monsaraz e Mourão.

De acordo com o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, “...os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.” (Diário da República, 2008: 1182), sendo o Centro de Saúde “...um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários

individualizados por localização e denominação determinadas.” (Diário da República, 2008: 1182).

Segundo a mesma fonte, o artigo 3.º estipula que os ACES têm como objetivo prestar cuidados de saúde primários à população, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, desenvolvendo ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais, nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A unidade de saúde de Alcáçovas é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população da freguesia. Integra a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade). A UCSP tem como objetivo prestar cuidados de saúde personalizados, incluindo programas de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases do ciclo vital e, cuidados de saúde em situação de doença aguda. É uma unidade pequena cujo horário de funcionamento é das 9h às 17h30m, de 2.ª a 6.ª feira. A UCC está sediada em Viana do Alentejo, mas a sua área de intervenção estende-se a todo o concelho. Para além das escolas, a UCC tem parceria com a equipa de intervenção precoce, rendimento social de inserção, rede social, segurança social local, comissão de proteção de crianças e jovens de Viana do Alentejo, as IPSS do concelho, a Câmara Municipal de Viana do Alentejo, as Juntas de Freguesia do Concelho e a Associação Terras Dentro. O horário de funcionamento é entre as 8h00 e as 20h00, de segunda a sexta-feira. Aos fins de semana e feriados funciona entre as 9h00 e as 13h00.

Na realização de um projeto de promoção da saúde, é fundamental efetuar um diagnóstico de situação, que permita identificar com objetividade e em profundidade, problemas de saúde, bem como, determinar as necessidades de intervenção na população. Citando Tavares (1990, p.51) a necessidade “exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (...) e representa o necessário para remediar o problema identificado”.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A unidade de saúde de Alcáçovas, como referido anteriormente, integra a UCSP e a UCC.

A estrutura física destas unidades está localizada no rés-do-chão de um edifício antigo no centro histórico da vila. À entrada são os serviços administrativos e duas casas de banho para os utentes. À esquerda são os serviços administrativos, a sala dos sujeitos, uma sala de tratamentos e um pequeno compartimento para armazenamento de material. À direita está a sala de espera dos utentes, os gabinetes médicos e de enfermagem e uma casa de banho para o pessoal de serviço.

A UCSP dispõe de uma equipa multidisciplinar: médicos de clínica geral, enfermeiras de cuidados gerais, enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, assistentes operacionais, administrativos e motoristas de ambulâncias da responsabilidade da Junta de Freguesia de Alcáçovas.

A UCC é constituída por uma equipa com enfermeiros, médico, psicólogo, assistente social, higienista oral e administrativa, contando ainda com a colaboração de um fisioterapeuta e nutricionista. Estes profissionais vão atuar nas áreas dos cuidados continuados integrados, saúde escolar e intervenção comunitária.

Para além das unidades de saúde disponíveis para dar resposta às necessidades dos seus utentes, a população idosa de Alcáçovas, tem vindo, ao longo do tempo, a ser alvo de programas de intervenção. Entre eles podem referir-se “*O clube sénior*”, onde são desenvolvidas várias atividades, uma vez por semana, contando com o apoio da Enfermeira Coordenadora da UCC. Periodicamente também são desenvolvidas atividades no âmbito da “*Semana Sénior*”, promovida pela Autarquia de Viana do Alentejo.

A CMVA também aderiu ao “*Cartão do Idoso*”, que possibilita aos idosos obterem benefícios económicos, que para além de descontos na aquisição de bens/serviços dá acesso a um outro projeto da CMVA designado por “*Oficina Domiciliária*” para obtenção de pequenas reparações, como por exemplo, mudança de torneiras, lâmpadas, pequenos serviços de carpintaria, etc.

Mais recentemente surgiu um outro projeto da CMVA em parceria com o Instituto de Segurança Social com vista à implementação do “*Programa Conforto Habitacional para a Pessoa Idosa*” (PCHI), com o objetivo de intervir na qualificação habitacional através do melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário ou que frequentem um centro de dia.

2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As alterações demográficas que ocorreram nos últimos anos, bem como o aumento das doenças crónicas demonstram que se torna cada vez mais premente ter capacidade de resposta para os problemas e necessidades das populações/comunidades. Neste campo, os cuidados de saúde primários têm vindo a adquirir um papel cada vez mais ativo.

Dadas as exigências da atualidade, no que diz respeito à saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem vindo a adquirir um papel cada vez mais importante para a promoção da saúde da comunidade e desenvolvimento de programas e projetos de intervenção comunitária, visando a capacitação e *empowerment*, com o objetivo de que cada um dos clientes, alvo da sua intervenção, possa tomar decisões livres e esclarecidas, no que concerne ao seu estado de saúde e dos que os rodeiam (Regulamento n.º128/2011, de 18 de Fevereiro).

Estão, assim, incluídas atividades como a

“...educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (Regulamento n.º128/2011, de 18 de Fevereiro, p.1).

De acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, procurei mobilizar com o presente projeto as seguintes:

➤ **Avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, de acordo com as seguintes etapas:**

- Elabora o diagnóstico de saúde de uma comunidade;

Esta é uma das etapas necessárias para o desenrolar das atividades desenvolvidas durante o estágio curricular. Para intervir junto da comunidade foi necessário efetuar um estudo da população de forma a identificar as suas necessidades e assim elaborar um diagnóstico da situação.

O diagnóstico é uma das fases que compõe o planeamento em saúde. Surge após a colheita dos dados, levando à identificação de necessidades. É uma apreciação feita ao indivíduo, família ou comunidade de modo a detetar problemas de saúde, reais ou potenciais com o objetivo de traçar intervenções em enfermagem para atingir resultados esperados, sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis (Stanhope e Lancaster, 1999).

- Estabelece prioridades em saúde;

Após a elaboração do diagnóstico de situação, foram identificados os problemas prioritários da população. Neste caso, a prioridade foi intervir junto dos idosos de forma a prevenir as quedas no domicílio. As quedas no idoso têm habitualmente consequências graves quer a nível físico, quer a nível psicológico. A nível físico as consequências mais graves são os traumatismos crânio-encefálicos, as fraturas e as luxações. Uma das situações mais frequentes é a fratura do colo do fémur, que ocorre quase sempre depois dos setenta anos e que resulta em mais de 90% dos casos de uma queda. As consequências psicológicas das quedas no idoso são a diminuição da autonomia, devido ao receio de cair e a necessidade sentida pelo próprio ou pelos familiares, de internamento em instituições (USF Marginal, 2008).

- Estabelece objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

Para a elaboração do projeto de intervenção houve necessidade de se definirem objetivos e estratégias, de acordo com as necessidades e prioridades identificadas, de forma a que as atividades implementadas fossem as adequadas.

O planeamento de intervenções em enfermagem permite ao enfermeiro estabelecer objetivos, de acordo com as prioridades identificadas, formulando ainda os resultados esperados (Potter e Perry, 2006).

- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

Após a realização do diagnóstico da situação, determinados os objetivos e as estratégias e ainda as atividades a desenvolver, chegou então a fase de implementação. As atividades foram desenvolvidas de acordo com os objetivos estabelecidos, com vista a reduzir o número de quedas no domicílio e suas consequências.

Na fase de implementação é o momento de colocar em prática todas as ações estabelecidas num momento anterior. Segundo Stanhope e Lancaster (1999) a execução é uma atividade desenvolvida para gerir um problema específico do utente e para promover e restabelecer a saúde ou prevenir a doença.

- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

Neste estágio, após a realização das atividades, foi necessário proceder à sua avaliação, de forma a perceber se os objetivos foram ou não atingidos.

Na avaliação, o enfermeiro constatará os resultados obtidos após a sua intervenção. Segundo Potter e Perry (2006) a avaliação fará corresponder o valor das ações de enfermagem na reação do utente/família/comunidade e o progresso dos mesmos no sentido de serem atingidos os objetivos.

➤ **Contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, de acordo com as seguintes etapas:**

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

Este projeto de intervenção, embora de índole académico, contou com o apoio de outros agentes comunitários para desenvolver as atividades e atingir os objetivos planeados. Assim, para além de identificar fatores de risco é crucial estabelecer parcerias, com vista à mobilização de outros recursos da comunidade, na procura de soluções.

- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;

De acordo com os critérios de avaliação desta unidade de competência, tal como já foi referido, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença num grupo de idosos, de acordo com o diagnóstico realizado, coordenando e participando no referido projeto realizando-se, no fim, a avaliação do programa implementado. Para tal, é importante o conjugar de várias disciplinas, nomeadamente a educação, que integra as sessões de educação para a saúde e a comunicação, de modo a adequar a linguagem à população – alvo.

➤ **Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde de acordo com as seguintes etapas:**

- Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Para a implementação deste projeto, estiveram subjacentes as orientações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que dá especial ênfase à necessidade de ambientes capacitadores de autonomia e independência, definindo de entre as orientações estratégicas

e intervenções necessárias, o investimento na informação da população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes, medidas de prevenção de quedas e envelhecimento ativo.

De um modo geral, a implementação deste projeto permite a mobilização e aprofundamento de competências na área da enfermagem comunitária, maximizando a qualidade das ações desenvolvidas, com vista à promoção da saúde e conseqüentemente à melhoria das condições de vida das pessoas, mais concretamente destes idosos.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004: p.224), uma população “(...) é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”. Para Fortin (2009: p.70) a população alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum”.

A população – alvo deste projeto são os 23 idosos que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas.

Para a elaboração do diagnóstico de situação e caracterização da população, foi utilizado um questionário, que será apresentado mais à frente em capítulo próprio.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Pela apresentação dos dados verifica-se que estes idosos têm **idades** compreendidas entre os 75 e os 90 anos de idade, sendo a média de idades, aproximadamente de 85 anos (quadro n.º 1).

Quadro n.º 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade

Idade	Frequência	Percentagem
75	1	4,3
77	1	4,3
78	1	4,3
80	1	4,3
81	1	4,3
83	6	26,1
84	2	8,7
85	2	8,7
86	2	8,7
87	2	8,7
88	1	4,3
90	3	13,0
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

O grupo dos idosos é de facto o mais preocupante, no que diz respeito às quedas. Esta é considerada a causa de mortalidade por acidentes mais frequente, após os 75 anos (Rabiais, Nunes e Contreiras, 2006; USF Marginal, 2008).

As quedas ocorrem com mais frequência nos idosos, devido a alterações próprias do processo de envelhecimento, tais como as doenças osteoarticulares degenerativas e a diminuição das capacidades auditivas e visuais. Consideram-se ainda outros fatores, nomeadamente, a depressão, associada ao isolamento social e a inexistência de condições de segurança nas suas casas (tapetes soltos, mobiliário inadequado, banheiras sem tapete e sem apoios, escadas sem corrimão, objetos colocados em locais altos e de difícil acesso, etc.). As alterações da marcha, com diminuição da força muscular, rigidez articular, as alterações do equilíbrio por diminuição da sensibilidade postural, são algumas das alterações próprias do envelhecimento que podem contribuir para as quedas nos idosos (USF Marginal, 2008).

Pode ainda observar-se pelos dados que o maior número de idosos são do sexo **masculino** (13) no entanto, é um valor bastante aproximado do sexo **feminino** (10) (quadro n.º 2).

Quadro n.º 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	13	56,5
Feminino	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

A maioria dos idosos são **casados** ou vivem em união de facto (12) havendo também um considerável número de **viúvos** (as) (10). Apenas 1 indivíduo é **solteiro** (quadro n.º 3).

Quadro n.º 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro(a)	1	4,3
Casado(a)/união de facto	12	52,2
Viúvo(a)	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população - alvo

Quanto às **habilitações literárias**, a maioria dos inquiridos (12) não sabe ler nem escrever, seguidos de 10 indivíduos que frequentaram o ensino até à 4.ª classe. Ainda 1 inquirido sabe ler e escrever, embora não tenha frequentado a escola (quadro n.º 4).

Quadro n.º 4 – Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	12	52,2
Sabe ler e escrever	1	4,3
1.º ciclo (até 4.ºano)	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

A Região Alentejo, na última década acompanhou a tendência nacional para a redução do analfabetismo, no entanto é a Região que, em 2001, continuava a exibir os maiores níveis de analfabetismo do território nacional. Estes indicadores devem-se, em parte, ao acentuado nível de envelhecimento populacional da Região (INE, 2001).

Grande parte destes indivíduos tem em comum a **profissão** antes da reforma: trabalhador rural (17). Além destes, 2 foram comerciantes, 1 foi empregada doméstica, 1 diz ter sido mecânico e 1 operário fabril. Apenas 1 pessoa refere nunca ter trabalhado (quadro n.º 5).

Quadro n.º 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a profissão

Profissão	Frequência	Percentagem
Trabalhador rural	17	73,9
Comerciante	2	8,7
Empregada doméstica	1	4,3
Mecânico	1	4,3
Operário de fábrica	1	4,3
Nunca trabalhou	1	4,3
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população - alvo

Relativamente à questão de viverem sós ou acompanhados, os dados demonstram que 11 indivíduos **vivem** sozinhos, 10 vivem com os cônjuges e 2 vivem com o cônjuge e o(s) filho (s) (quadro n.º6).

Quadro n.º 6 – Distribuição dos inquiridos segundo com quem vive

Com quem vive	Frequência
Sozinho	11
Com o cônjuge	10
Com o cônjuge e com um filho	2
Total	23

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

Viver sozinho constitui-se como um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas no domicílio (Direcção Geral de Saúde, s.d.).

Siqueira et al (2007) citando Moreno-Martinez (2005) refere um estudo realizado em Barcelona que demonstra que os idosos separados ou divorciados apresentam elevada possibilidade de quedas. O cuidado mútuo entre parceiros pode explicar a ocorrência reduzida de quedas, entre aqueles que vivem com companheiro.

3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

O envelhecimento trata-se de um processo multifacetado, complexo e que envolve a ação interdependente de diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos, fisiológicos, sociais e psicológicos, inerentes às experiências de vida de cada pessoa.

Segundo Schroots e Birren (1980) citados por Paúl (s.d.; p. 275)

“O envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”.

As principais mudanças físicas que podem estar na base de acidentes e consequentes traumatismos são as que afetam os órgãos dos sentidos e enfraquecimento físico que limita a mobilidade (Roper, Logan e Tierney, 1995).

A queda, segundo Paixão e Heckmann (2003) citado por Ribeiro et al (2006: p. 1266) “...é um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial”. Santos (2005) também citado por Ribeiro et al (2006: p.1266) acrescenta ainda à definição de queda a ocorrência de “...incapacidade de correcção em tempo hábil e apoio no solo”.

Existe ainda um conjunto de fatores determinantes da saúde da população idosa, tais como, os estilos de vida, o ambiente que os rodeia, a alimentação, e não menos importante, fatores genéticos. Apesar da conotação negativa que a palavra “idoso” acarreta, grande número de

peessoas idosas consegue manter as suas capacidades intelectuais, os seus desejos e os seus interesses, durante esta fase da sua vida.

Os idosos não são propriamente um grupo de risco, mas devemos considerar que existe um grau crescente de vulnerabilidade que pode ser compensada através de medidas que promovam a estabilidade entre o idoso e o ambiente, promovendo uma adaptação mais equilibrada.

O processo natural de envelhecimento envolve perda/redução da capacidade funcional, em consequência da deterioração do sistema fisiológico. O declínio da capacidade funcional, particularmente física, inclui a redução da força muscular e desequilíbrio, sendo considerados como os maiores fatores de risco para quedas nos idosos (Novo, Mendes e Preto, 2011).

A segurança pode exigir algumas mudanças ambientais, como é o caso de mudanças arquitetónicas e também a mudança de alguns comportamentos (Duarte e Barbosa, 2011).

Ryynänem et al (1991), Sattin (1992) e Tinetti (1994), citados por Coutinho e Silva (2002), referem que as quedas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, em decorrência da frequência, da morbilidade e do elevado custo social e económico, resultantes das lesões consequentes das quedas. Afirmam ainda que estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa mostram que aproximadamente um terço da população com mais de 65 anos de idade sofreu pelo menos uma queda durante o último ano. Entre os idosos que sofreram quedas, 3-5% apresentaram fraturas graves, tendo sido necessário internamento hospitalar.

As quedas, ao contribuírem para a perda de autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos, comprometem assim um envelhecimento saudável, e consequentemente ativo, e podem trazer ainda sérias complicações à vida familiar, que tem de alterar toda a sua rotina, em função da recuperação e cuidados ao idoso, após a queda.

Hoje em dia, estão classificadas como fatores de risco para a ocorrência de quedas cinco situações às quais se deve estar atento, nomeadamente se caiu pelo menos uma vez no último ano, a ingestão de quatro ou mais medicamentos por dia, se tem doença de

Parkinson ou se já foi vítima de AVC (Acidente Vascular Cerebral), se tem problemas de equilíbrio e se é incapaz de se levantar de uma cadeira sem utilizar o apoio de pelo menos um dos braços (The Swedish National Institute of Public Health, 2007). Já a Direcção Geral de Saúde (s.d) aponta os seguintes fatores de risco: viver sozinho; tomar medicamentos (em especial os psicotrópicos); doenças crónicas; mobilidade reduzida; dificuldades cognitivas e demência; redução da acuidade visual; uso de bengalas e andarilhos; pisos escorregadios ou irregulares e pavimentos degradados.

O uso de medicamentos tem sido alvo de diversos estudos como um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas. Coutinho e Silva (2002) fazem referência a um estudo efetuado por Leipzig et al (1999a, 1999b), onde investigaram o papel de medicamentos psiquiátricos, cardiológicos e analgésicos sobre o risco de quedas entre idosos. Com esse estudo concluíram que benzodiazepinas, neurolépticos, sedativos/hipnóticos, antidepressivos, diuréticos em geral, antiarrítmicos e digoxina estavam associados a um maior risco de quedas em pessoas com idades acima dos 60 anos.

Das quedas podem resultar consequências físicas graves que podem induzir a diminuição da funcionalidade e, conseqüentemente comprometer a autonomia e independência individual. Em resultado disto, as consequências psicológicas podem também surgir, pelo medo de ocorrência de novas quedas, induzindo sentimentos de ansiedade, medo, diminuição da autoestima e isolamento social.

As quedas são ainda responsáveis por 90% dos internamentos hospitalares, sendo a fratura do colo do fémur a lesão que ocorre com maior incidência (Potter e Perry, 2006).

Alguns factos apontados pela Direcção Geral de Saúde (s.d) dizem que, em cada ano, uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico; a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa; nas pessoas idosas, os acidentes são essencialmente devido a quedas; o tempo de internamento por acidentes com pessoas idosas é cinco vezes superior ao das crianças.

Um estudo efetuado por Siqueira et al (2007) com o objetivo de analisar a prevalência de quedas em idosos e a influência de variáveis a elas associadas, demonstrou que a prevalência de quedas, entre os idosos, foi de 34,8%. Entre os que sofreram quedas, as

fraturas são as maiores consequências. A prevalência das quedas associou-se à idade avançada, sedentarismo, auto percepção de saúde como sendo má e maior número dos medicamentos referidos para uso contínuo. O autor enfatiza ainda outros estudos, referindo que na Turquia 31,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez no último ano, na Catalunha 17,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista e que essa frequência aumenta com a idade e no Brasil, cerca de 30% dos idosos sofrem quedas pelo menos uma vez por ano.

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos (decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos) e a fatores extrínsecos (circunstâncias sociais e ambientais) que oferecem desafios constantes ao idoso. Estes autores, num estudo realizado a 50 idosos, demonstraram que 28% destes faleceram por consequências diretas da queda (entre as quais fraturas e lesões neurológicas) (Fabrício, Rodrigues, e Júnior 2004; Menezes e Bachion, 2008).

Pelo exposto, a prevenção das quedas no domicílio constitui-se como pilar fundamental para um envelhecimento seguro. A realização de tarefas no dia-a-dia, que permitam uma maior segurança, pode implicar algumas mudanças e/ou adaptações arquitetónicas. De acordo com Duarte e Barbosa (2011) essas adaptações são as seguintes (figura n.º 2):

Figura n.º 2 – Adaptações no domicílio para prevenir as quedas

Prevenção de quedas na CASA EM GERAL
<ul style="list-style-type: none">❖ Mantenha uma boa iluminação em toda a casa;❖ Opte por pôr lâmpadas de fácil manutenção e substituição;❖ Mantenha os fios elétricos e de telefone presos à parede;❖ Se tiver alcatifas, verifique se não têm pontas soltas;❖ Fixe os tapetes ao chão, especialmente se tem tapetes em escadas;❖ Pinte de cores diferentes ou faça marcas visíveis no primeiro e no último degrau das escadas;❖ Coloque piso antiderrapante nas escadas;❖ Coloque barras de apoio ou corrimões nas escadas;❖ Deixe o telefone num local de fácil acesso, ou adquira um telefone portátil para poder tê-lo consigo em vários compartimentos da casa;❖ Mantenha os contactos de emergência num local acessível, de preferência junto ao telefone.

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

Prevenção de quedas por COMPARTIMENTOS	
CASA DE BANHO	<p>Torne o piso antiderrapante através, por exemplo, de <i>spray</i> para esmalte, proteções autocolantes ou ventosas, principalmente no polibã e na banheira;</p> <p>Mantenha o chão seco após o banho;</p> <p>Evite prateleiras de vidro e superfícies cortantes;</p> <p>Não utilize um toalheiro, saboneteiras ou prateleiras que não estejam fixos à parede;</p> <p>Coloque barras de apoio no polibã ou na banheira e junto da sanita;</p> <p>O espaço livre da casa de banho deve ser suficiente para a presença de duas pessoas;</p> <p>Instale um telefone na casa de banho, ou leve o telefone portátil.</p>
QUARTO	<p>Utilize uma cama com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, para evitar possíveis tonturas ao levantar-se da cama;</p> <p>Procure fixar a mesa-de-cabeceira ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite de apoiar-se;</p> <p>Tenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos;</p> <p>Verifique se os interruptores estão ao seu alcance quando estiver deitado na cama, ou instale uma luz noturna para evitar que se levante no escuro;</p> <p>Evite colocar as prateleiras demasiado altas ou baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objeto;</p> <p>Organize as suas roupas e objetos pessoais, de forma a facilitar a sua procura;</p> <p>Coloque o telefone num local acessível.</p>
COZINHA	<p>Evite colocar os armários muito altos;</p> <p>Guarde os objetos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente em locais de fácil acesso;</p> <p>Instale o forno elétrico e micro-ondas num local de fácil acesso;</p> <p>Coloque um piso antiderrapante.</p>
SALA	<p>Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios e fundos e que facilitem os atos de sentar e levantar;</p> <p>Evite esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes nas mesas;</p> <p>Retire os tapetes colocados em baixo da mesa da sala de jantar e deixe um espaço à volta da mesa para movimentação das pessoas;</p> <p>Prefira os pisos antiderrapantes.</p>

Fonte: Ribeiro e Paúl (2011) *Manual de envelhecimento activo*, pág. 173

Existem também instrumentos construídos e validados para avaliar o risco de quedas. Estes instrumentos permitem, sobretudo, uma avaliação das condições físicas dos idosos (figura n.º 3 e figura n.º 4):

Figura n.º 3 - Instrumento para avaliar o risco de quedas

<p>Ferramenta I: INSTRUMENTO PARA AVALIAR O RISCO DE QUEDAS</p> <p>Instruções: Coloque um “x” à frente dos elementos que se aplicam ao utente. A decisão de um utente estar em risco de queda, baseia-se no seu juízo de enfermagem. <i>Linha de orientação:</i> Um utente que tenha um “x” à frente de um elemento com um asterisco (*) ou em quatro ou mais dos outros elementos, é identificado como estando em risco de queda.</p> <p>Dados gerais:</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 60 anos</p> <p><input type="checkbox"/> História de quedas antes da admissão</p> <p><input type="checkbox"/> Pós-operado ou admitido pela cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador</p> <p>Condições físicas</p> <p><input type="checkbox"/> Tonturas ou desequilíbrio</p> <p><input type="checkbox"/> Marcha instável</p> <p><input type="checkbox"/> Doença ou outros problemas que afetam as articulações que suportam o peso</p> <p><input type="checkbox"/> Fraqueza</p> <p><input type="checkbox"/> Parésia</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsões</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuição da visão</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuição da audição</p> <p><input type="checkbox"/> Diarreia</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência urinária</p> <p>Estado mental</p> <p><input type="checkbox"/> Confusão ou desorientação</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuição da memória ou discernimento</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade para compreender ou seguir instruções</p> <p>Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Diuréticos ou efeitos diuréticos</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensivos ou depressores do sistema nervoso central (por exemplo, narcótico, sedativo, psicotrópico, hipnótico, tranquilizante, anti-hipertensor, anti-depressivo)</p>
--

Medicação que aumenta a motilidade gastrointestinal (por exemplo, laxante)

Aparelhos ambulatórios usados

Bengala

Muletas

Andarilho

Cadeira de rodas

Cadeira geriátrica

Braçadeiras

Ferramenta II: A REAVALIAÇÃO É UM INSTRUMENTO PARA CUIDADOS SEGUROS (RISCO)

Instruções: Coloque um “x” à frente dos elementos que se aplicam ao utente. A decisão de um utente estar em risco de queda, baseia-se no seu juízo de enfermagem. Um utente que tenha um “x” à frente de qualquer um dos primeiros quatro elementos é identificado como estando em risco de queda. Além disso, quando um utente tem um “x” à frente do elemento “uso de cadeira de rodas”, considera-se que está ainda em maior risco de sofrer uma queda.

Marcha instável, tonturas ou desequilíbrio

Memória ou discernimento diminuído

Debilidade

História de quedas

Uso de uma cadeira de rodas

Fonte: Potter e Perry (2006) *Fundamentos de Enfermagem*, pág. 651

Figura n.º 4 - Avaliação JABA da segurança em casa

<p>1. ENTRADA E SAÍDA EXTERIORES</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Observe as condições dos passeios e da rua; existência de rebaixamento de passeios.<input type="checkbox"/> Observe os corrimãos dispostos de ambos os lados.<input type="checkbox"/> Observe a intensidade da iluminação dos passeios, e superfícies adjacentes incluindo a entrada, pórticos e varandas da casa.<input type="checkbox"/> Observe a altura do limiar da porta.<input type="checkbox"/> Observe a capacidade de utilização da maçaneta/fechadura/ caixa de correio, vigia da porta/olho mágico e prateleiras.<input type="checkbox"/> As fechaduras das portas e janelas funcionam?	<p>6. LAVANDARIA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> É possível lavar à mão e pendurar a roupa para secar?<input type="checkbox"/> É possível aceder à máquina de lavar e secar?
<p>2. PORTAS DE INTERIOR, ESCADAS E CORREDORES</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Observe o tipo de limiar da porta/ de maçanetas de dobradiças.<input type="checkbox"/> Observe a presença de alterações ao nível do chão.<input type="checkbox"/> Observe se a largura dos corredores, é adequada ao andarilho/cadeira de rodas.<input type="checkbox"/> Identifique as escadas de emergência; retas ou circulares.<input type="checkbox"/> Observe os corrimãos das escadas; a sua condição e se estão colocados à direita ou à esquerda.<input type="checkbox"/> Observe o nível da luz/ e os perigos dos espaços de arrumações.<input type="checkbox"/> Observe a superfície do chão, sua textura e contraste.	<p>7. TELEFONE E PORTA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> A tomada do telefone é perto da cama, sofá e cadeira?<input type="checkbox"/> É possível aceder ao telefone, ligar e ouvir a pessoa que telefonou?<input type="checkbox"/> É possível identificar visitantes e ouvir a campainha?<input type="checkbox"/> É possível chegar à caixa do correio e esvaziá-la<input type="checkbox"/> Utiliza dispositivo ao pescoço ou punho que lhe permita obter ajuda em caso de emergência?
<p>3. CASA DE BANHO</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As bacias e as torneiras, o controlo do duche e os escoamentos são manejáveis?<input type="checkbox"/> Os canos de água quente estão cobertos?<input type="checkbox"/> A altura dos espelhos é apropriada, quando se senta ou levanta?<input type="checkbox"/> Observe o nível da prateleira, acima e abaixo da bacia.<input type="checkbox"/> Observe a entrada e saída da casa de banho e duche.<input type="checkbox"/> Os residentes conseguem usar cadeira de banho na	<p>8. ESPAÇO DE ARRUMOS</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tem acesso às maçanetas dos armários, a locais para pendurar, e à abertura de gavetas.<input type="checkbox"/> Há iluminação no armário?
	<p>9. JANELAS</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Há mecanismos acessíveis para abrir as janelas?<input type="checkbox"/> A fechadura da janela está acessível e fácil de operar?<input type="checkbox"/> As janelas ao nível do chão estão trancadas?
	<p>10. EXTENSÃO ELÉCTRICA E CONTROLOS</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Há tomadas suficientes?<input type="checkbox"/> A altura e localização das tomadas são adequadas?<input type="checkbox"/> Há advertências sonoras e visuais disponíveis?<input type="checkbox"/> Há extensões elétricas a constituírem perigo?
	<p>11. AQUECIMENTOS, ILUMINAÇÃO, VENTILAÇÃO, SEGURANÇA, MONÓXIDO DE CARBONO, CONTROLOS DE TEMPERATURA DE ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Há detetores de fumo/CO₂ e um extintor de fogo?<input type="checkbox"/> Há termómetros expostos e de leitura fácil?<input type="checkbox"/> Há controlos ambientais acessíveis?<input type="checkbox"/> Há válvulas de equilíbrio de pressão disponíveis?<input type="checkbox"/> Observe as salas/quartos em que há um nível de iluminação insuficiente?

banheira ou na cabine de duche?

- Observe a altura da sanita, capacidade de chegar ao papel, ao descarregador, desde a posição de sentado à vertical.
- Há espaço para o prestador de cuidados ajudar?

- É possível abrir as janelas e portas de acesso ao pátio?
- É possível abrir os cortinados e reposteiros?

COMENTÁRIOS:

4. COZINHA

- Observe o nível e forma de aceder à iluminação.
- Observe a altura do lavatório e da bancada.
- Observe a altura das prateleiras de arrumação.
- Os canos de água quente da pia estão cobertos?
- Sob o balcão/ há espaço para o idoso ter os seus joelhos?
- Há um espaço livre por perto para colocar alimentos quentes retirados do forno?
- Observe a localização dos controlos do fogão [em frente ou na retaguarda]

Utilizado com autorização de Jefferson Área Board for Aging, Charlottesville, Virginia.

5. SALA DE ESTAR, DE JANTAR E QUARTOS

- A cadeira, o sofá ou a altura da cama permitem ao idoso sentar-se ou levantar-se?
- Os tapetes têm aderência ao chão através de fita ou outras peças?
- Há uma cadeira de braços disponível?
- A partir da cama, cadeira ou sofá é possível ligar e desligar a luz, rádio e telefone?

Fonte: Stanhope e Lancaster (2011) *Enfermagem de Saúde Pública*, pág. 710

3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO – ALVO

Dada a pertinência deste tema, bastante atual e motivo de grandes preocupações para as políticas de saúde, existem diversos estudos que abordam as questões da segurança nos idosos, mais concretamente relacionados com acidentes por quedas.

De acordo com EUNESE - European Network for Safety Among Elderly (2005) na união europeia (a 27 países) ocorreram cerca de 40000 mortes de pessoas idosas devido a quedas.

Segundo um estudo europeu metade das quedas ocorrem no domicílio e são consideradas a primeira causa de acidentes nos idosos. Isto acontece devido às alterações fisiológicas de que os idosos são alvo, tais como alterações visuais, auditivas, doenças osteoarticulares que provocam perturbações no equilíbrio (Duarte e Barbosa, 2011).

Segundo dados de 2005, do sistema de recolha de dados designado por ADELIA – acidentes domésticos e de lazer – informação adequada (Rabiais, Nunes e Contreiras, 2006), o local de acidentes considerados de lazer e domésticos ocorreram em casa (superior a 65%), atingido na sua maioria pessoas com idade igual ou superior a 75 anos (em 90% dos casos), sendo que o mecanismo de lesão foi a queda. No momento do acidente, as atividades que estavam a ser desenvolvidas eram atividades domésticas, no grupo de 75 anos e mais.

Um estudo efetuado por Menezes e Bachion (2008) com o objetivo de identificar fatores intrínsecos que predispunham à ocorrência de quedas, utilizando uma amostra composta por 95 idosos, evidenciou que os idosos em estudo apresentavam vários fatores de risco, apontados pela literatura, para quedas, tais como: dificuldade motora nos membros inferiores (90%), défice visual (81,1%), uso de três ou mais medicamentos (59,7%), suspeita de depressão (37,9%), falta de equilíbrio (37,9%) e altura dos passos diminuída (32,6%).

Outro estudo, realizado por Ribeiro et al (2006) com o objetivo de analisar o efeito das quedas e suas consequências na qualidade de vida dos idosos demonstrou que dos 72 idosos que participaram no estudo 37,5% admitiram ter caído no último ano. As consequências mais citadas foram as fraturas (24,3%), o medo de cair (88,5%), o abandono de atividades (26,9%), a modificação de determinados hábitos (23,1%) e a imobilização (19%). Concluem assim que há influência das quedas na qualidade de vida dos idosos estudados.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (s.d), o tempo médio de internamento aumenta exponencialmente com a idade sendo, em média, de 11 dias, nas pessoas com mais de 75 anos.

As mudanças fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento podem aumentar o risco para as quedas. Os mais idosos têm maior risco de sofrer quedas na casa

de banho, no quarto, na cozinha e no jardim. Outros fatores de risco incluem os estilos de vida, tais como a mobilidade, a diminuição da capacidade sensorial e a percepção do risco de quedas. A fraqueza muscular e uma descoordenação de equilíbrio são os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas. Também os indivíduos com diminuição da acuidade auditiva e/ou visual estão em grande risco de vir a sofrer quedas (Potter e Perry, 2000).

Em suma, existem vários estudos, mais especificamente direcionados para os idosos, que demonstram a existência de vários fatores que podem estar na origem das quedas, uns devido às alterações fisiológicas, outros devido a barreiras arquitetónicas. Sobre estas temos maior facilidade de intervenção, visto que a presença destas é extrínseca ao idoso e a sua eliminação não está dependente da sua condição bio fisiológica.

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO – ALVO

Para Fortin (2009) a população alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar” (p. 70).

Para o recrutamento da população que integrou o projeto foi necessária a identificação dos utentes inscritos no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas, através da colaboração dos seus dirigentes e funcionários.

De início pretendia-se a seleção dos utentes com idade igual ou superior a 75 anos pois, segundo estudos efetuados à população idosa, é nesta faixa etária que ocorrem mais acidentes, sendo a queda o principal, resultando em graves consequências e complicações (Rabiais, Nunes e Contreiras, 2006 - ADELIA). No entanto, verificou-se que todos eles se enquadravam dentro desta faixa etária, e como tal, foram selecionados todos os utentes que usufruem deste serviço, num total de 23.

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

Após a identificação dos idosos, estes foram informados acerca do projeto pelos funcionários e, posteriormente, foram contatados pessoalmente, de modo a obter a sua autorização para a visita domiciliária e aplicação do questionário.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

O objetivo, tal como referem Imperatori e Giraldes (1986), consiste no “(...) 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” (Tavares, 1990: p.48).

Para os mesmos autores, a meta é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividades” (Tavares, 1990: p.48).

Segundo este último autor, não interessam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática, não tendo de facto qualquer utilidade. Devem conter um conjunto de características, tais como serem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O projeto intitulado “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” foi implementado na unidade de saúde de Alcáçovas, mais precisamente com os 23 utentes que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas.

As questões da segurança individual e coletiva devem ser integradas num plano de promoção de um envelhecimento ativo. A segurança constitui-se como um dos três grandes pilares, preconizados pela OMS para a consecução de um envelhecimento ativo e, como tal, a inexistência desta, pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a sua autonomia, autoestima e independência.

A orientação para o autocuidado, tem como princípio que todas as pessoas devem ser estimuladas a melhorar a sua condição de vida, preservando e melhorando a sua saúde, tanto quanto possível. Questões muito importantes para os idosos passam pela manutenção da sua autonomia e independência durante o maior tempo possível, para que possam sentir-se elementos ativos e dignos, na sua condição humana.

Atendendo aos conceitos anteriormente apresentados, definiu-se como OBJETIVO GERAL:

- Prevenir as quedas no domicílio dos idosos, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, detentor de conhecimentos científicos, encontra-se num lugar privilegiado para prestar cuidados a idosos, bem como fornecer informações e prestar apoio a quem deles cuida. Participa ainda na tomada de decisão acerca dos principais problemas de saúde pública, identificando os problemas/necessidades dos indivíduos/famílias e grupos comunitários, assegurando a continuidade dos cuidados, participando ainda no desenvolvimento e implementação de projetos de intervenção. Esta sua participação ativa visa a capacitação das comunidades, de modo a promover a mudança de comportamentos.

4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO – ALVO

As quedas nos idosos trazem grandes preocupações no sentido em que as suas consequências afetam gravemente a qualidade de vida dos mesmos. Rubenstein (2006) refere que a prevenção de quedas pode começar com atitudes simples, nomeadamente a promoção da saúde, a prevenção da doença, a revisão de medicação, modificações no domicílio, promoção da segurança no domicílio e promoção da segurança fora do domicílio.

O objetivo geral de qualquer projeto, se for construído de uma forma ampla, carece da definição de objetivos específicos que detalhem mais pormenorizadamente a situação em que se pretende intervir. “Os objectivos específicos contribuem assim para que o objectivo

geral seja atingido. Este é, portanto detalhado nas suas diversas componentes, como forma de ser mais facilmente atingido” (Tavares, 1990: p.119).

Neste contexto, foram definidos os seguintes OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a frequência de quedas no domicílio, dos utentes em estudo;
- Identificar os fatores de risco de quedas, no domicílio;
- Informar os idosos sobre as medidas preventivas de quedas no domicílio;
- Eliminar os fatores de risco identificados.

O envelhecimento da população e o aumento da incidência das doenças crónicas e degenerativas obrigam a que, cada vez mais, tenhamos que nos preparar, enquanto profissionais, para dar resposta a estas exigências.

5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com Tavares (1990: p. 169) as atividades que constituem o projeto “...devem ser definidas em função dos objectivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas actividades que não satisfaçam os objectivos previamente estabelecidos – tal só conduz a desperdício de recursos”.

Desta forma, foram planeadas algumas intervenções, de modo a atingir os objetivos propostos para o presente projeto, que serão apresentadas de seguida.

5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

De modo a discutir a pertinência do projeto houve necessidade de reunir com a enfermeira chefe do CSVA, a enfermeira coordenadora da UCC e responsável da SCMA, para apresentação do projeto e respetivo pedido de autorização para a sua implementação (APÊNDICE I).

A proposta de implementação do projeto foi aceite pois, o tema foi considerado pertinente e necessário, tendo em conta as características da população em geral, e da população – alvo em particular.

Foi também dada autorização para a identificação dos idosos que iriam integrar o projeto e sequente contato.

Consulta de dados demográficos

Para a contextualização e justificação do projeto foi necessário proceder à pesquisa bibliográfica para conhecer os dados demográficos da população, de forma a perceber se seria pertinente a implementação de um projeto direcionado para os idosos. De facto, é uma

população bastante envelhecida pelo que, atitudes que contribuam para uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas, seriam importantes e oportunas.

Para a consecução desta atividade foi então feita pesquisa bibliográfica, quer sobre a população idosa, a nível nacional, quer sobre a população idosa do concelho. Foram consultados dados do INE e das próprias autarquias. Após esta pesquisa foi construído parte do enquadramento teórico.

Decidida e justificada a pertinência e atualidade da temática, foram então desenvolvidas as atividades que se seguem.

Reunião com os elementos de enfermagem do CSVA

No dia 4 de Outubro de 2011, por proposta da Sr.^a Enfermeira Chefe do CSVA, foi apresentado o projeto a desenvolver, aos restantes elementos de enfermagem.

Foi então feita uma exposição teórica, sobre as questões do envelhecimento, os índices de envelhecimento e as projeções do INE. Posteriormente, foi apresentado o projeto, nomeadamente os objetivos, as estratégias e as atividades a desenvolver.

Esta reunião tinha o propósito de dar a conhecer o projeto a toda a equipa de enfermagem e, deste modo, após o término do estágio este pudesse ter continuidade.

Estiveram presentes todas as enfermeiras do serviço, tendo demonstrado interesse pela temática pois, é uma realidade bastante premente da sociedade atual.

Elaboração do instrumento de recolha de informação para identificação dos fatores de risco de quedas no domicílio

Para a avaliação dos fatores de risco de quedas no domicílio foi selecionado o questionário como instrumento de recolha de dados. Para a sua construção foi necessária uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática, tendo o mesmo sido construído com base na seguinte literatura:

- Avaliação da segurança em casa de Jefferson Area Board for Aging (1998) (Stanhope e Lancaster, 2011);
- Instrumento para avaliar o risco de quedas (Potter e Perry, 2006);
- Adaptações no domicílio, para prevenir quedas (Duarte e Barbosa, 2011).

Para Lakatos e Marconi (1985) citados por Novais (1998: p.44) instrumentos de pesquisa são “instrumentos utilizados com a finalidade de obter dados que permitem medir o rendimento, a competência, a capacidade ou a conduta dos indivíduos em forma quantitativa”.

Segundo Norwood (2000) citado por Fortin (2009) os questionários apresentam uma grande flexibilidade quanto à sua estrutura, forma e aos meios de recolher informação.

O questionário (APÊNDICE II) é composto por quatro partes. A parte 1 tem como objetivo fazer a caracterização sociodemográfica dos idosos, a parte 2 pretende caracterizar o estado de saúde atual, a terceira parte identifica a existência de alterações na mobilidade do idoso e a última parte tem como finalidade fazer a avaliação das condições de segurança da habitação, no âmbito da prevenção de quedas nos idosos.

Para aplicação do questionário foi necessária a realização de um pré-teste a uma população com características semelhantes à população-alvo.

O objetivo do pré-teste de um instrumento de colheita de dados é “assegurar-lhe validade e precisão” (Gil, 1989: p.133). De acordo com o mesmo autor (p.132) a finalidade do pré-teste é “evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc.”.

Segundo Fortin (2009: p. 386) “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo”.

Desta forma, para a sua validação foi realizado o pré-teste, a utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo, após ter sido feito o pedido de autorização à mesma.

Foram garantidos o anonimato das respostas, a confidencialidade dos dados e a liberdade de participação no estudo, tendo todos os participantes concordado com o preenchimento do mesmo.

Posteriormente foram efetuadas algumas alterações, identificadas como necessárias, nomeadamente na alteração da ordem de algumas questões e a inclusão de mais uma pergunta.

De seguida, procedeu-se à aplicação do questionário aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas, após ter sido também efetuado o pedido de autorização à instituição, tal como já foi referido.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados foram utilizadas técnicas da estatística descritiva.

Realização de visitas domiciliárias

A visita domiciliária tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, preferencialmente focalizando o utente/família como alvo de atenção.

Segundo Kawamoto et al, (1995: p.35), a visita domiciliária constitui uma atividade, de proximidade de assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade. Tradicionalmente tem sido considerada uma importante atividade de Enfermagem de Saúde Pública, uma vez que "...visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socio-económicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso”.

Segundo Bolander (1998: p.502) cuidados domiciliários são definidos como “serviços prestados aos indivíduos e famílias na sua própria residência, com a finalidade de tratar a doença, recuperar ou promover a saúde e proporcionar reabilitação”. Para Silva et al (2002:

p.62) “Prestar cuidados de enfermagem no domicílio, possibilita uma percepção abrangente de toda a dinâmica familiar e contexto social envolvente, que habilita o enfermeiro a identificar recursos/necessidades, a partir dos quais planeia a sua intervenção (...)”.

Por sua vez, Rice (2004: p.62) acrescenta ainda que

“O utente a receber cuidados domiciliários deve ser visto no contexto do ambiente domiciliar e da comunidade em que está inserido. O enfermeiro deve centrar a sua atenção não só nas necessidades do utente em termos de cuidados de saúde, mas também nos factores familiar, sociocultural, económico e ambiental que possam influenciar os cuidados”.

A enfermagem domiciliária não pode, no entanto, ser apenas descrita como cuidados prestados em casa. Engloba um âmbito de atuação muito mais abrangente, com grande valia para a área da saúde. É através da visita domiciliária que se podem avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e a sua família, procurando prestar assistência, acompanhar o seu trabalho, colher dados sobre as condições habitacionais e aplicar medidas de controlo nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar (Martins, 2003).

Apesar de estarem incluídos no projeto 23 idosos, foram feitas apenas 16 visitas domiciliárias pois 7 idosos eram casais, logo viviam no mesmo domicílio.

1.ª visita domiciliária

As visitas domiciliárias foram realizadas no período de 15 a 24 de Junho de 2011 com o objetivo de aplicar o questionário, para, desta forma, identificar alguns fatores de risco subjacentes às quedas já ocorridas mas, essencialmente, às que ainda pudessem vir a ocorrer.

Desta forma, após a visita domiciliária, foram identificados os seguintes fatores de risco para ocorrência de quedas no domicílio:

Relativamente aos dados sobre a **medicação** de cada idoso, verifica-se que 16 tomam quatro ou mais medicamentos por dia (quadro n.º 7), 19 tomam medicamentos anti-

hipertensores, 3 medicamentos diuréticos e dois tomam medicação para a motilidade gastrointestinal.

Quadro n.º 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a quantidade de medicamentos que ingere por dia

Toma mais de 4 medicamentos por dia	Frequência	Porcentagem
Não	7	30,4
Sim	16	69,6
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

Um estudo efetuado por Chaimowicz, Ferreira e Miguel (2000) com o objetivo de determinar a existência ou não de associação entre a utilização de medicamentos psicoativos em idosos com mais de 65 anos e a ocorrência de quedas, demonstrou que existiam problemas com o uso de medicamentos deste grupo. Os ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-hipertensores demonstraram-se inadequados para este grupo populacional e estavam associados à ocorrência de quedas.

É de referir que foi detetada uma situação de sobredosagem de medicação e alertado o filho que tratou de resolver o problema, deslocando-se à unidade de saúde de Alcáçovas, de modo a esclarecer as dúvidas sobre a medicação, com o médico de família.

Como **problemas de saúde atual** verifica-se que 21 idosos têm problemas de visão, 14 têm hipertensão arterial, 14 doença reumática, 14 têm problemas de audição, 6 têm osteoporose, 5 são obesos, 2 têm diabetes e um refere ter insuficiência venosa dos membros inferiores (quadro n.º 8).

Quadro n.º 8 – Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde atuais

Problemas de saúde atual	Frequência
Obesidade	5
Diabetes	2
Hipertensão arterial	14
Doenças reumáticas	14
Osteoporose	6
Problemas de visão	21
Problemas de audição	14
Insuficiência venosa membros inferiores	1

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

Da totalidade dos idosos, 14 indicam ter **dificuldade para caminhar** (quadro n.º 9), referindo terem necessidade de utilizar **auxiliares de marcha**, nomeadamente **bengala** (11) e **muletas** (3). Segundo a Direcção Geral de Saúde (s.d) dois dos fatores de risco para a ocorrência de quedas, apontam para a mobilidade reduzida e uso de bengalas e andarilhos.

Quadro n.º 9 – Distribuição dos inquiridos segundo a dificuldade em caminhar

Dificuldade em caminhar	Frequência	Percentagem
Não	9	39,1
Sim	14	60,9
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população – alvo

Relativamente ao equilíbrio verifica-se que 12 idosos referem ter **necessidade de apoiar pelo menos um braço para se levantarem**, sendo que 16 mencionam ter **problemas de equilíbrio** (quadro n.º 10).

Quadro n.º 10 – Distribuição dos inquiridos segundo problemas de equilíbrio

Problemas de equilíbrio	Frequência	Percentagem
Não	7	30,4
Sim	16	69,6
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população - alvo

Quanto às **quedas**, verifica-se que 17 idosos já sofreram quedas. Destes, 7 já caíram **uma vez**, 4 caíram **duas vezes**, 3 caíram **quatro vezes** e 3 referem ter caído **cinco ou mais vezes** (quadro n.º 11).

Quadro n.º 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a ocorrência de quedas

Ocorrência de quedas	Frequência	Percentagem
Não	6	26,1
Sim	17	73,9
Total	23	100,0

Fonte: questionário aplicado à população - alvo

Dos 17 que já sofreram quedas, 6 referem que ocorreu há **menos de um mês**, 5 referem ter acontecido entre **um e seis meses**, 1 refere ter caído no período de tempo entre **seis meses a um ano** e 5 referem ter caído **há mais de um ano**.

O **local** onde houve maior incidência de quedas foi o quintal (13). No entanto, podem ainda identificar-se outros locais, nomeadamente escadas (1), quarto (3), casa de banho (3), cozinha (2), sala (2) e corredor (1).

Os **motivos** que estiveram na base das quedas devem-se a tonturas (8), desequilíbrio (9) e tropeções (4).

A necessidade de **internamento** ocorreu com 5 idosos, nomeadamente, por fratura de vértebra (1), fratura da articulação escapulo-umeral (1), dores osteoarticulares (1), fratura do colo do fémur (1) e dores musculares na região dorsal (1).

Relativamente aos **compartimentos da casa** (quadro n.º 12) verifica-se que na **casa de banho** 17 idosos têm tapete de borracha no chuveiro, apenas 4 têm barras de segurança no chuveiro, 10 têm assento fixo, 17 têm tapete antiderrapante junto ao chuveiro, 19 usufruem de porta toalhas e suporte para produtos de higiene, apenas 3 têm barras de apoio junto à sanita. Todos os inquiridos têm boa iluminação, 6 possuem luz de emergência e 8 têm piso antiderrapante.

Quanto ao **quarto** 21 idosos referem conseguir apoiar os pés no chão quando sentados na cama e 19 têm o mobiliário fixo ao chão. Todos eles têm acesso a interruptores de luz sem se levantarem da cama. Ainda em relação ao quarto, 19 têm tapetes, 4 têm luz de emergência e todos eles referem não ter fios elétricos soltos.

Em relação à **cozinha** para 18 idosos os armários não são altos, 9 têm chão antiderrapante e 2 têm tapetes. Todos têm boa iluminação. Uma pessoa tem fios elétricos soltos e 5 possuem luz de emergência.

De acordo com os dados obtidos, no que diz respeito à **sala** pode verificar-se que 12 dos idosos têm cadeiras com braços de apoio, 11 referem que os assentos dos sofás são macios e depressíveis e todos eles têm apoios laterais. Todos têm boa iluminação, nenhum tem fios elétricos soltos neste compartimento da casa e 7 têm luz de emergência. Todos têm as mobílias fixas.

Quanto às **escadas/degraus**, estes só existem em 9 habitações. Das habitações que possuem escadas/degraus verifica-se que 6 têm corrimão, todas têm boa iluminação, não existem tapetes junto ao 1.ª e último degrau e 6 referem ter dificuldade em subir/descer os degraus.

Quadro n.º 12 – Distribuição dos idosos por características habitacionais

	Casa de banho		Quarto		Cozinha		Sala		Escadas		
Tapete borracha chuveiro	Sim	17									
	Não	6									
Barras segurança chuveiro	Sim	4									
	Não	19									
Assento fixo	Sim	10									
	Não	13									
Barras segurança sanita	Sim	3									
	Não	20									
Boa iluminação	Sim	23	Sim	23	Sim	23	Sim	23	Sim	23	
	Não	0	Não	0	Não	0	Não	0	Não	0	
Piso antiderrapante	Sim	8			Sim	9					
	Não	15			Não	14					
Luz de emergência	Sim	6	Sim	4	Sim	5	Sim	7			
	Não	17	Não	19	Não	18	Não	16			
Sentado na cama consegue apoiar os pés no chão			Sim	21							
			Não	2							
Mobiliário está fixo ao chão			Sim	19							
			Não	4							
Consegue acender a luz sem se levantar			Sim	23							
			Não	0							
Tapetes			Sim	19	Sim	2					
			Não	4	Não	21					
Fios elétricos soltos			Sim	0	Sim	1	Sim	0	Sim	0	
			Não	23	Não	22	Não	23	Não	23	
Armários muito altos					Sim	5					
					Não	18					
Assentos sofás macios e depressíveis							Sim	11			
							Não	12			
Sofás com apoios laterais							Sim	23			
							Não	0			
Corrimão									Sim	8	
									Não	6	
Dificuldade em subir e descer									Sim	6	
									Não	8	

Fonte: questionário aplicado à população - alvo

Após a apreciação e análise da informação recolhida, os idosos foram informados desses mesmos fatores de risco e da forma de os eliminar. Atendendo às características dos idosos e das habitações, a informação foi a seguinte:

- Colocação de barras de segurança na casa de banho (13 domicílios);
- Colocação de luzes de emergência/presença (13 domicílios);
- Colocação de fixadores de tapetes ou que os mesmos fossem retirados (11 domicílios).

No sentido de facilitar a implementação das medidas corretivas e de envolver os familiares, foi planeada uma reunião com os filhos que habitavam na mesma localidade. Foram então contactados e convocados pessoalmente seis familiares dos idosos. Esta reunião contou ainda com a presença da enfermeira da UCC e da Presidente da JFA. Pretendia-se dar a conhecer o trabalho a ser desenvolvido, pedir colaboração e, identificar necessidades que condicionassem essa mesma colaboração na implementação das medidas. Outra finalidade era dar a conhecer os projetos em curso na CMVA em prol da população idosa. Embora, apenas um familiar tenha estado presente na reunião, todo o projeto e os seus objetivos foram dados a conhecer aos outros familiares não presentes, no momento que em foram convocados para a reunião.

Tendo em conta a pouca adesão dos familiares à reunião, foi feito pedido de colaboração à JFA, para aquisição de apoio técnico para o domicílio destes idosos. Foi assim entregue um documento (APÊNDICE III) onde constam os nomes dos idosos e quais as suas necessidades, bem como os preços dos equipamentos necessários.

Esta proposta, pelo interesse que suscitou foi levada a reunião de Assembleia de Freguesia (APÊNDICE IV). Em resultado desta reunião, a JFA propõe-se elaborar um Regulamento que permita fornecer este tipo de apoios, extensivo a todos os idosos da freguesia que não reúnam condições para a sua aquisição.

A segunda visita domiciliária decorreu durante o mês de novembro de 2011, com a finalidade de verificar se as alterações anteriormente mencionadas tinham sido implementadas.

Apesar de não terem participado na reunião, é de referir que um familiar adquiriu apoios técnicos para a casa de banho e que um outro familiar irá proceder à remodelação da casa de banho da casa de outro casal de idosos. Para além disso, este último, retirou os tapetes de casa, deixando-os apenas no quarto mas fixos ao chão. Os outros idosos, por motivos económicos, estão a aguardar a intervenção da JFA.

Realização de sessões de educação para a saúde sobre medidas preventivas de quedas dirigidas aos utentes e funcionários do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas

A aprendizagem contínua ao longo da vida assume uma importância cada vez maior devido ao envelhecimento da população (Hessel, 2008).

Segundo Assis et al (2007: p.439) a “educação é intrínseca às práticas de saúde e seu valor tem sido reconhecido como dimensão essencial do cuidado em saúde”. Também estes autores defendem que os processos educativos estão na base da prevenção da doença e promoção da saúde e, conseqüentemente, na promoção de um envelhecimento saudável.

“A educação para a saúde é uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde. É praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção” (Redman, 2003: p.3, 4).

Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho (2006: p.21) propõem a seguinte definição de educação para a saúde

“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida”.

A educação para a saúde é uma “(...) missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação” (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005: p.16), deverá ser um ponto fulcral e determinante para os indivíduos adquirirem competências que possam induzir à criação, manutenção e preservação de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Inicialmente foi feito o planejamento das sessões de educação para a saúde (APÊNDICE V) e após preparação das mesmas, de acordo com o tema e a população, foram então apresentadas.

As sessões de educação para a saúde (APÊNDICE VI) foram organizadas em quatro sessões de pequenos grupos:

- A 1.^a aconteceu no dia 17 de Outubro de 2011, contando com a presença de seis utentes do apoio domiciliário e cinco pessoas, que não fazendo parte da população-alvo, manifestaram interesse em assistir;
- A 2.^a sessão foi apresentada no dia 18 de Outubro de 2011, a um grupo de seis utentes;
- A 3.^a sessão ocorreu no dia 24 de Outubro de 2011, contando com a presença de seis utentes;
- A 4.^a sessão aconteceu no dia 25 de Outubro de 2011 e foi apresentada a cinco utentes.

Como método de avaliação destas sessões foi utilizado o debate. Após a apresentação das sessões verificou-se que, no geral, os objetivos tinham sido atingidos. Os utentes mostraram-se muito participativos, relatando as suas experiências e expondo as suas dúvidas. Tendo em atenção que o grupo, na sua maioria, era composto por pessoas analfabetas, as sessões foram compostas por imagens, vídeos e apresentação de materiais que os idosos poderiam utilizar, bem como os locais onde os poderiam adquirir e respetivos preços.

Julgo ser importante referir aqui que, em todas as sessões, as funcionárias do Serviço de Apoio Domiciliário, estiveram presentes, o que considero ser uma mais-valia, uma vez que estarão também mais despertas para os riscos que podem surgir, intervindo também sobre eles.

Divulgação do projeto

Para a divulgação do presente projeto foram elaborados folhetos (APÊNDICE VII) que foram distribuídos pela população em geral, em estabelecimentos comerciais e unidade de

saúde, em Alcáçovas, de modo a que a comunidade tomasse conhecimento do trabalho que estava a ser desenvolvido.

Para além dos folhetos foi também publicado no Boletim Municipal de Viana do Alentejo, edição n.º 73, de Dezembro de 2011, uma nota informativa acerca do projeto, bem como da sua justificação (APÊNDICE VIII).

O projeto e as sessões de educação para a saúde serão apresentados a toda a população na “Semana Cultural 2012”, a decorrer em junho próximo, a convite da Presidente da JFA.

Estabelecimento de parcerias com agentes da comunidade

Segundo Tavares (1990: p.196)

“O envolvimento de outros organismos contribui para a aceitabilidade do projecto entre a população beneficiária. Tais organismos são agentes promotores e facilitadores da sua implementação. Não deverá ser esquecido que esta articulação envolve habitualmente uma negociação entre as duas partes – pedir algo para o projecto exige ter algo”.

Em qualquer projeto de intervenção procura-se o entendimento entre vários organismos, de modo a que se possam rentabilizar recursos, beneficiando todos os intervenientes. O estabelecimento de uma parceria pode determinar e muito, a concretização de um objetivo.

Segundo Tavares (1990: p.195), “a articulação intrasectorial, entre os diversos organismos do sector da saúde e intersectorial, com as instituições não pertencentes a este sector, constitui um aspecto importante a ser levado em conta na elaboração de um projecto”.

De modo a poder desenvolver o projeto e atingir os objetivos propostos, uma das parceiras estabelecidas foi com a Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas após exposição do que se pretendia ao Sr. Provedor e à Sr.^a responsável pelo Lar. Desde logo se mostraram interessados e gratos pela preocupação, até pelas quedas que já tinham ocorrido, tornando alguns idosos mais dependentes, deixando de receber apenas apoio domiciliário passando para regime de internamento. Cederam uma sala para a apresentação das sessões de educação para a saúde e asseguraram ainda o transporte dos idosos para poderem assistir às

sessões. Contou-se com o apoio incondicional das funcionárias, que mesmo fora do horário de serviço, contribuíram para esta atividade, assegurando o transporte dos utentes.

Para a apresentação das sessões de educação para a saúde foi necessária a utilização de um data-show, cedido pelo CSVA e pela JFA.

Para além disso, foi efetuada uma reunião com a Presidente da Junta de Freguesia de Alcáçovas, que muito cordialmente, se mostrou disponível a colaborar neste projeto. Nesta reunião que aconteceu no dia 16 de Novembro de 2011, foram apresentados os objetivos do projeto, a população-alvo e as medidas que haviam sido acionadas, nomeadamente as visitas domiciliárias.

Desta reunião resultou ainda, o pedido por parte da Sr.^a Presidente da Junta de Freguesia, de apresentar o projeto e uma sessão de educação para a saúde, à população em geral, durante a época festiva “Semana Cultural 2012” que acontece anualmente em junho. A mesma referiu que um tema tão pertinente deveria ser alargado à população em geral e, desde logo aceitei o desafio.

Nos dias 21 de outubro e 13 de novembro de 2011, foram enviados pedidos, por via e-mail, a vários laboratórios, com o objetivo de pedir algum tipo de apoio para o presente projeto, nomeadamente ao laboratório da Roche, Mylan, Vitoria, Medinfar, Actavis, Sanofi-aventis, Boehringer e Farmoz. Foi obtida resposta da Boehringer a 15 de novembro de 2011 e da Mylan a 17 de janeiro de 2012. Lamentavelmente nenhum destes laboratórios mostrou disponibilidade.

5.2 – METODOLOGIAS

O planeamento em saúde, é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados.

Para Tavares (1990: p.29) “O planeamento, sendo um dos elementos da tomada de decisão, é portanto uma parte integrante do processo de gestão”. Além disso, este autor defende que, planeamento em saúde

“Procura em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através de um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos” (Tavares, 1990: p.37).

São vários os motivos que levam à necessidade do planeamento em saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) são os seguintes:

- A necessidade de adequação dos recursos existentes devido à escassez dos mesmos, permitindo assim solucionar o maior número de problemas possíveis;
- Intervir nas causas dos problemas, de forma a eliminá-los e a extinguir as causas;
- Definir prioridades segundo critérios cientificamente fundamentados, pois nem todos os problemas identificados têm o mesmo impacto ou facilidade de resolução;
- Evitar intervenções isoladas, pois a saúde resulta de ações múltiplas;
- Coordenar todos os esforços para rentabilizar os resultados;
- Evitar erros de gestão de recursos, muito dispendiosos, e que se poderão traduzir em elevados custos;
- Os equipamentos devem ser diversificados;
- É impreterível a competição com outras prioridades nacionais;
- É necessária a adaptação dos serviços e integração da prestação de cuidados devido a rápida evolução da medicina;
- Maximizar as potencialidades dos técnicos de saúde, pela crescente complexidade tecnológica.

De acordo ainda com este autor, o planeamento em saúde, considerado um processo contínuo deverá integrar várias fases, nomeadamente: o diagnóstico da situação, a definição das prioridades, a fixação dos objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução e a avaliação.

O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO deve permitir a identificação dos principais problemas, dos fatores condicionantes e ser aprofundado o suficiente para explicar a causa dos problemas.

A DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES passa pela seleção dos problemas de saúde que serão resolvidos.

A FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS permite enunciar o resultado desejável do problema.

A SELEÇÃO DA ESTRATÉGIAS permite a escolha de técnicas específicas de forma a atingir os objetivos traçados, onde deve constar um orçamento dos custos, uma avaliação e adequação dos recursos futuros.

A ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS consiste numa análise das atividades necessárias para a execução das estratégias, pretendo atingir um ou mais objetivos.

A PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO é fundamental para o sucesso de um programa. Nesta fase são identificadas e envolvidas entidades parceiras do programa. Para além disso são definidos os calendários de execução, os cronogramas e seleciona-se o responsável pelo seu acompanhamento.

A AValiação, última fase do planeamento em saúde, é onde será feita a identificação dos principais indicadores de controlo da execução, quer em termos materiais quer financeiros.

Para Imperatori e Giraldes (1993: p. 23), o planeamento em saúde baseia-se na “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”.

Também o Plano Nacional de Saúde (2004-2010: p.23), no seu volume I, para a definição de prioridades refere que o planeamento na saúde é definido como “(...) um processo para estabelecer prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações dos recursos”.

O planeamento em saúde permite, no geral, adequar os recursos disponíveis para resolução dos problemas identificados, melhorando assim o desempenho e permitindo atingir os

objetivos propostos. Nem sempre é fácil de alcançar mas, a sua elaboração é imprescindível para o sucesso de qualquer programa ou projeto.

Atendendo a esta metodologia, considerou-se adequado este projeto de intervenção comunitária, tendo em conta as fases do planeamento em saúde e a aposta no envolvimento da comunidade e na responsabilização pelo seu estado de saúde.

5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), as estratégias correspondem a um “...conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos fixados” (Tavares, 1990: p. 143).

Tavares (1990: p. 143) refere ainda que “o estudo detalhado da estratégia não deve ser exagerado”, podendo conter algum detalhe mais minucioso, relativamente aos recursos (humanos, físicos e financeiros). Considera ainda que esta é uma etapa de “...grande criatividade por parte dos planificadores...”, devendo incluir “...um conjunto de passos para a concepção e selecção da estratégia a adoptar.”

Para o presente projeto “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”, foram acionadas as seguintes estratégias:

REALIZAÇÃO DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

A visitação domiciliária pode ser entendida como um conjunto de técnicas, procedimentos e saberes da enfermagem comunitária, utilizados para a intervenção no processo saúde-doença familiar, realizada no domicílio dos utentes.

De acordo com Martins (2003) com o objetivo principal de prestar cuidados de enfermagem diretamente ao indivíduo/família como um todo, no seu próprio ambiente, tendo em vista atingir o mais elevado nível possível de saúde, a visitação domiciliária não é algo improvisado ou voluntário, mas sim uma atividade implementada numa base regular, planeada e coordenada.

Os próprios resultados da visita domiciliária são mais compensadores para o utente/família e para o prestador de cuidados/instituição, quando há um prévio planeamento adequado ao trabalho e uma avaliação constante dos resultados.

O domicílio dos utentes é um lugar privilegiado onde o Enfermeiro assume papéis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos (Sorensen e Luckmann, 1998). Por outro lado, o sucesso deste tipo de cuidados tem por base a intervenção conjunta e complementar de uma equipa multidisciplinar, que envolve instituições e profissionais de áreas distintas, a pessoa e a família. Ao encarar a família como unidade com capacidade de mudança e crescimento, o enfermeiro deve orientar a sua atuação para o autocuidado.

As visitas domiciliárias promovem uma colheita de dados mais eficiente, sobre a estrutura familiar e o ambiente em que as pessoas vivem. Podem ainda proporcionar “...oportunidades para identificar quer as barreiras quer os apoios para atingir os objectivos da promoção da saúde da família” (Stanhope e Lancaster, 1999: p.532).

É através da visita domiciliária que se podem avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e a sua família, procurando prestar apoio, acompanhar o seu trabalho, colher dados sobre as condições habitacionais e principalmente educar.

Desta forma, as visitas domiciliárias contribuíram para a identificação dos fatores de risco inerentes às quedas no domicílio. Para além da observação do ambiente permitiu a discussão destas questões com os próprios idosos e famílias.

REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Após a realização das visitas domiciliárias e aplicados os questionários, foram então efetuadas as sessões de educação para a saúde, conforme planeado.

A promoção da saúde, ao longo dos anos, tem sido objeto de destaque em diversas conferências, nomeadamente a declaração de Alma-Ata, em 1978; a Carta de Otawa, em 1986; a Conferência de Adelaide, em 1988; a Conferência de Sundsvall, em 1991; a Conferência de Jacarta, em 1991 e a Conferência Internacional do México, em 2000.

Enfatizam um conceito ampliado de saúde que valoriza, a interferência da educação para a saúde e das questões ambientais para a manutenção de uma vida saudável.

Segundo Laverack (2008: p.8),

“A promoção da saúde descreve uma relação entre o Estado (que regula as oportunidades da saúde), as economias de mercado (que criam as oportunidades e os riscos da saúde) e os grupos comunitários (que, através das escolhas individuais ou da acção colectiva, influenciam o Estado e as economias de mercado, bem como a sua própria saúde) ”.

Este, é um conceito ainda contestado, por não ter ainda uma definição clara. Segundo a Organização Mundial de Saúde, promoção da saúde é “...um processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para melhorar a sua saúde. Ela se move para além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais.” (WHO, s.d.).

A promoção da saúde inclui a educação para a saúde, sendo que esta, segundo Laverack (2008), promove o aumento da consciência crítica pelos programas de promoção da saúde. Segundo Tones *et al* (1990), citado por Squire (2005) “a educação para a saúde é qualquer actividade intencional concebida com vista a conseguir aprendizagem de saúde ou relacionada com a doença, i.e. alguma mudança relativamente permanente na capacidade ou disposição de um indivíduo”.

Segundo Assis *et al* (2007) a educação pode ser entendida como uma prática social, que ocorre em qualquer altura na vida dos indivíduos. Desta forma, a educação deve adotar estratégias, de forma a incluir os indivíduos ao longo de todo o processo educativo, mantendo uma relação democrática para com eles.

Brouwer *et al* (2003) citado por Menezes e Bachion (2008) referem que, no seu estudo com 38 idosos para determinar a relação dos efeitos de educação e de programas de atividade física na redução das quedas, se verificou que houve redução significativa das quedas naqueles que receberam ambas as intervenções.

A promoção da saúde, integrando a educação para a saúde, aliada a cuidados de saúde preventivos ao longo do ciclo de vida, e principalmente dirigidos à população idosa,

aumenta a sua longevidade, melhora a qualidade de vida, autonomia e mantém a independência, rentabilizando os recursos da sociedade.

Neste sentido, considerou-se pertinente a implementação de um projeto de intervenção comunitária, promovendo a saúde e evitando acidentes que possam conduzir à doença. Cada um de nós deve ser responsabilizado pela sua própria saúde. Para tal, é importante que as nossas decisões sejam tomadas com base na informação recebida, de forma livre e esclarecida, com responsabilidade e consciência.

ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS

A determinação de parcerias ajuda a promover uma melhor saúde para a comunidade envolvida, podendo contribuir para os processos de mudança, sendo que o processo de identificação de necessidades, planeamento, implementação e avaliação poderá ser partilhado por todos aqueles que intervenham no processo, de modo a atingir os objetivos de cada processo (Stanhope e Lancaster, 2011). Segundo estas autoras, as parcerias devem ser flexíveis, negociadas e informadas.

As parcerias, a nível comunitário ajudam a promover respostas de várias entidades, de acordo com os problemas da comunidade, permitindo a participação cívica, devendo estar presentes vários critérios para que seja possível a criação desta ligação, nomeadamente focar-se em questões locais e basear-se em recursos que existam na comunidade. As parcerias devem ainda ser construídas com o objetivo de perdurarem no tempo (Ornelas e Moniz, 2007).

Deste modo, foram envolvidas no presente projeto, a SCMA, a JFA e a CMVA. A colaboração destas entidades foi imprescindível para o desenrolar de todo o trabalho, nomeadamente, para o transporte dos utentes, reserva das salas e de aparelhos audiovisuais para as sessões e ainda salas para reuniões. Também a impressão de folhetos e publicação da informação sobre este projeto foram apoiados. Aguarda-se ainda a obtenção do material de apoio técnico solicitado à JFA que está desde já a envidar todos os esforços para a sua concretização.

5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

“A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento” (Tavares, 1990: p. 71).

Os recursos envolvidos são:

- Recursos materiais e físicos

Folhas de papel A₄, impressora, tinteiros, fotocopiadora, computador, data-show, folhetos, transporte da SCMA, domicílio dos utentes, instalações da JFA e da SCMA.

- Recursos humanos

Provedor da S.C.M.A, responsável pelos funcionários da SCMA, funcionárias da SCMA, presidente da JFA, enfermeira preceptora e aluna.

5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

As entidades contactadas para a operacionalização do projeto foram as seguintes:

- Centro de Saúde de Viana do Alentejo – colaboração na divulgação do projeto e autorização para a implementação do mesmo;
- Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo - colaboração para a realização do pré-teste;
- Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas – colaboração para a implementação do projeto, transporte dos utentes e cedência das instalações;
- Junta de Freguesia de Alcáçovas – colaboração na divulgação do projeto, cedência de instalações e eventual cooperação para aquisição de apoio técnico;

- Câmara Municipal de Viana do Alentejo – colaboração na divulgação do projeto e cedência de informações.

Inicialmente os contactos desenvolvidos com a SCMVA, a SCMA e o CSVA, foram feitos através de carta, para pedido de autorização de aplicação dos questionários, onde foi feita uma breve descrição do projeto e quais os objetivos, conforme anteriormente já referido. Posteriormente os contactos foram feitos pessoalmente.

5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Apesar de ter contado com o apoio dos parceiros envolvidos para a aquisição do material e outras despesas relativas há implementação deste projeto, tal como já foi referido, apresentam-se no quadro nº 13 os gastos que se lhe podem imputar, nomeadamente no que concerne às despesas com materiais consumíveis (papel A4 e tinteiros a cores e preto), valor das horas gastas pela enfermeira (visitação domiciliária e realização das sessões de educação para a saúde) e custos com as deslocações (enfermeira e utentes).

Quadro n.º 13 – Proposta de orçamento

Itens a serem financiados	Valor em €
Materiais consumíveis	200€
Vencimento do enfermeiro (a)	400€
Deslocações	100€

5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

De forma a poder controlar o decorrer de todas as atividades programadas, foi construído um cronograma de GANT (APÊNDICE IX).

O cronograma é fundamental para a realização do projeto, pois servirá de base para o desenvolvimento e acompanhamento do mesmo. Permite, de acordo com o período temporal estipulado inicialmente, programar e executar as atividades delineadas, de um modo coerente e articulado (Carvalhosa, Domingos, e Sequeira, 2010).

As atividades delineadas foram cumpridas dentro do tempo esperado.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é uma forma de poder utilizar a experiência adquirida durante todo o processo de intervenção, de modo a melhorar as atividades e poder planificá-las de uma forma mais eficiente. Para Imperatori e Giraldes (1986) a avaliação é comparar algo com um padrão e implica uma finalidade operativa que é corrigir.

“A avaliação deve ser precisa e pertinente...” e o seu propósito é “...determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo...” (Tavares, 1990: p. 205). Para este autor, embora existam inúmeras dificuldades inerentes ao processo de avaliação, é importante que esteja presente em qualquer projeto, seja em relação aos resultados que se esperam alcançar, seja em relação à sua elaboração, implementação e execução.

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

O projeto “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”, cujo objetivo geral é “Prevenir as quedas no domicílio dos idosos, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas”, tem como objetivos específicos os seguintes:

- Conhecer a frequência de quedas no domicílio, dos utentes em estudo;
- Identificar os fatores de risco de quedas, no domicílio;
- Informar os idosos sobre as medidas preventivas de quedas no domicílio;
- Eliminar os fatores de risco identificados.

CONHECER A FREQUÊNCIA DE QUEDAS NO DOMICÍLIO, DOS UTENTES EM ESTUDO

Para dar resposta a este objetivo foram realizadas 16 visitas domiciliárias a 23 idosos. Relativamente à frequência das quedas, verificou-se que a maioria dos utentes já sofreram quedas (17). Destes 17 que já sofreram quedas, 7 caíram uma vez, 4 caíram duas vezes, 3 caíram quatro vezes e 3 referem ter caído cinco ou mais vezes. Seis idosos referem que a queda ocorreu há menos de um mês, 5 entre um e seis meses, 1 no período de tempo entre seis meses a um ano e 5 há mais de um ano.

IDENTIFICAR OS FATORES DE RISCO DE QUEDAS, NO DOMICÍLIO

Os motivos que estiveram na base das quedas devem-se a tonturas (8), desequilíbrio (9) e tropeções (4). Os dados demonstram que 11 indivíduos vivem sozinhos e que 16 dos indivíduos tomam quatro ou mais medicamentos por dia. De acordo com alguns autores pesquisados e, cuja literatura já foi anteriormente apresentada verifica-se que estes podem ser considerados fatores de risco para a ocorrência de quedas.

Como consequências das quedas 5 dos idosos sofreram fratura de vértebra (1), fratura da articulação escapulo-umeral (1), dores osteoarticulares (1), fratura do colo do fémur (1) e dores musculares na região dorsal (1), havendo a necessidade de serem internados.

Durante as visitas domiciliárias, aquando da aplicação do questionário foram ainda fornecidas algumas informações aos utentes, no sentido de prevenir a ocorrência de quedas, como a aquisição de barras de segurança para a casa de banho, a aquisição de luzes de presença e a remoção de tapetes ou então a sua fixação.

Na sua generalidade as casas são amplas, sem mobiliário que possa impedir os idosos de se deslocarem livremente pela casa e são todas rés-do-chão.

Para avaliação das visitas domiciliárias realizadas foram utilizados os seguintes indicadores de atividade:

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

Em relação ao N.º DE VISITAS DOMICILIÁRIAS realizadas verifica-se que todas elas foram efetuadas de acordo com o que estava planeado:

$$\frac{\text{N.º de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N.º de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$$

$$16/16 \times 100 = 100\%$$

INFORMAR OS IDOSOS SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NO DOMICÍLIO;

Para além da informação cedida durante as visitas domiciliárias, foram ainda realizadas as sessões de educação para a saúde, no sentido de informar os idosos sobre quais as medidas para prevenção de quedas.

Para avaliação das sessões realizadas foram utilizados os seguintes indicadores de atividade:

Quanto ao N.º DE SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE pode verificar-se que todas foram realizadas, conforme planeado:

$$\frac{\text{N.º de sessões de educação para a saúde realizadas}}{\text{N.º de sessões de educação para a saúde programadas}} \times 100$$

$$4/4 \times 100 = 100\%$$

Relativamente ao número de presenças nas sessões de educação para a saúde, todos os idosos estiveram presentes.

$$\frac{\text{N.º idosos presentes nas sessões}}{\text{N.º total da população - alvo}} \times 100$$

$$23/23 \times 100 = 100\%$$

NOTA: para além dos 23 idosos que integravam o projeto estiveram presentes mais cinco idosos que manifestaram interesse em assistir, o que perfaz um total de 28 idosos.

Em relação ao N.º DE PARCERIAS, tinha inicialmente definido estabelecer duas, tendo no percurso do projecto sido possível que as mesmas passassem para quatro.

N.º de parcerias estabelecidas x 100
N.º de visitas parcerias programadas

$$4/2 \times 100 = 200\%$$

ELIMINAR OS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS.

Tal como referido anteriormente, foi feito pedido de apoio à JFA, para aquisição de material de apoio técnico para o domicílio destes utentes. Relativamente a este assunto, neste momento, a JFA encontra-se a elaborar um Regulamento que permita fornecer este tipo de apoios, extensivo a todos os idosos da freguesia que não reúnam condições para a sua aquisição.

É de referir ainda que um familiar dos idosos adquiriu apoios técnicos para a casa de banho e que um outro familiar, irá proceder à remodelação da casa de banho da casa de outro casal de idosos. Para além disso, este último, retirou os tapetes de casa, deixando apenas no quarto mas fixos ao chão.

6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

De acordo com o que estava planeado foram realizadas todas as visitas domiciliárias e sessões de educação para a saúde. No final, para avaliação das sessões, foi feito um debate sobre as questões apresentadas e verificou-se que os idosos se mostraram muito participativos, relatando as suas experiências e a forma de eliminar as barreiras, percebendo-se no final que os objetivos haviam sido atingidos.

De modo a poder proporcionar a continuidade deste projeto, é importante que se possam fazer avaliações, de forma a que no futuro, se possa intervir, eliminando obstáculos e contratempos que possam surgir e que acontecem. Daí Tavares (1999: p. 214) destacar a importância desta fase do projeto referindo que “... da própria avaliação final nasce um novo diagnóstico de situação actualizado e exigindo novas acções, novos planos, com programas e projectos ainda mais inovadores”.

Por fim, é de referir que no final do mês de janeiro, foram apresentados os resultados do projeto à equipa de saúde, à JFA e à SCMA, de modo a que todos tivessem conhecimento do fruto de todo o trabalho desenvolvido e para o qual contribuíram e também para que este possa ter continuidade.

6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Durante as visitas domiciliárias percebeu-se que os idosos consideraram importante a prevenção de quedas, mostrando com agrado os compartimentos da casa, de acordo com as questões colocadas. Durante a visita e depois nas sessões de educação para a saúde foram transmitidas as informações, relativas aos fatores de risco e forma de os corrigir. Com as sessões de educação para a saúde verificou-se, logo após a primeira sessão, que a forma de apresentação era a mais adequada e que tinham de facto percebido a importância das medidas a adotar. Os idosos aceitaram de bom grado, reforçando a necessidade de fazerem as alterações, atendendo às consequências que poderiam advir das quedas, pondo em causa a sua independência, autonomia e qualidade de vida. Uma vez que alguns idosos referem a questão económica como impeditiva da aquisição de algum material, foi feito pedido de colaboração à JFA e alguns laboratórios (farmacêuticos). Estes últimos não colaboraram, mas, relativamente aos apoios da JFA o processo encontra-se a decorrer, como já foi referido anteriormente.

Relativamente ao envolvimento e participação da família, uma vez que houve uma reduzida adesão da mesma à reunião, como já descrito anteriormente, como medida corretiva houve a necessidade de pedir a colaboração da JFA para a aquisição dos apoios para o domicílio destes idosos.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Hoje em dia, a procura de novos conhecimentos, que nos permitam atuar de forma a dar uma melhor resposta à incessante evolução e exigência dos tempos é cada vez mais constante e premente.

Desenvolver a atividade profissional na área da saúde e cuidar de pessoas acarreta consigo um sentido de responsabilidade bem maior, só pelo facto de se tratar...de pessoas!

A formação, hoje em dia, dá-nos a possibilidade de estarmos à altura das exigências e de prestar cuidados de qualidade, de acordo com os recursos existentes.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2003: p. 5) os cuidados de enfermagem

“... tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem”.

Para além disso

“... ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo- -se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (Ordem dos enfermeiros, 2003: p. 5)

Cada elemento de enfermagem pode agora especializar-se numa determinada área, do seu maior interesse e investir nela, permitindo o aprofundamento e a aquisição de competências mais específicas.

Grandes são as alterações que ocorrem na sociedade atual, nomeadamente as alterações demográficas e o aumento das doenças crónicas, o que se traduziu em novas necessidades de saúde e sociais. Neste sentido, os cuidados de saúde primários, pela sua proximidade das populações, têm tomado uma posição cada vez mais relevante, pelo que devem continuar a ser uma aposta no futuro.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010: p. 1) “a enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante e centrada na comunidade”, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública possui competências

“... que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.”

A Ordem dos Enfermeiros (2010) evidencia ainda como competências do Enfermeiro Especialista em Comunitária e de Saúde Pública “...as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (p.1). É assim responsável por identificar as necessidades dos indivíduos de determinada área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, estabelecendo articulações com parceiros comunitários e outros profissionais.

Dita o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, aprovado em assembleia-geral extraordinária a 20 de Novembro de 2010, e de acordo com o artigo 4.^a, alínea a) o Enfermeiro Especialista, “ESTABELECE, COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE, A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE”.

Com este projeto, foi possível elaborar o diagnóstico da situação da comunidade em estudo, de modo a poder intervir junto desta, em prol da promoção da saúde e prevenção da doença, priorizando questões que vão de encontro a um dos fenómenos e necessidades da nossa sociedade, que se caracteriza pelo envelhecimento da população e suas consequências. Após o diagnóstico efetuado e, tendo em conta os dados demográficos, optou-se por

intervir junto da população idosa, na prevenção de quedas no domicílio, podendo assim contribuir para um envelhecimento saudável.

Assim, e de acordo com os dados obtidos foram estabelecidos objetivos e estratégias de modo a que a consecução deste projeto fosse uma realidade. Neste contexto, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, com vista à resolução dos problemas identificados, implementando assim várias atividades, passando pelas visitas domiciliárias, o estabelecimento de parcerias e realização de sessões de educação para a saúde.

Em suma, julgo ter atingido os objetivos de modo a conseguir desenvolver esta competência através da elaboração de um diagnóstico da situação, estabelecendo prioridades, objetivos e estratégias de acordo com as necessidades identificadas, elaborando assim um projeto de intervenção comunitária e sua posterior avaliação.

O regulamento anteriormente referido, na alínea b) do artigo 4.^a, menciona que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública “CONTRIBUI PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES”.

No presente projeto coloca-se em evidência a educação para a saúde na promoção da saúde e prevenção da doença, permitindo a capacitação da população. Neste caso, foi necessário, o apoio de parceiros comunitários, para a implementação de todas as atividades, nomeadamente as sessões de educação para a saúde.

É importante a mobilização de conhecimentos de várias áreas, nomeadamente de enfermagem, que nos permite olhar para o indivíduo como um todo e não apenas como a soma de todas as partes, analisando e compreendendo quais são as suas necessidades. A educação para a saúde tem também um lugar importante pois permite adotar uma postura pedagógica e salientar aquilo que é demais importante em determinado momento, selecionando o que deve ser dito de acordo com a população-alvo. Coloca-se em evidência a educação para a saúde, através da transmissão de informações que lhes permitam adquirir e desenvolver competências para a prevenção de quedas no domicílio e suas consequências.

A melhor forma de poder utilizar estas duas grandes áreas é apelar à nossa capacidade de comunicação, de modo a aproximarmo-nos das pessoas, fazendo com que se sintam seguras

e confiantes e possam, mais facilmente, mudar os seus comportamentos, adotando estilos de vida mais saudáveis.

Na alínea c), do referido artigo, e que consta no regulamento anteriormente mencionado, o Enfermeiro Especialista em Comunitária e de Saúde Pública “INTEGRA A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJECTIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE”.

O atual projeto pretende seguir as diretrizes emanadas pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nomeadamente o Programa para a Saúde das Pessoas Idosas, que visa “... a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida...” exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde. (Direcção Geral de Saúde, 2004: p. 2). Considera, entre outras, como estratégia de atuação “Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores” informando as pessoas idosas sobre deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas e, prevenção de acidentes domésticos e de lazer.

De acordo com estas estratégias, o projeto “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” visa atuar sobre esta população que se encontra mais vulnerável, participando assim na prevenção de quedas no domicílio, contribuindo para a redução de comorbilidades e outras situações graves que daí advêm.

A perspetiva do novo Plano Nacional de Saúde (2012-2016), permite dar continuidade ao plano anterior (2004-2010), no que diz respeito à “*PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA*”. Embora mantenha os capítulos em aberto para discussão, verifica-se que mantém a mesma preocupação com a população idosa. Visa assim uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, promovendo um envelhecimento ativo.

Julgo ter adquirido esta competência através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção desenvolvido, cuja temática está presente no Plano Nacional de Saúde, identificando e monitorizando os resultados obtidos. Não menos importante é a maximização dos recursos necessários para o desenvolvimento das atividades planeadas e a análise do impacto da intervenção na comunidade.

8 – CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos, inicialmente traçados para este projeto, pretendia-se prevenir as quedas no domicílio dos idosos, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas, contribuindo desta forma para a promoção do envelhecimento saudável, deste grupo de idosos.

Os idosos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão já descritos, nomeadamente serem utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da SCMA, terem mais de 75 anos e que aceitassem participar no projeto.

Tendo em conta os resultados obtidos pode-se constatar que:

- ❖ Estes idosos têm idades compreendidas entre os 75 e os 90 anos de idade, sendo a idade mais frequente os 83 anos (6);
- ❖ O maior número de idosos é do sexo masculino (13) no entanto é um valor bastante aproximado do sexo feminino (10);
- ❖ A maioria dos idosos são casados ou vivem em união de facto (12) havendo também um grande número de viúvos (as) (10). Apenas 1 indivíduo é solteiro;
- ❖ Quanto às habilitações literárias, a maioria (12) não sabe ler nem escrever, seguidos de 10 idosos que frequentaram o ensino até à 4.^a classe e 1 embora não tenha frequentado a escola, sabe ler e escrever;
- ❖ Parte destes idosos têm em comum a profissão antes da reforma: trabalhador rural (17). Além destes, 2 foram comerciantes, 1 foi empregada doméstica, 1 diz ter sido mecânico e 1 operário fabril. Apenas 1 idoso refere nunca ter trabalhado;
- ❖ 11 indivíduos vivem sozinhos, 10 vivem com o cônjuge e 2 vivem com o cônjuge e o(s) filho (s);

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

- ❖ Quanto à medicação, verifica-se que 16 idosos tomam quatro ou mais medicamentos por dia. Dos 23 idosos, 19 tomam medicamentos anti-hipertensores, 3 tomam medicamentos diuréticos e 2 tomam medicação para a motilidade gastrointestinal;
- ❖ Como problemas de saúde atual verifica-se que 21 idosos têm problemas de visão, 14 têm hipertensão arterial, 14 têm doença reumática, 14 têm problemas de audição, 6 têm osteoporose, 5 são obesos, 2 têm diabetes e 1 refere insuficiência venosa dos membros inferiores;
- ❖ 14 idosos mencionam ter dificuldade para caminhar, tendo necessidade de utilizar auxiliares de marcha, nomeadamente bengala (11) e muletas (3);
- ❖ 12 idosos referem ter necessidade de apoiar pelo menos um braço para se levantarem, sendo que 16 dizem ter problemas de equilíbrio;
- ❖ 17 dos indivíduos já sofreram quedas, 7 já caíram uma vez, 4 caíram duas vezes, 3 caíram quatro vezes e 3 referem ter caído cinco ou mais vezes. Dos que já sofreram quedas, 6 referem que ocorreu há menos de um mês, 5 entre um e seis meses, 1 no período de tempo entre seis meses a um ano e 5 há mais de um ano;
- ❖ O local onde houve maior incidência de quedas foi o quintal (13). No entanto podem ainda identificar-se outros locais, nomeadamente escadas (1), quarto (3), casa de banho (3), cozinha (2), sala (2) e corredor (1);
- ❖ Os motivos que estiveram subjacentes às quedas foram tonturas (8), desequilíbrio (9) e tropeções (4);
- ❖ Após a queda, 5 idosos tiveram a necessidade de ser internados, em consequência de fratura de vértebra (1), fratura da articulação escapulo-umeral (1), dores osteoarticulares (1), fratura do colo do fémur (1) e dores musculares na região dorsal (1);
- ❖ Na casa de banho 17 idosos têm tapete de borracha no chuveiro, 4 têm barras de segurança no chuveiro, 10 têm assento fixo, 17 têm tapete antiderrapante junto ao chuveiro, 19 usufruem de porta toalhas e suporte para produtos de higiene, 3 têm barras de apoio junto à sanita. Todos os idosos referem ter boa iluminação, 6 possuem luz de emergência e 8 têm piso antiderrapante;

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

- ❖ Quanto ao quarto, 21 idosos conseguem apoiar os pés no chão quando sentados na cama e 19 têm o mobiliário fixo ao chão. Todos eles referem ter acesso a interruptores de luz sem se levantarem da cama, 4 não têm tapetes, 4 têm luz de emergência e nenhum tem fios elétricos soltos;
- ❖ Relativamente à cozinha, para 18 idosos os armários não são altos, 9 têm chão antiderrapante e 2 têm tapetes. Todos têm boa iluminação. Uma pessoa tem fios elétricos soltos e 5 possuem luz de emergência;
- ❖ No que diz respeito à sala pode verificar-se que 12 idosos usam cadeiras com braços de apoio, 11 referem que, embora os assentos dos sofás sejam macios e depressíveis todos eles têm apoios laterais. Todos têm boa iluminação, nenhum tem fios elétricos soltos neste compartimento da casa e 7 têm luz de emergência. Todos referem que as mobílias estão fixas;
- ❖ Quanto às escadas/degraus são 9 as habitações que as têm. Das habitações que possuem escadas/degraus verifica-se que 6 têm corrimão, todos têm boa iluminação, e não existem tapetes junto ao 1.^a e último degrau.

O envelhecimento acarreta consigo vários conceitos e preconceitos, por um lado, traz consigo diversas alterações fisiológicas, e por outro, às situações de dependência em que muitas vezes resultam, acrescenta-se ainda o facto de, por vezes, haver rejeição dos familiares pelos enormes encargos que uma situação de dependência pode acarretar.

Schroots e Birren (1980) referem, citados por Paúl (s.d.; p. 275)

“O envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”.

É então importante poder atuar de modo a que os idosos possam usufruir de um envelhecimento saudável que lhes permita, manterem-se ativos o máximo de tempo possível, reduzindo os níveis de dependência.

Atendendo aos determinantes de saúde e aos pilares básicos preconizados pela Organização Mundial de Saúde, que podem influenciar a forma como a população envelhece, podem existir um variado leque de ações a realizar em prol do envelhecimento das pessoas.

A estrutura política para o envelhecimento ativo, segundo a OMS (2005), inclui três pilares – saúde, participação social e segurança. Esta última está profundamente ligada a questões de proteção, habitações e clima social.

De acordo com a literatura pesquisada e apresentada anteriormente, as quedas nos idosos são frequentes e podem trazer graves consequências para os mesmos, tais como limitações físicas, advindo daí outras complicações, como sejam as psicológicas.

Neste sentido, sendo as quedas nos idosos, uma situação julgada como premente considerou-se pertinente a elaboração e desenvolvimento deste projeto com os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL:

- Prevenir as quedas no domicílio dos idosos, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a frequência de quedas no domicílio, dos utentes em estudo;
- Identificar os fatores de risco de quedas, no domicílio;
- Informar os idosos sobre as medidas preventivas de quedas no domicílio;
- Eliminar os fatores de risco identificados.

As estratégias acionadas foram a realização de sessões de educação para a saúde, a visitação domiciliária e o estabelecimento de parcerias na comunidade, havendo necessidade de realizar reuniões para apresentação do projeto.

Pretende-se que este projeto possa ter continuidade, tendo para isso sido apresentado à equipa de enfermagem, de forma a tomarem conhecimento do mesmo e a sua pertinência nesta comunidade. O envolvimento de outros parceiros e a sua divulgação podem, da mesma forma, contribuir para a sua continuidade.

Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio

A realização do projeto “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio” constituiu-se como um momento importante e essencial para a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Neste caso, a proposta seria prevenir a ocorrência de quedas no domicílio, e penso ter acionado as estratégias possíveis, dentro do tempo limite.

Embora desenvolva a minha atividade profissional em meio hospitalar, foi para mim uma mais-valia ter desenvolvido este projeto, deixando um sabor a “pouco”. Aguçou-me a curiosidade e o interesse pelo trabalho na comunidade.

De acordo com os meus objetivos pessoais e profissionais, espero poder vir a desenvolver atividades no âmbito dos cuidados de saúde primários, quando surgir a oportunidade.

Acredito que o alicerce de um “bom envelhecimento” estará assente na qualidade dos cuidados de saúde primários, e que estes estarão voltados para o futuro, sendo os principais responsáveis pela melhoria da qualidade de vida das populações!

9 – BIBLIOGRAFIA

- Assis, M. *et al* (2007). Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O mundo da saúde*, 31(3): 438-447. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/55/15_promocao_da_saude.pdf
- Bolander, V. (1998) In: Sorensen e Luckmann *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação. Um estudo sobre as práticas de educação pra a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência
- Carvalhosa, A., Domingos, A. e Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um Programa de Intervenção Comunitária*. Acedido em 22 de Outubro de 2011 de, <http://www.scielo.oces.metes.pt/pdf/aps/v28n3a08.pdf>
- Chaimowicz, F., Ferreira, T. e Miguel, D. (2000). Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista. Saúde Pública* , 34 (6). Acedido em 10 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3578.pdf>
- Coutinho, E. e Silva, S. (2002). Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos. *Cad. Saúde Pública*, 18 (5) <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n5/11009.pdf>
- Duarte, N. e Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 171-199). Lidel: Lisboa
- EUNESE - European network for safety among elderly. (2005). Acedido em 7 de Junho de 2011 de, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter_en.pdf
- Fabício, S., Rodrigues, R. e Júnior, M. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, 38 (1). Acedido em 13 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta: Loures
- Gama, Z. e Gómez-Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Revista Saúde Pública*, 42 (5). Acedido em 10 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793.pdf>
- Gil, A. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 2.^a edição Atlas: São Paulo
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista europeia de formação profissional*, n.º 45: 157-180. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/533/45_pt_Hessel.pdf
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1986). *Metodologias de Planeamento de Saúde*. 2.^a ed. Obras Avulsas: Lisboa
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologias de Planeamento de Saúde*. 3.^a ed. Obras Avulsas: Lisboa
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Destaque do INE* Acedido em 19 de Agosto de 2010 de, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2
- INE, Instituto nacional de estatística (2004). Projecções de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050. *Destaque do INE*. Acedido em 19 de Agosto de 2010 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=72193&DESTAQUESmodo=2
- INE, Instituto nacional de estatística (2009). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Destaque*. Acedido em 7 de Junho de 2011 de, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2
- INE – instituto nacional de estatística (2009). Anuário estatístico da região Alentejo. Acedido em 23 de Maio de 2011 de, www.ine.pt];
- INE – instituto nacional de estatística (2011). Censos 2011. *Destaque*. Acedido em 13 de Março de 2012 de, http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Kawamoto, E. (1995). *Enfermagem comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária;

- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde: poder e empoderamento*. 1.^a edição, Lusodidacta: Loures
- Martins, M. (1993). A família, um suporte ao cuidar *Revista Sinais Vitais (50)*. Coimbra
- Menezes, R. e Bachion, M. (2008). Estudo da presença de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva*, 13 (4). Acedido em 10 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/17.pdf>
- Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: estratégias para a saúde*. Acedido em 15 de Março de 2012 de http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf
- Moura, C. (2006). *Século XXI: século do envelhecimento*. 1.^a edição, Lusociência: Loures
- Novais, G. (1998). Relatório de análise de um artigo científico. *Enfermagem em foco*. N.º 29: 40-47
- Novo, A., Mendes, E. e Preto, L. (2011). Risco de quedas em idosos – Influência da capacidade funcional, força muscular e composição corporal. Acedido em 12 de Janeiro de 2012 de, <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6434>
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 12 de Junho de 2011 em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade*. Acedido em 13 de Junho de 2011 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2003). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. *Divulgar*. Acedido em 23 de Junho de 2011 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 6 de Outubro de 2011 de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%Publica_20Nov2010.pdf
- Ornelas, J. e Moniz, M. (2007). Parcerias Comunitárias e Intervenção Preventiva. *Revista Análise Psicológica*, 1 (25), pp.153-158
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.^a edição, Climepsi: Lisboa

- Paúl, C. (s.d). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Acedido em 18 de Agosto de 2010 de, <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
- Polit, D. Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.^a edição, Porto Alegre: Artmed
- Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008. (22 de Fevereiro de 2008). *Diário da República*, Acedido em 15 de Fevereiro de 2012 de, <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>
- Portugal. Decreto – Lei n.º 128/2011. *Diário da República* II Série, n.º 35, artigo 4.º de 18 de Fevereiro. Acedido em 23 de Fevereiro de 2011 de, http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_105/reg_128_20111.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa N.º 13/DGCG de 02/07/04: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direcção Geral de Saúde: Lisboa. Acedido em 10 de Agosto de 2010 de, <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (s.d). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas* [Obtido em 6 de Junho de 2011 de, www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf
- Potter, P. & Perry, A. (2000). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4^a ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan
- Potter, P. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5^a ed. Loures : Lusociência
- Rabiais, S.; Nunes, B.; Contreiras, T. (2006). *ADELIA 2005: Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada*. Acedido em 23 de Maio de 2011 de, http://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/PT_proj_adelia_relafinal-2005_onsa.pdf
- Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Lusociência: Loures
- Ribeiro, A. et al (2006). Influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, 13 (4). Acedido em 10 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3^a ed. Loures: Lusociência
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Formasau: Coimbra

- Roper, N., Logan, W. W. e Tierney, A. J. (1995). *Modelo de enfermagem*. 3.^a edição, McGraw-Hill: Alfragide
- Rubenstein, L. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35 (S2). Acedido em 12 de Janeiro de 2012 de, http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/suppl_2/ii37.full.pdf+html
- Silva, A. (2002). Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados. *Informar - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. (n.º 27). Porto
- Siqueira, F. et al (2007). Prevalência de quedas em idosos e factores associados. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5). Acedido em 10 de Janeiro de 2012 de, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>
- Sorensen, K. e Luckmann, J. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1.^a ed. Lusodidacta: Lisboa
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* 4.^a edição, Lisboa: Lusociência
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7.^a ed. Lusodidacta: Lisboa
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. 1.^a edição, Lusociência: Loures
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: departamento de recursos humanos da saúde
- The swedish national institute of public health (2007). Injury Prevention. In Healthy ageing: a challenge for Europe (pp. 105-111). Acedido em 7 de Junho de 2011 de, http://www.fhi.se/PageFiles/4173/Healthy_ageing.pdf
- Torres, M. e Marques, E. (2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. *VI congresso português de sociologia*. Universidade Nova, Lisboa. Número de série: 233. pp. 1-12. Acedido em 18 de Junho de 2010 em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>
- USF Marginal (2008). Quedas no idoso. Acedido em 15 de Março de 2012 de, <http://www.usfmarginal.com/?p=61>
- Who, *World Health Organization* (s.d.). *health promotion*. Acedido em 17 de Agosto de 2010 em: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

Netgrafia:

- <http://www.cm-vianadoalentejo.pt/NR/rdonlyres/2471AEE5-4214-492C-A5E1-EA70959C6450/28586/CLASVADiagnsticoSocialPDF1.pdf>;
- http://www.cm-vianadoalentejo.pt/NR/rdonlyres/0000d54a/nxztqhyvwsmlzulmjunomoewljdmstg/censos_12011.pdf;