



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua**

Cristina Quadros Niza

Viseu, agosto de 2021



## **Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua**

Cristina Quadros Niza, N° 1385

**Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados  
Integrados de Saúde e Apoio Social**

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, agosto de 2021



À minha família...



## **Agradecimentos**

Para a realização de todo o caminho percorrido ao longo do trabalho desenvolvido, com trajetos por vezes tumultuosos face a vários condicionalismos, a minha profunda gratidão a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me apoiaram e não se esqueceram da minha existência.

Aos meus Pais pelos valores e educação transmitidos, pelo carinho, disponibilidade para ouvir os meus desabafos e inigualável ajuda que me deram!

Ao meu Marido e às minhas duas Filhas que foram sempre o meu “Porto Seguro”! Pela compreensão nas minhas ausências.

À minha irmã, que é a melhor amiga, pela força incondicional. Sem esquecer o Ricardo e a Mafalda!

À Professora Doutora Odete Amaral, pela paciência, orientação e disponibilidade incondicional demonstrada ao longo deste percurso. Agradeço-lhe por ter confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio.

Ao Enfermeiro Mestre e Especialista José Coimbra, meu Tutor, pela demonstração de um Profissionalismo de Excelência, a qual nunca o esquecerei!

À Enfermeira Otilia pela sua disponibilidade, amabilidade durante o estágio.

Agradeço a todos os profissionais da UCC Pedra da Sé e Centro de Saúde de Tábua, que sempre acreditaram que era possível e me deram força para concluir este percurso, agradeço a sua disponibilidade.

A todos os idosos e suas famílias que contatei durante este percurso, e amavelmente aceitaram participar no estudo e terem compreendido o contributo que este trabalho possa fornecer.

A todos os profissionais dos Centros de Dia de Tábua, em especial, aos cuidadores formais pela colaboração e disponibilidade nas intervenções realizadas.

A todos os que se cruzaram no meu caminho, nomeadamente colegas e professores, que me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono deste caminho, só facilitado pela vossa presença e apoio.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus por me amparar nesta caminhada!

**OBRIGADA!**



## Resumo

**Introdução:** O presente relatório resulta do percurso desenvolvido e competências adquiridas durante o Estágio com Relatório final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu. Inicialmente apresenta-se o conjunto das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas. E numa segunda fase foi elaborado um diagnóstico de situação face ao risco de quedas em idosos.

As quedas em idosos representam um grave problema de saúde pública, estando na origem de uma significativa morbimortalidade.

**Objetivos:** Demonstrar as competências adquiridas, através de uma análise crítico-reflexiva de acordo com as atividades desenvolvidas. Avaliar o risco de queda no domicílio, em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua; identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas com o risco de queda no domicílio e identificar os fatores habitacionais associados à queda na amostra supracitada.

**Métodos:** Estudo transversal analítico, com uma amostra de 54 idosos, maioritariamente do género feminino (51,9%), com uma idade média de  $80,81 \pm 7,9$  anos. Para a recolha de dados recorreu-se à aplicação de um formulário anónimo, integrando uma secção de caracterização sociodemográfica, clínica e variáveis contextuais à queda e a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio (Gonçalves, Chaves & Duarte, 2012).

**Resultados:** Cerca de 22,2% dos idosos referiram que já tiveram uma queda no domicílio, dos quais a maioria (83,3%) mencionou que esta ocorreu nos últimos 12 meses. O maior número de quedas verificou-se no quarto e na rua. Os principais motivos de queda foram tonturas/desequilíbrio/AVC (50,0%) e tropeçar (33,3%). O género, o estado civil e as habilitações literárias não se associaram com o risco de queda. Apenas as alterações auditivas, a idade >80 anos se associaram ao risco de queda no quintal (OR=2,86; IC95% 1,08 – 7,57; OR = 1,84; IC95% 1,02 – 3,31, respetivamente). E nas instalações sanitárias uma associação *borderline* (OR = 1,65; IC95% 1,00 – 2,72) com o alto risco de queda nos idosos com idade >80 anos. O quarto (44,4%) e o quintal (37,9%) são as áreas da casa com mais alto risco de queda.

**Conclusão:** Verificou-se que cerca de um quinto da população já teve episódio de queda. As alterações auditivas e idade >80 anos estão associadas ao risco de queda no quintal. E apurou-se que existe uma associação *borderline* entre as instalações sanitárias e o alto risco de queda nos idosos com idade >80 anos. As áreas da casa com alto risco de queda foram o quarto e o quintal. Concluiu-se que a prevenção de quedas em idosos deve constituir uma prioridade para o planeamento em saúde, visando o empoderando dos idosos e dos cuidadores para as consequências deletérias que a queda pode acarretar.

**Palavras-chave:** Idosos; Queda; Prevenção; Enfermagem Comunitária.



## Abstract

**Introduction:** This report results from the developed path and competencies acquired during the Internship with a Final Report: Nursing in Integrated Health Care and Social Support of the 5th Master's Course in Community Nursing at the School of Health in Viseu. Initially, all the developed activities and the acquired skills are presented. And in a second phase, a diagnosis of the situation was elaborated about the risk of elderly falling. These falls represent a serious public health problem, being the cause of a significant morbidity and mortality.

**Objectives:** To demonstrate the acquired skills, through a critical-reflexive analysis according to the activities developed. To evaluate the risk of elderly falling at home enrolled in Day Centers in the municipality of Tábua; identify the sociodemographic and clinical variables related to the risk of falling at home and identify the housing factors associated with the falling in the above sample.

**Methods:** Analytical cross-sectional study, with a sample of 54 elderly, mostly female (51.9%), with a mean age of  $80.81 \pm 7.9$  years. For data collection, an anonymous form was applied, including a section on sociodemographic, clinical and contextual variables related to falls and the Risk Assessment Scale for Falls at Home (Gonçalves, Chaves & Duarte, 2012).

**Results:** About 22.2% of the elderly reported that they had already had a fall at home, of which the majority (83.3%) mentioned that it occurred in the last 12 months. The greatest number of falls occurred in the bedroom and on the street. The main reasons for falls were dizziness/imbalance/stroke (50.0%) and tripping (33.3%). Gender, marital status and educational qualifications were not associated with the risk of falling. Only hearing alterations, age >80 years, were associated with the risk of falling in the backyard (OR=2.86; 95%CI 1.08 – 7.57; OR = 1.84; 95%CI 1.02 – 3.31, respectively). And in the sanitary facilities, a borderline association (OR = 1.65; 95%CI 1.00 – 2.72) with a high risk of falls in the elderly aged >80 years. The bedroom (44.4%) and the backyard (37.9%) are the areas of the house with the highest risk of falling.

**Conclusion:** It was found that about a fifth of the population has had an episode of fall. Hearing changes and age >80 years are associated with the risk of falling in the backyard. And it was found that there is a borderline association between the sanitary facilities and the high risk of falling in the elderly aged >80 years. The areas of the house with the highest risk of falling are the bedroom and backyard. It was concluded that the prevention of falls in the elderly should be a priority for health planning, aiming at empowering the elderly and their caregivers for the harmful consequences that a fall can cause.

**Keywords:** Elderly; Fall; Prevention; Community Nursing.



## Sumário

Introdução .....	19
Parte I – Estágio com Relatório final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social - UCC Pedra da Sé .....	21
1. Competências adquiridas .....	23
2. Atividades realizadas.....	29
3. Avaliação por competências .....	37
Parte II – Investigação – Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua.....	41
Introdução .....	43
1. Métodos .....	49
1.1. Justificação do estudo.....	49
1.2. Tipo de estudo .....	51
1.3. Variáveis e conceptualização do estudo .....	51
1.4. Participantes.....	53
1.5. Instrumento de recolha de dados.....	54
1.6. Procedimentos éticos e formais.....	56
1.7. Procedimentos estatísticos .....	56
2. Resultados .....	59
3. Discussão dos resultados.....	85
Conclusão .....	89
Referências bibliográficas.....	93
Anexos .....	97
Anexo I – Formação sobre “ <i>Burnout</i> ”	
Anexo II – Formação sobre prevenção de quedas em idosos	
Anexo III – Cartaz sobre prevenção de quedas	
Anexo IV – Guia para cuidadores formais sobre medidas preventivas de quedas	
Anexo V - Instrumento de recolha de dados	
Anexo VI - Autorização aos autores da Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio	
Anexo VII - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro	
Anexo VIII – Parecer do Coordenador da UCC Pedra da Sé	
Anexo IX – Autorizações dos Centros de Dia	
Anexo X – Consentimento informado	



## **Lista de figuras**

Figura 1. Fatores de risco e modelo de quedas em idosos.....	45
Figura 2. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	50



## Lista de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	52
Tabela 2. Percentagem das doenças em idosos .....	56
Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo a toma de medicação .....	57
Tabela 4. Distribuição da população idosa segundo o tipo de medicação .....	57
Tabela 5. Distribuição do estado de saúde, visão e audição, das pessoas idosas .....	58
Tabela 6. Utilização de meios para se deslocar.....	58
Tabela 7. Prevalência das quedas no domicílio e dos motivos .....	59
Tabela 8. Quedas no domicílio em função do género e da idade .....	59
Tabela 9. Quedas no domicílio em função da medicação .....	60
Tabela 10. Frequências das caraterísticas da Sala de estar.....	61
Tabela 11. Frequências das caraterísticas do Quarto de dormir.....	62
Tabela 12. Frequências das caraterísticas das Instalações Sanitárias .....	64
Tabela 13. Frequências das caraterísticas do Corredor .....	65
Tabela 14. Frequências das caraterísticas da Cozinha .....	68
Tabela 15. Frequências das caraterísticas das Escadas ou degraus .....	69
Tabela 16. Frequências das caraterísticas do Pátio/Jardim.....	70
Tabela 17. Frequências das caraterísticas do Quintal .....	71
Tabela 18. Risco de queda nas diferentes divisões da casa .....	72
Tabela 19. Género e o risco de quedas em idosos.....	73
Tabela 20. Idade e o risco de quedas em idosos.....	75
Tabela 21. Risco de queda em função do género .....	76
Tabela 22. Risco de queda em função da idade.....	77
Tabela 23. Risco de queda em função do estado civil .....	78
Tabela 24. Risco de queda em função das alterações visuais.....	79
Tabela 25. Risco de queda em função das alterações auditivas .....	80
Tabela 26. Risco de queda em função da utilização de meios para se deslocar .....	81



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

artº - Artigo

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

et al. - e outros autores

INE - Instituto Nacional de Estatística

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Nível de significância

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Programa Statistical Package for the Social Sciences*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



## Introdução

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquanto área específica em Enfermagem, tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde da população e da comunidade, num processo que visa a capacitação das mesmas com o intuito de obter ganhos em saúde. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde do indivíduo, da família e comunidade, estabelecendo prioridades, definindo objetivos e implementando estratégias com vista, *a posteriori*, à avaliação dos resultados obtidos num processo de permanente interação com a comunidade e os seus recursos.

Os cuidados prestados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centram-se nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos e comunidade. Com vista à capacitação e empoderamento da comunidade, o enfermeiro ao ter um profundo conhecimento sobre os determinantes em saúde, especificamente da população de intervenção, identifica as necessidades em saúde da comunidade, concebendo e implementando intervenções direcionadas para as necessidades específicas, assegurando, assim, o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, promovendo a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por conseguinte, o enfermeiro pode e deve atuar de forma a contribuir para o processo de capacitação do indivíduo, da família e comunidade, dirigindo as suas ações, tendo em conta as dificuldades dos mesmos, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

O presente relatório surge no âmbito da realização do Estágio com Relatório final em Enfermagem: Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Pedra da Sé no período de quatro de março a dezasseis de julho de dois mil e vinte e um. Pretende ser elucidativo do percurso realizado com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como da investigação desenvolvida e recorrendo à metodologia do planeamento em saúde para o desenvolvimento da intervenção. O diagnóstico de situação incidiu sobre a prevalência de quedas e identificação de fatores de risco de queda no domicílio em idosos que frequentavam os centros de dia da área de abrangência da UCC Pedra da Sé, ou seja, no concelho de Tábua. Garbin e Dainese (2013) referem que o estágio, como processo de aprendizagem, permite a participação ativa do estudante no planeamento e execução das suas atividades. Desta forma, o presente relatório tem como principal objetivo apresentar de forma sistemática as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo em conta o contexto em que decorreu, como expressão de uma aprendizagem pessoal e profissional no saber-saber,

saber-fazer, saber-estar e saber-ser. Seguiu-se como linha orientadora as competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Pretende-se que este relatório seja uma narração organizada de tudo o que fiz. Para a elaboração do mesmo, a metodologia utilizada é a descritiva da minha realidade de aprendizagem, com observação direta, associada a uma análise pessoal e reflexiva, reflexão crítica, permitindo-me consolidar os conhecimentos adquiridos, incorporando-os nas experiências vivenciadas e permitindo a aquisição de competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, de Saúde Pública, bem como para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Este relatório prova um trabalho de reflexão pessoal, persegue a intenção de permitir uma maior amplitude de análise acerca da prática pessoal da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, através do recurso aos conteúdos teóricos lecionados que constituíram o fio condutor necessário na descrição reflexiva do meu percurso profissional. O estágio promoveu uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências da teoria para a prática. As diferentes situações vivenciadas no período de estágio levam a uma melhoria contínua dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a um crescimento profissional.

Encara-se esta etapa como sendo uma fonte enriquecedora de conhecimentos técnicos e científicos e de relações humanas, quer profissionais, quer pessoais, redirecionando o meu cuidar para a qualidade dos cuidados ao indivíduo, da família e comunidade, o que implicou a realização de uma reflexão crítica do ser e do fazer, com vista à excelência dos cuidados na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Assim, ganha toda a pertinência a reflexão crítica e uma prática baseada na evidência, que se deve fundamentar “nos resultados da investigação científica”, estando

“associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem” (Pina, Veiga-Branco, Cunha, Duarte & Silva, 2020, p. 129).

Assim sendo, em termos estruturais, este relatório inicia com as competências específicas adquiridas, seguindo-se as evidências das atividades realizadas e a avaliação por competências.

**Parte I – Estágio com Relatório final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social - UCC Pedra da Sé**



## **1. Competências adquiridas**

Com este capítulo pretende-se demonstrar, por meio da reflexão crítica, o desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. É fundamental olhar para o caminho percorrido e refletir sobre as decisões tomadas, avaliá-las e ponderar se contribuíram para alcançar os objetivos inicialmente traçados. Desta forma, é assaz importante refletir sobre a prática diária, o que possibilita o crescimento pessoal e profissional. De maneira a poder-se acompanhar a evolução, é necessário formação contínua e a procura constante da melhor evidência científica oferecida pela investigação. A aquisição destas competências específicas tornou-se possível com o decorrer do Estágio com Relatório final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, realizado na UCC Pedra da Sé. Neste sentido, concretizou-se a aplicação prática das competências apreendidas em contexto teórico e as espelhadas no Regulamento n.º 428/2018 da ordem dos Enfermeiros, no decorrer do semestre letivo presente e anterior, de forma eficaz e eficiente.

### **Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, serve de fio condutor, para justificar as competências adquiridas. Neste contexto, ao longo deste percurso as competências que se pretendem atingir são as seguintes:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

- Competências do domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

- Competências do domínio das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

### *Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, durante todo o percurso formativo na UCC Pedra da Sé, foi sempre desenvolvida uma prática profissional e ética, baseada em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando os direitos de todos aqueles que estiveram envolvidos em todo o processo. A aplicação do instrumento de colheita de dados realizada no âmbito do estágio, sempre com o consentimento informado e livre, devidamente esclarecido a cada participante e após cumprir todas as autorizações institucionais e da Comissão de Ética. Não foi colhido nenhum tipo de dados que possibilitasse a identificação dos utentes, o anonimato e a confidencialidade foram sempre assegurados.

No decorrer deste estágio, as tomadas de decisão no decorrer da prática clínica tiveram sempre em conta o respeito pelos direitos humanos. Foram analisadas e interpretadas situações específicas de cuidados especializados, para as quais foram elaboradas intervenções baseadas na responsabilidade, cumprindo os princípios básicos da ética, nomeadamente o princípio da autonomia, o princípio da justiça e o princípio da beneficência e não maleficência.

### *Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*

A criação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (2001) traduziu a necessidade e preocupação com vista à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros. Da mesma forma, este enquadramento concetual é reiterado para a prática especializada de enfermagem definido pelos respetivos colégios da especialidade, pois reflete a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos, por pressupor uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. Neste sentido, todo o processo formativo em estágio refletiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o estabelecimento de um ambiente terapêutico e melhoria contínua da qualidade.

Ainda no contexto deste domínio foi uma preocupação constante a manutenção da qualidade dos cuidados prestados na prevenção da ocorrência de lesões por pressão, aos utentes aos quais eram prestados cuidados no âmbito dos cuidados continuados através das Equipas de Cuidados na Comunidade Integrados (ECCI). Também a

prevenção de quedas, foi bastante enfatizada, sobretudo, em idosos, tema este que foi escolhido para a investigação – intervenção no campo de estágio, na qual foi avaliada o risco de queda no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua e, nesta área, incidiram muitas das minhas intervenções. Nunca foi descurada a segurança na comunicação, quer com os utentes, famílias, grupos e comunidade, mas também no seio da equipa multidisciplinar. A comunicação assume-se, assim, como uma importante “arma” para a prestação de cuidados de enfermagem. Um outro aspeto importante de salientar, foi a possibilidade de realizar visitas domiciliárias o que permitiu desenvolver capacidades de comunicação reagindo a situações imprevistas, que por vezes foram surgindo onde o utente se sente completamente seguro.

### *Competências do domínio da gestão dos cuidados*

No que respeita a este domínio o facto de ter como orientador de estágio o Enfermeiro Coordenador da UCC Pedra da Sé, permitiu compreender como é realizada a gestão dos *stocks*, mas principalmente a gestão dos recursos humanos e materiais. Foi possível, ainda, ter conhecimento do seu funcionamento institucional, tanto da UCC, como da ECCI. Sendo o conhecimento de toda a equipa multidisciplinar, dinâmica de funcionamento da UCC e ECCI fulcral para gerir eficazmente os cuidados.

Ainda neste domínio, foi importante conhecer as metas, projetos, indicadores e objetivos da UCC e ECCI, para poder compreender de forma mais clara e objetiva o modo de funcionamento e articulação dos recursos, e como é feita a referenciação dos utentes para a ECCI, facto este, que até então, desconhecia.

Como a maioria do tempo de estágio foi passado em “*ação no terreno*”, contando por vezes com algumas limitações como sendo o trânsito e as longas distâncias a percorrer apenas com um veículo para dar resposta a todas as necessidades, contribuiu sem sombra de dúvida para perceber a enorme importância que existe no correto planeamento e agendamento das visitas domiciliárias, bem como na gestão de todos os materiais necessários à prestação de cuidados, facto este que foi importante no meu crescimento pessoal e profissional.

### *Competências do domínio das aprendizagens profissionais*

Ao longo do estágio, vários foram os momentos que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Considera-se, assim, que coloquei em prática todo o meu potencial, quer ao nível de conhecimentos teóricos desenvolvidos, como ao nível da relação interpessoal e na gestão de sentimentos, emoções e situações geradoras de *stress*. Deste modo, foi imprescindível mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso, bem como, complementá-la com pesquisa bibliográfica, sempre que necessário. Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2009), afirma que, o enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando sempre a sua prática no conhecimento científico sólido e documentado, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo. No âmbito deste domínio, e de acordo com as necessidades sentidas pela equipa da UCC, foi realizada uma formação em serviço, a toda a equipa multidisciplinar, sobre “*Burnout*”, sendo que o feedback desta foi bastante positivo. A equipa mostrou-se bastante receptiva e esclarecida com a formação dinamizada, correspondendo às suas expectativas.

### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista**

A Ordem dos Enfermeiros afirma que “os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública têm como foco as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos e comunidade, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento comunitário na consecução de projetos de saúde comunitários e exercício da cidadania”. E ainda, que o enfermeiro especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado no domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas a um campo de intervenção” (Ordem Enfermeiros, 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, as

competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem comunitária e de saúde pública são:

- Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para a capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a aquisição destas competências, foi necessário durante este percurso, a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos através do Plano de estudos do Curso de Mestrado e a procura da melhor evidência científica para a tomada de decisão, recorrendo para isso à pesquisa bibliográfica.

### **Competências Específicas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Na área de Enfermagem de saúde Comunitária, é de salientar que, é fundamental a realização da metodologia do Planeamento em Saúde, tendo em consideração as suas diferentes etapas. Assim, aplicando esta metodologia, foi possível determinar quais as áreas prioritárias para intervir. Para tal, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade em questão, estabeleceram-se prioridades, e formularam-se objetivos e estratégias face à priorização das necessidades. Seguidamente, foi estabelecido um projeto de intervenção intitulado “Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua”, com a finalidade de resolver os problemas identificados. Deste modo, procedeu-se à recolha de dados, foram posteriormente analisados e apresentados os resultados obtidos. E, com base na evidência científica foram tomadas decisões em saúde, concebidas, planeadas e executadas intervenções para os problemas identificados. Contudo, devido aos condicionamentos decorrentes da fase pandémica que se vive, e pela curta duração do estágio, não foi possível avaliar o projeto de intervenção aplicado, por forma a monitorizar a sua eficácia, bem como a quantificação de ganhos em saúde da comunidade.

Neste âmbito, este estágio contribuiu essencialmente para a aquisição das competências “*Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” e “*Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades*”, pois objetivou-se capacitar os cuidadores formais dos Centros de Dia para a prevenção de quedas em idosos. Para alcançar esta

competência, é de realçar a minha participação com a colaboração da equipa da UCC e ECCI, em parceria com os Centros de Dia, nas intervenções planeadas. Assim, foram realizadas sessões de formação aos cuidadores formais dos Centros de Dia sobre a temática tratada. Foi também criado um guia com medidas para a prevenção de quedas em idosos, e cartazes alusivos ao tema, que foram elaborados para os cuidadores formais consultarem sempre que surgissem dúvidas. Como estratégia para atingir os objetivos propostos foram também realizadas visitas domiciliárias aos idosos, com a finalidade de recolha de dados para o estudo, e também para a promoção da sua capacitação e da sua família, no que concerne à prevenção de quedas. Para todo este processo de promoção da capacitação foi fulcral gerir a informação em saúde e adequá-la aos grupos em causa.

O estágio possibilitou também o desenvolvimento de outras atividades com elevado interesse e que vão de encontro a outra das competências do enfermeiro especialista nesta área - *“Integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”*. Neste âmbito, foi possível participar ativamente nos desígnios do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente, através da compreensão das metas em saúde para 2020, sobretudo em *“Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%”* através da participação nas intervenções direcionadas para os idosos inscritos em Centros de Dia, com o objetivo central de prevenir quedas nesta faixa etária.

No que respeita à competência - *“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”*, com a realização do estágio na UCC Pedra da Sé também foi alcançada, na medida que, também foi realizada pesquisa bibliográfica, nomeadamente, sobre a epidemiologia das quedas, o que tornou possível verificar que é necessária a existência de informação precisa sobre esta temática, com o objetivo de melhorar a prática de cuidados através de um planeamento em saúde eficaz. Neste sentido, os conhecimentos que resultam da investigação proporcionam o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Foi, portanto, muito enriquecedor poder percorrer todas as fases do planeamento desde a identificação do problema até à intervenção. Também o formulário construído servirá para a vigilância epidemiológica do risco de quedas em todos os utentes que integrem os centros de dia e a ECCI.

## **2. Atividades realizadas**

No decorrer deste estágio, em contexto comunitário, todas as atividades desenvolvidas, traduziram-se como uma experiência fundamental, para a preparação de um futuro profissional na prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência. Desta forma, este estágio, revelou-se como uma oportunidade privilegiada para a consolidação de conhecimentos, quer adquiridos ao longo da vida profissional, quer ao longo do mestrado. Neste sentido, as atividades planeadas e desenvolvidas foram muito importantes e pertinentes para o sucesso do estágio e também para todo o processo formativo e de aquisição de competências especializadas. Sabendo que, o percurso na área comunitária ainda agora está a começar e que o processo de aprendizagem é contínuo, tem-se a consciência de que, é necessário, muita aprendizagem e evolução, pois há um longo caminho a percorrer. Por conseguinte, os objetivos inicialmente traçados, bem como as atividades realizadas para os alcançar foram atingidos. De igual modo, este sucesso, deve-se também ao projeto de estágio previamente realizado, assim como, ao apoio e disponibilidade da orientação, quer a nível do campo de estágio, através do enfermeiro tutor e pela professora orientadora e responsável pelo estágio. Houve sempre uma grande disponibilidade por parte da tutoria, e da restante equipa, o que permitiu atingir a maioria das atividades anteriormente programadas no projeto.

De seguida, enuncio os objetivos específicos delineados, e também as atividades que os permitiram concretizar, bem como, uma descrição e apreciação crítica das mesmas.

### **Objetivo 1 - Conhecer a organização e funcionamento da Unidade de Cuidados à Comunidade Pedra da Sé**

No primeiro dia de estágio, fui recebida pela Sr. Enfermeiro José António Coimbra (Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária), que mostrou toda a estrutura física da UCC, de forma que, para além de ver a orientação física no espaço também pude observar os vários tipos de recursos disponíveis. Também me foi apresentada a equipa desta unidade funcional, bem como as funções inerentes aos vários profissionais. Com o decorrer do estágio, tive oportunidade de conhecer melhor toda a equipa que se disponibilizou para esclarecer qualquer dúvida que fosse surgindo ao longo do estágio e para ajudar na conclusão das atividades planeadas. Tenho de realçar que, existe um excelente ambiente de trabalho no seio da equipa e que, esta

sempre se mostrou recetiva e pronta a colaborar comigo, encontrando de igual forma, total interesse e disponibilidade da minha parte.

Na minha opinião, foi com facilidade que me integrei na equipa, estabelecendo uma relação empática com os vários profissionais de saúde, facto que contribuiu para a existência de um adequado ambiente de trabalho, facilitador do processo de integração. A equipa caracteriza-se por ser dinâmica, personalizada, humana, prestando cuidados baseados na evidência científica, e privilegia como alvo de cuidados, a comunidade. A UCC Pedra da Sé – Centro de Saúde de Tábua – pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte, que faz parte da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. As atividades foram desenvolvidas no âmbito da ECCI, a qual faz parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e é constituída por profissionais de várias áreas que desenvolvem a sua ação fundamentalmente junto da comunidade, seja na prestação de cuidados médicos e de enfermagem, seja no acompanhamento de pessoas, famílias ou grupos mais vulneráveis. Esta UCC, iniciou a sua atividade enquanto unidade funcional a 11 de agosto de 2010, tendo como missão: contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar da comunidade, assegurando cuidados de saúde de qualidade ao nível da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. E como visão, pretende ser uma unidade de cuidados reconhecida como estrutura de referência, nos cuidados a prestar à comunidade que abrange. Defendendo os seguintes valores: Compromisso, Disponibilidade, Dedicção, Partilha, Equidade, Responsabilidade Social e Qualidade. A equipa da UCC Pedra da Sé é constituída por 3 enfermeiros: José António Coimbra, Maria José Esteves e Otilia Brito, sendo que, a coordenação está a cargo do Sr. Enfermeiro José António Coimbra. Conta ainda com a Assistente Técnica: Maria Arminda Pereira; o Técnico de Serviço Social: Paulo Oliveira e o Médico de Família do respetivo utente. Esta UCC presta cuidados aos utentes do Centro de Saúde de Tábua.

Considero que as atividades preconizadas e desenvolvidas permitiram atingir o objetivo proposto. Contudo, considero que a integração gradual no normal desempenho das atividades e a possibilidade de esclarecer dúvidas com a equipa, contribuíram em grande parte para o que considero uma boa atuação e integração na dinâmica e organização desta UCC.

## **Objetivo 2 – Desenvolver competências relacionais e comunicacionais adequadas às pessoas, grupos e/ou comunidades**

À semelhança do objetivo anterior, este também foi concretizado. Ao longo do estágio, desenvolvi competências relacionais e comunicacionais adequadas para dar resposta aos problemas das pessoas, grupos e /ou comunidades. Desta forma, realizei uma participação ativa no processo de intervenção utente/família com necessidade de cuidados especializados, recolhi e transmiti informação relevante aos agentes intervenientes do processo, e priorizo em conformidade com os diagnósticos de enfermagem e o respetivo plano de cuidados individualizados, bem como com os recursos existentes. Neste âmbito, importa salientar que a comunicação efetiva em enfermagem na prestação de cuidados de saúde se assume como uma prática profissional especializada e centrada numa relação empática e assertiva, considerada como um elemento chave para a qualidade dos cuidados (Amorim, Barlem, Mattos, Costa & Oliveira, 2019). Para que a comunicação seja efetiva, é essencial que o enfermeiro desenvolva um conjunto de conhecimentos e competências, nomeadamente técnicas, habilidades e atitudes apropriadas a cada contexto do exercício profissional. É que a efetividade da comunicação possibilita a satisfação de quem se presta cuidados e uma melhor adesão aos cuidados (Brás & Ferreira, 2016). Defendi sempre o consentimento informado, bem como a capacitação do indivíduo/família/grupos/comunidade de forma a tomarem decisões fundamentadas e esclarecidas. Assim, este objetivo foi concretizado, também pela minha participação nas atividades planeadas no âmbito da ECCI, nomeadamente, através da intervenção realizada nos Centros de Dia, dinamizada com formações, elaboração de cartazes e de um guia para cuidadores formais com a finalidade de prevenir quedas em idosos.

Foi sempre estabelecida uma comunicação terapêutica com utente/família/comunidade mostrando sempre empatia e solidariedade, adequando a linguagem e vocabulário à situação. Foram criadas relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, sempre num ambiente físico, psicossocial, cultural, espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/família, nomeadamente em relação à terapêutica, dados e registos. Trabalhei em colaboração com todos os elementos da equipa multidisciplinar, de forma a promover o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com a mesma.

**Objetivo 3 – Planear, executar e avaliar cuidados integrados de saúde na prática especializada em situação de dependência de acordo com os recursos existentes de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo/família/grupo e comunidade**

Este objetivo foi cumprido com o estabelecimento de planos de cuidados de enfermagem, envolvendo sempre o utente/família/grupos/comunidade, tendo sempre presente a promoção da educação para a saúde, nos diversos contextos, na integração em redes de apoio ao indivíduo e famílias em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que exija um acompanhamento mais próximo. Neste sentido, pude compreender toda a dinâmica de cuidados no âmbito da ECCI, que assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Pude compreender que, os Cuidados Continuados no Domicílio, prestados pela equipa da ECCI, destinam-se a utentes residentes na área de influência da UCC Pedra de Sé e inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Tábuia, que cumpram os seguintes critérios: Geral – Utente em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento e que não pode deslocar-se de forma autónoma; Específicos - Deterioração na realização das atividades de vida diária e pelo menos uma das seguintes situações: Incapacidade de gestão do regime terapêutico; Necessidade de cuidados de saúde mais de 3 vezes por semana; Necessidade de cuidados mais de uma vez por dia; Necessidade de cuidados com intervenção superior a 90 minutos (incluindo tempo de deslocação); Necessidade de cuidados de saúde para além dos dias úteis ou fora do horário entre as 8 e as 20 horas.

Neste sentido, foi fundamental a organização do trabalho gerindo eficazmente o tempo; o estabelecimento de prioridades de atuação de acordo com as necessidades em saúde identificadas; a realização de colheita de dados da história pessoal do utente/família/comunidade; o reconhecimento das reais necessidades de saúde do utente/família/comunidade. Houve também a necessidade da realização de ensinamentos em conformidade com as necessidades de saúde identificadas e/ou possíveis riscos/complicações, bem como outras intervenções junto do utente/família/grupos/comunidade assumindo um papel fundamental no diagnóstico, planeamento e intervenção na saúde, visando um envolvimento e capacitação que os permita gerir a sua própria saúde. Tudo isto, com a finalidade de colmatar as necessidades identificadas no sentido de promover a qualidade de vida do indivíduo/família/grupo e comunidade.

#### **Objetivo 4 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

Este objetivo também foi alcançado, pois a minha abordagem em relação ao indivíduo/família/cuidadores foi sempre de promoção do conhecimento relativamente à condição de saúde, com a finalidade de capacitá-los. Aquando das visitas domiciliárias de âmbito da ECCI, sempre espelhei e dei primazia à comunicação e intervenção na promoção da saúde, promoção de estilos de vida saudáveis, perceção das condições e situações de risco. No âmbito do desenvolvimento do meu estudo de investigação e intervenção, este objetivo também foi conseguido, nomeadamente com a realização de formações sobre a prevenção de quedas em idosos, dinamizadas em Centros de Dia para cuidadores formais. Assim, em todas as atividades desenvolvidas no Âmbito da ECCI foi sempre preconizada a promoção da saúde e prevenção da doença, problemas/necessidades e complicações, e esclarecida verbalmente e em suporte escrito sempre que necessária. As intervenções foram sempre dirigidas com a finalidade de manter e/ou desenvolver as capacidades do indivíduo/família/cuidador para uma vivência o mais autónoma possível.

#### **Objetivo 5 - Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, inseridos na dinâmica da ECCI, ao indivíduo e famílias mais vulneráveis, em situação de maior risco, ou doença que requeira acompanhamento próximo**

Quanto a este objetivo também foi executado, os enfermeiros da UCC integraram-me em toda a dinâmica da ECCI da UCC Pedra da Sé. A integração foi facilitada por todo o ambiente acolhedor no seio da equipa, bem como espírito de interajuda. Foi sempre estabelecido um plano de cuidados de enfermagem individualizado, envolvendo sempre o utente/família/comunidade. Realizou-se em todos os contatos a educação para a saúde, bem como, o apoio ao utente e à família/cuidadores, na satisfação das suas necessidades físicas, mentais e sociais.

Por forma a realizar a integração em redes de apoio ao indivíduo e famílias em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que exija um acompanhamento mais próximo, foram considerados os critérios de admissão na ECCI, e após o seu cumprimento, foi realizada a admissão do doente na ECCI.

Particpei nas visitas domiciliárias aos doentes em ECCI, prestando os cuidados de enfermagem necessários, nomeadamente, medidas terapêuticas, gestão do regime terapêutico, capacitação do prestador de cuidados, educação para a saúde. Particpei também nas reuniões multidisciplinares da ECCI. Todas as intervenções foram

registadas na plataforma *Sclínico* e *Gest care*. Foi também possível realizar a admissão de utentes, transferências (ex: em caso de hospitalização ou readmissão à RNCCI) e alta, para tal foi necessário rever e compreender toda a legislação existente sobre RNCCI.

Ainda no cumprimento deste objetivo, foi-me solicitada a realização de uma formação à equipa multidisciplinar sobre “*Burnout*” (cf. Anexo I), a qual realizei, sendo que o feedback da equipa foi bastante positivo. A equipa mostrou-se bastante recetiva e esclarecida com a formação que dinamizei, correspondendo às suas expetativas.

**Objetivo 6 - Promover uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento profissional e de envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, contribuindo para a visibilidade dos serviços como organização inteligente e inovadora**

O processo de interação com o alvo dos cuidados é sempre baseado numa relação terapêutica com uma comunicação assertiva, e sem quaisquer juízos de valor. A minha prestação de cuidados de enfermagem, é suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas, para tal realizo de forma permanente e sempre que necessário, pesquisas e aprofundo os meus conhecimentos nas áreas onde tenho dúvidas. Fundamentando sempre a minha prática na evidência científica. Respeito os princípios éticos, deontológicos e legais. Desta forma, este objetivo encontra-se concretizado.

**Objetivo 7 - Implementar um projeto de intervenção na prática, no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social.**

Durante os primeiros dias de estágio na UCC Pedra da Sé inteirei-me e analisei as necessidades e prioridades da população abrangida pela UCC por forma a realizar e implementar um projeto. Desta forma, em conjunto com a equipa multidisciplinar, de acordo com a prioridade de intervenção na população e face ao contexto de pandemia e tempo de realização do estágio, decidiu-se pela elaboração de um projeto na área da prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua. Para tal, foi realizado o desenho de investigação sobre as diferentes etapas do projeto e selecionada a amostra a estudar. Foi elaborado um instrumento de colheita de dados, e pedidas as autorizações necessárias para a realização do estudo. Realizou-se a colheita de dados através de visitas domiciliárias previamente agendadas. E após tratamento e análise dos dados foram elaboradas e dinamizadas intervenções (cf. Anexo II) sobre o

tema em estudo aos cuidadores formais dos Centros de Dia e elaborados cartazes (cf. Anexo III) e um guia para os cuidadores formais sobre medidas preventivas de quedas (cf. Anexo VI)

### **Objetivo 8 - Dinamizar processos de mudança e inovação, através dos resultados de investigação**

Neste estágio foi fundamental a realização de pesquisa bibliográfica pertinente por forma a atualizar conhecimentos previamente adquiridos para uma melhor adequação das intervenções especializadas em Enfermagem Comunitária. Assim, com a adequação dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos na área da Enfermagem Comunitária é possível reconhecer as necessidades comprometidas do utente/família/grupos/comunidade sob o ponto de vista físico, funcional, emocional e psíquico. Assim, penso que este objetivo também foi concretizado.

### **Objetivo 9 – Elaborar o Relatório Final sobre o tema “Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua”**

Este objetivo, à semelhança dos demais, foi alcançado. Desta forma, foi realizado um estudo sobre o tema supracitado, no âmbito do qual, foi elaborado o desenho de investigação sobre as diferentes etapas do projeto, selecionada a amostra a estudar. Foi elaborado um instrumento de colheita de dados, e pedidas as autorizações necessárias para a realização do estudo. Realizou-se a colheita de dados através de visitas domiciliárias previamente agendadas. Procedeu-se à análise dos resultados, que foram comunicados as Centros de dia e à UCC Pedra da Sé.

Foram posteriormente dinamizadas formações sobre o tema em estudo aos cuidadores formais dos Centros de Dia e elaborados cartazes e um guia para os cuidadores formais sobre medidas preventivas de quedas. Realizaram-se intervenções individual/ou em grupo, no sentido de diminuir/eliminar os fatores de risco de queda no domicílio.



### **3. Avaliação por competências**

Para Le Boterf (2003), a competência é abstrata não tem existência material e depende de uma pessoa para a concretizar. Desta forma, competência não é um estado, mas sim uma ação resultante da combinação de recursos pessoais como os conhecimentos, habilidades, qualidades, experiências, capacidades cognitivas e recursos emocionais. A competência do profissional consiste em saber interligar esses recursos para originar uma ação competente: “o saber combinatório está no centro de todas as competências” (Le Boterf, 2003, p.12).

Neste sentido, é importante fazer-se uma avaliação das competências adquiridas, que se traduzem na capacidade de mobilizar diferentes recursos cognitivos como meio de fazer face a situações singulares. Tem-se consciência que as competências profissionais são construídas e avaliadas em formação e também na prática profissional. Assim sendo, a elaboração deste relatório é o culminar de uma etapa de assaz importância, que se transformou num percurso de aprendizagem fundamentado no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Neste sentido, pretendi partilhar a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e comunicacionais, desenvolvidas ao longo do estágio que teve lugar na UCC Pedra da Sé. Foi um processo de aprendizagem rico em oportunidades, que me possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos, competências e habilidades práticas e capacidade de reflexão, intrínsecas ao meu desempenho.

#### **Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No decorrer do estágio foi desenvolvida uma prestação de cuidados segura, respeitando, sempre os direitos humanos e a dignidade da pessoa, com garantia da responsabilidade profissional, princípios éticos, legais e deontológicos, o que vai de encontro ao Artigo n.º 99 da Lei n.º 156/2015 de 10 de janeiro, o qual afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 8078).

Ao longo de todo o estágio prestei cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, agindo em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, assim como dos seus familiares ou pessoa significativa. Na procura da excelência do exercício profissional, a minha postura foi pautada pela análise e reflexão acerca dos meus atos, com o objetivo de reconhecer eventuais falhas que requeiram uma mudança. Além disso, procurei

sempre fundamentar a minha *praxis* clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente fundamentadas na evidência científica. Deste modo, adquiri com sucesso competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob o respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Quanto ao domínio da gestão da qualidade, e da sua melhoria contínua considero ter desenvolvido esta competência, tendo em conta todas as atividades realizadas, e todo o trabalho desenvolvido na minha prática especializada, sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar da UCC. Através de toda a minha prática especializada, participei de forma ativa em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, elaborando um guia para cuidadores formais sobre o tema “prevenção de quedas em idosos”, destinados aos cuidadores formais dos Centros de Dia do concelho de Tábua. Ainda no mesmo domínio, pude também criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

### **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

No domínio da gestão de cuidados, considero ter sido autónoma e proactiva, participando na tomada de decisões, colaborando com toda a equipa multidisciplinar, otimizando o trabalho e adequando os recursos às necessidades de cuidados, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Além disso, demonstrei a capacidade de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto, com a finalidade da otimização da qualidade de cuidados. Ainda relativamente a este domínio, posso afirmar que, tenho agora uma noção mais clara que a gestão de cuidados não é fácil, e constituí um desafio para o enfermeiro especialista. Considero que, o trabalho em equipa aliado a uma gestão competente permite ao enfermeiro especialista poder alcançar a excelência dos cuidados.

Durante o estágio fui autónoma e otimizei recursos, demonstrei que a minha capacidade em trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e contexto. Desta forma, como enfermeira especialista desenvolvi competências e conhecimentos que me permitiram uma gestão de cuidados, que potencia a excelência dos mesmos.

## **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

No respeitante ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, realçando que a minha *praxis* clínica especializada foi sempre alicerçada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos e na mais atualizada evidência científica. Este domínio é essencial a todo o processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, pois dota-o de instrumentos que potenciam os seus cuidados. Posso destacar que, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, e a minha *praxis* clínica especializada foi sempre baseada na evidência científica. Nomeadamente, foi necessário, aprofundar conhecimentos sobre a técnica correta para realizar terapia compressiva em úlceras venosas de perna. Para tal, recorri à literatura e à evidência científica para apoiar a minha prática face a este procedimento, e todos os cuidados a ele inerentes.

## **Competências Específicas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Neste domínio, e segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, é preconizado que, o enfermeiro desenvolva as seguintes competências: *Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para a capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.*

Posto isto, e face ao descrito no capítulo que retrata as competências específicas adquiridas, posso afirmar que, ao longo deste processo formativo, no qual desenvolvi o meu projeto de investigação e intervenção, todo ele, foi baseado na metodologia do *Planeamento em Saúde*, seguindo todas as etapas dele decorrentes, com vista a auxiliar na tomada de decisão, bem como na racionalização na aplicação dos recursos de saúde.

Em relação à competência: *Contribui para a capacitação de grupos e comunidades*, todas as intervenções foram desenvolvidas com vista à capacitação, para tal, foram dinamizadas sessões de formação para os cuidadores formais dos Centros de Dia, bem como, realizados ensinios aos idosos e famílias e disponibilizada

informação. Sendo, desta forma, mobilizados conhecimentos de diferentes disciplinas para atingir os objetivos traçados. E aquando das visitas e com uma comunicação eficaz e uma observação, sempre que identificada alguma necessidade ou partilhada alguma dificuldade, sempre privilegiei a minha atuação para a promoção, capacitação e autonomia do indivíduo/família e comunidade.

A competência: *Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*, foi também desenvolvida, uma vez que todo o processo formativo de prática clínica especializada foi alicerçado no Plano Nacional de Saúde, indo de encontro aos seus desígnios, nomeadamente, através da compreensão das metas em saúde para 2020. Com base no Plano Nacional de Saúde, uma das metas a alcançar é *aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%*, e com a prevenção de quedas em idosos, esta meta está a ser espelhada.

No que concerne à competência: *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*. Sendo a vigilância epidemiológica de extrema importância, foi necessário através dela analisar e compreender os fenómenos de saúde-doença, por forma a solucionar problemas de saúde pública, utilizando sempre a evidência científica.

**Parte II – Investigação – Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua**



## Introdução

Com o percurso ao longo do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e após a decisão pela área a investigar com o propósito da melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa de saúde através da identificação de fatores modificáveis, planeamento e implementação de intervenções baseadas na evidência e no conhecimento da realidade. Assim, e após a colheita e análise dos resultados, elaborou-se um projeto de intervenção local para cuidadores formais e idosos por forma a minimizar o risco e os fatores associados às quedas, com o objetivo central de prevenir quedas em idosos.

As quedas surgem “na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar” e que “o seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(7). De acordo com o mesmo documento, as “quedas representam, portanto, um grave problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos, estimando-se que a estadia hospitalar possa variar “entre quatro e 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano” (Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(7). Por tal, as quedas configuram-se como um acontecimento de elevado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade.

Pode definir-se queda como “*um deslocamento do corpo não intencional para um nível inferior à posição inicial, sendo que este deslocamento não é corrigido em tempo útil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal*” (Torrão, 2016, p. 27). Rodrigues, Fraga e Barros (2014) definem queda como um contacto não intencional com a superfície de apoio, consequente da alteração da posição da pessoa para um nível inferior à sua posição inicial, sem precedência de perda da consciência ou resultante de força externa, como um acidente inevitável ou como um incidente que decorre da perda do equilíbrio postural, podendo relacionar-se com a insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Segundo a OMS (OMS, 2008), as quedas são definidas como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não. O mesmo é reforçado pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE, 2017), que define queda pelo foco de cair: “executar uma descida de um corpo a nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos e permanecer na vertical”. Portanto, uma queda sucede quando “uma pessoa que cai inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, com ou sem lesão”,

classificando-se em “quedas fisiológicas previstas”, referentes às que “ocorrem nas pessoas com risco de queda, designadamente com alterações da marcha e uso de dispositivos médicos de locomoção e pessoas confusas, desorientadas no tempo e/ou espaço”; “quedas fisiológicas imprevistas” que sucedem em pessoas que não apresentam risco de queda; “quedas acidentais” relativas às “pessoas que não apresentam risco de queda” (Direção-Geral de Saúde, Norma n.º 008/2019, p. 7). De acordo com o mesmo disposto legal, as quedas têm sido igualmente definidas “como um fenómeno multifatorial complexo, uma síndrome e uma indicação de uma condição de saúde emergente ou agravada” (p. 7).

A queda pode ser classificada em três categorias: (i) quedas fisiológicas previstas, referem-se àquelas que se devem a fatores como a idade, a patologia, a medicação ou os procedimentos médicos; (ii) quedas fisiológicas imprevistas que se relacionam com os fatores fisiológicos; (iii) quedas acidentais resultantes das condições ambientais/organizacionais, isto é, de fatores extrínsecos (Yuan-Yuan, Koen, Yicheng, Jan & Jan, 2016). Bittencourt, Graube, Stumm, Battisti, Loro e Winkelmann (2017, p. 2) também referem que entre as causas que influenciam a queda encontram-se os fatores de risco intrínsecos e/ou extrínsecos. Os intrínsecos dizem respeito aos que se associam às características da pessoa e às modificações agregadas à idade, ao género e às condições clínicas, entre os quais os mais frequentes são “a doença, o uso de dispositivos, a alteração na marcha, a deficiência ocular, auditiva e cognitiva, a mobilidade prejudicada e histórico anterior de quedas”. Os fatores de risco extrínsecos relacionam-se com as condições do ambiente e com as situações que compreendem os cuidados de saúde. Dos fatores de risco extrínsecos destacam-se “interruptores fora do alcance, escadas, piso escorregadio, tapetes, iluminação imprópria e calçados inadequados”. De igual modo, Martins, Campos, Moreira, Albuquerque, Andrade e Martins (2016, p. 187), com base na OMS (2007), referem que as quedas ocorrem da interação de diversos fatores, categorizados em dimensões: “biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica”. Quanto à “dimensão biológica”, incluem-se os “fatores não modificáveis (idade, género e raça) e modificáveis (doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, afetivas e cognitivas)”. A “dimensão comportamental” refere-se “às ações humanas”, isto é, “às emoções e às escolhas” realizadas por cada pessoa no seu quotidiano, como, por exemplo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, uso de calçado inadequado. A “dimensão ambiental” compreende o meio onde a pessoa se insere, nomeadamente “o *design* e adaptação dos edifícios, chão escorregadio, falhas ou superfícies não niveladas, luz insuficiente, entre outros”. A “dimensão socioeconómica” abarca todos os fatores possíveis de alteração pela sociedade, ou seja, “o nível educacional, condições de habitabilidade, nível de acesso aos cuidados de saúde, entre outros”. A Direção-Geral de Saúde (Norma n.º 008/2019, p. 2) refere que as causas das

quedas são multifatoriais, incluindo a idade, o género, o tempo de internamento, as doenças debilitantes, história anterior de quedas, confusão/desorientação, comorbilidades que fazem aumentar o risco de queda, particularmente o “compromisso cognitivo, incontinência, compromisso da visão, síndrome vertiginosa, síncope e patologia osteoarticular”, entre outros, e determinados fármacos, pelos efeitos secundários que causam, particularmente “os analgésicos, abrangendo os opiáceos, os antipsicóticos, as benzodiazepinas, incluindo fármacos análogos, anti-epiléticos/anticonvulsivos (alto risco), anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos (médio risco)”.

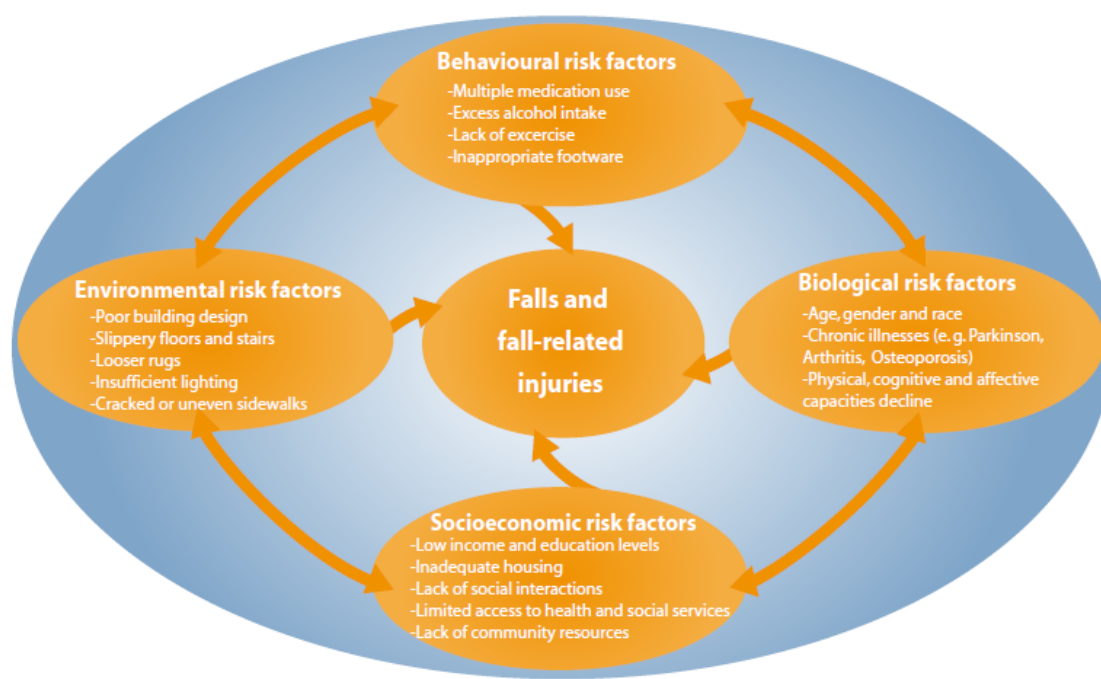
Os acidentes representam a quinta causa de morte em idosos (depois das doenças cerebrovasculares, cancro e doenças respiratórias), sendo as quedas responsáveis por dois terços destas mortes (Deandrea, Lucenteforte, Bravi, Foschi, La Vecchia & Negri, 2010). As quedas podem resultar em “estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia” (Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(7). Constituem-se como um dos eventos que mais resultam em dependência na população geriátrica. Não obstante, os efeitos decorrentes das quedas, como a limitação nas atividades de vida diária, decorrente das dores e do medo de caírem novamente, os familiares/cuidador principal acabam por, em muitos casos, superproteger o idoso o que faz aumentar significativamente os seus níveis de dependência (Azevedo, 2015). Ainda em conformidade com a mesma autora, as taxas de incidência das quedas aumentam proporcionalmente com o aumento da população idosa, com um acréscimo exponencial devido às transformações biológicas próprias da idade. Deste modo, uma taxa significativa de idosos com idade superior aos 80 anos apresenta um aumento considerável de quedas com lesões relacionadas. Caso não se tomem medidas prevenidas, ainda em consonância com Antunes (2015, p. 8), as estimativas apontam para um crescimento do número de lesões consequentes de “quedas em 100%, em 2030”. As quedas são a segunda principal causa de mortes por lesões não intencionais em todo o mundo. A OMS (2021) refere que em cada ano, estima-se que 684.000 pessoas morram de quedas em todo o mundo, das quais mais de 80% em países de baixo e médio rendimento. Os idosos com idade igual ou superior aos 65 anos sofrem o maior número de quedas fatais, ou seja, quedas graves que requerem internamento prolongado e resultam em incapacidades. De acordo com o mesmo organismo, as estratégias de prevenção da queda devem enfatizar a educação, o treino, a criação de ambientes mais seguros, dar-se prioridade às investigações relacionadas com as quedas nos idosos e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco nesta população, em particular.

Uma complicação comum de uma queda é o medo de cair novamente, o que afeta entre 3 e 85% da população idosa. Esta preocupação psicológica pode representar uma ameaça significativa para a autonomia do idoso, resultando na restrição na realização das atividades de vida diária e na perda de confiança na sua capacidade de deambular com segurança (Datta, Datta & Elkins, 2019).

As quedas são um grave problema de saúde pública com pelo menos um terço das pessoas com 65 anos ou mais a cair pelo menos uma vez por ano e metade delas cairá repetidamente, o que pode causar lesões, dor, perda da capacidade funcional e independência, redução da qualidade de vida e até morte (Daly et al., 2015). Os mesmos autores acrescentam que, embora as causas das quedas sejam variadas e complexas, a perda de força muscular relacionada com a idade surge como um preditor de incapacidade e de quedas em pessoas idosas. As quedas são a segunda causa de morte acidental a nível mundial, sendo uma efetiva ameaça à autonomia dos idosos, como defende Datta et al. (2019). Um estudo transversal analítico com uma amostra de 130 e com uma média de idades de 75,2, identificou como fatores de risco para quedas no domicílio as variáveis sociodemográficas, parâmetros clínicos e as características da habitação (Gonçalves, 2013). Concluiu ainda que, existiu um risco de queda em qualquer das divisões da casa em 57,7%, risco de queda efetivo em 9,2% e ausência de risco de queda no domicílio em 31,3%. O seu estudo revela um predomínio de mulheres idosas (63,8%), idosos casados ou em união de facto (51,5%), não ativos na situação laboral (90,8%) e a viverem acompanhados (68,5%). Os idosos do género masculino são moderadamente dependentes (63,8%) e os do género feminino são independentes (45,8%). Os cinco principais motivos de queda foram: desequilíbrio, falta de atenção, obstáculos, piso molhado, tonturas, vertigens ou desmaios. A maioria dos idosos revela "Polimedicação *major*". A autora concluiu que, relativamente ao risco de queda dos idosos no domicílio, o fator capacidade funcional está associada ao género, idade, habilitações e rendimentos. Num estudo mais recente, Smith, Silva, Rodrigues, Moreira, Nogueira e Tura (2017) avaliaram o risco de quedas em idosos no domicílio, comparando com os fatores sociodemográficos, cognitivos, presença de quedas e comorbilidades autorreferidas. A amostra era constituída por 240 idosos e os resultados revelam uma associação entre o risco de queda, avaliado com base no *Fall Risk Score*, o género ( $p < 0,001$ ), a faixa etária ( $p = 0,054$ ), o desempenho cognitivo ( $p < 0,001$ ) e a presença de quedas ( $p < 0,001$ ). Todas as variáveis apresentaram significância estatística e contribuíram para a ocorrência das quedas. Na regressão logística, as variáveis que apresentaram associação com o risco de quedas foram: já ter sofrido uma queda, coabitação, hipertensão arterial e défice visual. Os idosos do género feminino, acima de 80 anos de idade, com baixo desempenho cognitivo e apresentar quedas anteriores nos últimos seis meses, aumentam a prevalência de risco de quedas. Na

regressão logística, as variáveis que apresentaram associação com o risco de quedas foram: ter já sofrido uma queda, coabitação, problemas visuais e doenças reumatológicas. Assim, a evidência científica tem mostrado que as quedas têm uma associação multifatorial, devido a alterações relacionadas com a idade, com patologias associadas, com a polimedicação e com o meio ambiente e habitacional (Moniz-Pereira Carnide, Ramalho, Andre, & Santos-Rocha, 2013). A maioria das quedas ocorre em casa devido ao “escorregar” ou “tropeçar”, seguindo-se as quedas por transferência de uma posição para outra, ou a subir e descer escadas ou degraus (Pynoos, Steinman & Nguyen, 2010).

Figura 1. Fatores de risco e modelo de quedas em idosos



Fonte: [https://www.google.com/search?q=risk+factor+model+for+falls+in+older+age&sxsrf=ALeKk01BXEQ6haq\\_ICY67ehtnSMoRWm5g:1628226172276&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjD0vKUz5vyAhWKOQBQKHWaSBPsQ\\_AUoAXoECAIQAw&biw=1920&bih=969#imgrc=UNAFu1zU-PXwSM](https://www.google.com/search?q=risk+factor+model+for+falls+in+older+age&sxsrf=ALeKk01BXEQ6haq_ICY67ehtnSMoRWm5g:1628226172276&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjD0vKUz5vyAhWKOQBQKHWaSBPsQ_AUoAXoECAIQAw&biw=1920&bih=969#imgrc=UNAFu1zU-PXwSM) em

A preocupação com a problemática das quedas é uma realidade e essa realidade materializa-se no Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015) com a criação do objetivo estratégico n.º 6 “prevenir a ocorrência de quedas”. Para a concretização deste objetivo são definidas várias ações das quais faz parte o implementar estratégias de intervenção para a prevenção e redução das quedas. Esta implementação é da responsabilidade de todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do serviço nacional de saúde

(Ministério da Saúde, 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde, como referido no Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(7)),

“entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade (...) a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experencia mais do que uma queda”.

Em Portugal, em conformidade com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, “21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(7)).

Tendo em conta que os idosos passam a maior parte do tempo no seu domicílio, os enfermeiros, em contexto comunitário, encontram-se numa situação privilegiada pela proximidade que têm com os idosos, devendo assumir e complementar as suas necessidades através de um conjunto de cuidados, acerca dos quais têm conhecimentos e competências, com a oportunidade de identificar precocemente sinais de alerta (Benner, 2005). Sendo o enfermeiro de Saúde Comunitária e de Saúde Pública aquele que se encontra mais próximo dos idosos, este é muitas vezes o primeiro a detetar e determinar mudanças no seu estado. O enfermeiro de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é o profissional de proximidade que melhor conhece e que em melhor posição está para avaliar o ambiente onde o idoso vive, podendo entender-se este como o local no qual as pessoas vivem e se desenvolvem e é “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p.9).

O conhecimento das pessoas a quem os cuidados se destinam é essencial, considerando-se que a pessoa cuidada é o ser humano com necessidades, que se encontra em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se adaptar a esse mesmo ambiente, mas que devido a doença, situações de risco ou vulnerabilidade a potenciais doenças, experiencia ou está em risco de experienciar desequilíbrio, manifestando-se esta situação por necessidades não satisfeitas ou mostrando incapacidade para cuidar de si mesmo (Meleis, 2012), o que consubstancia estudar o risco de queda nos idosos no domicílio, para se promover a saúde e dar resposta adequada às suas necessidades, o que contribui para a redução do risco de queda nesta população.

## 1. Métodos

Na investigação empírica descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizado, bem como os procedimentos efetuados e o respetivo tratamento estatístico que irão permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

### 1.1. Justificação do estudo

Este estudo decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Pedra da Sé, integrada no ACeS Pinhal Interior Norte. A escolha deste contexto de pesquisa prendeu-se com o facto de não existir nenhum estudo que espelhasse a realidade deste acontecimento na amostra referida e que permitisse implementar intervenções baseadas em evidência pelos profissionais desta unidade funcional, apesar dos enfermeiros serem confrontados com este diagnóstico e tratar-se de uma prioridade atual do SNS, como já referido pelo Despacho n.º 1400-A/2015. É uma problemática mais prevalente em idosos e o envelhecimento em Portugal é uma realidade, designadamente no concelho de Tábua. O envelhecimento da população em Portugal, à semelhança de outros países, é um fenómeno progressivo, como indicam os dados da PORDATA 2021, segundo os quais, a população residente em Portugal em 2020 foi de 10298000 pessoas, e no concelho de Tábua 11394. No ano de 2020, a população residente de idosos em Portugal foi de 2309648, e no concelho de Tábua de 2735 idosos. Quanto ao índice de envelhecimento, verifica-se que em 2001 em Portugal era de 98,8, enquanto no concelho de Tábua era de 152,3. Ao longo dos anos denota-se um crescimento do índice de envelhecimento, em 2020, em Portugal foi de 165,1, enquanto no concelho de Tábua de 216,6. E, se por um lado, a sociedade enfrenta o desafio do envelhecimento populacional, por outro também enfrenta o aumento da esperança de vida que acarreta o aumento das doenças crónicas. A esperança média de vida à nascença em Portugal em 2001 era de 76,7 anos, em 2012 de 80,0 anos e em 2018 de 80,9 anos e na região Centro os valores são superiores, em 2001 de 77,4 anos, 2012 de 80,2 anos e em 2018 de 81,2 anos. As pessoas idosas atingem idades cada vez mais avançadas, verificando-se mudanças na saúde da população, com o aumento das doenças crónicas e degenerativas, implicando novos desafios aos serviços de saúde e na aplicação de medidas que minimizem as consequências desta realidade (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2019).

Assim, o processo de envelhecimento é caracterizado por inerentes alterações anatómicas e fisiológicas que podem associar-se ao aumento do risco de queda em

idosos na comunidade (Gomes, Soares & Bule, 2019). O impacto das quedas pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde. Portanto, as quedas representam um grave problema de saúde pública uma vez que estão na origem de uma significativa morbimortalidade. Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015), tem como um dos seus objetivos estratégicos prevenir a ocorrência de queda. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência. E, por sua vez, podem, também, originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015). Uma das principais causas de óbito por lesões domésticas não intencionais são as quedas, sendo as pessoas idosas e doentes provavelmente as mais vulneráveis a lesões acidentais (Daly, Duckham, Tait, Rantalainen, Nowson, Taaffe, Sanders, Hill, Kidgell & Busija, 2015).

Pelo exposto, a avaliação do risco de queda tem sido identificada como muito importante para o planeamento e resultados em saúde (Furtado, Bonfim, Fernandes, Oliveira & Silva, 2021). As quedas no domicílio são um acontecimento muito frequente em idosos devido a vários fatores de risco, tais como intrínsecos e extrínsecos e/ou fisiológicos e ambientais (Pereira, Santos, Doring & Portella, 2017). Como fatores intrínsecos, em conformidade com os mesmos autores, incluem-se as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, a condição de doença, a medicação e os fatores psicológicos. Como fatores extrínsecos, as quedas relacionam-se com os perigos do ambiente, em decorrência das inadequações do espaço físico e do mobiliário, ou seja, referem-se “aos comportamentos e as atividades das pessoas idosas e ao ambiente físico, fatores esses que dependem de circunstâncias sociais e ambientais” (Pereira et al., 2017, p. 2).

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco de queda em idosos no domicílio e, posteriormente, após a identificação dos principais fatores, intervir junto dos cuidadores formais para que se possam minimizar os potenciais fatores de risco das quedas e contribuir para a redução da sua incidência em idosos. A prevenção das quedas nesta população deve ser uma preocupação *major* para os profissionais de saúde e para os cuidadores formais e informais. Deve configurar-se como uma preocupação para a área da gestão do risco e ser uma prioridade para a segurança dos idosos.

Assim, a questão inicial do estudo foi: *Qual o risco de queda em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho do Tábua e quais os fatores de risco?*

Para dar respostas à questão formulada definiram-se como objetivos:

- Avaliar o risco de queda no domicílio, em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho do Tábua;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas com o risco de queda no domicílio, nos idosos em estudo;
- Identificar os fatores habitacionais associados à queda na amostra supracitada.

## 1.2. Tipo de estudo

Para responder aos objetivos realizou-se um estudo transversal analítico.

Esta investigação enquadra-se num estudo quantitativo, não experimental, com características dos estudos descritivos-correlacionais, de cariz transversal. Recorre-se à metodologia descritiva uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 317). Assume-se também como transversal, na medida em que os dados foram recolhidos num só momento, numa amostra representativa da população de idosos inscritos em Centro de Dia no concelho de Tábua, que permitam descrever e detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2021).

## 1.3. Variáveis e conceptualização do estudo

Com o objetivo de estudar as relações existentes entre as variáveis, partimos do pressuposto de que as variáveis independentes têm uma relação estatística significativa com a variável dependente. Deste modo, e na sequência das questões de investigação e objetivos formulados, as variáveis que consideramos pertinentes para o estudo foram:

### **-Variável dependente**

Risco de queda do idoso no domicílio;

### **-Variáveis independentes**

**- Variáveis sociodemográficas**

Idade, género, estado civil, nível de escolaridade, local de residência, Centro de Dia e com quem vive.

#### - Variáveis contextuais à queda

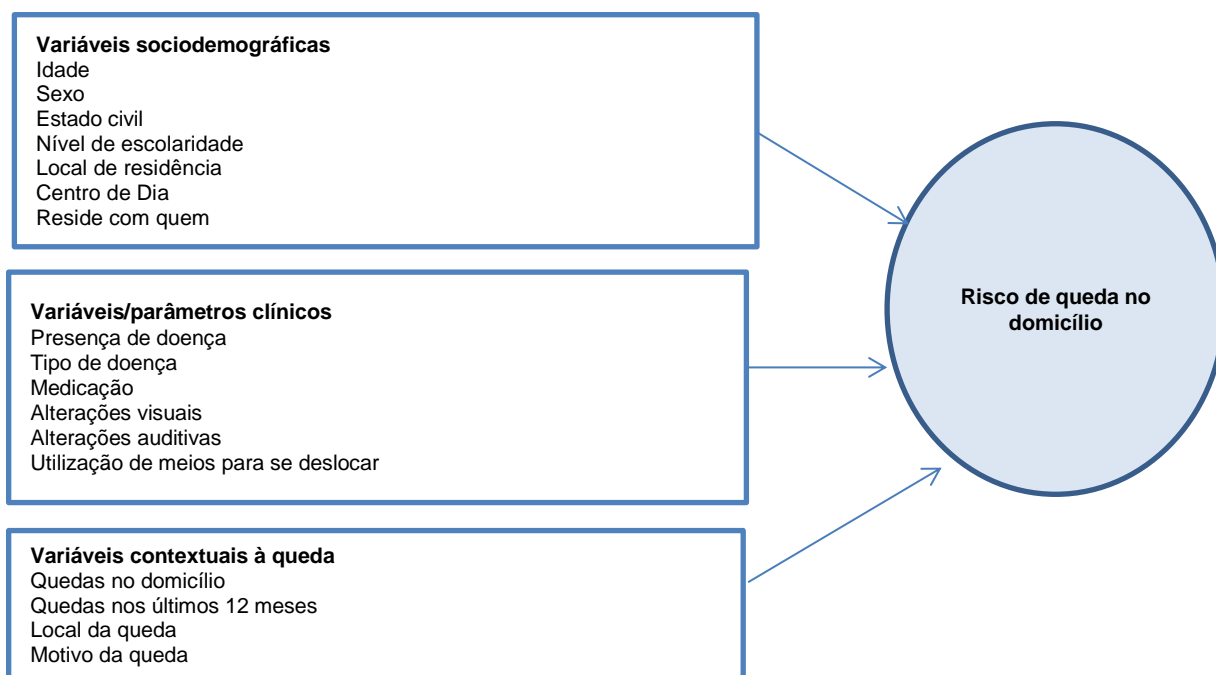
Quedas no domicílio, quedas nos últimos 12 meses, local da queda e motivo da queda.

#### - Variáveis clínicas

Presença de doença, tipo de doença, medicação, alterações visuais, alterações auditivas, utilização de meios para se deslocar.

Perante os objetivos delineados e a justificação do tema remetem-nos para uma análise da relação existente entre todas as variáveis, no sentido de mapear o comportamento da variável principal - Risco de queda do idoso no domicílio. Tendo por referência as questões de investigação, o enquadramento dos objetivos e a relação prevista entre as variáveis, apresenta-se, na figura 2 (representação esquemática) o desenho do estudo (enquanto modelo concetual), onde se pretende esquematizar as inter-relações das variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 2. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



#### 1.4. Participantes

A população de idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua são 192, abrangidos pela UCC Pedra da Sé. Para o estudo foram selecionados aleatoriamente os seguintes Centros de Dia: Casa do Povo de Meda de Mouros, Casa do Povo de Mouronho e Centro Social e Paroquial de Póvoa de Midões. Após os critérios de inclusão e de exclusão para a realização do estudo, a amostra elegível foi de 83 idosos. Foram excluídos os idosos que aparentemente sofriam de perturbação cognitivo-comportamental e os que não desejaram participar no estudo. Foram incluídos os idosos (idade  $\geq 65$  anos) que de forma voluntária se dispuseram a colaborar no estudo e que apresentassem capacidades cognitivas para responder ao formulário. Assim, para este estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência de idosos inscritos nos Centros de Dia selecionados para o estudo, dos quais 54 idosos aceitaram participar no estudo.

#### **Caracterização da amostra**

No total da amostra a maioria é do género feminino ( $n=28$ ; 51,9%) com uma idade média de  $80,81 \pm 7,9$  anos (idade máxima de 95 anos e idade mínima de 65 anos). De acordo com a Tabela 1, a maioria dos idosos tem idade superior a 80 anos (63,0%), prevalecendo em ambos os géneros os idosos nesta faixa etária (masculino 61,5% vs. feminino 64,3%). Quanto ao estado civil, no total da amostra a percentagem mais elevada corresponde aos idosos viúvos (62,7%), seguido dos casados (25,5%) e apenas 11,8% são solteiros. Verificou-se também uma percentagem superior de idosos que sabem ler e escrever (63,0%) e com idêntico valor percentual (18,5%) idosos analfabetos e com o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico. Quer no género masculino (57,7%), quer no género feminino (67,9%) estão em maioria os idosos que sabem ler e escrever. Constata-se ainda que 57,4% dos idosos vivem sozinhos e 42,6% residem com outras pessoas, dos quais a maioria vive com os filhos e com o cônjuge, com igual valor percentual (43,5%, respetivamente). No total da amostra, ainda podemos observar que 37,0% dos idosos são utentes do Centro de Dia da Casa do Povo de Mouronho, 35,2% do Centro Social e Paroquial de Póvoa de Midões e 27,8% do Centro de Dia da Casa do Povo de Meda de Mouros. No grupo de idosos do género masculino, a prevalência correspondente aos que são utentes do Centro de Dia da Casa do Povo de Mouronho (38,5%), enquanto o Centro de Dia da Casa do Povo de Meda de Mouros e o Centro Social e Paroquial de Midões apresentam a mesma percentagem (30,8%). Já no grupo de idosos do género feminino, a percentagem correspondente aos que são utentes do Centro de Dia da Casa do Povo de Mouronho foi de 35,7%, do Centro de Dia da Casa do

Povo de Meda de Mouros de 25,0% e 30,3% são do Centro Social e Paroquial de Midões. É de referir que todos os idosos residem em meio rural.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n (26)	% (48,1)	n (28)	% (51,9)	n (54)	% (100,0)
<b>Idade</b>						
≤ 80 anos	10	38,5	10	35,7	20	37,0
>80 anos	16	61,5	18	64,3	34	63,0
<b>Estado civil</b>						
Solteiro(a)	5	20,0	1	3,8	6	11,8
Casado(a)	9	36,0	4	15,4	13	25,5
Viúvo(a)	11	44,0	21	80,8	32	62,7
<b>Nível de escolaridade</b>						
Analfabeto(a)	4	15,4	6	21,4	10	18,5
Sabe ler e escrever	15	57,7	19	67,9	34	63,0
1.º e 2.º ciclos do ensino básico	7	26,9	3	10,7	10	18,5
<b>Vive sozinho</b>						
Sim	15	57,7	16	57,1	31	57,4
Não	11	42,3	12	42,9	23	42,6
<b>Vive com quem</b>	<b>n (11)</b>	<b>% (11,0)</b>	<b>n (12)</b>	<b>% (12,0)</b>	<b>n (23)</b>	<b>% (100,0)</b>
Filhos	3	27,3	7	58,3	10	43,5
Cônjuge	6	54,5	4	33,3	10	43,5
Irmãos	1	9,1	---	----	1	4,3
Sobrinhos	1	9,1	1	8,3	2	8,7
<b>Centro de Dia</b>	<b>n (26)</b>	<b>% (48,1)</b>	<b>n (28)</b>	<b>% (51,9)</b>	<b>n (54)</b>	<b>% (100,0)</b>
Casa do Povo de Meda de Mouros	8	30,8	7	25,0	15	27,8
Casa do Povo de Mouronho	10	38,5	10	35,7	20	37,0
Centro Social e Paroquial de Póvoa de Midões	8	30,8	11	39,3	19	35,2

### 1.5. Instrumento de recolha de dados

Para a fase de recolha de dados recorreremos a um formulário anónimo, integrando uma secção de caracterização sociodemográfica, clínica e variáveis contextuais à queda, bem como a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio, validada para a população portuguesa por Gonçalves, Chaves e Duarte (2012) (cf. Anexo V). O instrumento de recolha de dados é constituído por 3 secções, a secção A referente à caracterização sociodemográfica, que contém 7 questões que permitem recolher informações acerca da idade, género, estado civil, nível de escolaridade, local de residência, Centro de Dia e coabitação. A Secção B diz respeito aos dados clínicos e variáveis contextuais à queda, contém 6 questões relativas aos dados clínicos, nomeadamente: presença de doença, tipo de doença, medicação, alterações visuais, alterações auditivas e utilização de meios para se deslocar. Consta ainda desta secção 4 questões contextuais à queda: quedas no domicílio, quedas nos últimos 12 meses, local da queda e motivo da queda.

De maneira a agrupar as doenças, em grandes grupos de patologias, foram criadas variáveis, nas quais as doenças foram enquadradas nos seguintes grupos – Diabetes, Patologia Cardiovascular (ex: doenças cardíacas, AVC, varizes), Hipertensão arterial, Doenças hematológicas (ex: dislipidemia, hipocoagulação), Patologia respiratória (ex: bronquite, sinusite), Demências (ex: Alzheimer), Patologia Osteoarticular (ex: osteoporose, artroses, artrite), Patologia psiquiátrica (ex: depressão), Patologia Genito-urinária (ex: hipertrofia benigna da próstata), Doenças Gastro-intestinais (ex: úlceras gástricas, obstipação), e um grupo onde foram encaixadas outras patologias (ex: epilepsia).

Da mesma forma, os fármacos foram agrupados em – antihipertensores/diuréticos, anticoagulantes, psicofármacos (benzodiazepinas, antipsicóticos e antidepressivos), inibidor da bomba de prótons, anti-inflamatórios/analgésicos, antibióticos/insulina, digitálicos e outros (oculares, antilipídicos), e criadas variáveis para se poder identificar que medicamentos os idosos tomavam.

Por forma a identificar se os idosos em estudo se encontram polimedicados, foi criada uma variável, em que, de acordo com Jackson (2004) se considerou 2 categorias: polimedicação *minor*, o consumo de 2 a 4 fármacos e polimedicação *major*, o consumo igual ou superior a 5 fármacos simultaneamente, por um período não inferior a 3 meses.

A secção C, contempla a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio validada para a população portuguesa por Gonçalves, Chaves & Duarte, 2012. Esta escala permite identificar os principais obstáculos e barreira existentes no domicílio para o risco de queda, isto é, os fatores de risco existentes no domicílio que possam levar à queda dos idosos. Desta forma, a identificação das barreiras facilita o planeamento de correções ou adaptações ambientais necessárias, objetivando-se a prevenção de quedas de idosos no domicílio. A referida escala foi elaborada de acordo com a realidade e legislação portuguesas. Avalia os compartimentos/espacos presentes na habitação do idoso, sala de estar/jantar, quarto de dormir, instalações sanitárias, corredor, cozinha, escadas ou degraus, pátio/jardim e quintal. Em primeiro lugar, é perguntado se o espaço existe e, caso o mesmo exista, os idosos respondem “sim” ou “não” de acordo com as características do mesmo. Ao “sim” foi-lhe atribuído o valor 1 e ao “não” o valor 0, com o objetivo de se alcançar um somatório final mediante o qual se atribui o risco de queda. Deste modo, quanto maior número de respostas “sim” que o compartimento obtiver maior é o risco. Esta análise é realizada através do valor médio final (mediana). O risco de queda é calculado para cada divisão da habitação, sendo que, quando o valor obtido para a divisão é superior à mediana, diz-se que a divisão apresenta alto risco de queda, e quando o valor obtido é inferior ou igual à mediana, diz-se que a divisão apresenta baixo risco de queda (Gonçalves, 2013, pp. 35-36).

### 1.6. Procedimentos éticos e formais

Estando-se consciente que qualquer processo de investigação obriga a um seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, foram realizadas determinadas diligências prévias, objetivando a proteção do direito e da liberdade dos participantes.

Foi pedido autorização aos autores da Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio para a utilização da mesma no presente estudo (cf. Anexo VI). Foi solicitado o Parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (cf. Anexo VII), bem como ao coordenador da UCC Pedra da Sé (cf. Anexo VIII). Também foi pedido parecer às direções técnicas dos Centros de Dia contemplados no estudo (cf. Anexo IX).

A recolha de dados decorreu em 2021, cuja aplicação dos formulários, foi realizada através de visita domiciliária, previamente agendada, aos idosos que aceitaram participar no estudo. Como se tratava de um formulário de hétero-preenchimento, o mesmo foi completado aproximadamente em 20 minutos. Teve-se em consideração o momento mais oportuno para a sua aplicação, de acordo com a disponibilidade dos idosos. Assim sendo, procurou-se evitar que os idosos se sentissem coagidos ou forçados a participar no estudo, mas motivados para a sua participação. Foram salvaguardados os direitos dos idosos e os princípios éticos fundamentais, através do Consentimento Informado (cf. Anexo X), bem como através das indicações presentes no formulário, que foram lidas a cada idoso antes de se dar início ao seu preenchimento: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas. Estas indicações foram sempre disponibilizadas com recurso a uma linguagem acessível para que fossem bem percetíveis. Todos os idosos que responderam ao formulário deram o seu consentimento informado, havendo uma participação voluntária dos mesmos.

### 1.7. Procedimentos estatísticos

Após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão *Statistics 26*, onde posteriormente foram tratados através da análise estatística descritiva e inferencial, com intuito de dar resposta aos objetivos.

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e relativas, algumas medidas de tendência central, mais concretamente médias e desvio padrão. Em relação à análise inferencial recorreremos ao teste não paramétrico (Qui-quadrado). A magnitude de associação entre um fator e a doença foi estimada através do cálculo do Odds Ratios (OR), com os respetivos intervalos de confiança a 95% e/ou nível de significância  $p < 0,05$ .



## 2. Resultados

### Caraterização do estado de saúde dos idosos

Verificou-se que a maioria dos idosos possuía uma doença (n= 50; 92,6%). Dos que referiram ter uma doença, as mais prevalentes são a Hipertensão arterial (29,6%) superior nos homens (46,2% vs. 14,3%,  $p=0,01$ ), a diabetes (27,8%) com maior percentagem nos homens (34,6% vs. 21,4%,  $p=0,28$ ), a patologia cardiovascular (22,2%) com maior percentagem também em homens (26,9% vs. 17,9%,  $p=0,46$ ), a patologia psiquiátrica (14,8%) superior em mulheres (25,0% vs. 3,8%,  $p=0,03$ ), e as patologias osteoarticulares (13,0%) com maior percentagem em mulheres (21,4% vs. 3,8%,  $p=0,05$ ), (cf. tabela 2).

Tabela 2. Percentagem das doenças em idosos

Tipo de doença	N	%
<b>Diabetes</b>		
Sim	15	27,8
Não	39	72,2
<b>Patologia cardiovascular</b>		
Sim	12	22,2
Não	42	77,8
<b>Hipertensão arterial</b>		
Sim	16	29,6
Não	38	70,4
<b>Doenças hematológicas</b>		
Sim	2	3,7
Não	52	96,3
<b>Patologia respiratória</b>		
Sim	1	1,9
Não	53	98,1
<b>Demências</b>		
Sim	5	9,3
Não	49	90,7
<b>Patologias osteoarticular</b>		
Sim	7	13,0
Não	47	87,0
<b>Patologia psiquiátrica</b>		
Sim	8	14,8
Não	46	85,2
<b>Doenças genito-urinárias</b>		
Sim	2	3,7
Não	52	96,3
<b>Doenças gastrointestinais</b>		
Sim	1	1,9
Não	53	98,1
<b>Outras</b>		
Sim	5	9,3
Não	49	90,7

A grande maioria dos idosos toma medicação (90,7%), com apenas 9,3% a referirem que não tomam (cf. tabela 3). Dos idosos que tomam medicação, 10 idosos (20,4%) referem que tomam apenas 1 medicamento e os restantes idosos que referiram tomar medicação são considerados *polimedicados minor* (tomam entre 2 e 4 medicamentos).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo a toma de medicação

	n	%
<b>Medicação</b>		
Sim	49	90,7
Não	5	9,3
<b>Número de medicamentos</b>		
1 medicamento	10	20,4
2-4 medicamentos	39	79,6

Das pessoas idosas que respondem positivamente à toma de medicação, verificou-se que, em média, o número de medicamentos ingeridos apresentava o valor mínimo de 1 e o máximo de 4, sendo a média de medicamentos ingeridos de 2,2 comprimidos por dia.

No que diz respeito ao tipo de medicação que os idosos tomam, prevalecem os anti-hipertensores/diuréticos (48,1%), oftálmicos e os antidiabéticos (33,3%), os psicofármacos (27,8%), os antidiabéticos/insulina (24,1%), os anticoagulantes (22,2%) e os anti-inflamatórios/analgésicos (20,4%) (cf. tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da população idosa segundo o tipo de medicação

Tipo de medicação	n	%
<b>Anti-hipertensores diuréticos</b>		
Sim	26	48,1
Não	28	51,9
<b>Anticoagulantes</b>		
Sim	12	22,2
Não	42	77,8
<b>Psicofármacos</b>		
Sim	15	27,8
Não	39	72,2
<b>Inibidor da bomba de prótons</b>		
Sim	6	11,1
Não	48	88,9
<b>Anti-inflamatórios/analgésicos</b>		
Sim	11	20,4
Não	43	79,6
<b>Antidiabéticos/insulina</b>		
Sim	13	24,1
Não	41	75,9
<b>Digitálicos</b>		
Sim	5	9,3
Não	49	90,7
<b>Outros</b>		
Sim	18	33,3
Não	36	66,7

Constatou-se que 44,4% dos idosos vê bem, 33,3% usam óculos e 22,2% vê com dificuldade. Entre os idosos que referem ter alterações visuais, com igual valor percentual (25,0%, respetivamente), encontram-se os que sofrem de hipermetropia e astigmatismo, seguindo-se os que têm miopia (21,9%), 15,6% tem como causa da alteração visual mais do que 2 patologias, 9,4% sofrem de retinopatia e 1 (3,1%) idosos tem cataratas. Um pouco mais de metade dos idosos ouve bem (55,6%), enquanto

42,6% referem que ouvem com dificuldade e 1 (1,9%) idoso usa prótese auditiva. Dos idosos que têm alterações auditivas, 67% atribui a causa ao processo de envelhecimento e, com igual valor percentual (16,7%, respetivamente), os idosos que atribuem a causa à otite e por zumbido (cf. tabela 5).

Tabela 5. Distribuição do estado de saúde, visão e audição, das pessoas idosas

	n	%
<b>Alterações visuais</b>		
Vê bem	24	44,4
Usa óculos	18	33,3
Vê com dificuldade	12	22,2
<b>Causas das alterações visuais</b>		
Miopia	7	21,9
Hipermetropia	8	25,0
Astigmatismo	8	25,0
Retinopatia diabética	3	9,4
Cataratas	1	3,1
Mais que 2 patologias	5	15,6
<b>Alterações auditivas</b>		
Ouvir bem	30	55,6
Com dificuldade	23	42,6
Uso de prótese auditiva	1	1,9
<b>Causas das alterações auditivas</b>		
Otite	4	16,7
Zumbido	4	16,7
Envelhecimento	16	66,7

Prevalecem os idosos que não utilizam qualquer meio para se deslocarem (53,7%), enquanto 25,9% utilizam a bengala, 13,0% cadeira de rodas, 3,7% muletas e 3,7% usam outros meios para deslocação (andarilho) (cf. tabela 6).

Tabela 6. Utilização de meios para se deslocar

Utilização de meios para se deslocar	N	%
Nenhum	29	53,7
Bengala	14	25,9
Muletas	2	3,7
Cadeira de rodas	7	13,0
Outros (andarilho)	2	3,7

### Variáveis contextuais à queda

Relativamente à ocorrência de quedas, encontrou-se que a maioria dos idosos não vivenciou qualquer episódio de queda no domicílio (77,8%), enquanto 22,2% (n=12) referem que já tiveram uma queda no domicílio (seis homens e seis mulheres). Dos idosos que referiram já ter caído, a maioria (83,3%) refere que esta ocorreu nos últimos 12 meses. Em relação ao local onde ocorreu a queda, verifica-se que 25,0% das quedas ocorreram no quarto, em igual percentagem na rua, 16,7% dos idosos referiram que a queda ocorreu na casa de banho e em igual percentagem na sala e no quintal. O principal motivo de queda foi por tonturas/desequilíbrio/AVC (50,0%), seguindo-se o

tropeçar (33,3%) e, com menor percentagem, os idosos que referiram como causa o piso escorregadio/irregular (16,7%) (cf. tabela 7).

Tabela 7. Prevalência das quedas no domicílio e dos motivos

	n	%
<b>Alguma vez teve uma queda</b>		
Sim	12	22,2
Não	42	77,8
<b>Nos últimos 12 meses teve alguma queda</b>		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
<b>Local da queda</b>		
WC	2	16,7
Quarto	3	25,0
Sala	2	16,7
Quintal	2	16,7
Rua	3	25,0
<b>Motivo da queda</b>		
Tonturas/desequilíbrio/AVC	6	50,0
Tropeçar	4	33,3
Piso escorregadio/irregular	2	16,7

Quanto às variáveis sociodemográficas e a queda, verificou-se que 6 homens (50,0%) e 6 mulheres (50,0%) já sofreram uma queda, embora a diferença não seja significativa. Numa análise por idade, apurou-se que, no grupo de idosos que já sofreram uma queda 41,7% têm idade inferior ou igual aos 80 anos e 58,3% mais de 80 anos. Nos idosos que não sofreram uma queda, 35,7% possuem idade inferior ou igual aos 80 anos e 64,3% mais de 80 anos, as diferenças também não são estatisticamente significativas (Tabela 8).

Tabela 8. Quedas no domicílio em função do género e da idade

Variáveis	Sim		Não		Total		P
	n (12)	%(22,2)	n (42)	%(77,8)	n (54)	%(100,0)	
<b>Género</b>							
Masculino	6	50,0	20	47,6	26	48,1	0,88
Feminino	6	50,0	22	52,4	28	51,9	
<b>Idade</b>							
≤ 80 anos	5	41,7	15	35,7	20	37,0	0,71
>80 anos	7	58,3	27	64,3	34	63,0	

Na tabela 9 constam os resultados de já ter sofrido uma queda no domicílio em função da medicação, donde se extrai que em idosos que já sofreram uma queda, 91,7% tomam medicação, com 1 idoso (8,3%) que já caiu, mas não toma medicação. Em relação aos idosos que não sofreram uma queda, 90,5% tomam medicação e 9,5% não tomam medicação. Entre os idosos que já sofreram uma queda, a maioria (n=9; 81,8%) apresenta polimedicação *minor* e 2 (18,2%) idosos tomam apenas 1 medicamento. Nos

idosos que não sofreram queda no domicílio, 8 (21,1%) tomam apenas 1 medicamento, enquanto a maioria (78,9%) revelam polimedicação *minor*.

Tabela 9. Quedas no domicílio em função da medicação

	Quedas no domicílio						p
	Sim		Não		Total		
	n (12)	% (22,2)	N (42)	% (77,8)	n (54)	% (100,0)	
<b>Tomar medicação</b>							
Sim	11	91,7	38	90,5	49	90,7	0,90
Não	1	8,3	4	9,5	5	9,3	
<b>N.º de medicamentos</b>	n (11)	% (22,4)	N (38)	% (77,6)	n (49)	% (100,0)	
1 medicamento	2	18,2	8	21,1	10	20,4	0,84
Polimedicação <i>minor</i>	9	81,8	30	78,9	39	79,6	

## Caraterização da Habitação

### Sala de estar

Na tabela 10 encontram-se os resultados descritivos da sala, onde se pode concluir que 44 (81,5%) dos idosos inquiridos têm sala na sua habitação. De uma forma geral, os itens que mais foram evidenciados são os seguintes: **existência de mesa no centro (59,1%)**, não existem em 86,4% objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura, 72,7% referem não existir tapetes sem anti-derrapante, 97,7% mencionam que não existem bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas, todos os idosos (100,0%) referem que não existe piso escorregadio, piso solto ou danificado e que o interruptor não está distante da porta. Verifica-se ainda que 95,5% referem que não existem degraus na sala, 97,7% relatam que não existem degraus entre a sala e outra divisão da casa, 88,6% mencionam que não há pouca luminosidade durante o dia na sala de estar.

Tabela 10. Frequência das características da Sala de estar

Sala de estar	n (44)	% (100,0)
<b>Não existe</b>	10	18,5
<b>Existe</b>	44	81,5
<b>Mesa de centro</b>		
Não	18	40,9
Sim	26	59,1
<b>Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (&lt;80 cm)</b>		
Não	38	86,4
Sim	6	13,6
<b>Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura</b>		
Não	37	84,1
Sim	7	15,9
<b>Tapetes sem antiderrapante</b>		
Não	32	72,7
Sim	12	27,3
<b>Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas</b>		
Não	43	97,7
Sim	1	2,3
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	44	100,0
<b>Degraus na sala</b>		
Não	42	95,5
Sim	2	4,5
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	44	100,0
<b>Degraus entre a sala e outra divisão da casa</b>		
Não	43	97,7
Sim	1	2,3
<b>O interruptor está distante da porta</b>		
Não	44	100,0
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	39	88,6
Sim	5	11,4

### Quarto de dormir

Todos os idosos mencionaram que na habitação existe quarto de dormir, dos quais **24,1% referiram que o espaço para deambular no quarto sem esbarrar nos móveis é inadequado e 63,0%** não possui tapete (s) do(s) lado(s) da cama sem antiderrapante, 92,6% referem que quando se desloca da cama até a porta não existe algum obstáculo (objetos no chão), em 98,1% dos idosos não existe piso solto ou danificado no quarto, 92,6% mencionam que quando se sentam na sua cama, os seus pés não ficam no ar, sem estarem em contacto com o chão, 66,7% referem que não se levantam lentamente depois de sentar-se ou deitar-se, 96,3% relatam que não existe pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade), 70,4% referem que não existe pouca luminosidade durante o dia no quarto. Todos os idosos (100,0%) não possuem piso escorregadio no quarto, degraus no quarto, degraus entre o quarto e outra divisão da casa, não usam tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão e não deixam as gavetas dos móveis abertas (cf. tabela 11).

Tabela 11. Frequências das características do Quarto de dormir

Quarto de dormir	n	%
<b>Não existe</b>	0	0,0
<b>Existe</b>	54	100,0
<b>Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (&lt;80 cm)</b>		
Não	41	75,9
Sim	13	24,1
<b>Possui tapete (s) do(s) lado(s) da cama sem antiderrapante</b>		
Não	34	63,0
Sim	20	37,0
<b>Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo?</b>		
Não	50	92,6
Sim	4	7,4
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	54	100,0
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	53	98,1
Sim	1	1,9
<b>Degraus no quarto</b>		
Não	54	100,0
<b>Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa</b>		
Não	54	100,0
<b>Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão</b>		
Não	50	92,6
Sim	4	7,4
<b>Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se</b>		
Não	36	66,7
Sim	18	33,3
<b>Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão</b>		
Não	54	100,0
<b>Deixa as gavetas dos móveis abertas</b>		
Não	54	100,0
<b>Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)</b>		
Não	52	96,3
Sim	2	3,7
<b>O interruptor está distante da porta</b>		
Não	54	100,0
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	38	70,4
Sim	16	29,6

## Instalações Sanitárias

Verificou-se que 42 idosos possuem instalações sanitárias, dos quais 97,6% não possuem degraus dentro da casa de banho, **92,9% referem que não existem barras de apoio na sanita**, em 92,9% não existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical, 64,3% dos idosos mencionam que no espaço livre da instalação sanitária não é possível fazer uma manobra para rotação de 180°, 52,4% que o lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita, enquanto 47,6% admitem que sim. De acordo com 95,3%, não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório. Em 97,6% não existe piso solto ou danificado, 73,8% dos idosos referem que as paredes e chão não têm a mesma cor e padrão, tendo todos referido que não usam toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede. A maioria menciona que não é possível instalar um assento na banheira no seu interior (88,1%). **Todos os idosos referem que não existem barras de apoio na banheira**. Grande parte (71,4%) relata que na casa de

banho existe poliban/base de duche. Quase a totalidade (83,3%) dos idosos diz que é possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas. Em 64,3% é possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche, tendo 35,7% referido que não existe essa possibilidade. **Quase a totalidade dos idosos (90,5%) refere que não existem barras de apoio junto à base de duche**, tendo metade (50,0%) referido que não existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente, enquanto a outra metade (50,0%) diz existir. Em 54,8% dos idosos o piso da base do duche não está inclinado na direção ao ponto de escoamento, mas em 45,2% existe essa condição. Sobressaem os idosos (73,8%) que o chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre, mas não existe esta condição para 26,2%. Prevaecem os idosos (69,0%) que existe tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro, mas não para 31,0%. Todos os idosos referem que o piso não se encontra sempre molhado, os toalheiros, a sanita e o lavatório não estão mal fixados, que não existe ausência de luz noturna e que os interruptores não estão distantes da porta. Quase a totalidade da amostra (97,6%) refere que não existe pouca luminosidade durante o dia, com prevalência também dos que as torneiras não são do tipo monocomando e acionadas por alavanca (81,0%). Grande parte dos idosos (83,3%) refere que existem controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso (cf. tabela 12).

Tabela 12. Frequências das características das Instalações Sanitárias

Instalações sanitárias	n	%
<b>Não existe</b>	12	22,2
<b>Existe</b>	42	77,8
<b>Possui degraus dentro da casa de banho</b>		
Não	41	97,6
Sim	1	2,4
<b>Existem de barras de apoio na sanita</b>		
Não	39	92,9
Sim	3	7,1
<b>Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical</b>		
Não	39	92,9
Sim	3	7,1
<b>No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180°</b>		
Não	27	64,3
Sim	15	35,7
<b>O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita</b>		
Não	22	52,4
Sim	20	47,6
<b>Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório</b>		
Não	40	95,2
Sim	2	4,8
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	42	100,0
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	41	97,6
Sim	1	2,4
<b>Paredes e chão têm a mesma cor e padrão</b>		
Não	31	73,8
Sim	11	26,2
<b>É possível instalar um assento na banheira no seu interior</b>		
Não	37	88,1
Sim	5	11,9
<b>Existem barras de apoio na banheira</b>		
Não	42	100,0
<b>Presença de poliban/base de duche</b>		
Não	12	28,6
Sim	30	71,4
<b>É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas</b>		
Não	35	83,3
Sim	7	16,7
<b>É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no duche</b>		
Não	15	35,7
Sim	27	64,3
<b>Existem barras de apoio junto à base de duche</b>		
Não	38	90,5
Sim	4	9,5
<b>Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente</b>		
Não	21	50,0
Sim	21	50,0
<b>O piso da base do duche está inclinado na direção do escoamento</b>		
Não	23	54,8
Sim	19	45,2
<b>O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não &lt; a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo ou de mão</b>		
Não	11	26,2
Sim	31	73,8
<b>Possui tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro</b>		
Não	13	31,0
Sim	29	69,0
<b>Encontra-se sempre o piso molhado</b>		
Não	42	100,0
<b>Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados</b>		
Não	42	100,0
<b>Ausência de luz noturna</b>		
Não	42	100,0
<b>Os interruptores estão distantes da porta</b>		
Não	42	100,0
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	41	97,6
Sim	1	2,4
<b>As torneiras são do tipo monocomando e acionadas por alavanca</b>		
Não	34	81,0
Sim	8	19,0
<b>Os controlos e mecanismos operáveis são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma prensão firme nem rodar o pulso</b>		
Não	7	16,7
Sim	35	83,3

## Corredor

Constatou-se que 28 idosos referem que não existe corredor no seu domicílio, enquanto 26 confirmam a sua existência. Assim, **84,6% referem que não existem barras de apoio**. Todos confirmam que não existe piso escorregadio, solto ou danificado. Em 92,3% não existem tapetes no corredor, tendo este uma largura não inferior a 0,9m em 73,1% dos casos. Segundo 65,4% dos idosos, o corredor não tem comprimento de 1,5 m, com igual percentagem (65,4%), o corredor não tem comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°. Todos os idosos admitem não existir neste espaço fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone e não existem degraus. A maioria (61,5%) refere que não existe mobiliário no espaço, sem ausência também de luzes noturnas no corredor em 61,5%. Quase todos admitem a inexistência de pouca luminosidade durante o dia (96,2%) e todos referem que os interruptores não estão em outra divisão da casa (cf. tabela 13).

Tabela 13. Frequências das características do Corredor

<b>Corredor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Não existe</b>	28	51,9
<b>Existe</b>	26	48,1
<b>Ausência de barras de apoio</b>		
Não	4	15,4
Sim	22	84,6
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	26	100,0
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	26	100,0
<b>Possui tapetes</b>		
Não	24	92,3
Sim	2	7,7
<b>Largura não inferior a 0,9 m</b>		
Não	19	73,1
Sim	7	26,9
<b>Comprimento 1,5 m</b>		
Não	17	65,4
Sim	9	34,6
<b>Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°</b>		
Não	17	65,4
Sim	9	34,6
<b>Possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone)</b>		
Não	26	100,0
<b>Possui degraus no corredor</b>		
Não	26	100,0
<b>Existe mobiliário no espaço</b>		
Não	16	61,5
Sim	10	38,5
<b>Ausência de luzes noturnas no corredor</b>		
Não	16	61,5
Sim	10	38,5
<b>Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	25	96,2
Sim	1	3,8
<b>Os interruptores estão em outra divisão da casa</b>		
Não	26	100,0

## Cozinha

No domicílio de todos os idosos existe cozinha (100,0%), com a maioria a referir que não existe piso escorregadio (96,3%) e todos confirmam não existir piso solto ou danificado (100,0%). Grande parte dos idosos refere que não existe Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm) (83,3%), bem como não existem degraus dentro do ambiente (96,3%) e não existem degraus entre a cozinha e outro ambiente (94,4%). Todos os idosos (100,0%) admitem que na cozinha não existe piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão, possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone), não existem interruptores distantes da porta e que o piso molhado não se encontra sempre. A grande maioria refere que os mantimentos e/ou utensílios não são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los (94,4%), bem como não existem mantimentos e/ou utensílios colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou fletir o tronco para alcançá-los (88,9%). **Verifica-se que 24,1% dos idosos referem que existe pouca luminosidade durante o dia** (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Frequências das características da Cozinha

Cozinha	n	%
Não existe	0	0,0
Existe	54	100,0
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	52	96,3
Sim	2	3,7
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	54	100,0
<b>Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)</b>		
Não	45	83,3
Sim	9	16,7
<b>Possui degraus dentro do ambiente</b>		
Não	52	96,3
Sim	2	3,7
<b>Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente</b>		
Não	51	94,4
Sim	3	5,6
<b>Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão</b>		
Não	54	100,0
<b>Possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone)</b>		
Não	54	100,0
<b>Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los</b>		
Não	51	94,4
Sim	3	5,6
<b>Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou fletir o tronco para alcançá-los</b>		
Não	48	88,9
Sim	6	11,1
<b>Os interruptores estão distantes da porta</b>		
Não	54	100,0
<b>Encontra-se sempre com o piso molhado</b>		
Não	54	100,0
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	41	75,9
Sim	13	24,1

### Escadas ou degraus

Apura-se que não existem escadas ou degraus no domicílio de 33 idosos, mas existem no domicílio de 21 idosos. **A grande maioria refere que não existe corrimão de ambos os lados (85,7%)**, mas existe um corrimão em um dos lados (85,7%). Prevaecem os idosos que referem não existir desprovemento de iluminação durante a noite (escuras) nas escadas ou degraus (90,5%), bem como aqueles que admitem não existir degraus escorregadios (95,2%), degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos ou bordas) sem anti-dederrapante ou em mau estado de conservação (95,2%), os interruptores que acendem as luzes da escada não estão distantes (90,5%) e que não existe pouca luminosidade durante o dia (81,8%) (cf. tabela 15).

Tabela 15. Frequências das características das Escadas ou degraus

Escadas ou degraus	n	%
<b>Não existe</b>	33	61,1
<b>Existe</b>	21	38,9
<b>Ausência de corrimão de ambos os lados</b>		
Não	3	14,3
Sim	18	85,7
<b>Com corrimão em um dos lados</b>		
Não	3	14,3
Sim	18	85,7
<b>Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada</b>		
Não	18	85,7
Sim	3	14,3
<b>Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)</b>		
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
<b>Degraus escorregadios</b>		
Não	20	95,2
Sim	1	4,8
<b>Degraus danificados sem antiderrapante ou em mau estado de conservação</b>		
Não	20	95,2
Sim	1	4,8
<b>Largura inadequada para deslocar duas pessoas</b>		
Não	20	95,2
Sim	1	4,8
<b>Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes</b>		
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	18	81,8
Sim	4	18,2

### Pátio/Jardim

Apenas 16 idosos referem que o seu domicílio possui pátio/jardim. Assim, destes, 68,8% referem que existe porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas (68,8%), mas não no pátio/jardim de 5 idosos (31,8%). Cerca de **43,8% dos idosos admitem a existência de superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)**, um pouco mais de metade dos idosos (56,3%) refere a sua inexistência. Prevalcem os idosos que o pátio/jardim não possui piso danificado por onde caminham (87,5%), com 2 (12,5%) a confirmarem a sua existência. De igual modo, grande parte dos idosos (68,8%) confirmam que não existem degraus ou desníveis por onde caminham, mas 5 (31,3%) referem que existe. Maioritariamente, os idosos dizem que no pátio/jardim não possuem jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos (87,5%), com existência destes obstáculos para 2 idosos (12,5%). Em 75,0% não existem obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminham, enquanto 4 (25,0%) confirmam a sua existência. Quase todos os idosos (93,6%) que do lado exterior da porta de acesso não é possível fazer uma manobra para rotação de 360°, bem como não existem inclinações acentuadas (íngreme) (93,6%) (cf. tabela 16).

Tabela 16. Frequências das características do Pátio/Jardim

Pátio/jardim	n	%
Não existe	38	70,4
Existe	16	29,6
<b>Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas</b>		
Não	5	31,3
Sim	11	68,8
<b>Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)</b>		
Não	9	56,3
Sim	7	43,8
<b>Piso danificado por onde caminha</b>		
Não	14	87,5
Sim	2	12,5
<b>Possui degraus ou desníveis por onde caminha</b>		
Não	11	68,8
Sim	5	31,3
<b>Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos</b>		
Não	14	87,5
Sim	2	12,5
<b>Possui obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha</b>		
Não	12	75,0
Sim	4	25,0
<b>Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°</b>		
Não	15	93,8
Sim	1	6,3
<b>Possui inclinações acentuadas (íngreme)</b>		
Não	15	93,8
Sim	1	6,3

## Quintal

Verificou-se que 29 idosos possuem quintal, dos quais a maioria **(79,3%) diz que o mesmo tem superfície irregular (terra, brita ou grama)**. Quase todos os idosos referem que o seu quintal não possui piso danificado (86,2%), enquanto 4 (13,8%) referem que sim; 75,9% admitem que o quintal não possui degraus ou desnível, mas 7 (24,1%) referem que o quintal os possui; 69,0% confirmam que o quintal não possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos, enquanto 9 (31,0%) dos idosos confirma a sua existência. Na grande maioria dos quintais (86,2%) não existem obstáculos (lixo, entulho ou latas), todavia existem em quintais de 4 (13,8%) idosos. Prevalecem os idosos que confirmam que o seu quintal possui animais de estimação ou criações livres pela área, o que não acontece nos quintais de 41,4% de idosos. Um pouco mais de metade dos idosos (58,6%) refere que no quintal não possui vegetação que dificulte visualização total da área, mas existe nos quintais de 41,4% (cf. tabela 17).

Tabela 17. Frequências das características do Quintal

<b>Quintal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Existe</b>	29	46,3
<b>Não existe</b>	25	53,7
<b>Superfície irregular (terra, brita ou grama)</b>		
Não	6	20,7
<b>Sim</b>	<b>23</b>	<b>79,3</b>
<b>Piso danificado</b>		
Não	25	86,2
<b>Sim</b>	<b>4</b>	<b>13,8</b>
<b>Possui degraus ou desnível</b>		
Não	22	75,9
<b>Sim</b>	<b>7</b>	<b>24,1</b>
<b>Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos</b>		
Não	20	69,0
Sim	9	31,0
<b>Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)</b>		
Não	25	86,2
Sim	4	13,8
<b>Possui animais de estimação ou criações livres pela área</b>		
Não	12	41,4
Sim	17	58,6
<b>Possui vegetação que dificulte visualização total da área</b>		
Não	17	58,6
Sim	12	41,4

### Risco de queda no domicílio

Na tabela 18 analisa-se o risco de queda nas diferentes divisões da casa. Assim, na sala de estar/jantar, existe baixo risco em 70,5% e alto risco em 29,5%. Como se pode verificar na tabela 18, existe baixo risco de queda no quarto de dormir em 55,6% dos idosos, com 44,4% de alto risco. Perante o risco de queda nas instalações sanitárias, verifica-se que 68,3% dos idosos têm baixo risco, enquanto 31,7% apresentam alto risco. Apura-se que há baixo risco de queda no corredor em 88,5% dos idosos, com 11,5% a apresentarem alto risco de queda. Verifica-se existir baixo risco de queda na cozinha em 85,2% dos idosos e alto risco em 14,8%. Face ao risco de queda nas escadas ou degraus, constata-se que há baixo risco em 76,2% dos idosos e alto risco para 23,8%. Verifica-se que em 68,8% dos idosos há baixo risco de queda no pátio/jardim e em 31,3% alto risco de queda. Constatou-se a prevalência de idosos com baixo risco de queda no quintal (62,1%), enquanto 37,9% apresentam alto risco de queda neste espaço.

Tabela 18. Risco de queda nas diferentes divisões da casa

	N	%
<b>Sala de estar/jantar</b>		
Alto risco	13	29,5
Baixo risco	31	70,5
<b>Quarto de dormir</b>		
Alto risco	24	44,4
Baixo risco	30	55,6
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco	13	31,7
Baixo risco	28	68,3
<b>Corredor</b>		
Alto risco	3	11,5
Baixo risco	23	88,5
<b>Cozinha</b>		
Alto risco	8	14,8
Baixo risco	46	85,2
<b>Escadas ou degraus</b>		
Alto risco	5	23,8
Baixo risco	16	76,2
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco	5	31,3
Baixo risco	11	68,8
<b>Quintal</b>		
Alto risco	11	37,9
Baixo risco	18	62,1

De seguida apresentam-se os resultados que permitem dar resposta às questões de investigação e alcançar os objetivos inicialmente delineados: Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no risco de queda no domicílio, nos idosos em estudo; identificar os fatores de risco habitacionais associados à queda na amostra supracitada.

## Variáveis sociodemográficas e clínicas e o risco de quedas

### Género

Na tabela 19 constam os resultados do risco de quedas em idosos em função do género, tendo em conta a caracterização da habitação. Assim, verificou-se que em relação à sala de estar/jantar em ambos os géneros há um predomínio de idosos com baixo risco de queda (masculino 73,9% vs. feminino 66,7%). Todavia, 29,5% dos idosos revelam alto risco de queda neste compartimento do domicílio. Constatou-se que em ambos os géneros as percentagens mais elevadas correspondem aos idosos com baixo risco de queda no quarto de dormir (masculino 57,7% vs. feminino 53,6%). No entanto, são expressivos os percentuais de idosos com alto risco de queda no quarto de dormir, 42,3% homens e 46,4% mulheres. Registaram-se valores mais elevados quer para os homens (68,4%), quer para as mulheres (68,2%) com baixo risco de queda nas instalações sanitárias, com 31,7% a revelarem alto risco de queda. Em relação ao risco de queda na cozinha, apurou-se que a maioria dos homens (92,3%) e das mulheres

(78,6%) apresentam baixo risco, com apenas 14,8% a revelarem alto risco de queda na cozinha. Constatou-se que em ambos os géneros (masculino 72,7% vs. feminino 80,0%) prevalecem os idosos com baixo risco de queda nas escadas ou degraus, com 23,8% a manifestarem alto risco de queda. No que diz respeito ao pátio/jardim, quer homens (57,1%), quer mulheres (77,8%) apresentam maioritariamente baixo risco de queda, com 31,3% a apresentarem alto risco de queda. Constatou-se ainda que em ambos os géneros (masculino 60,0% vs. feminino 64,3%) sobressaem os idosos com baixo risco de queda no quintal, tendo 37,9% alto risco de queda no quintal. No entanto, quanto à relação entre o género e o risco de quedas em idosos, as diferenças não são estatisticamente significativas, qualquer que seja a divisão/zona da habitação (cf. tabela 19).

Tabela 19. Género e o risco de quedas em idosos

Risco de quedas	Género		Masculino		Feminino		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sala de estar/jantar</b>	<b>(23)</b>	<b>(23,0)</b>	<b>(21)</b>	<b>(21,0)</b>	<b>(44)</b>	<b>(100,0)</b>			0,599
Alto risco	6	26,1	7	33,3	13	29,5			
Baixo risco	17	73,9	14	66,7	31	70,5			
<i>p</i>		0,599							
<b>Quarto de dormir</b>	<b>(26)</b>	<b>(26,0)</b>	<b>(28)</b>	<b>(28,0)</b>	<b>(54)</b>	<b>(100,0)</b>			0,761
Alto risco	11	42,3	13	46,4	24	44,4			
Baixo risco	15	57,7	15	53,6	30	55,6			
<b>Instalações Sanitárias</b>	<b>(19)</b>	<b>(19,0)</b>	<b>(22)</b>	<b>(22,0)</b>	<b>(41)</b>	<b>(100,0)</b>			0,987
Alto risco	6	31,6	7	31,8	13	31,7			
Baixo risco	13	68,4	15	68,2	28	68,3			
<b>Cozinha</b>	<b>(26)</b>	<b>(26,0)</b>	<b>(28)</b>	<b>(28,0)</b>	<b>(54)</b>	<b>(100,0)</b>			0,156
Alto risco	2	7,7	6	21,4	8	14,8			
Baixo risco	24	92,3	22	78,6	46	85,2			
<b>Escadas ou degrau</b>	<b>(11)</b>	<b>(11,0)</b>	<b>(10)</b>	<b>(10,0)</b>	<b>(21)</b>	<b>(100,0)</b>			0,696
Alto risco	3	27,3	2	20,0	5	23,8			
Baixo risco	8	72,7	8	80,0	16	76,2			
<b>Pátio/Jardim</b>	<b>(7)</b>	<b>(7,0)</b>	<b>(9)</b>	<b>(9,0)</b>	<b>(16)</b>	<b>(100,0)</b>			0,377
Alto risco	3	42,9	2	22,2	5	31,3			
Baixo risco	4	57,1	7	77,8	11	68,8			
<b>Quintal</b>	<b>(15)</b>	<b>(15,0)</b>	<b>(14)</b>	<b>(14,0)</b>	<b>(29)</b>	<b>(100,0)</b>			0,812
Alto risco	6	40,0	5	35,7	11	37,9			
Baixo risco	9	60,0	9	64,3	18	62,1			

## Idade

Na tabela 20 estão expostos os resultados do risco de quedas em idosos em função da idade, tendo em conta a caracterização da habitação. Verificou-se que as percentagens mais elevadas, em ambas as faixas etárias, recaem em idosos com baixo risco de queda na sala de estar/jantar (idade  $\leq 80$  anos 83,3% vs. idade  $>80$  anos 61,5%), tendo 29,5% alto risco de queda neste compartimento da casa. Em relação ao risco de queda no quarto de dormir, apurou-se que 50,0% dos idosos com idade  $\leq 80$  anos apresentam alto risco de queda e 50,0% com a mesma idade revelam baixo risco de queda. No grupo de idosos com idade  $>80$  anos, prevalecem os idosos com baixo risco de queda (58,8%), tendo 41,2% alto risco de queda. Verificou-se que quer os idosos com idade  $\leq 80$  anos (83,3%), quer com idade  $>80$  anos (56,5%), na sua maioria, têm baixo risco de queda nas instalações sanitárias, enquanto 31,7% dos idosos apresentam alto risco de queda, com destaque para os que têm mais idade (43,5%). Verificou-se que também a grande maioria dos idosos, no total da amostra, revelam baixo risco de queda no corredor, o que é comum a ambos os grupos etários ( $\leq 80$  anos 90,9% vs.  $>80$  anos 86,7%), com apenas 3 (11,5%) idosos a revelarem risco de queda no corredor. Em relação ao risco de queda na cozinha, apurou-se que a grande maioria dos idosos, independentemente da faixa etária, revelam baixo risco de queda (idade  $\leq 80$  anos 80,0% vs. idade  $>80$  anos 88,2%), com apenas 14,8% de idosos a apresentarem alto risco de queda, na cozinha. Maioritariamente, os idosos têm baixo risco de queda nas escadas ou degraus (76,2%), onde se incluem todos os idosos com idade  $\leq 80$  anos e com corredor ou degraus (100,0%) e 64,3% com idade  $>80$  anos. Dos idosos que possuem escadas ou degraus, 5 (37,5%) têm alto risco de queda, situados estes na faixa etária  $>80$  anos. Verificou-se que 50,0% dos idosos com idade  $\leq 80$  anos têm alto risco de queda no pátio/jardim e 50,0% na mesma faixa etária baixo risco de queda. No grupo de idosos com idade  $>80$  anos, prevalecem os que têm baixo risco de queda (75,0%), tendo 25,0% alto risco de queda. Quanto ao risco de queda no quintal, sobressaem, no grupo dos idosos com idade  $\leq 80$  anos com baixo risco de queda (83,3%) e nos que possuem idade  $>80$  anos aqueles que apresentam alto risco de queda (52,9%). No entanto, quanto à relação entre a idade e o risco de quedas em idosos, apenas se regista diferenças estatisticamente significativas em relação ao quintal ( $p=0,047$ ) (cf. tabela 20).

Tabela 20. Idade e o risco de quedas em idosos

Risco de quedas	Idade		≤ 80 anos		>80 anos		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sala de estar/jantar</b>	<b>(18)</b>	<b>(18,0)</b>	<b>(26)</b>	<b>(26,0)</b>	<b>(44)</b>	<b>(100,0)</b>			0,119
Alto risco	3	16,7	10	38,5	13	29,5			
Baixo risco	15	83,3	16	61,5	31	70,5			
<b>Quarto de dormir</b>	<b>(20)</b>	<b>(20,0)</b>	<b>(34)</b>	<b>(34,0)</b>	<b>(54)</b>	<b>(100,0)</b>			0,529
Alto risco	10	50,0	14	41,2	24	44,4			
Baixo risco	10	50,0	20	58,8	30	55,6			
<b>Instalações Sanitárias</b>	<b>(20)</b>	<b>(18,0)</b>	<b>(23)</b>	<b>(23,0)</b>	<b>(41)</b>	<b>(100,0)</b>			0,067
Alto risco	3	16,7	10	43,5	13	31,7			
Baixo risco	15	83,3	13	56,5	28	68,3			
<b>Corredor</b>	<b>(11)</b>	<b>(42,3)</b>	<b>(15)</b>	<b>(57,7)</b>	<b>(26)</b>	<b>(100,0)</b>			0,738
Alto risco	1	9,1	2	13,3	3	11,5			
Baixo risco	10	90,9	13	86,7	23	88,5			
<b>Cozinha</b>	<b>(20)</b>	<b>(20,0)</b>	<b>(34)</b>	<b>(34,0)</b>	<b>(54)</b>	<b>(100,0)</b>			0,411
Alto risco	4	20,0	4	11,8	8	14,8			
Baixo risco	16	80,0	30	88,2	46	85,2			
<b>Escadas ou degraus</b>	<b>(7)</b>	<b>(33,3)</b>	<b>(14)</b>	<b>(66,7)</b>	<b>(21)</b>	<b>(100,0)</b>			0,070
Alto risco	0	0,0	5	35,7	5	23,8			
Baixo risco	7	100,0	9	64,3	16	76,2			
<b>Pátio/Jardim</b>	<b>(4)</b>	<b>(4,0)</b>	<b>(12)</b>	<b>(12,0)</b>	<b>(16)</b>	<b>(100,0)</b>			0,350
Alto risco	2	50,0	3	25,0	5	31,3			
Baixo risco	2	50,0	9	75,0	11	68,8			
<b>Quintal</b>	<b>(12)</b>	<b>(12,0)</b>	<b>(17)</b>	<b>(17,0)</b>	<b>(29)</b>	<b>(100,0)</b>			0,047
Alto risco	2	16,7	9	52,9	11	37,9			
Baixo risco	10	83,3	8	47,1	18	62,1			

Constatou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda na sala de estar, no quarto e cozinha é maior no género feminino, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas externas à casa, tais como quintal, pátio / jardim e escadas / degraus a probabilidade de alto risco de queda é menor nas mulheres, sem associação significativa (cf. tabela 21).

Tabela 21. Risco de queda em função do género

	<b>Género Feminino</b>
	OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>	
Alto risco	1,19 (0,63 – 2,25)
Baixo risco	1*
<b>Quarto</b>	
Alto risco	1,08 (0,64 – 1,81)
Baixo risco	1*
<b>Instalações sanitárias</b>	
Alto risco	1,00 (0,54 – 1,85)
Baixo risco	1*
<b>Cozinha</b>	
Alto risco	1,56 (0,95 – 2,58)
Baixo risco	1*
<b>Escadas ou degraus</b>	
Alto risco	0,80 (0,24 – 2,60)
Baixo risco	1*
<b>Pátio/jardim</b>	
Alto risco	0,62 (0,19 – 2,01)
Baixo risco	1*
<b>Quintal</b>	
Alto risco	0,90 (0,41 – 2,01)
Baixo risco	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Relativamente ao risco de queda em idosos com idade superior a 80 anos, verificou-se que a probabilidade é maior na sala de estar, corredor, contudo sem diferenças significativas e a probabilidade é menor na divisão quarto, cozinha, pátio/jardim sem diferenças significativas. Encontrou-se associação entre a idade >80 anos e o alto risco de queda no quintal. E apurou-se que existe uma associação *borderline* entre as instalações sanitárias e o alto risco de queda nos idosos com idade >80 anos (cf. tabela 22).

Tabela 22. Risco de queda em função da idade

	<b>Idade</b>
	<b>&gt;80 anos</b>
	OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>	
Alto risco	1,49 (0,94 – 2,34)
Baixo risco	1*
<b>Quarto</b>	
Alto risco	0,87 (0,57 – 1,33)
Baixo risco	1*
<b>Instalações sanitárias</b>	
Alto risco	<b>1,65 (1,00 – 2,72)</b>
Baixo risco	1*
<b>Corredor</b>	
Alto risco	1,17 (0,49 – 2,83)
Baixo risco	1*
<b>Cozinha</b>	
Alto risco	0,76 (0,37 – 1,58)
Baixo risco	1*
<b>Pátio/jardim</b>	
Alto risco	0,73 (0,34 – 1,58)
Baixo risco	1*
<b>Quintal</b>	
Alto risco	<b>1,84 (1,02 – 3,31)</b>
Baixo risco	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Constatou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda no quarto, no corredor, na cozinha, no pátio/jardim e no quintal é maior nos idosos com estado civil de casados, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas da casa, tais como sala de estar e instalações sanitárias a probabilidade de alto risco de queda é menor no grupo dos casados, sem associação significativa (cf. tabela 23).

Tabela 23. Risco de queda em função do estado civil

		Estado civil
		Casado(a)
<b>Sala de estar</b>		
Alto risco		0,45 (0,11 – 1,75)
Baixo risco		1*
<b>Quarto</b>		
Alto risco		1,42 (0,55 – 3,63)
Baixo risco		1*
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco		0,77 (0,25 – 2,37)
Baixo risco		1*
<b>Corredor</b>		
Alto risco		2,93 (0,96 – 8,90)
Baixo risco		1*
<b>Cozinha</b>		
Alto risco		1,14 (0,31 – 4,10)
Baixo risco		1*
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco		2,00 (0,15 – 25,75)
Baixo risco		1*
<b>Quintal</b>		
Alto risco		1,06 (0,39 – 2,86)
Baixo risco		1*

Legenda: 1\* - Classe de referência~

Em relação às habilitações literárias, uma vez que a amostra em estudo tem um  $n$  reduzido, e aquando da estratificação não nos foi permitido calcular o OR.

Verificou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda na sala de estar, quarto, instalações sanitárias e quintal é maior nos idosos que vêm com dificuldade, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas da habitação como corredor, cozinha, escadas / degraus e pátio / jardim a probabilidade de alto risco de queda é menor nos idosos que vêm mal, sem associação significativa (cf. tabela 24).

Tabela 24. Risco de queda em função das alterações visuais

<b>Alterações visuais</b>	
<b>Vê com dificuldade</b>	
OR (IC95%)	
<b>Sala de estar</b>	
Alto risco	1,19 (0,68 – 2,06)
Baixo risco	1*
<b>Quarto</b>	
Alto risco	1,09 (0,68 – 1,76)
Baixo risco	1*
<b>Instalações sanitárias</b>	
Alto risco	1,29 (0,78 – 2,13)
Baixo risco	1*
<b>Corredor</b>	
Alto risco	0,59 (0,11 – 3,04)
Baixo risco	1*
<b>Cozinha</b>	
Alto risco	0,88 (0,42 – 1,85)
Baixo risco	1*
<b>Escadas ou degraus</b>	
Alto risco	0,96 (0,42 – 2,15)
Baixo risco	1*
<b>Pátio/jardim</b>	
Alto risco	0,94 (0,40 – 2,19)
Baixo risco	1*
<b>Quintal</b>	
Alto risco	1,43 (0,72 – 2,83)
Baixo risco	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Verificou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda na sala de estar, instalações sanitárias, pátio / jardim e quintal é maior nos idosos que ouvem com dificuldade. Encontrou-se associação entre ouvir com dificuldade e o alto risco de queda no quintal. Nas áreas da habitação como quarto, corredor, cozinha, escadas / degraus a probabilidade de alto risco de queda é menor nos idosos que ouvem com dificuldade, sem associação significativa (cf. tabela 25).

Tabela 25. Risco de queda em função das alterações auditivas

		<b>Alterações auditivas</b>
		<b>Ouvir com dificuldade</b>
		OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>		
Alto risco		1,66 (0,81 – 3,41)
Baixo risco		1*
<b>Quarto</b>		
Alto risco		0,62 (0,32 – 1,20)
Baixo risco		1*
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco		1,29 (0,59 – 2,78)
Baixo risco		1*
<b>Corredor</b>		
Alto risco		0,85 (0,15 – 4,56)
Baixo risco		1*
<b>Cozinha</b>		
Alto risco		0,82 (0,31 – 2,12)
Baixo risco		1*
<b>Escadas ou degraus</b>		
Alto risco		0,91 (0,27 – 3,06)
Baixo risco		1*
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco		1,65 (0,57 – 4,76)
Baixo risco		1*
<b>Quintal</b>		
Alto risco		<b>2,86 (1,08 – 7,57)</b>
Baixo risco		1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Apurou-se que a probabilidade de apresentar alto risco de queda nas instalações sanitárias, corredor e quintal é maior nos idosos que utilizam ajuda de apoios para se deslocarem, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas da habitação como sala de estar, quarto, cozinha, escadas / degraus e pátio / jardim a probabilidade de alto risco de queda é menor nos idosos que utilizam ajuda de apoios para se deslocarem, sem associação significativa (cf. tabela 26).

Tabela 26. Risco de queda em função da utilização de meios para se deslocar

<b>Utilização de meios para se deslocar</b>	
<b>Descolar com ajuda de apoios</b>	
OR (IC95%)	
<b>Sala de estar</b>	
Alto risco	0,85 (0,38 – 0,187)
Baixo risco	1*
<b>Quarto</b>	
Alto risco	0,83(0,46 – 1,50)
Baixo risco	1*
<b>Instalações sanitárias</b>	
Alto risco	1,37(0,69 – 2,71)
Baixo risco	1*
<b>Corredor</b>	
Alto risco	1,91 (0,72 – 5,08)
Baixo risco	1*
<b>Cozinha</b>	
Alto risco	0,78 (0,30 – 2,01)
Baixo risco	1*
<b>Escadas ou degraus</b>	
Alto risco	0,80 (0,24 – 2,60)
Baixo risco	1*
<b>Pátio/jardim</b>	
Alto risco	0,36 (0,05 – 2,29)
Baixo risco	1*
<b>Quintal</b>	
Alto risco	1,36 (0,54 – 3,42)
Baixo risco	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência



### 3. Discussão dos resultados

Os resultados apresentados anteriormente são discutidos seguidamente, tendo por base algumas reflexões teóricas, como forma de se tentar compreender os valores encontrados. Quanto à caracterização sociodemográfica de 54 idosos, 37,0% são utentes do Centro de Dia da Casa do Povo de Mouronho, 35,2% do Centro Social e Paroquial de Póvoa de Midões e 27,8% do Centro de Dia da Casa do Povo de Meda de Mouros. Trata-se de uma amostra maioritariamente do género feminino (51,9%), com uma idade média de  $80,81 \pm 7,9$  anos, prevalecendo os idosos com idade superior aos 80 anos (63,0%), viúvos (62,7%), que sabem ler e escrever (63,0%), estando 57,4% a viverem sozinhos e 42,6% vivem com outras pessoas, dos quais a maioria vive com os filhos e com o cônjuge. Estes resultados vão ao encontro dos resultados preliminares dos censos 2021, que revelam um crescimento da população idosa em Portugal, particularmente entre as mulheres, o que se deve à maior esperança de vida. Ao longo dos anos tem-se denotado um crescimento do índice de envelhecimento, em 2020, com o concelho de Tábua a revelar um índice de 216,6 (PORDATA 2021). É de referir que Gonçalves (2013) no seu estudo também verificou uma maior percentagem de idosas, viver acompanhados, a saberem ler e escrever, mas com a maioria de idosos casados ou em união de facto e com idade entre os 65-74 anos, o que difere dos resultados encontrados no presente estudo, pois prevalecem os viúvos e com idade superior aos 80 anos.

Verificou-se que a maioria dos idosos possuía uma doença ( $n= 50$ ; 92,6%). Dos que referiram ter uma doença, as mais prevalentes são a hipertensão arterial (29,6%), superior nos homens (46,2% vs. 14,3%,  $p=0,01$ ), a diabetes (27,8%) com maior percentagem nos homens (34,6% vs. 21,4%,  $p=0,28$ ), a patologia cardiovascular (22,2%) com maior percentagem também em homens (26,9% vs. 17,9%,  $p=0,46$ ). Face à constante evolução das alterações demográficas que têm permitido conquistar anos à vida, um dos grandes desafios é tornar essa longevidade mais saudável, acrescentando à vida mais tempo de independência e autonomia, otimizando a capacidade funcional das pessoas para responder às Atividades de Vida Diária (AVD). A par destas mudanças demográficas têm ocorrido alterações epidemiológicas com um aumento das doenças crónico-degenerativas, tornando as pessoas mais propensas a viver durante mais tempo com comorbidades e graus de dependência crescentes (Araújo & Martins, 2016). Fazendo-se uma comparação dos resultados encontrados no presente estudo com os de Gonçalves (2013), regista-se um predomínio de diabetes, de patologia cardiovascular e de hipertensão arterial, mas nos idosos do género feminino, o que está em conformidade com os dados do Ministério da Saúde (2018), segundo os quais, a prevalência de

hipertensão a nível nacional afeta mais de 71% dos portugueses com idade igual ou superior aos 65 anos e a diabetes 23,8% dos idosos, corroborando as estimativas do Observatório Nacional da Diabetes (2016) para anos subsequentes a 2015. Mendes, Martins e Fernandes (2020), numa amostra de 202 idosos, verificaram que 99 eram diabéticos, os quais tinham mais dislipidemia, comparativamente aos não diabéticos, assim como um maior número de comorbilidades.

A grande maioria dos idosos da amostra toma medicação (90,7%), dos quais dez idosos (20,4%) referem que tomam apenas 1 medicamento e os restantes idosos que tomam medicação são considerados *polimedicados minor* (tomam entre 2 e 4 medicamentos). Das pessoas idosas que respondem positivamente à toma de medicação, verifica-se que, em média, o número de medicamentos ingeridos apresentava o valor mínimo de 1 e o máximo de 4, sendo a média de medicamentos ingeridos de 2,2 comprimidos por dia. Comparativamente ao estudo de Gonçalves (2013), a maioria dos idosos tomavam entre 0 a 12 comprimidos por dia, a que lhe corresponde uma média de 4,63 comprimidos. A análise dos seus resultados revela que a maioria afirmou polimedicação *major*. No estudo de Castilho, Rocha, Magalhães, Vaz e Costa (2020), com uma amostra de 1346 idosos, com idade média de  $81,5 \pm 5,1$  anos, sendo 61,8% do sexo feminino, a polimedicação estava presente em 62,3% verificando-se uma média de  $5,5 \pm 2,7$  fármacos por idoso. A prevalência de polimedicação encontrada na população idosa está dentro do intervalo referido por outros estudos portugueses, nomeadamente de Urzal, Pedro, Oliveira, Romero, Achega, Correia et al. (2019).

No que diz respeito às alterações visuais, constatou-se que a maioria dos idosos vê bem (44,4%), com 33,3% a usarem óculos e 22,2% a verem com dificuldade, contrariamente, no estudo de Gonçalves (2013), a maioria dos idosos via mal e usavam óculos. Quanto às alterações auditivas, no presente estudo, 55,6% referem ouvir bem e 42,6% mencionaram ouvir com dificuldade, entre os quais 67% atribui a causa ao processo de envelhecimento. Gonçalves (2013) verificou uma maior percentagem de idosos que relataram ouvir bem (67,7%). No estudo de Dias, Silva, Oliveira, Oliveira e Amaral (2008), cujo objetivo estudar a correlação entre a redução da visão funcional e a ocorrência de quedas em idosos, tendo em conta que as alterações visuais são fatores muitas vezes negligenciados como causa das quedas, constaram uma relação positiva entre a presença de défices de visão funcional, sobretudo acuidade visual, e a ocorrência de quedas e/ou outros preditores, como défice de estabilidade postural e mobilidade. O estudo mostra que a simples identificação e a correção de alterações visuais e as alterações no ambiente domiciliário são intervenções capazes de contribuir para a prevenção de quedas nos idosos.

Prevaecem os idosos que não utilizam qualquer meio para se deslocarem (53,7%) o que corrobora os resultados apurados por Gonçalves (2013), onde 67,7% dos idosos não necessitavam de apoio à marcha e dos que necessitavam a maioria era com ajuda de bengala, tal como no presente estudo (25,9%).

Relativamente à ocorrência de quedas, encontramos que a maioria dos idosos não vivenciou qualquer episódio de queda no domicílio (77,8%), enquanto 22,2% referem que já tiveram uma queda no domicílio, dos quais a maioria (83,3%) refere que esta ocorreu nos últimos 12 meses. Em relação ao local onde ocorreu a queda, verificou-se que em 25,0% mencionou que ocorreu no quarto, em igual percentagem na rua, e também em igual percentagem (16,7%) na casa de banho e quintal. O principal motivo de queda foi por tonturas/desequilíbrio/AVC (50,0%), seguindo-se o tropeçar (33,3%). No estudo de Gonçalves (2013), a maioria dos idosos referiu já ter sofrido uma queda no domicílio, mas não nos últimos 12 meses e entre os que citaram os três locais onde ocorreu a queda foram o quintal, a casa de banho e o quarto, sendo o principal motivo o desequilíbrio, destacando-se também as tonturas, vertigens ou desmaios. Entre os idosos do presente estudo que já sofreram uma queda, a maioria (n=9; 81,8%) apresenta polimedicação *minor* e 2 (18,2%) idosos tomam apenas 1 medicamento, no estudo de Gonçalves (2013), a maioria dos idosos que já sofreu uma queda apresentava polimedicação *major*. Bittencourt et al. (2017) referem que entre os fatores de risco intrínsecos da queda em idosos sobressaem as modificações agregadas à idade e às condições clínicas. Smith et al. (2017) no seu estudo verificaram que os fatores de risco de queda em idosos foram ter já sofrido uma queda, viverem acompanhados, problemas visuais e doenças reumatológicas.

A avaliação do risco de queda nas diferentes zonas/divisões do domicílio em idosos da amostra não se associou com o género, as alterações visuais e a forma de se deslocar. Contudo, encontrou-se associação entre o alto risco de queda no quintal e a idade >80 anos (OR = 1,84; IC95% 1,02 – 3,31) e nas instalações sanitárias uma associação *borderline* (OR = 1,65; IC95% 1,00 – 2,72). Encontrou-se também associação entre o alto risco de queda no quintal e as alterações auditivas (OR= 2,86; IC95% 1,08 – 7,57), o que corrobora os resultados encontrados por Gonçalves (2013). Verificou-se também diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o risco de queda no quintal (p=0,047). No estudo de Gonçalves (2013), ficou demonstrado haver risco em qualquer das divisões da casa em 57,7%, risco de queda efetivo em 9,2% e ausência de risco de queda no domicílio em 31,3%.

Não obstante os resultados encontrados no presente estudo, Bittencourt et al. (2017, p. 2) referem que entre as causas que influenciam a queda em idosos encontram-se os fatores de risco intrínsecos e/ou extrínsecos., estando os primeiros associados às características da pessoa e às mudanças próprias do processo de envelhecimento, à

idade, ao gênero e às condições clínicas. Dos fatores de risco extrínsecos destacam-se os “interruptores fora do alcance, escadas, piso escorregadio, tapetes, iluminação imprópria e calçados inadequados”, o que, no presente estudo, são fatores com reduzida percentagem, pois em qualquer divisão/zona da habitação a maioria dos idosos relatou que os interruptores estão bem localizados, ausência de piso escorregadio e boas condições de luminosidade natural. Contudo, há que reforçar que os fatores ambientais desempenham um papel de grande relevância em até metade de todas as quedas nos idosos, o que se deve a situações como a iluminação inadequada, ambientes monocromáticos, superfícies escorregadias ou irregulares, tapetes soltos, escadas íngremes, degraus altos ou estreitos, móveis frágeis, cadeiras e sanitas baixos, obstáculos no caminho, ausência de corrimãos em escadas, degraus e banheiros, prateleiras muito altas ou baixas e calçados inadequados, o que faz aumentar significativamente a possibilidade de queda em idosos (Gonçalves, 2013).

## Conclusão

Como primeira conclusão do estudo realizado referimos que se conseguiu responder às questões de investigação e atingir os objetivos delineados.

Pode-se concluir que a maioria dos idosos tem uma doença crónica, sendo as mais prevalentes a hipertensão, a diabetes e as doenças cardiovasculares e a maioria também referiram que toma apenas um medicamento.

Quanto à avaliação das alterações sensoriais, a maioria dos idosos considera que vê bem, embora mais de um quarto use óculos e metade referiu que ouve bem. Mais de metade dos idosos da amostra não utilizam qualquer meio para se deslocarem.

Mais de um quinto da amostra já referiu ter tido uma queda e mais de 80% referiu que a queda foi nos últimos 12 meses.

Apurou-se que as alterações auditivas e idade >80 anos estão associadas ao risco de queda no quintal. E apurou-se que existe uma associação *borderline* entre as instalações sanitárias e o alto risco de queda nos idosos com idade >80 anos. Verificou-se também diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o risco de queda no quintal ( $p=0,047$ ).

As áreas da habitação com mais alto risco de queda são o quarto e o quintal.

Face aos resultados apurados, importa referir que o cuidar exige que os enfermeiros de Saúde Comunitária prestem cuidados holísticos, cuidados de enfermagem de qualidade centrados na pessoa, na família e na comunidade, tendo em conta toda a singularidade e totalidade da pessoa humana. Neste contexto, considera-se decisiva a aquisição e o aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista assim como as competências de Mestre em Enfermagem Comunitária que, ao longo da componente teórica do ciclo de estudos, foi modeladora do pensamento reflexivo e crítico, bem como ao longo da componente prática. Na abordagem da comunidade como cliente dos cuidados de enfermagem e tendo o empoderamento comunitário enquanto processo e resultado na decisão clínica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a identificação de problemas e tomada de decisão da comunidade fica claro que cabe ao enfermeiro o papel de moderador entre a melhor evidência científica e a comunidade.

Este estudo procurou explicar os fatores de risco de queda do idoso no domicílio, assim como clarificar a influência das variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e das variáveis contextuais a queda que nos serviram de base para a análise das questões de investigação em estudo. Assim, o estudo exploratório realizado possibilitou concluir uma síntese justificativa das questões em análise e propor determinadas intervenções e

estratégias com o objetivo de diminuir o risco de queda na população idosa no domicílio, bem como sugerir novas linhas de investigação a ter em conta futuramente.

Entre as limitações, identificam-se, em primeiro lugar, as fragilidades inerentes a um estudo de tipo exploratório no decorrer duma pandemia, o escasso tempo disponível para a colheita dos dados não nos permitiu a constituição de uma amostra de dimensão que satisfaça totalmente os critérios dos autores mais exigentes. Uma outra limitação do nosso estudo prende-se com o facto de existirem poucos estudos em que a variável característica da habitação tivesse sido analisada, através de uma escala para avaliar o risco de queda no domicílio, pelo que, urge a necessidade de trabalhos futuros em que seja usado a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio. O espaço de tempo em que foi realizado o estudo levou à reduzida dimensão da amostra. Apesar destas limitações, não quisemos deixar de dar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática e essencialmente abrir portas para novas análises em que se considerem estas e outras variáveis. Deste modo, sugere-se que se replique este estudo com uma amostra maior, incluindo outras variáveis; criação de programas de intervenção multifatorial com o intuito de diminuir o risco de queda em idosos; nos cuidados de saúde primários tem que se implementar discussões sobre a problemática risco de queda do idoso e criar um plano educacional. Torna-se urgente avançar para uma política de prevenção, no sentido da prevenção de quedas em idosos. Na verdade, do profissional de saúde espera-se uma resposta com competência teórica e prática aos desafios do envelhecimento individual e populacional e conseqüentemente, sendo necessário que se invista na formação dos recursos humanos para que possam intervir de forma eficaz e com qualidade nos cuidados à população idosa. Deve constituir uma prioridade as intervenções com vista à redução do risco de queda do idoso no domicílio, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os idosos e cuidadores.

Em suma, este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos numa área que nos preocupa e pela qual temos particular interesse, a importância de criar estratégias para a prevenção de quedas no idoso é para nós muito importante. Este relatório tem a intenção de apenas se constituir como um instrumento de reflexão, sem ser conclusiva, ou colocar um ponto final na discussão.

É fundamental ter em consideração que as competências desenvolvidas neste percurso são ferramentas que precisam ser atualizadas e aperfeiçoadas, de modo a proporcionar as melhores respostas perante as situações com que a Enfermagem Comunitária se depara. A formação contínua é uma responsabilidade ética e deontológica da profissão de enfermagem, envolvida no compromisso para com a sociedade. A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária foi decisiva para o crescimento pessoal e profissional, enriquecida pela componente teórica, pelos

momentos de aprendizagem em estágio e pela estimulação para realização da prática baseada na evidência, bem como o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico.

A metodologia do Planejamento em Saúde esteve presente em todas as etapas do estágio, mostrando-se como um método para melhorar a saúde da comunidade e um instrumento determinante para o nosso exercício profissional.

Importa também referir que a realização do Estágio II - Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social – contribuiu para o desenvolvimento e aquisição das competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Assim, assumiu-se como fundamental olhar para o caminho percorrido e refletir sobre as decisões tomadas. Neste sentido, concretizou-se a aplicação prática das competências apreendidas em contexto teórico e as espelhadas no Regulamento n.º 428/2018 da ordem dos Enfermeiros, no decorrer do semestre letivo presente e anterior, de forma eficaz e eficiente. Para tal, todo o trabalho concretizado através deste estudo, nomeadamente a intervenção realizada na UCC Pedra da Sé, com vista à prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia, mostrou-se essencial para adquirir todas as competências já anteriormente descritas. Tudo isto vai ao encontro do pressuposto que a enfermagem tem por base a essência do cuidar e da sua ciência, com o conhecimento científico em constante desenvolvimento e cuidados técnicos e humanos baseados na relação interpessoal. O avanço do conhecimento veio criar novos desafios e horizontes e cabe aos enfermeiros articularem-se com os novos recursos, incorporando-os em abordagens humanas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e obtenção de ganhos em saúde do indivíduo/comunidade. Certa das exigências profissionais e da responsabilidade acrescida, foi com enorme convicção que se realizou este percurso de formação, não só profissional, mas também pessoal.



## Referências bibliográficas

- Amorim, C., Barlem, E., Mattos, M., Costa, S., & Oliveira, S. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- Araújo, F. & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: considerações e orientações para a prática. In T. Martins, *et al.* (Org.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 113-130). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Azevedo, L.S. da (2015). *A queda no idoso: fatores de risco e prevenção*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/31984/1/Factores%20de%20risco%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%202.pdf>
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito de excelência e poder na prática clínica de enfermagem (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Bittencourt, V., Graube, S., Stumm, E., Battisti, I., Loro, M., & Winkelmann, E. (2017). Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51, 154–161. Acedido em <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016037403237>
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, Vol. 2, 572-577. Acedido em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Castilho, I., Rocha, E., Magalhães, S., Vaz, Z., & Costa, A.L.G. (2020). Polifarmácia e Utilização de Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso com Idade Igual ou Superior a 75 Anos: O Caso de uma Unidade de Saúde Familiar. *Acta Med Port*, 33(9), 622-632. <https://doi.org/10.20344/amp.13320>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Daly, R. M., Duckham, R. L., Tait, J. L., Rantalainen, T., Nowson, C. A., Taaffe, D. R., Sanders, K., Hill, K. D., Kidgell, D. J., & Busija, L. (2015). Effectiveness of dual-task functional power training for preventing falls in older people: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 16, 120. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0652-y>

- Datta, A., Datta, R., & Elkins, J. (2019). What Factors Predict Falls in Older Adults Living in Nursing Homes: A Pilot Study. *J. Funct. Morphol. Kinesiol*; 4, 3, 2-8. doi:10.3390/jfmk4010003
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C., & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* (Cambridge, Mass); 21:658-68)
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Ministério da saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015.
- Dias, R.C., Silva, J.R., Oliveira, J.C., Oliveira, S.A., & Amaral, P.H.S. (2008). Visão funcional e quedas no idoso: uma revisão da literatura. *Geriatrics & Gerontologia*; 2(1), 25-31. Acedido em <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n1a07.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma n.º 008/2019, de 9 de dezembro de 2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Furtado, M.A.S.M., Bonfim, C.V. de, Fernandes, C.L.E.A. de, Oliveira, J.A., & Silva, A.G.S. de (2021). Características epidemiológicas e distribuição espacial das quedas em idosos atendidos no serviço pré-hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(6), e20115, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20115>
- Garbin, T. R., & Dainese, C. A. (2013). Aprendizagem Baseada em Projeto: Um Modelo de Intervenção e Avaliação para EAD. In *Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação* (Vol. 2, No 1.)
- Gomes, J., Soares, C.M., & Bule, M.J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *RPER*; Vol. 2, 1, 11-17. doi 10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571
- Gonçalves, F.C.S. (2013). *Risco de Queda dos Idosos no Domicílio*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1975/1/GON%C3%87ALVES%2C%20F%C3%A1tima%20Cl%C3%A1udia%20Sousa%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Indicadores de envelhecimento*. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Jackson, S.H., Mangoni, A.A., & Batty, G.M. (2004). Optimizing of drug prescribing. *Br J Clin Pharmacol*; 57, 231-236.

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* [PDF]. Porto Alegre: Artmed. Acedido em: [https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4388694/mod\\_resource/content/1/Le%20Boterf%20cap%201%20a%203.pdf](https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4388694/mod_resource/content/1/Le%20Boterf%20cap%201%20a%203.pdf)
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Mendes, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2020). Diabetes em Idosos de Unidades de Convalescença: Caracterização Sociodemográfica e Clínica. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.*;15(1-2), 29-35. <https://doi.org/10.26497/ao190038>
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde*. Portugal. Acedido em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Ramalho, F., Andre, H., Machado, M., Santos-Rocha, R. et al. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta reumatologica portuguesa*; 38(4), 263-72.
- Observatório Nacional da Diabetes (2016). *Diabetes Factos e Números: O ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: OND.
- OMS (2008). *Falls* [Em linha]. Acedido em WWW:< URL:[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/other\\_injury/falls/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/)>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Organização Mundial de Saúde (2021). *Falls*. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Pereira, S.G., Santos, C.B. dos, Doring, M., & Portella, M.R. (2017). Prevalência de quedas no domicílio de longevos e fatores extrínsecos associados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 25:e2900, 2-7. DOI: 10.1590/1518-8345.1646.2900

- Pina, J., Veiga-Branco, M.A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec. nº5), 137-145.
- PORDATA (2021). População residente com 65 e mais anos, estimativas a 31 de Dezembro: total e por grupo etário. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+65+e+mais+anos++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-3502>
- Pynoos J, Steinman BA, Nguyen AQ. Environmental assessment and modification as fall-prevention strategies for older adults. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26:633-44.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Rodrigues, I., Fraga, G., & Barros, M. (2014). Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [Em linha]. 17, 705-718. URL:<https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400030011>>.
- Smith, A.A., Silva, A.O., Rodrigues, R.A.P., Moreira, M.A.S.P., Nogueira, J.A., & Tura, L.F.R. (2017). Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 25:e2754. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.
- Torrão, C.M.C. (2016). *Quedas em idosos numa unidade de longa duração e manutenção – prevalência, riscos e prevenção*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13074/1/Tese%20\\_%20Carla\\_v1\\_JA\\_Impress%C3%A3o\\_V\\_4%20final.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13074/1/Tese%20_%20Carla_v1_JA_Impress%C3%A3o_V_4%20final.pdf)
- Urzal, J., Pedro, A.B., Oliveira, I.F., Romero, I., Achega, M., Correia, I. et al. (2019). Inappropriate prescribing to elderly patients in an internal medicine ward. *Acta Med Port.*; 32, 141-8.
- Yuan-Yuan G, Koen B, Yicheng N, Jan A, Jan G. Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nurs Res*. 2016;3:7-10. doi:10.1016/j.cnre.2015.11.002

**Anexos**



## Anexo I – Formação sobre “Burnout”

### ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA***



Orientação: Professora Doutora Odete Amaral e  
Enfermeiro José Coimbra

Tábua, maio de 2021

Cristina Niza Nº 1385

**TEMA:** burnout nos profissionais de saúde em pandemia covid 19

**PÚBLICO-ALVO:** Profissionais de saúde da UCC Pedra da Sé

**OBJETIVO GERAL:** Identificar precocemente sinais e sintomas de burnout nos profissionais de saúde da UCC Pedra da Sé e criar planeamento de atuação.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conhecer os termos chave
- Evolução histórica dos mesmos
- Descrever as atividades do projecto
- Construir fluxograma de atuação

- **Palavras chave:** síndrome burnout, profissionais de saúde, covid 19

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contextualização do tema</li> </ul>	Expositivo oral, direto, interativo e reflexivo	Computador Videoprojector Diapositivos Texto de apoio Bibliografia	3min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de Burnout e pandemia Covid 19</li> <li>• Evolução dos conceitos</li> <li>• Objetivos do projeto “Build in”</li> <li>• Enumeração das prioridades</li> <li>• Descrição das estratégias do projecto</li> <li>• Atividade de atuação</li> </ul>			12min
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais conclusões;</li> <li>• Reflexão/discussão de ideias;</li> </ul>			5 min

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

### **INTRODUÇÃO**

A síndrome de *burnout* é, atualmente, um tema central de debate e de investigação, e sabe-se que este fenómeno pode acarretar inúmeras consequências negativas, quer relativamente ao bem-estar físico e mental dos profissionais, quer no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pelos mesmos.

(Neto, Areosa & Arezes, 2014)

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**



Bezerra et al, 2020

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

### **OBJETIVO**

- Identificar precocemente sinais e sintomas de burnout nos profissionais de saúde da UCC Pedra da Sé e criar planeamento de atuação.
- Criar planeamento de atuação.



5

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

### **SINDROME BURNOUT**

Freudenberger (1974)

Psiquiatra e psicanalista norte-americano

Introduziu pela primeira vez o termo

Síndrome que considerava frequente nos profissionais de saúde, como consequência da tensão emocional resultante do contato direto com pessoas que apresentavam problemas.

Freudenberger (1974)

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**



Síndrome começa por instalar-se tendo como base o stress das diferentes vivências no trabalho;



• Para tentar solucionar a crescente dificuldade de adaptação às tarefas diárias do trabalho, o indivíduo pode aumentar e direcionar todos os seus esforços na busca de uma melhoria, levando-o a uma sobrecarga.

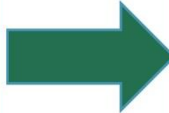
Costa (2011)

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **STRESS**

Experiência fisiológica de pressão, onde existe uma interação entre o indivíduo e o meio que o rodeia.

Alguns reagem de forma positiva, transformando num elo de ligação para a satisfação profissional e pessoal.



### **BURNOUT**

Resulta de um processo de diminuição de adaptação, resultante da exposição prolongada ao stresse profissional, levando a um estado final de disfuncionamento permanente.

(Miranda 2011)

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**



Segundo os dados da *European Agency for Safety and Health at Work* (2013), revelaram que 51% dos profissionais da União Europeia referem a existência de **stresse no seu trabalho**, valor que antes de 2010 se situava em cerca de 20% .

(Pereira, Queirós, Gonçalves, Carlotto e Borges, 2014)

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

- Estudos efetuados em Portugal sobre a síndrome de burnout em médicos e enfermeiros não são representativos.
- Estudo da Ordem dos Médicos, cujos resultados indicam que 21,6% dos profissionais de saúde apresentam síndrome de burnout moderada e 47,8% elevada.



A falta de condições de trabalho foi o principal indicador identificado

(Maroco, Leite, Bastos, Vazão e Campos, 2016)

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

O aumento do Burnout está intrinsecamente ligado ao stress provocado no local de trabalho, não o tornando eficiente.



**Organização Mundial da “Joint Comission” julho de 2019**

Manual de acesso rápido para combate do Burnout, para dar resposta ao recente estudo sobre o aumento do Burnout nos profissionais de saúde (sobretudo os enfermeiros).

(Ross,2020)

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

**Organização Mundial da “Joint Comission”**



15.6%

Enfermeiros afetados trabalhavam em serviços de emergência



5%

Tinham apoio das organizações hospitalares

(Ross,2020)

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

•Poluição e alterações climáticas

•Pandemias decorrentes de vírus influenza

•Expansão do ébola, entre outros agentes de alto risco

•Resistência a antibióticos

•Dengue

•Resistência á vacinação

### **OMS (2019) PUBLICA LISTA DE POSSIVEIS AMEÇAS:**



(WHO, 2019)

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

### **PROPOSTA DE PROJETO**

- Quantos profissionais de saúde se apresentavam de baixa clínica por Burnout?
- Que seguimento tinham pelas instituições?
- Que planeamento de saúde existia na saúde ocupacional para este diagnóstico?
- Qual o aumento das baixas clínicas por burnout após o início da pandemia?
- Quais as alterações do planeamento existente com o surgimento da pandemia covid19?



## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **PROPOSTA DE PROJETO**

#### **Objetivo**

- Diminuir a prevalência de Burnout, nos profissionais de saúde da UCC Pedra da Sé, criando um plano de ação até ao final do ano de 2021.

#### **Prioridades**

- Identificar, enumerar e relacionar o número de baixas de Burnout devido à Pandemia;
- Identificar sinais e sintomas de Burnout nos profissionais de saúde ;
- Identificar qual o acompanhamento que está a ser feito por parte da entidade patronal para com os profissionais de saúde.

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **EQUIPA**

- 1 enfermeira,
- 1 psicólogo/psiquiatra,
- 1 médico de medicina do trabalho,
- 1 fisioterapeuta.



Esta equipa deve estar presente na UCC Pedra da Sé pelo menos 1 vez por semana, e sempre que necessário, assegurando as necessidades dos profissionais de saúde que nesta UCC exercem funções. Existindo também uma linha telefónica de apoio.

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **ESTRATÉGIAS**

- A. Identificar mais rapidamente estes casos de profissionais em Burnout através da aplicação da escala MBI;
- B. Divulgação da temática em sessões de educação para a saúde promovidas na UCC Pedra da Sé ;
- C. Criação de atividades de diminuição de stress (virtual hope, breath 2 relax, resilience app).

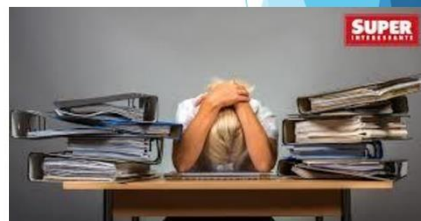


## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **ATIVIDADES**

Serão apresentadas e oferecidas em contexto da **consulta de saúde ocupacional**, dando a possibilidade ao profissional de optar por aquela que mais se identifica ou se adequa a si.

1. Sessões semanais de videoconferência
2. Pausas
3. Virtual Hope Box
4. Breathe2Relax
5. Headspace
6. Apoio psiquiátrico e apoio psicológico
7. Promoção de Saúde em serviço
8. Gestão de recursos materiais



## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

### **ATIVIDADE 1** **SESSÕES SEMANAIS DE** **VIDEOCONFERÊNCIA**



- Para grupos de pares no sentido de discutir vários problemas que os afetam.
- Algumas das questões para discussão incluem o seguinte: O que o preocupa? Como se está a sentir? O que se está a experienciar? Como está a processar tudo isto?
- A aplicação utilizada poderá ser o zoom.
- Poderá a ser realizada por psicólogos/enfermeiros de apoio à saúde ocupacional.

## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 2 PAUSAS

A Health Agency Connected Health, recomenda pequenas pausas de 10 minutos e o uso do relógio, se possível, como um lembrete para fazer essas pausas.



## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 3 VIRTUAL HOPE BOX



Contém ferramentas personalizadas para ajudar a lidar de forma positiva, é um meio de relaxamento.

- Promove a distração e conexão com outras pessoas em momentos de exacerbação de sintomas;
- Partilha experiências com outros profissionais que já vivenciaram a mesma situação.

## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 4 BREATHE2RELAX



O Breathe2Relax ensina a respiração diafragmática a diminuir as crises de ansiedade. O Provider Resilience App oferece autoavaliações e ferramentas de redução de stress, juntamente com um painel para rastrear a resiliência diária.

## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 5 HEADSPACE

Headspace é um aplicativo de meditação e sono que pode ter um impacto positivo na saúde, vida pessoal e profissional dos profissionais



## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 6 APOIO PSICOLOGICO

Providenciar apoio psiquiátrico e apoio psicológico aos profissionais de saúde que demonstrarem interesse, ou, os que sejam sinalizados por parte do seu superior hierárquico ou colegas de trabalho ou em consulta de saúde ocupacional.



Sessões de relaxamento guiado por enfermeiros especialistas na área de saúde mental

## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 7 PROMOÇÃO DE SAÚDE EM SERVIÇO



- Formação específica sobre contaminação com COVID 19
- Questões sobre quando e como deverão fazer rastreios em suspeitos;
- Uso de material de equipamento Proteção individual;
- Quando aplicar quarentena ou isolamento;
- Decisões éticas sobre triagem de capacidades pessoal e material;
- Treino sobre atuação em papeis de desempenho de funções de gestão/triagem;
- Reflexão de estratégias para lidar com mortalidade em massa e exponencial;
- Exercícios de coping para ultrapassar com as exigências da demanda diária dos serviços em tempo pandemia.

## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

### ATIVIDADE 8 GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

Os profissionais de saúde devem estar providos de todo o material necessário para o combate à pandemia, nomeadamente os EPI,s necessários para o efeito. A gestão de recursos devido à escassez dos mesmos leva ao aumento de stress das equipas.



## BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19

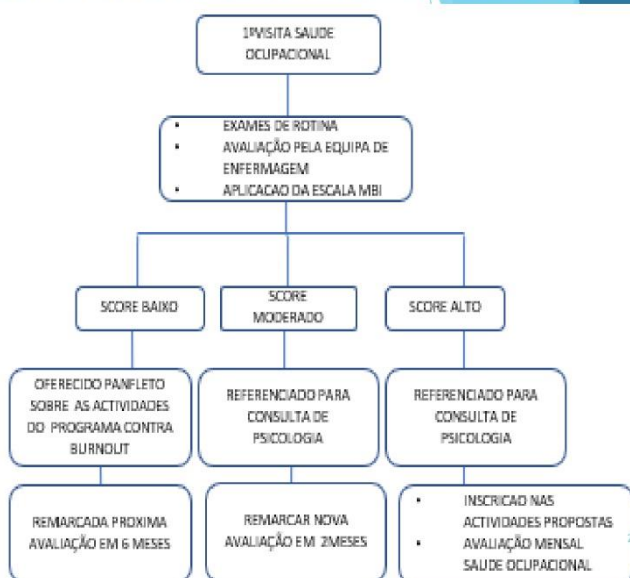
Todavia, deve ser criada uma consulta programada de 6 em 6 meses, para aplicação escala MBI para avaliação/ rastreio dos profissionais que integram nas equipas de serviços considerados de risco. Para que haja uma monitorização periódica.

	Every day	A few times a week	Once a week	A few times a month	Once a month or less	A few times a year	Never
I deal very effectively with the problems of my patients							
I feel I treat some patients as if they were impersonal objects							
I feel emotionally drained from my work							
I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job							
I've become more callous towards people since I took this job							
I feel I'm positively influencing other people's lives through my work							
Working with people all day is really a strain for me							
I don't really care what happens to some patients							
I feel exhilarated after working closely with my patients							

Burnout level	Emotional exhaustion	Depersonalisation	Personal accomplishment
High	≥ 27	≥ 10	0-33
Moderate	19-26	6-9	34-39
Low	0-18	0-5	≥ 40

Source: Maslach D, Jackson S, Leiter M, Schaufeli W, Schwab R. Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey and scoring guides. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1986.

## FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO



## RESULTADOS ESPERADOS

- Consciencialização por parte das Unidade de Saúde deste problema cada vez mais atual, permitindo aos trabalhadores zelar pelo seu **bem-estar Mental e consequentemente profissional**, colocando sempre que possível o profissional de saúde nas áreas de interesse.
- Espera-se que, com o **aparecimento do COVID-19**, os profissionais de saúde tenham uma maior fragilidade emocional aumentando assim o risco de suicídio.
- Objetiva-se **eliminar ou reduzir os Fatores de stress**, consequentemente a **prevenção do Burnout** tornando-se prioritário a identificação dos mesmos.

## CONCLUSÃO

É urgente a necessidade, já tardia da **aplicação de medidas alternativas**, como as atividades referidas anteriormente, para que se colmate os números de profissionais de saúde com Burnout, que neste momento já se encontram em número elevado.

As organizações devem considerar essa possibilidade e criarem alternativas para ajudar os profissionais de saúde a lidar com o burnout que agora se debatem também com o stress por causa do COVID-19.

30

## ATUALIDADE

COVID-19: Enfermeira do Hospital de São João suicidou-se devido à pressão imposta pela pandemia

[17 Outubro, 2020 Redacção Coronavírus, Covid-19, Hospital de São João, Porto](#)

**ENFERMAGEM DE LUTO**



31

## DISCUSSÃO DE IDEIAS



Muito obrigada!  
Cristina Niza

32

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

### **BIBLIOGRAFIA**

- Bezerra, G. D., Sena, A. S. R. Braga, S. T., Santos, M. E. N., Correia, L. F. R., Clementino, K. M. F., Carneiro, Y. V. A., Pinheiro, W. R. (2020). O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista enfermagem atual*. Disponível em <file:///C:/Users/Cristina/Downloads/758-Texto%20do%20artigo-3635-1-10-20200904.pdf>
- Bukhari, E. E., Tamsah, M. H., Aleyadhy, A. A., Alrabiaa, A. A., Alhboob, A., Jamal, A. A., & Binsaeed, A. A. (2016). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 10(8), 845-850. doi:10.3855/jidc.6925.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... Zhang, z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Te Lancet Psychiatry*, 7(4), E15-E16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.
- CORONAVIRUS disease (COVID-19) pandemic. World Health Organization, Genebra, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2ZK2c5o>.
- Costa, M. C. S. P. (2011). Burnout nos médicos: perfil e enquadramento destes doentes. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21112/2/TeseBurnoutMarianaPintodaCosta.pdf>
- Donato, H., Villanueva, T., & Escada, P. (2020). Publicação médica em tempo de pandemia. *Medicina Interna, Espec COVID-19*, 42-45. Acedido em [https://www.spml.pt/revista/covid19/covid19\\_202005\\_42.pdf](https://www.spml.pt/revista/covid19/covid19_202005_42.pdf)
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. Acedido em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

## **BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19**

- Guimarães, R. B., Costa, N. M., & Nossa, P. N. (2020). Saúde urbana e território: Dos desafios pré e durante a pandemia às respostas pós-pandemia. *Saúde e Sociedade*, 29(2), e000002. DOI 10.1590/S0104-129020200000002.
- Kim, J. S., & Choi, J. S. (2016). Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Korea. *Asian Nursing Research*, 10, 295-299. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.10.002>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24-30. Acedido em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>
- Martins, C. R. (2017). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: Causas, consequências, prevenção e tratamento (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8106/1/5527\\_11239.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8106/1/5527_11239.pdf)
- Melvin C. C., Lee, M. C. C., Thampí, S., Chan, H. P., Khoo, D., Chin, B. Z. B., ... Jacob, R. (2020). Psychological distress during the COVID-19 pandemic amongst anaesthesiologists and nurses. *British Journal of Anesthesia*, 125(4): e384-e386. doi: 10.1016/j.bja.2020.07.005.
- Miranda C. (2011). Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental. (Tese de mestrado). Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa de Braga, Braga. Acedido em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8796/1/Dissertação%20Susana%20Miranda.pdf>
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., ... Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002-1009. doi: 10.1111/jonm.13014.

## ***BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PANDEMIA COVID 19***

Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). Manual sobre riscos psicossociais no trabalho: sociedade dos riscos emergentes. Vila do Conde: Civeri Publishing. Acedido em: [http://www.academia.edu/8008664/MANUAL\\_SOBRE\\_RISCOS\\_PSISSOCIAIS\\_NO\\_TRABALHO\\_Sociedade\\_dos\\_riscos\\_emergentes](http://www.academia.edu/8008664/MANUAL_SOBRE_RISCOS_PSISSOCIAIS_NO_TRABALHO_Sociedade_dos_riscos_emergentes)

Pereira, A., Queirós, C., Gonçalves, S., Carlotto, M., & Borges, E. (2014). Burnout e interação trabalho - Família em enfermeiros: Estudo exploratório com o survey work-home interaction nijmegen (swing). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 11, 24-30. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a04.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). Plano nacional de preparação e resposta à doença por coronavírus. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Raudenska, J., Steinerova, V., Javurkova, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 34, 553-560. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008>.

Ross, J. (2020). The exacerbation of burnout during COVID-19: A major concern for nurse safety. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 35, 439-440. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.001>

Sobral, J. M. (2020). Confrontos geopolíticos em tempo de pandemia. Revista Militar, 2620, 473-477. Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/44017>

U.S. Department of Veteran Affairs, National Center for Posttraumatic Stress Disorder. (2020, March). Managing healthcare workers' stress associated with the COVID-19 virus outbreak- Acedido em <https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID-19-Healthcare-Workers-Stress-Management-Toolkit>

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ten threats to global health in 2019. Genebra, 2019. Acedido em: <https://bit.ly/2zsIWQj>.



## Anexo II – Formação sobre prevenção de quedas em idosos



# “PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS INSCRITOS EM CENTROS DE DIA NO CONCELHO DE TÁBUA”

CRISTINA NIZA Nº1385

ORIENTAÇÃO: PROFESSORA DOUTORA ODETE AMARAL E ENFERMEIRO JOSÉ COIMBRA

TÁBUA, MAIO DE 2021

## PLANO DE SESSÃO

TEMA: “Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua”

PÚBLICO-ALVO: Profissionais dos Centros de Dia no concelho de Tábua

OBJETIVO GERAL: Prevenir quedas nos idosos inscritos em Centro de Dia no concelho de Tábua

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contextualizar o tema
- Identificação dos fatores de risco de queda
- Elucidar sobre as complicações das quedas
- Identificar estratégias de prevenção de quedas no domicílio
- **Palavras chave:** prevenção de quedas, idosos, domicílio

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contextualização do tema</li></ul>	Expositivo oral, direto, interativo e reflexivo	Computador Videoprojector Diapositivos Texto de apoio Bibliografia	5 min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação dos fatores de risco de queda</li><li>• Elucidar sobre as complicações das quedas</li><li>• Identificar estratégias de prevenção de quedas no domicílio</li></ul>			20 min
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese das principais conclusões;</li><li>• Reflexão/discussão de ideias;</li></ul>			5 min

## CONTEXTUALIZAÇÃO

---

- Os idosos, pela alteração da mobilidade, desequilíbrio fácil, diminuição da acuidade visual e outras alterações associadas à idade, correm um elevado risco de acidentes!
- O principal risco que pode surgir é o **risco de queda!!**



## CONTEXTUALIZAÇÃO

---

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), define queda como a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade.

São incidentes traumáticos, multifatoriais, habitualmente involuntários e inesperados, que podem ocorrer por vários motivos, e ser recorrentes num mesmo indivíduo.

Frequentemente, causa consequências para a vítima, para o cuidador e para a sociedade.

Desta forma, torna-se importante uma correta prevenção das quedas, diminuindo ou eliminando os fatores de risco. (Almeida *et al.*, 2010).

## OBJETIVOS

---

- ◀ Criar ambientes seguros
- ◀ Adotar estilos de vida saudáveis
- ◀ Reduzir a incidência de quedas
- ◀ Melhorar a qualidade de vida dos idosos

## FATORES DE RISCO

---

- Embora qualquer pessoa, em qualquer idade, esteja sujeita a queda, no idoso esse risco é acrescido, possuindo grande significado, uma vez que pode levar à incapacidade e mesmo à morte.
- As quedas na população acarretam custos elevados quando o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência ou necessita de internamento.

**As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustes na casa e no estilo de vida. O primeiro passo para prevenir as quedas é compreender as causas.**

## FATORES DE RISCO

---

**Intrínsecos**

**Extrínsecos /  
meio  
envolvente**



## FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

---

- História prévia de quedas: pelo menos uma queda no ano anterior, aumenta o risco de queda no ano seguinte
- Idade avançada
- Sexo feminino
- Uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial, etc)
- Condição clínica: hipertensão, diabetes, doenças neurológicas ou articulares, que alteram a força muscular; doenças agudas ou crónicas, etc

## FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

---

Distúrbios da  
marcha e  
equilíbrio

Sedentarismo:  
pode predispor  
a fortes  
alterações  
músculo-  
esqueléticas

Estado  
psicológico:  
ansiedade e  
depressão

## FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

---

- Deficiência nutricional: pode levar à diminuição da força muscular, distúrbios da marcha e osteoporose
- Declínio cognitivo: mesmo pouco acentuado, também pode conduzir à ocorrência de quedas
- Deficiência visual: diminuição da acuidade visual
- Deficiência auditiva: diminuição da acuidade auditiva

## FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

---

Alteração da marcha

Postura inadequada

Estado funcional: o risco de queda está diretamente relacionado com o aumento da dependência funcional

## FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS

Iluminação inadequada

Tapetes soltos ou com dobras

Prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas

Vestuário e sapatos inadequados

Obstáculos no caminho, como móveis baixos, fios e pequenos objetos

## FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS

---

Superfícies escorregadias

Degraus estreitos ou altos

Ausência de corrimões

Auxiliares de marcha inadequados ou mal adaptados



## FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS

---

Cadeiras baixas sem apoios para braços

Mobília fora do sítio

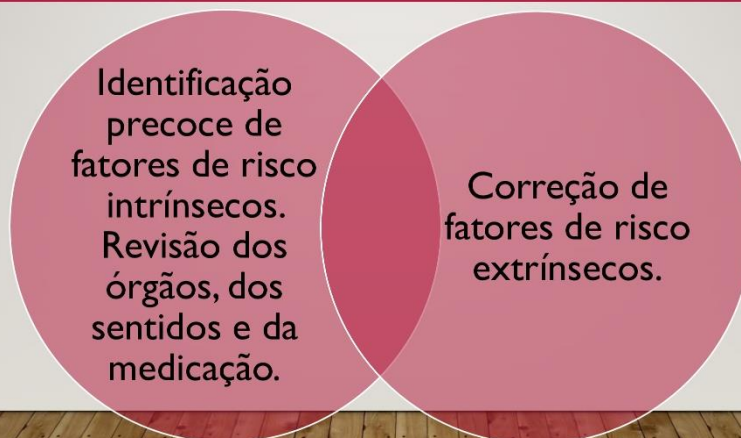
Ausência de barras de apoio

## COMPLICAÇÕES

- Fraturas, traumatismos cerebrais e lesões nos músculos que irão diminuir a capacidade do idoso de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida.
- Efeitos psicológicos no idoso nomeadamente alteração da autoimagem e da autoconfiança, medo, vergonha, depressão.

Para o cuidador a queda terá também impacto, trazendo muitas vezes a necessidade de reajuste da dinâmica familiar, encargos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste do cuidador.

## PREVENÇÃO

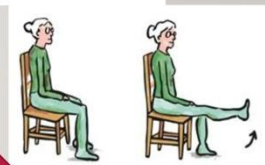


## PREVENÇÃO

- **EXERCÍCIO FÍSICO**

Ajuda a que o idoso se movimente melhor e tenha menor risco de queda.

Melhora o tempo de reação.  
Melhora a flexibilidade e o equilíbrio. Melhora a força.  
Diminui a perda de massa óssea.

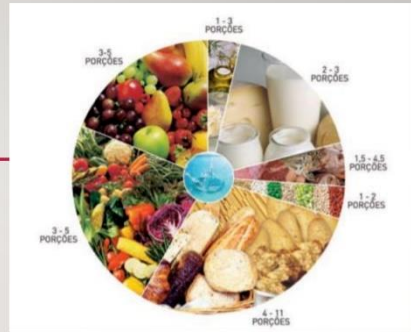


## PREVENÇÃO

---

### • ALIMENTAÇÃO

- As frutas e as verduras (fibra e vitaminas);
- Refeições fracionadas, mínimo 5 refeições diárias;
- O jantar deve ser ligeiro;
- O leite e os produtos lácteos (fontes de cálcio);
- Controlar o peso para prevenir estados de má nutrição;
- Suprimir ou moderar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Beber líquidos e sumos naturais entre as refeições.



## PREVENÇÃO

---



### • CALÇADO E ROUPA

- Todos os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados e estar presos ao pé;
- Todos os sapatos devem apresentar solas antiderrapantes;
- As peúgas com solas antiderrapantes, embora não seja o mais recomendado, são uma alternativa para os idosos que costumam andar em casa descalços;
- As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece.
- Retirar também os cintos dos roupões para que não tropece.

## PREVENÇÃO

---



- **VERIFICAR OS AUXILIARES DE MARCHA**

- **ANDARILHO**

- Os idosos com pouca força ou com queixas de dor não deverão utilizar o andarilho como auxiliar de marcha.
  - O andarilho deve ter a altura adaptada ao idoso. A parte superior deve estar alinhada com os trocânteres.
  - Verificar as borrachas dos pés do andarilho e substituir caso se apresentem desgastadas.

## PREVENÇÃO

---

- **CADEIRA DE RODAS**

- Verificar periodicamente se a cadeira de rodas mantém as condições de segurança: pneus e sistema de travagem.
  - Travar sempre a cadeira de rodas e remover os descansos de pés antes das transferências.



## PREVENÇÃO

---

- **ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO - ILUMINAÇÃO**

Aumentar a potência das lâmpadas;

Colocar iluminação extra nos locais da casa de maior risco de queda;

Colocar luzes de presença no trajeto quarto/casa de banho;

Os interruptores devem estar ao alcance do idoso.

Os fios elétricos devem estar presos à parede.

Substituir as cortinas opacas por transparentes.

## PREVENÇÃO

---

### • ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO – PISO

Preferir pisos antiderrapantes;

Manter o chão livre de objetos;

Colocar os móveis de modo a que não impeçam a circulação;

Substituir os tapetes soltos por antiderrapantes ou pregá-los ao chão;

## PREVENÇÃO

---

### • ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO - CADEIRÃO

- Deve ter descanso para os braços;
- Deve ter uma altura que permita ao idoso estar sentado com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90°;
- Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas;
- Os assentos altos podem ser compensados cortando os pés.



## PREVENÇÃO

### • ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO - ESCADAS

Colocar corrimão bilateral, 75 cm acima dos degraus;

Colocar fita adesiva colorida com cerca de 2,5cm, na beira de cada degrau;

Colocar iluminação adequada do topo ao final.



## PREVENÇÃO

### • ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO – CASA DE BANHO

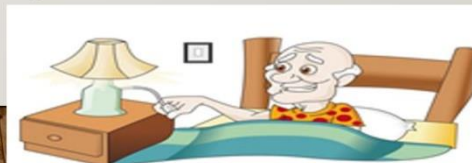
- Preferir o polibã;
- Colocar barras de apoio nas zonas de maior risco (junto à sanita, lavatório e polibã);
- Colocar um tapete antiderrapante no fundo da banheira;
- Colocar fitas antiderrapantes junto à sanita, banheira/polibã e lavatório;
- Colocar um assento fixo na banheira/polibã;
- Usar um alteador de sanita.



## PREVENÇÃO

### • ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO – CAMA

- Deve ter a altura adequada: quando sentado na beira da cama permitir dobrar os joelhos a 90º;
- As camas de altura ajustável são as mais aconselháveis;
- Se a cama for alta pode cortar-lhe os pés;
- As grades só devem ser usadas quando o idoso não consegue sair sozinho da cama de forma a evitar que role da cama;
- Se a cama tiver rodas mantenha-as travadas.



## PREVENÇÃO

---

- **ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO – QUINTAL**

Manter o quintal livre de folhas e flores húmidas no chão;

Atenção aos animais de estimação, principalmente cães e gatos.

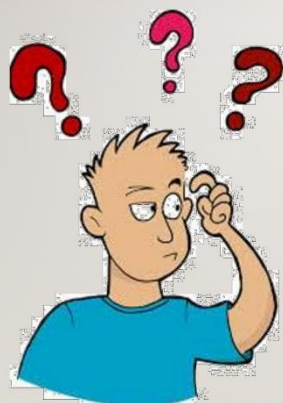
## CONCLUSÃO

---

- Sendo um problema real, que acarreta graves consequências e sérias limitações à população idosa torna-se urgente a sua prevenção, com base numa promoção de saúde adequada, com vista à autonomia, independência e consequente qualidade de vida.
- A prevenção de quedas reveste-se de uma importância extrema, pela sua capacidade de diminuir a morbilidade e a mortalidade bem como os custos em cuidados de saúde diferenciados.



## DISCUSSÃO DE IDEIAS



Obrigada  
pela  
atenção!

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F. e Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *In Revista de Enfermagem Referência* (III Série, nº 2, pp. 164-167). Coimbra: (s.e.);
- Casado, J., Nogal, M., Banon, M. e Ramirez, A. (2010) Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. Fundación mapfre
- Diogo, A., Moura, M. "Prevenção de quedas em idosos no domicílio". Governo dos Açores – Direção Regional da Solidariedade Social. Direcção Geral da Saúde (2012): Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre gerações – Programa da acção, 2012. Accedido em 9 de abril de 2021 em: <http://www.mcci.min-saude.pt/mcci/Paginas/ARede.aspx>;
- Duarte, M. (2011). Caracterização e Impacte das Quedas de doentes como indicador de qualidade num Hospital E.P.E. (s.e.). Lisboa. Accedido em 28 de abril, 2021: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6846/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Magda%20Duarte.pdf>;
- Luzio, C.S. et al – Programa de Prevenção de Quedas no Idoso. Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. Lisboa, 2003
- Organização Mundial de Saúde - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice traduzido por Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. 2010
- Santos, M.L.C.; Andrade, M.C. Incidência de Quedas Relacionada aos Fatores de Riscos em Idosos Institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v.29, nº.1, p.57-68, jan./jun. 2005.



## Anexo III – Cartaz sobre prevenção de quedas

**• CALÇADO E ROUPA CONFORTÁVEIS**  
Sapatos ou chinelos devem ter calcanhares; reforçados e estar presos ao pé, com solas antiderrapantes.



**REDUZIR OS FATORES DE RISCO DE QUEDA EM CASA/CENTRO DE DIA**

# PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

**• ALTERAR O AMBIENTE DE MODO A TORNÁ-LO SEGURO**  
Iluminação adequada;  
Piso seco, livre e antiderrapante;



**• VERIFICAR OS AUXILIARES DE MARCHA**



**• QUARTO**  
A cama deve ter a altura adequada: para permitir dobrar os joelhos a 90º, quando sentados.

**• CASA DE BANHO**  
Preferir o polibain; Usar barras de apoio;



**• QUINTAL**  
Livre de folhas e flores húmidas no chão;  
Atenção aos animais de estimação.

ELABORADO POR:  
Cristina Niza (5ª CMEC e 6ª CPLEC da ESSV) em colaboração com a UCC Pedra da Sê, 2021





## Anexo IV – Guia para cuidadores formais sobre medidas preventivas de quedas

ii REPUBLICA PORTUGUESA 40 SNS  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

SADDE

### Unidade de Cuidados na Comunidade Pedra da Sé Centro de Saúde de Tábua ACES Pinhal Interior Norte



## PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS

ORGANIZAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO DE PORTUGAL  
ACES  
Pinhal Interior Norte

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE  
UCC  
pedra da sé  
www.fo.unccr.pt

## **FICHA TÉCNICA**

---

### **Título**

*Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas*

### **Editor**

*Unidade de Cuidados na Comunidade Pedra da Sé*

*Centro de Saúde de Tábua*

*ACES PIN*

*ARSC, IP*

*Colaboração – Cristina Quadros Niza, aluna do 5º CMEC e 6º CPLEEC da ESSV em Ensino Clínico na UCC Pedra da Sé*

### **Coordenador**

*Enfº José Coimbra*

### **Morada**

*Avenida de Coimbra, nº 1*

*3420-341 Tábua*

### **E-mail**

*ucc.pedradase@arscentro.min-saude.pt*

### **Web**

*http://uccpedradase.pt.vu*

### **Telefone**

*235 410 412 | 235 410 410 | 962 805 214*

**Maio, 2021**

## Introdução

Atualmente, a pessoa idosa, apesar de ter uma maior esperança média de vida, passa cada vez mais tempo sozinha. Neste contexto, e tendo em conta todas as especificidades associadas ao envelhecimento, estes indivíduos encontram-se particularmente expostos à possibilidade de sofrer acidentes domésticos, dada a sua vulnerabilidade física e percecional. As quedas são incidentes traumáticos, multifatoriais, habitualmente involuntários e inesperados, que podem ocorrer por várias motivos, e ser recorrentes num mesmo indivíduo. Frequentemente, causam consequências para a vítima, para o cuidador e para a sociedade. Desta forma, torna-se importante uma correta prevenção das quedas, diminuindo ou eliminando os fatores de risco.

Em todas as habitações existem riscos para a segurança de todos os que nelas habitam devido à presença de escadas, varandas, janelas, eletricidade, sistemas de aquecimento, entre outros. Estes riscos não podem ser

completamente evitados, mas existem medidas para os reduzir.

Tal como é preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), e com a finalidade de promover e consciencializar a população para a prevenção de acidentes no domicílio em pessoas idosas, surgiu, neste contexto, uma campanha intitulada de “Com Mais Cuidado” que objetiva promover a independência e autonomia pessoal da faixa etária em questão.

Os acidentes domésticos são passíveis de ocorrer em qualquer grupo etário, porém, as consequências dos acidentes em pessoas idosas podem deter maior gravidade. Tendo em conta as patologias que acompanham esta faixa etária, importa compreender os fatores de risco associados, para, desta forma, agir rapidamente, implementando intervenções eficazes no que respeita à prevenção de acidentes e, conseqüentemente, ao aumento da qualidade de vida.



## Quais os objetivos que pretendemos atingir?

Em primeira instância, pretendemos realçar a importância da adoção de medidas preventivas, que sejam capazes de evitar quedas e outros acidentes domésticos, a fim de:

- ✓ Providenciar uma habitação mais segura e confortável;
- ✓ Promover a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e seguros, para que a pessoa seja capaz de responder adequadamente a um acidente ou situação de doença;
- ✓ Proporcionar aos profissionais de saúde, cuidadores e familiares envolvidos informação e recursos pertinentes, práticos e de fácil obtenção, que permitam evitar este tipo de situações.

## A prevenção em primeiro lugar. Cuide-se!



Todos pretendemos manter-nos saudáveis, de forma a preservar a nossa independência e autonomia pelo maior tempo possível. Neste sentido, adquirir hábitos saudáveis permite-nos conservar a nossa saúde física, mental e emocional.

**É possível ter uma boa qualidade de vida!**

Os problemas de saúde que os indivíduos com mais de 65 anos enfrentam hoje em dia são diversos e complexos. No entanto, aqueles provocados pelas quedas representam cada vez mais impacto. Existem inúmeras quedas todos os anos, algumas que implicam internamento e até mesmo a morte.

Desta forma, através da prevenção podem obter-se resultados consideráveis e impedir situações graves. A atuação deverá ocorrer em vários domínios, aqueles diretamente relacionados com a melhoria do estado geral do indivíduo (alimentação, exercício, medicação, ...), considerados fatores intrínsecos e aqueles relacionados com fatores externos, tal como, o ambiente onde o indivíduo se desloca, e as características da habitação.



## Práticas a adotar:

- ✓ Praticar algum tipo de exercício físico, pelo menos três dias por semana, durante cerca de trinta minutos - optar por deslocar-se a outros locais a pé ou de bicicleta pode ser uma boa opção;
- ✓ Adotar uma alimentação saudável, incluindo legumes, fruta, proteínas (ovos, carne, peixe...) e cálcio na dieta habitual;
- ✓ Ingerir uma quantidade adequada de água por dia, de forma a manter o organismo hidratado;
- ✓ Não tomar medicação que não tenha sido prescrita pelo médico, e seguir sempre as orientações do mesmo quanto à posologia e horário.

## A importância de prevenir a queda

Uma simples queda pode mudar a sua vida, pois esta pode ter consequências físicas significativas, como fraturas ou lesões, algumas delas incapacitantes, podendo, por outro lado, causar problemas no estado psicológico como depressão, medo, ansiedade, entre outros.

## Porque caímos?

Realizando pequenos ajustes na casa e no estilo de vida de cada um, as quedas podem ser prevenidas. O primeiro passo para a prevenção das mesmas é compreender as suas causas. Estas podem ser relacionadas com fatores do próprio indivíduo e/ou relacionadas com o meio onde habita.

### MOTIVOS DE QUEDA DEVIDO A FATORES RELACIONADOS COM O PRÓPRIO:

- ✓ Alteração da marcha;
- ✓ Postura inadequada;
- ✓ Diminuição da visão;
- ✓ Diminuição do equilíbrio;
- ✓ Diminuição da força muscular;
- ✓ Doenças (osteoporose, doença cardiovascular);
- ✓ Uso de alguns medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial);
- ✓ Estado demencial;
- ✓ Negação da fragilidade;
- ✓ Ansiedade e depressão.

As mudanças físicas e mentais que acompanham a progressão da idade aumentam a probabilidade de ocorrência de quedas. Por um lado, os reflexos ficam mais lentos e por outro, a força muscular diminui gradualmente.



A força muscular para caminhar sofre alterações com o avançar dos anos, sendo que podem surgir algumas patologias como a osteoporose, que dificultam em maior escala o cotidiano da pessoa idosa.

### **O que é a osteoporose?**

Trata-se de uma doença que reduz a densidade de qualidade dos ossos. À medida que os ossos se tornam mais porosos e frágeis, o risco de fratura aumenta.

## **E qual é a relação entre as quedas e a osteoporose?**

A probabilidade de fratura na consequência de uma queda aumenta consideravelmente. Contudo é possível prevenir ou atrasar o desenvolvimento da osteoporose através da prática regular e adequada de exercício físico e pela adoção de uma alimentação equilibrada, rica em cálcio e vitamina D. É fundamental, também, a exposição solar nos horários mais aconselhados.

Para além dos fatores supracitados, é importante ter especial atenção às alterações da visão e da audição, que são fundamentais para detetar alguns perigos e consequentemente para prevenir quedas. Muitas vezes, com o avançar da idade, estes sentidos deixam de ser tão apurados o que propicia a existência de um maior número de acidentes.

A falta de equilíbrio constitui outra problemática, que pode ser o resultado de outras patologias, nomeadamente problemas cardíacos, diabetes, hipertensão, reumatismo, osteoporose, artroses, problemas que afetam a visão ou a audição, utilização alguns antibióticos e anti-inflamatórios que alteram as funções dos ouvidos, infeções por vírus ou bactérias, alterações do metabolismo, incontinência urinária, que ocorre maioritariamente na mulher, hábitos como excesso de cafeína, tabagismo, álcool ou drogas, stress, problemas psicológicos, entre outros.

É de notar que alguns fármacos, nomeadamente os antidepressivos, podem conduzir também a alterações na marcha, no equilíbrio e na instabilidade postural uma vez que efeitos adversos como a sonolência, diminuem a capacidade dos reflexos do corpo conduzindo, consequentemente, a quedas evitáveis.

**MOTIVOS DE QUEDA DEVIDO A FATORES RELACIONADOS  
COM O MEIO:**

*Chão:*

- ✓ Superfícies escorregadias;
- ✓ Objetos dispersos pelo chão;
- ✓ Tapetes soltos;
- ✓ Escadas com tapetes e sem corrimão.



*Calçado e roupa:*

- ✓ Sapatos não adaptados;
- ✓ Roupa demasiadamente comprida, cintos soltos.



*Casa de banho:*

- ✓ Ausência de barras de apoio;
- ✓ Piso escorregadio.

*Mobília:*

- ✓ Móveis instáveis;
- ✓ Camas muito baixas ou altas;
- ✓ Cadeiras baixas sem apoios para braços;
- ✓ Mobília fora do sítio.

*Auxiliares de marcha (bengala, andarilho, cadeira de rodas):*

- ✓ Inadequados ou mal-adaptados.

*Iluminação:*

- ✓ Inadequada.



## Uma casa mais segura...



Espera-se que a nossa casa seja o local onde nos sentimos mais seguros e, portanto, é onde passamos grande parte do nosso dia. Desta forma, a nossa casa deve ser segura para habitação, tendo o menor risco de perigo possível. De modo a diminuir ao máximo a probabilidade de ocorrer quedas, devemos, com o passar dos anos e à medida que se revelar necessário, adaptar a nossa casa para que esta se torne a mais confortável e segura possível, eliminando elementos que podem constituir obstáculos à nossa passagem e constituir um perigo para a nossa saúde, nomeadamente alguns tapetes ou móveis mal posicionados.

## Que características deve ter a casa?

### *Iluminação*

- ✓ A luz deve ser abrangente e indireta em todas as áreas, principalmente no quarto e na casa de banho;
- ✓ Os abajures devem ser translúcidos e as lâmpadas foscas;
- ✓ Aconselha-se a utilização de lâmpadas fluorescentes;
- ✓ Devem existir luzes de presença no trajeto quarto - casa de banho;
- ✓ Aconselha-se à colocação de iluminação extra nos locais com maior risco de queda;
- ✓ Os fios elétricos devem estar presos à parede e nunca em locais de passagem direta;
- ✓ As cortinas opacas podem ser substituídas por cortinas mais claras, de modo a que facilitem a entrada da luz solar.



## Interruptores da luz



- ✓ Devem estar a uma altura de fácil acesso;
- ✓ Para facilitar a sua localização, é conveniente que a cor do interruptor contraste com a cor da parede, ou, se isto não for possível, pode colocar algo que identifique os interruptores, como um sinalizador embutido no interruptor.

## Portas



- ✓ Deverão ter uma largura mínima de 80 cm;
- ✓ Se forem de correr, pelo menos, uma delas deverá ter 80 cm e as calhas devem ser embutidas no chão, a fim de evitar as quedas;
- ✓ Se as portas da casa de banho tiverem fechos de segurança, é importante que possam ser abertas pela parte de fora;
- ✓ As maçanetas não devem ser de rodar, mas sim ter um puxador mais comprido e seguro, que permita à pessoa colocar toda a mão apoiada para abrir a porta.

## Janelas



- ✓ Idealmente, devem ser de correr, para que se evitem acidentes de reflexos e que sejam mais fáceis de abrir/fechar;
- ✓ Nas janelas com dobradiça, as maçanetas deverão ser de alavanca através de manivela acessível;


## Mobiliários



- ✓ Recomenda-se que existam poucos móveis, especialmente de acesso aos compartimentos mais usados, como cozinha e casa de banho, pois podem dificultar a passagem;
- ✓ Idealmente, a casa deve ter o menor número de tapetes ou passadeiras possíveis. Aqueles que existirem, devem estar presos, ou com antiderrapante, e cobrir todo o chão, para que não tropece ou escorregue;
- ✓ As cadeiras devem ter apoio de braços e costas. O assento deve ser firme, não afundar, sendo que deve estar a uma altura do chão de cerca de 45 cm, permitindo que os joelhos se dobrem a 90º;
- ✓ Se a cama for demasiado alta, o ideal é que os pés sejam cortados, para que se torne de mais fácil acesso para entrar ou sair;

- ✓ As portas de todos os armários e gavetas devem estar sempre fechadas;
- ✓ Os artigos que se usam com maior frequência devem ser colocados em zonas de fácil acesso, à altura da pessoa, evitando esforços desnecessários, como baixar-se ou subir a escadotes;
- ✓ Manter a casa organizada pode prevenir as quedas, na medida em que não existem objetos ou utensílios espalhados pelo chão, proporcionando acidentes.

### *Casa de banho*

- ✓ É recomendado substituir a banheira por uma cabine de duche com chão antiderrapante ou por um desnivelamento de chão, se possível.  
  
No caso de não ser possível, a banheira deve estar equipada, para além do tapete antiderrapante, com um assento fixo e seguro e com barras de apoio para os membros superiores;
- ✓ A sanita deve ter uma altura adequada para que se possa sentar e levantar mais facilmente. Poderá ser necessário colocar um alteador na sanita, no caso desta ser demasiado baixa;
- ✓ Junto à sanita e ao lavatório, poderá ser útil colocar barras de apoio;

- ✓ Aconselha-se ao uso de produtos antiderrapantes para limpar a casa de banho, sendo que se deve ter especial atenção à quantidade de detergente que se usa, pois quantidades excessivas podem tornar os pisos escorregadios;
- ✓ Poderá ser útil colocar fitas antiderrapantes junto à sanita e ao lavatório;



## Quarto

- ✓ A altura da cama deve adequar-se às necessidades pessoais. Recomenda-se que esteja a uma altura de cerca de 45 cm do chão, de modo a que, quando sentado na beira da cama, seja possível dobrar os joelhos a 90º;
- ✓ O colchão não deve afundar e a roupa de cama deve ser leve;
- ✓ A distribuição dos móveis deve permitir a movimentação com o andarilho, bengala ou cadeira de rodas;
- ✓ No armário, a roupa deve estar de fácil acesso;
- ✓ A mesa-de-cabeceira deve ser estável e ter uma altura e distância da cama que permita fácil acesso;
- ✓ Se tiver tapetes, estes devem ser antiderrapantes ou fixos ao chão;
- ✓ Os cobertores ou colchas não devem ser muito compridos, para não correr o risco de enrolar e/ou tropeçar ao se levantar;



## Cozinha

- ✓ A distribuição dos móveis em forma de L poderá ser útil, na medida em que permite sempre um ponto de apoio enquanto se movimenta;
- ✓ O chão deve estar limpo e seco;
- ✓ Procure colocar os utensílios e recipientes que utiliza menos na parte de trás dos armários;
- ✓ Os armários devem ser de fácil acesso e fixos à parede, sem que seja necessário recorrer a cadeiras ou bancos para lhes chegar.



## Saber movimentar-se...

Existem uma série de cuidados que podemos adotar no nosso quotidiano para reduzirmos a probabilidade de sofrer uma queda em casa. Os mesmos começam pela segurança em todos os movimentos que fazemos.



## *Subir e descer escadas*

Para diminuir o risco de queda, sempre que existam corrimões e suportes, deve apoiar-se neles. Deve evitar inclinar a cabeça e o tronco para trás, uma vez que essa posição facilita a queda. O peso do corpo recai sempre sobre a perna que se encontra mais à frente, pelo que se aconselha que adiante primeiro a perna mais ágil para subir e a menos ágil para descer.

Algumas sugestões para que as escadas se tornem mais seguras:

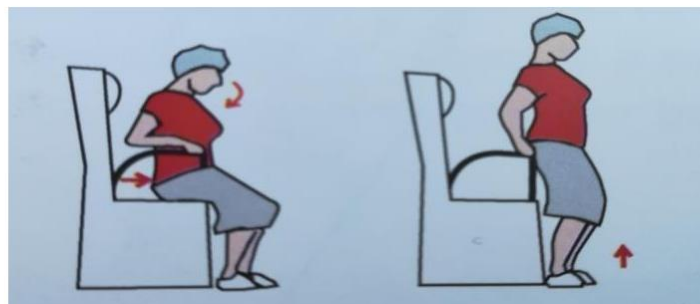
- ✓ O local da escada deve ter um corrimão bilateral, cerca de 75 cm acima dos degraus;
- ✓ Colocar fita adesiva colorida com cerca de 2.5 cm na beira de cada degrau;
- ✓ Retirar todos os tapetes dos degraus, sendo que, no caso de isto não ser possível, os mesmos devem estar presos;
- ✓ Colocar iluminação adequada desde o topo até ao final das escadas;
- ✓ O fim do corrimão, da escada ou então o último degrau deve ser assinalado de forma visível;
- ✓ Nunca deixe objetos nas escadas, nomeadamente vasos, plantas ou roupa, pois podem constituir um fator de risco para as quedas.

## ***Sentar-se e levantar-se***

Sentar-se numa cadeira/poltrona - Deverá colocar-se de costas para o assento, sentindo-o nas pernas e ajudando com os braços para realizar o movimento.



Levantar-se de uma cadeira/poltrona - Quando se levantar, coloque-se na beira do assento empurrando com os ombros e os braços para facilitar o movimento para a cima e para a frente.



### ***Características que o cadeirão deve ter:***

- ✓ Deve ter apoio/descanso para os braços;
- ✓ Deve ter uma altura que permita estar sentado com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90º;
- ✓ Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas;
- ✓ Os assentos altos podem ser compensados cortando os pés da cadeira/cadeirão.

## ***Deitar-se e levantar-se da cama***

Deitar na cama - Coloque-se de costas para a cama, fazendo o movimento de sentar e um ângulo de 90º com as pernas. Incline lateralmente o corpo até apoiar a cabeça no travesseiro, levantando primeiro a perna mais próxima da cama e posteriormente a outra, ficando, então, deitado. No caso de existir o risco de queda durante o sono, recomenda-se a colocação de barras laterais em ambos os lados da cama, ou então encostar a cama a uma parede e instalar uma barra do lado oposto da mesma.



Levantar da cama - Deve colocar-se primeiro de barriga para cima. Dê início ao movimento incorporando o pescoço e a cabeça, aproximando o queixo do peito e logo a seguir os ombros, enquanto apoia os cotovelos e as

palmas das mãos sobre a cama. Em seguida, deverá tirar a perna mais próxima da beira da cama para o chão, enquanto faz um movimento de rotação sobre as nádegas e acaba de elevar o tronco até ficar na posição de sentado.



## *Vestir-se e despir-se*

Se estiver de pé, é conveniente ter um ponto de apoio em frente e uma cadeira ou uma poltrona atrás de si. Poderá ser útil utilizar um utensílio que facilite a tarefa, como um bastão, por exemplo. Se perde o equilíbrio com facilidade, o melhor será vestir-se sentado.



Para além disto, poderá ser útil ter a roupa que irá vestir previamente preparada, de modo a evitar inclinações ou movimentos desnecessários. No momento de se calçar, deve estar sentado na beira da cama ou numa cadeira, para que se possa apoiar.

### ***Caraterísticas da roupa:***

- ✓ A roupa não deve ser demasiado comprida, devendo, no entanto, ser larga e confortável;
- ✓ A roupa deve estar arrumada num armário que seja adequado à sua altura, para evitar esforços desnecessários, nomeadamente colocar-se em bicos de pé; ou ter de recorrer a cadeiras/bancos;
- ✓ As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece neles;
- ✓ Deve retirar os cintos dos roupões para que não tropece, ou então tenha atenção para que estes não estejam soltos e propiciem a queda;

### ***Caraterísticas do calçado:***

- ✓ Os sapatos devem ter solas antiderrapantes e saltos largos;
- ✓ Todos os sapatos ou chinelos devem ter calcanhares reforçados e estar presos ao pé com presilhas ou atacadores, de modo a que o pé não se movimente dentro dos sapatos;
- ✓ As meias com solas antiderrapantes, embora não sejam o mais recomendado, são uma alternativa para quem costuma andar em casa descalço.

## *Limpar a casa*

Para realizar as tarefas domésticas, deve utilizar escovas, esfregões e aspiradores que tenham um cabo longo, para evitar inclinar-se.

Existem algumas tarefas, nomeadamente descascar fruta ou legumes, que podem e devem ser efetuadas na posição de sentado, a fim de evitar o desequilíbrio e as eventuais tonturas.

A tábua de passar a ferro, preferencialmente, deve ser leve. A máquina de lavar a roupa, para facilitar o seu manuseamento, deve ser de carregamento por cima. Se tal não for possível e se a máquina for de carregamento frontal, aconselha-se a que a roupa na máquina seja introduzida na posição de sentado, uma vez que estando apoiado num banco/cadeira, o risco de desequilíbrio é menor.

Se for necessário subir escadas, escadotes ou colocar-se em cima de alguma cadeira para chegar mais facilmente a determinado local, é aconselhável que espere

a chegada de alguém que o possa ajudar. Se não for possível ter a ajuda de alguém tão cedo, o ideal seria que deixasse essa tarefa para mais tarde, pelo risco de queda a ela inerente.



## Quintal e jardim



- ✓ Mantenha o quintal livre de folhas e flores húmidas no chão, para que não corra o risco de tropeçar nelas;
- ✓ Se tiver animais de estimação, verifique se os mesmos não se encontram escondidos no quintal antes de iniciar as suas tarefas, pois pode tropeçar neles;
- ✓ Sempre que estiver no jardim/quintal em dias de sol, utilize chapéu de sol, para prevenir a insolação e o desequilíbrio decorrentes disso;
- ✓ Se necessitar de cortar a relva ou aparar alguma planta, opte por esperar que alguém chegue para o ajudar, pois são tarefas que podem exigir algum esforço muscular extra;
- ✓ Se for para o campo/quintal com um piso instável ou molhado, use botas/galochas antiderrapantes, de modo a que torne a sua movimentação mais segura.

## *Fazer compras*

Se usa bengalas, muletas ou andarilho, sempre que se ausentar para fazer compras deve levá-los sempre consigo e fazer pequenas pausas ao longo do percurso.

Se viver num local com difícil acesso a supermercados, pode pedir a alguém que o acompanhe na ida às compras ou que o faça por si, se tiver oportunidade. Quando não tiver uma outra pessoa consigo, pode optar por dirigir-se, se existirem, a lojas ou supermercados perto de sua casa. Neste contexto, compre artigos fáceis de transportar e com o peso adequado, que o permitam fazer o percurso de volta a casa em segurança, solicitando, se possível, a um familiar que lhe transporte posteriormente os artigos mais pesados, ou então peça para que os entregarem diretamente em sua casa.



Os carrinhos são também muito importantes e úteis para transportar as compras, sendo que também asseguram o equilíbrio durante a caminhada.

## *O que fazer em caso de queda?*

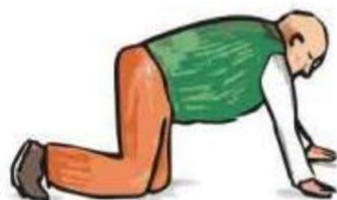
Apesar de todas as precauções e cuidados, pode acidentalmente sofrer uma queda e, como tal, deve saber como agir. Seguem-se dois conselhos muito importantes:

1. Procure ajuda dos serviços de saúde para que avaliem se sofreu algum dano físico e para que lhe seja fornecido o tratamento adequado.
2. Identifique as causas que provocaram o acidente para evitar que o mesmo se repita.

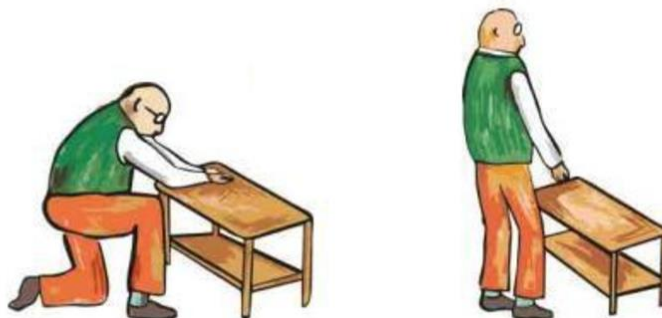


## *Como levantar-se corretamente após uma queda?*

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



**2º** - Colocar as mãos sobre a peça e pôr um dos pés à frente bem assente no chão. Faça esforço para se levantar.



## *O que deve fazer se sofrer alguma lesão?*

Se suspeitar de ter sofrido uma fratura ou entorse, deve proteger a zona magoada imobilizando-a e contactar os serviços de saúde. Os sintomas são o inchaço ou hematoma, perda de movimentos, deformação da extremidade e dor localizada, que aumenta a intensidade ao movimentar ou ao pressionar a área lesionada.

Nunca tente colocar no sítio o osso fraturado. No caso de entorse, deve aplicar gelo embrulhado num pano durante 30 minutos.

Se fizer um corte e este sangrar muito, pressione o local da ferida com um pano limpo ou compressas e peça ajuda.

### ***Contactos em caso de necessidade***

Emergência	112
Intoxicações - INEM	808 250 143
Saúde 24 (aconselhamento, triagem e encaminhamento)	808 24 24 24
Bombeiros	235 412 001
GNR	235 410 430
Centro de Saúde	235 410 410
UCC Pedra da Sé	235 410 412

### ***Poderá ser útil...***

- ✓ Colocar uma lista com os números de emergência num local de fácil acesso.
- ✓ Aderir a um serviço de “Telealarme” - Consiste num serviço no qual, aquando de uma emergência e depois da pessoa acionar um botão de ajuda, é chamado auxílio de forma direta para o Contact Center. Assim, sempre a pessoa sinta necessidade, pode carregar no botão do alarme, cujo contacto, estabelecido em alta voz com o utente, é diretamente feito para um operador, que, posteriormente, opta pela forma de auxílio que melhor se adequa à situação. Peça informações.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F. e Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *In Revista de Enfermagem Referência* (III Série, nº 2, pp. 164-167). Coimbra: (s.e.);
- Casado, J., Nogal, M., Banon, M. e Ramirez, A..(2010) Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. Fundación mapfre
- Diogo, A., Moura, M.. “Prevenção de quedas em idosos no domicílio”. Governo dos Açores – Direção Regional da Solidariedade Social.
- Direcção Geral da Saúde (2012): Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre gerações – Programa da acção, 2012. Acedido em 9 de abril de 2021 em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>;
- Duarte, M. (2011). Caracterização e Impacte das Quedas de doentes como indicador de qualidade num Hospital E.P.E. (s.e.). Lisboa. Acedido em 28 de abril, 2021: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6846/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Magda%20Duarte.pdf>;
- Luzio, C.S. et al – Programa de Prevenção de Quedas no Idoso. Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. Lisboa. 2003

- Organização Mundial de Saúde - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice traduzido por Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. 2010
- Santos, M.L.C; Andrade, M.C. Incidência de Quedas Relacionada aos Fatores de Riscos em Idosos Institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia. v.29, nº.1, p.57-68,jan./jun. 2005.
- Sistema Nacional de Saúde (2017). *Tropeções, quedas e trambolhões*. Acedido a 3 de maio de 2021 em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes- quedas-e-trambolhoes/>

## Anexo V– Instrumento de recolha de dados



### Formulário - “Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua”.

No âmbito do Ensino Clínico em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, inserido no Curso de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer na UCC Pedra da Sé em Tábua, pedimos a vossa colaboração para responder às questões apresentadas sobre a temática - “Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua”. Todos os resultados são confidenciais e anónimos, utilizados para fins estatísticos e de planeamento em saúde da UCC Pedra da Sé. O investigador responsável: Cristina Niza (estudante da ESSV) sob orientação da Professora Odete Amaral da ESSV e em colaboração com a UCC Pedra da Sé.

Código do formulário:

#### A – Caracterização sociodemográfica

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)
2. Sexo: Masculino  Feminino
3. Estado Civil: Solteiro  Casado/União de Facto  Separado/Divorciado  Viúvo
4. Nível de escolaridade:
- Não sabe ler nem escrever  Só sabe ler e escrever
- 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Curso Superior
5. Local de Residência: \_\_\_\_\_
6. Centro de Dia: \_\_\_\_\_ (nome)
7. Vive sozinho? Sim  Não  Se respondeu não, com quem vive? \_\_\_\_\_

#### B – Dados clínicos

1. Sofre de alguma doença? Sim  Não  Se respondeu sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_
2. Toma alguma medicação? Sim  Não  Se respondeu sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_
3. Vê bem? Sim  Usa óculos  Com dificuldade  Não vê nada  Porquê/Causa: \_\_\_\_\_
4. Consegue ouvir bem? Sim  Com dificuldade  Não ouço nada  Uso prótese auditiva   
Porquê/Causa: \_\_\_\_\_
5. Que meios utiliza para se deslocar? Nenhum  Bengala  Tripé  Muleta  Cadeira-de-rodas  Outros. Qual(ais) \_\_\_\_\_
6. Já teve alguma queda? Sim  Não  Se sim, foi nos últimos 12 meses? Sim  Não   
Qual foi o motivo da queda? \_\_\_\_\_ Onde foi a queda? \_\_\_\_\_

#### C- Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012)

Sala de Estar/Jantar <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	Sim	Não
Existe mesa de centro		
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm)		
Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura		
Tapetes sem anti-derrapante		
Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas		
Piso escorregadio		
Degraus na sala		
Piso solto ou danificado		
Degraus entre a sala e outra divisão da casa		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		

<b>Quarto de dormir</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar no mobiliário (<80cm)		
Possui tapete (s) do(s) lado(s) da cama sem anti-derrapante		
Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo? (objetos no chão)		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui degraus no quarto		
Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa		
Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão?		
Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se?		
Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão		
Deixa as gavetas dos móveis abertas		
Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
<b>Instalações Sanitárias</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Possui degraus dentro da casa de banho		
Existem de barras de apoio na sanita		
Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical		
No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180°		
O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita		
Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Paredes e chão têm a mesma cor e padrão		
Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede		
É possível instalar um assento na banheira no seu interior		
Existem barras de apoio na banheira		
Presença de poliban/base de duche		
É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas		
É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche		
Existem barras de apoio junto à base de duche		
Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente		
O piso da base do duche está inclinado na direção ao ponto de escoamento		
O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre		
Possui tapete anti-derrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do polivan/chuveiro?		
Encontra-se sempre o piso molhado		
Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados		
Ausência de luz noturna		
Os interruptores estão distantes da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
As torneiras são do tipo monocomando e acionadas por alavanca		
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma pressão firme nem rodar o pulso		
<b>Corredor</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Ausência de barras de apoio		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui tapetes		
Largura não inferior a 0,9 m		
Comprimento 1,5 m		
Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°		
Possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone)		
Possui degraus no corredor		
Existe mobiliário no espaço		
Ausência de luzes noturnas no corredor		

Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia		
Os interruptores estão em outra divisão da casa		
<b>Cozinha</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)		
Possui degraus dentro do ambiente		
Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente		
Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou fletir o tronco para alcançá-los		
Os interruptores estão distantes da porta		
Encontra-se sempre com o piso molhado		
Pouca luminosidade durante o dia		
<b>Escadas ou degraus</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Ausência de corrimão de ambos os lados		
Com corrimão em um dos lados		
Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada		
Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)		
Degraus escorregadios		
Degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos ou bordas) sem anti-dederrapante ou em mau estado de conservação		
Largura inadequada para deslocar duas pessoas (menor que 1,2 m)		
Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes		
Pouca luminosidade durante o dia		
<b>Pátio/Jardim</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas		
Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)		
Piso danificado por onde caminha		
Possui degraus ou desníveis por onde caminha		
Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha		
Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°		
Possui inclinações acentuadas (ingreme)		
<b>Quintal</b> <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Superfície irregular (terra, brita ou grama)		
Piso danificado		
Possui degraus ou desníveis		
Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)		
Possui animais de estimação ou criações livres pela área		
Possui vegetação que dificulte visualização total da área		

Obrigada pela Sua Colaboração!



## Anexo VI - Autorização aos autores da Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio

← Re: pedido de autorização para utilização de escala



Claudia Chaves  
Qua, 14/04/2021 14:09  
Para: Você



Cara Cristina,

Espero que se encontre bem!

Agradecemos o seu interesse no nosso trabalho e autorizamos a utilização da referida escala.

Desde já manifestamos interesse em conhecer a posterior divulgação dos seus resultados.

Votos de sucesso para o seu trabalho!  
Atenciosamente,  
Cláudia Chaves

Em qua., 24 de mar. de 2021 às 22:40, cristina niza <[cristinaniza@hotmail.com](mailto:cristinaniza@hotmail.com)> escreveu:

Boa noite professora, espero que se encontre bem. Sou aluna do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, e venho por este meio, solicitar a sua autorização para poder utilizar a Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012), criada e validada por si numa tese. O tema do meu estudo é "Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua", e gostaria de incluir esta escala no meu instrumento de colheita de dados.

Aguardo uma resposta

Grata pela atenção dispensada  
Cumprimentos  
Cristina Niza



## Anexo VII - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> FAVORÁVEL	<b>DESPACHO:</b> <i>Retorno o parecer favorável</i> <i>29.07.2021</i>
------------------------------------	---

**ASSUNTO:** **Título:** "Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centro de Dia no concelho de Tábua." (processo 46-2021). Parecer sobre a ressubmissão do projecto  
**Autores:** Cristina Quadros Niza/Maria Odete Pereira Amaral  
Escola Superior de Saúde de Viseu.

Conselho, Diretivo  
do Centro, I.P.

*[Signature]*  
Dr.ª Rosa Reis Marques  
Presidente,

*[Signature]*  
Dr. João Rodrigues  
Vice-Presidente,

*[Signature]*  
Dr. Mário Augusto

*[Signature]*  
Dr. Fernando Chaves  
Votante,

Com base no parecer emitido anteriormente e nas alterações efectuadas pela autora do estudo, somos de parecer favorável à proposta apresentada

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro

*[Signature]*  
Prof.ª Doutora Isabel Vitória Figueiredo

*[Signature]*



## Anexo VIII – Parecer do Coordenador da UCC Pedra da Sé

← RE: pedido de autorização para realização de estudo

 José António Jesus Coimbra <JACoimbra@arscentro.min-saude.pt>  
Ter, 16/03/2021 15:26  
Para: Você  
Ex.ma Srª Enfermeira  
Cristina Niza

Dada a importância do tema e a relevância para as atividades desta UCC no âmbito do Projeto "Com + Cuidado", que visa a prevenção de quedas no idoso através da identificação e controlo dos seus fatores de risco, concede-se autorização para a realização do estudo solicitado, garantidas as condições referidas, relativamente ao consentimento informado dos participantes e conhecimento às instituições de acolhimento.

Com os melhores cumprimentos,

**José Coimbra**  
Unidade de Cuidados na Comunidade PEDRA da Sé  
ACES Pinhal Interior Norte - ARSC  
Avenida de Coimbra, nº 1  
3420-343 1ªLJA  
Telefones: 962 805 214 | 235 410 412  
[JACoimbra@arscentro.min-saude.pt](mailto:JACoimbra@arscentro.min-saude.pt)





## Anexo IX – Autorizações dos Centros de Dia

← Re: pedido de autorização para realização de estudo



Casa do Povo de Meda de Mouros <cp.medademouros@gmail.com>

Ter, 16/03/2021 18:55

Para: Você

Cc: otiliabrito@sapo.pt

Boa tarde Exma. Sra. Cristina,

Confirmando autorização de acesso.

No entanto peço que seja mantida a privacidade dos utentes no que se refere ao RGPD.

Ao dispor para qualquer questão adicional.

Melhores cumprimentos,

**Dra. Lúcia Cabral** | Diretora de Serviços

**Casa do Povo de Meda de  
Mouros**

T. (+351) 235 711 108

F. (+351) 235 249 106

Lg. José Borges de Carvalho

3420-121 Meda de Mouros

RE: pedido de autorização para realização de estudo



direcao tecnica@cspm.pt

Seg, 15/04/2021 14:23

Para: Você

Boa tarde Sr.ª Enfermeira,

O Sr. Presidente desta instituição deu resposta positiva. Amanhã serão enviadas as listas.

Ao dispor,

Beatriz Vitorino

De: cristina niza <cristinania@hotmail.com>

Enviado: 5 de abril de 2021 13:28

Para: direcao tecnica@cspm.pt <direcao tecnica@cspm.pt>

Assunto: ENC: pedido de autorização para realização de estudo

Boa tarde Sra. Diretora Técnica. Espero que se encontre bem. Reencaminho o email enviado em março, no sentido de me enviar uma resposta favorável, na qual, explicito que autoriza a realização deste estudo "Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia no concelho de Tábua".

Neste sentido, aguardo também as listagens dos utentes destes 2 centros de dia.

Grata pela atenção e disponibilidade

Cumprimentos

Cristina Niza

De: cristina niza

Enviado: terça-feira, 16 de março de 2021 13:57

Para: direcao tecnica@cspm.pt <direcao tecnica@cspm.pt>

Assunto: pedido de autorização para realização de estudo

Boa tarde Sr.ª Diretora Técnica. Eu, Cristina Niza, enfermeira, a realizar estágio na UCC Pedra da Sé, venho por este meio, solicitar a sua autorização para realização de um estudo, no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, e do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Neste sentido, peço a sua colaboração, para facultar a listagem de idosos inscritos nos Centros de Dia que dirige - Centro Social Paroquial de Midões e Casa do Povo de Mouronho.

O tema do estudo, intitula-se "Prevenção de quedas em pessoas idosas inscritas em centros de Dia no concelho de Tábua".

Segue, em anexo, o documento com os pedidos de autorização.

Grata pela atenção e disponibilidade

Aguardo resposta

Cumprimentos

Cristina Niza



## Anexo X – Consentimento informado



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Caro Senhor(a)**

Cristina Quadros Niza, estudante a frequentar o Ensino Clínico III – Áreas optativas – Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer na UCC Pedra da Sé em Tábua, entre março e julho de 2021, encontra-se a realizar um estudo sobre "prevenção de quedas em pessoas idosas inscritas em Centros de Dia no concelho de Tábua". O estudo é orientado pelo Senhor Enfermeiro Mestre José António Coimbra e pela Professora Doutora Odete Amaral.

Com este estudo pretendemos numa primeira fase avaliar o risco de queda em idosos do concelho do Tábua no domicílio e verificar que variáveis sociodemográficas e clínicas interferem no risco de quedas em idosos no domicílio. Posteriormente objetiva-se elaborar um projeto de intervenção local para cuidadores formais e idosos por forma a minimizar o risco e os fatores associados às quedas.

A recolha de dados será realizada através de um inquérito preenchido pelo profissional de saúde aquando da visita domiciliária, previamente agendada.

Neste sentido, e após a análise dos dados recolhidos, pretendemos planear e intervir para prevenir as quedas em idosos em centro de dia.

A sua participação é voluntária e antes de responder às questões, tem de expressar o seu consentimento. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois o profissional de saúde consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo enfermeiro/estudante que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como, as informações verbais que me foram fornecidas. Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo, e a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, nas condições que me foram explicadas:

\_\_\_\_\_ (localidade), Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_



**Se não forem o(os) próprios a assinar:**

Nome:

BI/CD: \_\_\_\_\_ Data/Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do profissional de saúde / enfermeiro

Assinatura \_\_\_\_\_

(Cristina Quadros Niza – contato: 963430781; email – cristinaniza@hotmail.com)



