



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Risco de queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia - do diagnóstico ao planeamento da intervenção**

Raquel da Purificação Gil Murça

Viseu, novembro de 2023





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Risco de Queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia – do diagnóstico ao planeamento da intervenção**

Raquel da Purificação Gil Murça

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

6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

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

Viseu, novembro de 2023



## Agradecimento (s)

À professora Odete Amaral pela disponibilidade e atenção

À enfermeira Paula Carvalho pelo apoio e incentivo

Aos meus filhos pelo amor e paciência



## Resumo

**Introdução:** Este relatório reflete o percurso do estágio final, as atividades realizadas e as competências específicas adquiridas em Enfermagem Comunitária, assim como o desenvolvimento de um estudo de investigação. O envelhecimento demográfico é hoje uma realidade que apresenta novos desafios aos governos e à sociedade e que faz emergir necessidades em saúde. As quedas em idosos são consideradas um problema de saúde pública, pela prevalência e consequências. Assim, pretendemos determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tondela; avaliar o risco de queda no domicílio em idosos e identificar fatores associados às quedas.

**Métodos:** Realizámos um estudo transversal analítico com uma amostra de 86 idosos, sendo a maioria do género feminino e com uma média de idade de 81,96%±6,62 anos. Os dados foram colhidos através de um inquérito online, aplicado pela equipa de investigação após aprovação pela Comissão de Ética e autorização pelas instituições. O instrumento de recolha de dados é constituído por variáveis referentes à caracterização sociodemográfica e clínica, pelo teste *TimedUp&Go (TUG)*, pela Escala de Equilíbrio de Berg e pela Escala de Caracterização da Habitação. Os dados foram tratados através do Programa estatístico IBM SPSS.

**Resultados:** Cerca de 86,0% dos idosos referiram que já tiveram uma queda no domicílio, dos quais a maioria (52,3%) mencionou que esta ocorreu nos últimos 12 meses. O maior número de quedas verificou-se na rua, cozinha e escadas. Os principais motivos de queda foram o tropeçar (68,9%), as escadas (15,6%) e queda da cama (4,4%). A maioria dos idosos apresentou risco de queda e os instrumentos BERG e TUG apresentaram uma correlação negativa entre eles ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,859$ ). A idade associou-se com o risco de queda (65-80 anos maior risco de queda na cozinha), os idosos que utilizam dispositivos de apoio à marcha apresentam um risco superior de queda na sala de jantar e em instalações sanitárias.

**Conclusões:** Mais de metade dos idosos teve uma queda nos últimos 12 meses e menos de um quinto dos idosos avaliados é que referiu nunca ter caído. Os locais de principal queda nos últimos 12 meses foram a rua / fora de casa, a cozinha e as escadas. De acordo com o teste *TUG* a maioria dos idosos apresentou algum / moderado risco de queda. O risco de queda não se associou com o género. A idade e o uso de dispositivo de marcha associaram-se com o risco de queda em algumas divisões da casa e com o tempo em TUG. Os idosos com risco de queda segundo a escala de BERG apresentam um menor risco de queda no quintal e um alto risco de queda na sala de estar.

Palavras-Chave: Acidentes por Quedas; Idoso; Enfermagem Comunitária



## Abstract

**Introduction:** This report reflects the course of the final internship, the activities carried out and the specific skills acquired in Community Nursing, as well as the development of a research study. Demographic aging is today a reality that presents new challenges to governments and society and which gives rise to health needs. Falls in the elderly are considered a public health problem, due to their prevalence and consequences. Therefore, we intend to determine the prevalence of falls at home in elderly people enrolled in Day Care Centers in the municipality of Tondela; assess the risk of falling at home in the elderly and identify factors associated with falls.

**Methods:** We carried out an analytical cross-sectional study with a sample of 86 elderly people, the majority of whom were female and with an average age of  $81.96\% \pm 6.62$  years. Data were collected through an online survey, applied by the research team after approval by the Ethics Committee and authorization by the institutions. The data collection instrument consists of variables relating to sociodemographic and clinical characterization, the TimedUp&Go (TUG) test, the Berg Balance Scale and the Housing Characterization Scale. The data were processed using the IBM SPSS statistical program.

**Results:** Around 86.0% of the elderly reported that they had already had a fall at home, of which the majority (52.3%) mentioned that this occurred in the last 12 months. The highest number of falls occurred in the street, kitchen and stairs. The main reasons for falls were tripping (68.9%), stairs (15.6%) and falling from bed (4.4%). The majority of elderly people were at risk of falling and the BERG and TUG instruments showed a negative correlation between them ( $p < 0.001$ ,  $r = -0.859$ ). Age was associated with the risk of falling (65-80 years old has a higher risk of falling in the kitchen), elderly people who use walking support devices have a higher risk of falling in the dining room and in bathrooms.

**Conclusions:** More than half of the elderly had a fall in the last 12 months and less than a fifth of the elderly assessed reported never having fallen. The main places of decline in the last 12 months were the street/outside the house, the kitchen and stairs. According to the TUG test, most elderly people have some/moderate risk of falling. The risk of falling was not associated with gender. Age and use of a walking device were associated with the risk of falling in some rooms of the house and with time in TUG. Elderly people at risk of falling according to the BERG scale have a lower risk of falling in the backyard and a high risk of falling in the living room.

Keywords: Fall Accidents; Elderly; Community Nursing



**Sumário****Pág.**

Resumo	
Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Lista de Figuras	
Lista de siglas, abreviaturas e acrónimos	
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>24</b>
<b>1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>30</b>
<b>2. ATIVIDADES REALIZADAS .....</b>	<b>33</b>
<b>Estudo empírico: Risco de Queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia – do diagnóstico ao planeamento da intervenção .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>38</b>
ENVELHECIMENTO .....	38
QUEDAS.....	41
<b>2.2. METODOLOGIA .....</b>	<b>46</b>
JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	46
TIPO DE ESTUDO.....	47
VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	47
POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	50
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	53
<b>2.3. RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
<b>2.5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>78</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO, PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....</b>	<b>81</b>
<b>3.1. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “SEM QUEDA PARA CAIR”.....</b>	<b>87</b>
<b>4. AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	93
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....	96
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>100</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>102</b>

## **ANEXOS**

<b>Anexo I Cronograma de Atividades .....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo II Formação: Modelo ACP de Comunicação Assertiva, Clara, Positiva .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo III Instrumento de Colheita de Dados.....</b>	<b>132</b>
<b>Anexo IV – Consentimento Informado.....</b>	<b>141</b>



## Lista de tabelas

Pág.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra .....	50
Tabela 2 – Avaliação do estado de saúde dos idosos.....	54
Tabela 3 - Prevalência das quedas no domicílio, segundo o género .....	55
Tabela 4 – Score da Escala de Equilíbrio de Berg.....	56
Tabela 5 – Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG .....	57
Tabela 6 - Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG (continuação)...	59
Tabela 7. Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG (continuação)...	60
Tabela 8 - Frequência das caraterísticas da sala de estar .....	61
Tabela 9 - Frequências das caraterísticas do quarto de dormir .....	62
Tabela 10 - Frequência das caraterísticas das instalações sanitárias .....	64
Tabela 11 - Frequência das caraterísticas do Corredor .....	66
Tabela 12 -Frequência das caraterísticas da cozinha .....	67
Tabela 13 - Frequência das caraterísticas das escadas ou degraus .....	68
Tabela 14 - Frequências das caraterísticas do pátio/jardim .....	69
Tabela 15 - Frequências das caraterísticas do quintal .....	70
Tabela 16 - Risco de queda nas diferentes divisões da casa .....	71
Tabela 17 - Risco de queda em função do género e da idade .....	72
Tabela 18 - Risco de queda em função da utilização de dispositivos de apoio à marcha ....	73



<b>Lista de quadros</b>	<b>Pág.</b>
Quadro 1 - Áreas de Atuação de Enfermagem .....	26
Quadro 2 – Objetivos do projeto “Sem queda para cair” .....	88
Quadro 3 – Estratégias de operacionalização do projeto “Sem queda para cair” .....	89
Quadro 4 – Indicadores associados à futura operacionalização do projeto “Sem queda para cair” .....	90



<b>Lista de Figuras</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Mapa do distrito de Viseu.....	82
Figura 2 – Freguesias do concelho de Tondela .....	83
Figura 3 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC Tondela .....	84



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

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AGS – American Geriatric Society

BERG – Escala de Equilíbrio de Berg

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

NLI – Núcleo Local de Inserção

NUTS – Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PNS – Plano Nacional de Saúde

PROFANE – Prevention of Falls Network Europe

TUG – TimedUp&Go

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCT – Unidade de Cuidados na Comunidade Tondela

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento afirma-se como uma vitória do desenvolvimento social, económico e da saúde pública. Uma criança nascida hoje em Portugal pode esperar viver mais 17 anos do que uma criança nascida em 1960 (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2022). Viver mais anos é uma conquista incrivelmente valiosa. Porém, em todas as suas dimensões, o envelhecimento é um fenómeno desafiador em termos de políticas sociais e por isso amplamente discutido e investigado. A esperança média de vida tem aumentado por força do desenvolvimento socioeconómico e de fatores como a baixa natalidade e fertilidade, diminuição da mortalidade infantil e melhoria dos cuidados de saúde. Esta evolução na demografia das populações traduz-se no envelhecimento populacional e na proporção de idosos, nas populações em geral, constituindo um problema de saúde emergente a nível mundial.

A percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem vindo a aumentar. As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), (baseadas em hipóteses de evolução futura das componentes demográficas fecundidade, mortalidade e migrações) de população residente em Portugal estimam que entre 2018 e 2080 o número de jovens diminuirá de 1,4 para 1,0, redução motivada pelo reflexo de baixos índices de fecundidade. O número de idosos (com 65 e mais anos) passará então de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,3% em 1960 para 182,1% em 2021 e em 2080, quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020; PORDATA, 2022).

O aumento populacional nestas faixas etárias cresce a um ritmo elevado e nas próximas décadas prevê-se uma aceleração. Portugal, assim como outros países, tem observado, nas últimas décadas profundas transformações demográficas. A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) expõe que, muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta desafios a conquistar (DGS, 2017). A amplitude das oportunidades que decorrem do aumento da longevidade dependerá de um fator essencial: ter saúde. O envelhecimento da população exige, portanto, uma resposta abrangente da saúde pública, e sendo a prevenção de quedas um desafio ao envelhecimento populacional a OMS defende a promoção de estratégias preventivas, designadamente a redução dos fatores de risco (OMS, 2015).

Motivados por estes desafios surge o projeto de investigação-intervenção comunitária apresentado neste documento que decorre da prioridade que deve ser dada à garantia da

qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem face à problemática de um dos fenómenos decorrentes do envelhecimento, as quedas. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2021 estimam em 684 mil o número de pessoas que morrem anualmente devido a quedas sendo os adultos com mais de 60 anos os que sofrem o maior número de quedas fatais. Ainda de acordo com a OMS, todos os anos, ocorrem 37,3 milhões de quedas suficientemente graves para exigir cuidados médicos. Portanto, as estratégias de prevenção devem privilegiar a educação, a formação, a criação de ambientes mais seguros, a atribuição de prioridade à investigação relacionada com as quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco (OMS, 2021).

A Direção Geral da Saúde (DGS), através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, refere que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde assenta na evidência científica e é suportada por cinco pilares com a definição de vários objetivos estratégicos. É no Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros que se insere a temática atual e nos Objetivos Estratégicos 5.1 e 5.2 que reforçam a implementação e consolidação de práticas seguras relativamente à ocorrência de quedas (Despacho N° 9390/2021, 2021; Lebre et. al, 2022).

Integrado no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, unidade curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social que se realizou na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela (UCCT) no período de 20/02/2023 a 30/06/2023, este projeto de investigação-intervenção tem como suporte a metodologia do planeamento em saúde, culminando na elaboração do presente relatório onde se descrevem as competências adquiridas e as atividades realizadas que sustentaram o desenvolvimento de competências profissionais e académicas. O diagnóstico de situação recai sobre a prevalência de quedas e identificação de fatores de risco de queda no domicílio em idosos inscritos em centros de dia do concelho de Tondela.

Seguindo uma metodologia descritiva e expositiva, baseada na evidência científica, o documento pretende ser elucidativo do percurso realizado quer do ponto de vista das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, quer da investigação desenvolvida. Como objetivos propõe-se descrever o projeto de investigação-intervenção, documentar os resultados obtidos e refletir sobre as competências desenvolvidas. Encontra-se estruturado nos seguintes capítulos - competências adquiridas; atividades realizadas; estudo empírico, diagnóstico de situação e planeamento em saúde e avaliação por competências. O enquadramento teórico da investigação integra uma síntese da revisão da literatura, expondo a principal evidência que sustenta o diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção comunitária; metodologia e descrição das etapas para a elaboração do projeto de investigação; análise crítica e reflexiva do percurso efetuado na perspetiva das competências

do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. No final do documento, em anexo, constam os documentos considerados pertinentes.



## ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio com relatório final: “Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social” decorreu na UCCT, unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Dão-Lafões, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. O Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o regime de organização e funcionamento através da criação das suas unidades funcionais. As UCC têm, de acordo com o disposto no mesmo decreto a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica de intervenção, assegurando respostas articuladas, integradas e diferenciadas numa lógica de proximidade às necessidades de saúde da população onde está inserida (ARS Centro, 2015). À luz do disposto no artigo 11º, do mesmo decreto, compete às UCC:

prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto Lei Nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184).

A UCCT foi criada em janeiro de 2014, sob o lema “Um Concelho com Saúde para Todos”. A sua atividade assenta num modelo organizacional, constituído por uma equipa multidisciplinar, para prestação de cuidados de saúde e sociais ao indivíduo, família e comunidade. É uma Unidade de Saúde com autonomia funcional e técnica que tem no utente, família e comunidade o foco das suas intervenções, tendo em conta o bem-estar, a autonomia e a satisfação com os cuidados prestados.

A UCCT, tem como missão “(...) contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde à população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade (...)”, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis promovendo a satisfação dos utentes, capacitando utentes, famílias e comunidade para a autonomia, com a finalidade de obter ganhos em saúde (UCC Tondela, 2019, p.12). Pretende a melhoria contínua e a promoção da qualidade dos serviços prestados. Tem como objetivos facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde através da articulação com os recursos da comunidade e unidades da rede de prestação de cuidados. A equipa é constituída por profissionais em permanência na UCCT, quatro enfermeiras. A equipa de enfermagem é composta por duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação e uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Os restantes

profissionais fazem parte da equipa que colabora com a UCCT, com alocação de horas, provenientes das diversas unidades funcionais do ACES Dão Lafões, uma técnica de serviço social, uma psicóloga e uma nutricionista.

#### UCC TONDELA - MISSÃO, VISÃO E VALORES

A UCCT assenta a sua atividade num modelo organizacional, constituído por uma equipa multidisciplinar, para prestação de cuidados de saúde e sociais ao indivíduo, família e comunidade. É uma Unidade de Saúde com autonomia funcional e técnica que tem no utente, família e comunidade o foco das suas intervenções, tendo em conta o bem-estar, a autonomia e a satisfação com os cuidados prestados.

Missão - A UCCT, tem como missão contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde à população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis promovendo a satisfação dos utentes e com a finalidade de obter ganhos em saúde (UCC Tondela, 2019).

Visão – A UCCT tem como visão a melhoria continuada e a promoção da qualidade dos serviços prestados.

Valores - Como valores fundamentais a UCCT elege:

- O respeito pela individualidade do utente.
- A salvaguarda dos direitos da pessoa, e a promoção da sua autonomia.
- A organização dos serviços em função das necessidades dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados.
- A cooperação e articulação com as outras unidades funcionais do ACES.
- O incentivo à criação de parcerias com estruturas da comunidade local.
- A promoção da solidariedade e trabalho de equipa (UCC Tondela, 2019).

#### Recursos Físicos, Instalações e Equipamentos

A UCCT tem as suas instalações no edifício do antigo Centro de Saúde de Tondela. Edifício esse que contempla diversas Unidades, desde a USF Tondela, URAP e USP. Os restantes recursos físicos, são partilhados com as diversas unidades funcionais.

#### Horário de Funcionamento

Horário de Funcionamento da UCCT: Dias úteis das 8.30h às 17:00h

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): Dias úteis das 8.30h às 17:00h

#### Área de Atuação

Em relação à área de atuação de Enfermagem a metodologia divide-se em Intervenção Assistencial nas áreas de tratamento e reabilitação, atividades no âmbito da saúde escolar,

literacia em saúde no âmbito dos programas em carteira, integração em comissões e equipas comunitárias com os diferentes recursos da comunidade (Quadro 1).

**Quadro 1 - Áreas de Atuação de Enfermagem**

<b>Intervenção Assistencial</b>	<b>Cooperação/Articulação</b>
Tratamento, Reabilitação no âmbito dos programas da ECCI	Indivíduo e famílias, RNCCI, Unidades funcionais do ACES e Centro Hospitalar
Visitas e reuniões no âmbito da Saúde Escolar	Dos 2 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela – Profissional
Participação nos projetos de Promoção para a Saúde cuja solicitação é feita pelos 2 agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela	Dos 2 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela – Profissional
Atendimentos da equipa nos gabinetes de atendimento ao aluno em meio escolar	Dos 2 Agrupamentos de Escola de Tondela- Profissional
Sessões de Literacia em Saúde a grupos, no âmbito dos programas em carteira da UCCT	Dos 2 Agrupamentos de Escolas, Escola Profissional aos utentes residentes no concelho, IPSS, famílias e cuidadores indiretos
Integração em Comissões e equipas comunitárias	CPCJ, ELI, NLI, Rede, NACJR e outros
Acompanhamento no desenvolvimento profissional e formação de alunos da Escola Superior de Saúde	Escola Superior de Saúde

**Fonte:** UCC Tondela. (2019). *Manual de Acolhimento UCC de Tondela*.

Em relação aos programas em carteira de serviço, a UCCT tem em plano de ação os seguintes:

- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Núcleo Local de Inserção (NLI);
- Projeto de Reabilitação no Domicílio – “Reabilitar é Viver”;
- Promoção e Educação para a Saúde Escolar;
- Programa “Rede Social”;
- Programa Monitorização da Qualidade;
- Equipa Local de Intervenção (ELI);

## OBJETIVOS DO ESTÁGIO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tem como principal objetivo a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas que capacitam os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados. Neste contexto, proceder à formulação de objetivos aponta o caminho que se pretende seguir, por um lado através das necessidades pessoais de aprendizagem e por outro através da possibilidade de aprender e contribuir na intervenção das necessidades identificadas pela unidade onde decorreu o estágio.

Após a apresentação da unidade apresentam-se os objetivos pessoais, que decorrem das dimensões específicas do perfil das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de acordo com os objetivos gerais descritos no guia da ESSV do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

### Objetivos gerais:

- Conhecer o modelo orgânico/funcional e a área de intervenção da UCCT;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional através do trabalho em equipa contribuindo para a visibilidade dos serviços;
- Elaborar o Relatório Final com base na implementação de um projeto de investigação-intervenção na prática clínica do estágio;
- Participar na gestão dos recursos materiais e humanos promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Planear cuidados integrados de saúde na prática especializada em situação de dependência utilizando de modo planeado os recursos existentes;
- Executar cuidados integrados de saúde na prática especializada em situação de dependência de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo e das famílias;
- Avaliar cuidados integrados de saúde na prática especializada em situação de dependência utilizando de modo planeado os recursos existentes de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo e das famílias.
- Demonstrar princípios humanistas de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro procurando a excelência do exercício profissional;
- Desenvolver competências relacionais e de comunicação contribuindo para a capacitação de indivíduos, famílias e comunidade;
- Adquirir saberes e competências científicas, técnicas e humanas

essenciais para a prestação de cuidados especializados em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social;

- Demonstrar capacidade crítica e de reflexão com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional;
- Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, desenvolver capacidade de intervenção comunitária na conceção, planeamento e intervenção no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social.

Com a finalidade de melhorar o nível de saúde das populações, procurando intervir nos aspetos preventivos e educacionais procedeu-se ao estabelecimento de prioridades dentro dos problemas e necessidades em saúde identificados, e à definição dos objetivos. Com a nomeação dos objetivos formularam-se estratégias, respondendo quer às necessidades pessoais de aprendizagem, quer às necessidades institucionais manifestadas pela equipa de enfermagem da unidade de saúde onde decorreu o estágio tendo sido decidido o desenvolvimento um projeto de investigação-intervenção sob o tema “Risco de queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia – do diagnóstico ao planeamento da intervenção”.



## 1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Nesta parte do documento apresenta-se uma reflexão crítica acerca das competências adquiridas no âmbito relacional e humano, científico, comunicacional e reflexivo enquanto recursos para uma intervenção especializada e diferenciada, Ao longo do Estágio com Relatório Final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, realizado na UCCT, que decorreu entre 20/02/2023 e 30/06/2023 recorreu-se à investigação e à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos da profissão de enfermagem patentes no estatuto da ordem dos enfermeiros (Lei Nº 156/2015, 2015). Além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento Nº 428/2018, 2018) foi importante desenvolver e adquirir as competências comuns do Enfermeiro Especialista espelhadas no regulamento 140/2019 (Regulamento Nº140/2019, 2019) e que se apresentam posteriormente detalhadas na “avaliação por competências”.

No artigo 4º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão descritos os quatro domínios referentes às competências comuns: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Domínio da responsabilidade profissional ética e legal: desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

b) 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.

c) Domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados de enfermagem, desenvolvendo e melhorando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto confirmando a qualidade dos cuidados.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua prática clínica especializada em fundamentação científica.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária expõe as competências específicas: a) Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para a capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento Nº 428/2018, 2018).

Tendo também por base as competências emanadas pelo instrumento de avaliação do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária as atividades desenvolvidas no estágio permitiram a aquisição de competências de respeito pelos princípios humanistas procurando a excelência do exercício profissional. Procurou-se tomar decisões éticas, apoiadas em princípios, valores e normas deontológicas, quer na prática clínica analisando situações específicas que requerem cuidados especializados, em parceria com as famílias e baseados nos princípios básicos da ética, quer no desenvolvimento do projeto de investigação-intervenção, para o qual se procurou obter todas as autorizações consideradas pertinentes, designadamente à comissão de ética do IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu, assim como o consentimento informado dos participantes no estudo, garantindo o anonimato e a não obrigatoriedade de participação.

Durante o decorrer do estágio assegurou-se a defesa dos direitos humanos, respeitando a confidencialidade e segurança da informação adquirida na prática clínica designadamente na implementação do projeto de investigação-intervenção que, em relação aos dados obtidos através do preenchimento do inquérito “Avaliação do Risco de Queda em Idosos”, regemo-nos pelo artigo 31º da Lei nº 58/2019. O tratamento de dados para “(...) fins de investigação científica ou histórica ou fins estatísticos deve respeitar o princípio da minimização dos dados e incluir a anonimização ou a pseudonimização dos mesmos(...)” (Lei Nº 58/2019, 2019, p.12). Sobre a confidencialidade dos dados cumpre acrescentar que o investigador está obrigado ao sigilo profissional bem como à proteção da intimidade conforme artigo 106º e 107º do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Lei Nº 156/2015, 2015).

A prática clínica contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais adequadas aos indivíduos, famílias e comunidade, das quais se destacam a manutenção de um ambiente terapêutico seguro de acordo com o perfil de cada utente ou grupo, a satisfação das necessidades culturais e espirituais, a mobilização dos recursos adequados, designadamente ao nível das intervenções em contexto de ECCI na prevenção

de quedas, lesões por pressão e articulação com os recursos da comunidade e restantes unidades funcionais, a gestão de processos familiares e a construção de processos de ajuda, a otimização dos recursos e limitações, a gestão do stress perante situações desafiadoras e a antecipação de situações de eventual conflito.

No âmbito da aquisição de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social foi fundamental conhecer os projetos em carteira da UCCT, indicadores e objetivos da ECCI, as dinâmicas organizacionais e o funcionamento institucional, os processos de gestão de recursos humanos, de materiais e de equipamentos. A colaboração nas decisões da equipa de saúde no processo de cuidar, designadamente nos processos de negociação com o utente e com as famílias e processos de referenciação para outras unidades funcionais e/ou outros recursos da comunidade reforçou o desenvolvimento das competências humanas necessárias à prestação de cuidados especializados. Relativamente ao projeto de investigação-intervenção, procurou-se gerir os recursos disponíveis, humanos, materiais e equipamentos, onde em articulação com as entidades parceiras se desenvolveu o projeto, designadamente com as direções dos centros de dia que participaram na formação de equipas para a implementação do projeto conseguindo-se, desta forma, adquirir competências técnicas e de gestão e capacidade de intervenção comunitária de forma a planear e realizar intervenções no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social.

No âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional demonstrou-se capacidade crítica e reflexiva partilhando em equipa a pesquisa efetuada e atividades realizadas quer no âmbito do projeto de investigação-intervenção quer no âmbito da prática de cuidados, fomentando a discussão positiva e o crescimento pessoal e profissional.

## 2. ATIVIDADES REALIZADAS

Para a concretização dos objetivos gerais apresentam-se abaixo os objetivos específicos, pessoais e atividades realizadas:

Objetivo 1 – Conhecer e integrar a estrutura física, dinâmica, funcional e organizacional da UCC Tondela.

Atividades realizadas:

- Realizar reunião de apresentação na UCCT;
- Conhecer a equipa multidisciplinar;
- Conhecer as instalações;
- Conhecer os programas e projetos através dos quais a UCCT presta cuidados de saúde à comunidade;
- Conhecer a dinâmica e metodologia de trabalho;
- Conhecer o Manual de Acolhimento, recursos humanos e materiais, orgânica e funcionalidade da UCC, atividades desenvolvidas, área geográfica abrangida, e articulação entre a UCCT e outras instituições.

Objetivo 2 – Conhecer a carteira de serviços da UCCT, os projetos/ programas associados, os profissionais responsáveis pelos programas e colaborar nos mesmos.

Atividades realizadas:

- Identificação dos programas e projetos desenvolvidos na UCCT;
- Consulta de informação relativa a cada projeto;
- Participação na realização de ações dentro do desenvolvimento do projeto de investigação definindo estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos;
- Participação nas reuniões de equipa e sessões de formação;
- No âmbito da identificação de necessidades formativas e de capacitação para intervenção na comunidade realizou-se uma sessão de formação sob o tema: Modelo ACP de Comunicação Assertiva, Clara e Positiva;
- Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades através da visita domiciliária e trabalho de investigação nos centros de dia;
- Conhecer o suporte informático, S-Clínico;
- Utilizar as ferramentas informáticas;
- Documentar e registar as intervenções desenvolvidas.

Objetivo 3 – Colaborar com a ECCI e participar nas atividades desenvolvidas no âmbito da RNCCI.

Atividades realizadas:

- Consultar a legislação e documentação da UCCT referente à RNCCI e ECCI;
- Realizar a admissão de utentes;
- Aceder à plataforma da RNCCI e consultar os processos “a admitir”;
- Aceder aos diferentes sistemas de informação e consultar o processo clínico dos utentes;
- Realizar contatos, telefone, e-mail, presencialmente, com o utente e família;
- Articular com as equipas de saúde familiar da USF Tondela e extensões de saúde;
- Realizar registo informático no S-Clínico e em suporte papel;
- Colaborar na gestão do Processo Individual de Cuidados Continuados (PICC);
- Realizar visita domiciliária (VD) pela ECCI nas primeiras 48 horas após admissão;
- Colaborar na elaboração do PICC;
- Colaborar na aplicação do Plano Individual de Intervenção (PII);
- Prestar cuidados de enfermagem domiciliários programados, de natureza preventiva, curativa e paliativa;
- Avaliar o conhecimento do utente, família ou cuidador;
- Capacitar o utente, família ou cuidador;
- Promover a autonomia e satisfação das necessidades sociais e de saúde;
- Realizar a avaliação mensal do utente e família;
- Realizar o registo nos diferentes sistemas de informação e no processo físico.

Objetivo 4 – Adquirir competências especializadas, ao nível da identificação das necessidades das famílias e grupos mais vulneráveis respondendo com comunicação e cuidados antecipatórios adequados.

Atividades realizadas:

- Colaborar com a equipa da UCCT na identificação das necessidades das famílias e comunidade através da observação das práticas e intervenções;
- Utilizar a metodologia de planeamento em saúde: diagnóstico de situação/diagnóstico de enfermagem, determinação de prioridades, definição do objetivo, avaliação da intervenção;
- Estabelecer relação de confiança com as famílias e com a comunidade;
- Colocar em prática técnicas de comunicação adequadas à expressão de sentimentos e problemas;

- Consultar evidência científica conducente a uma resposta adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, de acordo com a área de atuação definida;
- Desenvolver o hábito de reflexão, de forma sistemática, na abordagem das situações, passando a ser intuitivo.

Objetivo 5 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem garantindo um ambiente seguro e suportando a prática de cuidados em evidência científica.

Atividades realizadas:

- Consultar o Plano de Ação e Manual de Acolhimento;
- Colaborar nas atividades de reposição e armazenamento de material de consumo clínico e terapêutico do armazém avançado;
- Preparar terapêutica, proceder à supervisão de material e equipamento;
- Participar no acompanhamento e vigilância da pessoa em ECCI, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem;
- Transmitir informação clínica e efetuar registos de enfermagem de forma clara e objetiva assegurando a melhoria e a continuidade dos cuidados;
- Aceder a bases de dados científicas para guiar a prática de cuidados;
- Adquirir competências no âmbito dos diferentes programas através de pesquisa científica;
- Refletir sobre a prática como estratégia promotora do desenvolvimento de competências e pessoal.

Objetivo 6 – Realizar reflexão crítica sobre a aquisição e aplicação de competências especializadas relativamente ao processo ensino/aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Atividades realizadas:

- Interagir com a equipa na perspetiva de esclarecimento de dúvidas e melhoria da aprendizagem e do desempenho;
- Refletir sobre o desempenho das atividades desenvolvidas;
- Procurar evidencia científica para a melhoria da prática;
- Partilhar experiências e expor dificuldades sentidas.

Objetivo 7 – Elaborar o Relatório Final com base na implementação do projeto de investigação-intervenção na prática clínica do Estágio.

Atividades realizadas:

- Reunir com a Enfermeira tutora e equipa de enfermagem para definir qual a área de investigação-intervenção mais útil para a UCCT;
- Reunir com a Enfermeira orientadora para definir estratégias de investigação;
- Elaborar e solicitar autorizações para aplicação dos instrumentos de colheita de dados;
- Reunir com as direções técnicas dos centros de dia, apresentar o projeto e definir o cronograma para recolha de dados;
- Pesquisa bibliográfica;
- Realizar vídeos de suporte à aplicação das escalas de risco de queda;
- Realizar formação com as direções técnicas para colaboração na colheita de dados;
- Elaborar e aplicar os instrumentos de colheita de dados;
- Reunir com a Enfermeira orientadora para avaliar a evolução da investigação.

Assim, tendo por base as atividades realizadas, designadamente o projeto de investigação intitulado “Risco de Queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia – do diagnóstico ao planeamento da intervenção”, descreve-se aprofundadamente a mesma.



## **Estudo empírico: Risco de Queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia – do diagnóstico ao planeamento da intervenção**

### **2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Apresenta-se uma síntese da revisão bibliográfica que se julga pertinente para a fundamentação do diagnóstico de saúde e contextualização do projeto de intervenção comunitária desenvolvido. Inicia com uma abordagem ao fenómeno do envelhecimento e posteriormente avança com a temática das quedas no adulto idoso, fatores de risco e medidas preventivas.

#### **ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento afirma-se como uma vitória do desenvolvimento social, económico e da saúde pública. Uma criança nascida hoje em Portugal pode esperar viver mais 17 anos do que uma criança nascida em 1960 (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2022). Viver mais anos é uma conquista incrivelmente valiosa que oferece a oportunidade de refletir sobre o curso de vida. Enquanto cada vez mais pessoas atingem idades mais avançadas, muitos repensam o enquadramento das suas vidas, talvez estudar mais ou iniciar uma nova carreira (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Porém, a amplitude das oportunidades que decorrem do aumento da longevidade dependerá de um fator essencial: ter saúde. O envelhecimento da população exige, portanto, uma resposta abrangente da saúde pública (OMS, 2015).

Enquanto fenómeno individual, o envelhecimento, é um processo multifatorial influenciado por dimensões biológicas, sociais, económicas, culturais, históricas e ambientais, em constante transformação ao longo do ciclo de vida. Muito embora se verifique a necessidade de categorizar a população em grupos, de acordo com a idade, convém não esquecer a existência de naturais variações no estado de saúde, na autonomia e na participação social entre pessoas idosas com a mesma idade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017; OMS, 2015).

A nível coletivo, o envelhecimento é definido com base na proporção da população de pessoas idosas face à população total. A classificação demográfica de uma população, definida como jovem ou envelhecida, resulta da proporção de pessoas nas faixas extremas. Em Portugal considera-se idoso a pessoa com 65 ou mais anos de idade (DGS, 2017; PORDATA, 2022).

Atualmente, em todas as suas dimensões, quer nacional quer internacionalmente, o envelhecimento é um dos fenómenos mais desafiadores em termos de políticas sociais e por isso amplamente discutido e investigado. A esperança média de vida tem aumentado por força do desenvolvimento socioeconómico e de fatores como a baixa natalidade e fertilidade, diminuição da mortalidade infantil e melhoria dos cuidados de saúde. Esta evolução na demografia das populações traduz-se no envelhecimento populacional e na proporção de idosos, nas populações em geral, constituindo um problema de saúde emergente a nível mundial.

A percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem vindo a aumentar. As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), (baseadas em hipóteses de evolução futura das componentes demográficas fecundidade, mortalidade e migrações) de população residente em Portugal estimam que entre 2018 e 2080 o número de jovens diminuirá de 1,4 para 1,0, redução motivada pelo reflexo de baixos índices de fecundidade. O número de idosos (com 65 e mais anos) passará então de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,3% em 1960 para 182,1 % em 2021 e em 2080, quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020; *PORDATA*, 2022).

O aumento populacional nestas faixas etárias cresce a um ritmo elevado e nas próximas décadas prevê-se uma aceleração. Portugal, assim como outros países, tem observado, nas últimas décadas profundas transformações demográficas. A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) expõe que, muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta desafios a conquistar (DGS, 2017).

O envelhecimento apresenta-se como um processo desafiante, com grande valor, em que tanto individual como coletivamente temos a ganhar com o aumento da longevidade.

Para isso, é imperativo assegurar que a qualidade de vida e o bem-estar acompanham o prolongamento da vida, prevenindo o impacto das perdas associadas ao processo de envelhecer e promovendo uma adaptação saudável e bem sucedida ao longo do ciclo vital (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2021, p.4).

Estes indicadores são, a dois tempos, motivo de satisfação e também um desafio. A evidência mostra que as pessoas que pertencem aos grupos etários com 65 e mais anos têm vulnerabilidades, nem sempre exclusivamente ligadas aos processos de envelhecimento biológico, que ditam a necessidade de estudos direcionados para o desenvolvimento do conhecimento gerontogeriátrico aumentando a competência dos enfermeiros na gestão dos cuidados a estes beneficiários (Almeida et al., 2021).

Recentemente, Foley & Luz (2020) concluíram que o envelhecimento populacional produz implicações em todos os setores da sociedade, especialmente entre os profissionais de saúde que estão insuficientemente preparados para responder à especificidade do cuidado à pessoa idosa quer em termos de formação quer em número de profissionais especializados, que são insuficientes face às projeções demográficas para 2030.

Em Portugal, a enfermagem representa o principal grupo profissional nas instituições de saúde, com 80,238 profissionais em 2021, tendo um papel decisivo no cuidado à pessoa idosa (*PORDATA*, 2021). Face à evolução demográfica prevê-se que este grupo etário continue a ser o principal utilizador dos serviços de saúde e é expectável que cada vez mais os enfermeiros cuidem ou venham a cuidar de pessoas idosas, que adicionalmente apresentam necessidades de saúde complexas e que requerem profissionais preparados para gerir o cuidado de que necessitam (Coelho, 2016).

Dado o imperativo demográfico e o importante impacto das intervenções de enfermagem no cuidado dos idosos, enfermeiros e futuros enfermeiros devem aumentar os seus conhecimentos na área da enfermagem gerontológica para oferecer cuidados personalizados (Tavares et al., 2021).

Adicionalmente, as intervenções dirigidas à segurança individual e coletiva devem ser integradas num plano de envelhecimento ativo. A inexistência deste pilar, pode comprometer a qualidade de vida das pessoas, a sua autonomia, autoestima e independência. Envelhecer com segurança é uma garantia essencial, especialmente àqueles que se encontram mais vulneráveis (Batinas, 2012).

Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, reforça o investimento no desenvolvimento de investigação na área da segurança das populações, designadamente o Pilar 5, “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, patente no Objetivo Estratégico 5.1. “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e Objetivo Estratégico 5.2. “Monitorizar a implementação de práticas seguras” nomeadamente através da produção de instrumentos e materiais de apoio no âmbito da segurança dos utentes (Lebre et al., 2022, pp. 39-40).

## QUEDAS

O significativo aumento da população de adultos idosos estabelece a problemática das quedas e risco de queda como um problema de saúde pública, pela sua elevada incidência, morbidade e mortalidade, traduzindo-se num grande impacto económico, não apenas para a rede familiar mas também para a comunidade e para a sociedade (Costa, 2019).

A queda, fenómeno definido pela OMS como episódio acidental e não intencional, “cair inadvertidamente no solo, chão ou outro nível inferior, excluindo mudanças intencionais de posição para apoio em mobília, parede ou outros objetos” evidencia a probabilidade de perda de autonomia no processo de envelhecimento (Ferreira et al., 2019; OMS, 2021). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define queda pelo foco “cair”: “Executar descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” (ICN-International Council of Nurses, 2019, p.42)

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no âmbito do programa de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA) domésticos e de lazer, disponibiliza dados de 2019 sobre os principais mecanismos de lesão por sexo, grupo etário e local de ocorrência. O infográfico sobre o contexto em que estes acidentes ocorrem, revela que 195.400 portugueses sofreram um acidente doméstico e de lazer. Desses, 112.988 indivíduos sofreram uma queda com necessidade de recorrer aos serviços de urgência, constituindo o mecanismo de lesão mais frequente, 67,9%. As quedas representam o principal mecanismo de lesão em todos os grupos etários, destacando-se o grupo  $\geq 65$  anos com 88% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020a). Quanto à distribuição por mecanismo de lesão e por sexo, as quedas representam 62% das ocorrências no sexo masculino e 74% no sexo feminino. A casa é o espaço onde ocorrem a maioria dos acidentes por queda com 49% dos eventos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020a; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020b).

Dados da OMS de 2021 estimam em 684 mil o número de pessoas que morrem anualmente devido a quedas sendo os adultos com mais de 60 anos os que sofrem o maior número de quedas fatais. Ainda de acordo com a OMS, todos os anos, ocorrem 37,3 milhões de quedas suficientemente graves para exigir cuidados médicos. Portanto, as estratégias de prevenção devem privilegiar a educação, a formação, a criação de ambientes mais seguros, a atribuição de prioridade à investigação relacionada com as quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco (OMS, 2021).

Naturalmente que para prevenir as quedas é fundamental identificar os fatores que estão na sua origem e compreender quais as condições que aumentam a probabilidade da

sua ocorrência, os fatores de risco. Estes podem estar relacionados com fatores biológicos, comportamentais ou ambientais e geralmente pelo menos dois destes fatores estão interligados na origem de uma queda. Assim a prevenção deve considerar todos os fatores já que eles são interdependentes (Pinto et al., 2020).

Em 2012 Gonçalves e colaboradores desenvolveram uma escala de avaliação do risco de queda no domicílio que permite identificar fatores de risco existentes, designadamente comportamentais e ambientais. O objetivo da escala é servir de base para identificar fatores de risco e fundamentar correções ou adaptações ambientais necessárias para evitar quedas no domicílio. A escala avalia os espaços/compartimentos da habitação: sala de estar/jantar, quarto de dormir, instalações sanitárias, corredor, cozinha, escadas ou degraus, pátio/jardim e quintal. Primeiramente é questionado se o espaço existe/ não existe, respondendo “sim” ou “não”. Seguidamente, responde-se também “sim” ou “não” aos itens em análise. Ao “sim” é atribuído valor 1 e ao “não” valor 0, com o objetivo de se realizar o somatório final que atribui o risco de queda. Quanto mais elevado o valor encontrado para cada compartimento, maior é o risco (Gonçalves et al., 2012).

Entre os fatores de risco biológicos encontram-se a idade, sexo, história de quedas anteriores, medo de cair, viver sozinho, polimedicação (mais de quatro medicamentos), uso de psicofármacos, doenças crónicas, mobilidade reduzida com alterações no equilíbrio e marcha ou utilização de auxiliares de marcha, défices nutricionais, défices sensoriais (auditivos ou visuais) e cognitivos (Almeida & Costa, 2019; Morais et al., 2023).

Num estudo realizado em idosos do concelho de Tábua demonstra-se uma prevalência de quedas no domicílio de 22,2%, dos quais, a maioria, (83,3%) refere que esta ocorreu nos últimos 12 meses. O mesmo identifica que as alterações auditivas e idade >80 anos estão associadas ao risco de queda no quintal. Mostra-se que existe uma associação borderline entre as instalações sanitárias e o alto risco de queda nos idosos com idade >80 anos. O estudo indica também que existe diferença estatisticamente significativa entre a idade e o risco de queda no quintal ( $p=0,047$ ) concluindo que as áreas da habitação com mais alto risco de queda são o quarto e o quintal (Niza, 2021).

Numa avaliação multifatorial do risco de queda deve incluir-se história de quedas, avaliação da marcha e equilíbrio, mobilidade e performance muscular, capacidade funcional percebida, avaliação de défice visual, défice cognitivo, incontinência urinária, riscos no ambiente e regime terapêutico. Paralelamente, a utilização de instrumentos de avaliação do risco de queda podem contribuir para uma avaliação mais detalhada do indivíduo, designadamente o teste Timed Up & Go, e a Escala de Equilíbrio de Berg que permitem a avaliação da marcha e equilíbrio (Henrique & Pimentel, 2021).

Em 1991, Podsiadlo e Richardson conduziram um estudo em 60 utentes de um hospital de dia geriátrico (idade média de 79,5 anos) para avaliar a eficácia do teste Timed Up & Go. A pessoa é observada e cronometrada enquanto se levanta de uma cadeira padrão, caminha 3 metros, vira-se, volta e senta-se novamente. Os resultados do estudo indicam que o teste em avaliação, cronometrado, Timed Up & Go é um teste confiável e válido para quantificar a mobilidade funcional. Os resultados confirmam que o tempo obtido na realização do teste tem correlação com o equilíbrio, velocidade e capacidade funcional da pessoa. O tempo igual ou inferior a 10' indica bom desempenho e baixo risco de queda; 10,1' a 20' indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das AVD. Apresentam algum risco de queda. Tempo entre 21 e 29' indica a necessidade de uma abordagem específica sobre o risco de queda. Apresentam risco de queda moderado. Superior a 30' corresponde a alto risco de queda (Podsiadlo & Richardson, 1991).

Este teste pode utilizar-se para avaliar a mobilidade em pessoas idosas na comunidade ou institucionalizadas e tem sido considerado uma medida de referência recomendada nas orientações da American Geriatric Society (AGS) para a identificação de indivíduos com necessidade de uma avaliação do equilíbrio e da marcha (Neves, 2015).

Berg et al. realizaram um estudo intitulado "Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument" onde constataram que o teste consegue diferenciar os idosos com maior probabilidade de queda, além de estar correlacionado com outros testes de equilíbrio e de mobilidade, incluindo o Timed Up & Go. A escala permite uma avaliação funcional do desempenho do equilíbrio, com base em 14 itens que correspondem a 14 atividades do dia a dia. Cada item avalia a capacidade de um indivíduo manter o controlo postural e realizar adaptações de movimentos através da mudança da base de suporte (Berg et al., 1992; Batista, 2013).

Moniz-Pereira e colaboradores reforçam também a perspetiva multifatorial do fenómeno queda. Num estudo com 1416 idosos portugueses com  $\geq 65$  anos, cujo objetivo foi estudar a abordagem multifatorial na caracterização dos fatores de risco para as quedas recorrentes, foram avaliadas as dimensões do estado de saúde e histórico de quedas e dimensões física e funcional. No estudo a idade não surge como fator de risco para quedas recorrentes. Os resultados reforçam a importância da utilização de uma abordagem multifatorial não se focando apenas em fatores cognitivos e relacionados com a idade (Moniz-Pereira et al., 2013).

Também Dourado e colaboradores (2022) num estudo de revisão sistemática de literatura que objetivou identificar intervenções eficazes na prevenção de quedas em idosos, conclui que intervenções multidireccionadas aos fatores intrínsecos e extrínsecos têm impacto

direto na redução dos fatores de risco para a ocorrência de quedas preservando a autonomia e independência.

Entre os fatores de risco extrínsecos, relacionados com o ambiente frequentado pela pessoa, destacam-se como mais frequentes a iluminação insuficiente, escadas inseguras, tapetes soltos ou piso escorregadio, ausência de corrimãos e barreiras arquitetônicas. Os fatores comportamentais estão relacionados com a exposição da pessoa ao risco, isto é, com as escolhas na realização de determinadas atividades que expõem a pessoa ao risco de queda. Comportamentos que aumentam o risco de queda na pessoa idosa incluem, subir a bancos ou cadeiras, uso de calçado ou vestuário inadequado ou o mau uso dos meios auxiliares de marcha (Costa, 2019; OMS, 2007).

Num estudo, transversal, descritivo e de abordagem quantitativa cujo objetivo é avaliar o risco de queda em 53 idosos polimedicados, com idade  $\geq 75$  anos, numa freguesia da área de abrangência de uma UCC do ACES do Alentejo Central, Caldeira e colaboradores, (2022) concluem pela notória presença de fatores de risco ambientais, designadamente na casa de banho, quarto e cozinha, com elevado número de habitações sem barras de segurança no chuveiro e sanita, ausência de tapetes antiderrapantes e piso antiderrapante e ausência de corrimãos junto a escadas ou degraus.

Para que os seus índices diminuam, a queda, evento multifatorial, necessita de uma abordagem com estratégias adequadas.

As intervenções de enfermagem devem fornecer aos idosos e família/cuidadores informais as orientações necessárias e adequadas para a prevenção de situações que possam ocasionar quedas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Caldeira et al., 2022 p. 332-333).

Nesse sentido a OMS, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde sugere como estratégia de intervenção o estabelecimento de políticas e programas direcionados ao envelhecimento saudável nas distintas áreas de ação: proteção social, oportunidade de participação social, desempenho de papéis sociais significativos, planeamento urbano segurança e mobilidade e habitação, através de modificações no domicílio que permitam reduzir riscos e envelhecer em segurança (OMS, 2015).

Motivados pelos desafios inerentes ao envelhecimento das populações espera-se com este projeto de investigação-intervenção contribuir para identificar determinantes da ocorrência de quedas na pessoa idosa no domicílio e implementar estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, e reconhecida, nacional e internacionalmente, como conducente a ganhos em saúde melhorando o equilíbrio e força em idosos (Despacho N° 9390/2021, 2021).



## 2.2. METODOLOGIA

### JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Construído com base na metodologia do Planeamento em Saúde, este projeto de investigação-intervenção percorre as etapas da elaboração do projeto, execução e avaliação. Nesta parte, estão descritos os procedimentos metodológicos que sustentam a sua realização. Apresenta-se ainda, através da metodologia de investigação, a relevância do projeto, a escolha do problema e questão de investigação, objetivos e tipo de estudo, população e amostra, procedimentos éticos e estatísticos e o desenvolvimento das competências próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O estudo decorreu na UCCT, integrada no ACES Dão Lafões, e a escolha do contexto de pesquisa deve-se ao facto de não existirem estudos recentes conduzidos na UCC sobre esta problemática e que permitam suportar a tomada de decisão baseada em evidência. Surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social.

Esta investigação, decorre da prioridade que deve ser dada à garantia da qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem face à problemática das quedas na pessoa idosa no domicílio. Neste âmbito, o Ministério da Saúde promove a qualidade e a segurança no sistema de saúde, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde, e requer a implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes durante a prestação de cuidados de saúde (Despacho N° 9390/2021, 2021).

*“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos, como domicílios. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui uma aposta clara em saúde” (Despacho N° 9390/2021, 2021, p.96).*

A Direção Geral da Saúde (DGS), através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026., refere que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde assenta na evidência científica e é suportada por cinco pilares com a definição de vários objetivos estratégicos. É no Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros que se insere a temática atual e nos Objetivos Estratégicos 5.1 e 5.2 que reforçam a implementação e consolidação de práticas seguras relativamente à ocorrência de quedas (Despacho N° 9390/2021, 2021; Lebre et. al., 2022). A DGS através do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 propõe também um conjunto de estratégias de intervenção com vista à promoção e proteção da saúde, nomeadamente a “(...) prevenção e controlo de riscos ambientais”(DGS, 2022, p. 60).

Assim definiu-se como objetivo do estudo, avaliar o risco de queda na amostra referida e espera-se com esta investigação contribuir para identificar determinantes da ocorrência de quedas na pessoa idosa no domicílio e implementar estratégias que reduzam estes incidentes (Despacho N° 9390/2021, 2021). Prevê-se com o estudo aplicar as recomendações decorrentes dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança do Doente e assim consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde num contexto específico como o domicílio.

Uma investigação envolve sempre um problema, mesmo que o investigador não o explicita formalmente. De uma maneira geral, na investigação que adota uma metodologia de cariz quantitativo a formulação do problema faz-se via de regra numa fase prévia, seja sob a forma de uma pergunta (interrogativa), seja sob a forma de um objetivo geral (afirmação) (Coutinho, 2011, p. 45).

Como questão de investigação definimos: Qual a prevalência de quedas e os fatores de risco em idosos inscritos em centro de dia do concelho de Tondela?

Para responder à questão formulada definiram-se como objetivos:

- 1 - Determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia da área de intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela;
- 2 - Avaliar o risco de queda no domicílio em idosos;
- 3 - Identificar fatores associados às quedas no domicílio na amostra referida.

## TIPO DE ESTUDO

A investigação enquadra-se num estudo transversal analítico. Todos os dados observados foram colhidos num único momento, numa amostra representativa da população estudada e incluem informações relativas ao sujeito da pesquisa, população idosa, e meio em que vive, descrevendo possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011; Romão et al., 2021).

## VARIÁVEIS EM ESTUDO

Variável é um “atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores” (Ary et al., 1989, as cited in Coutinho, 2011, p. 67) opondo-se assim ao conceito de “constante” (Almeida & Freire, 1997, as cited in Coutinho, 2011, p. 67).

### Variável Dependente

Aquela que depende dos procedimentos de investigação e que se relaciona com as respostas que se procuram para a questão de investigação. É a característica que aparece

quando se aplica a variável independente e é passível de ser modificada quando o investigador “suprime ou modifica” a variável independente (Coutinho, 2011, p. 69). Neste estudo a variável dependente é o: Risco de queda em idosos no domicílio e que frequentam Centros de Dia do concelho de Tondela.

O risco de queda foi avaliado através dos instrumentos de avaliação do risco de queda, teste *Timed Up&Go* (Podsiadlo & Richardson, 1991), da Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992) e da Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio (Gonçalves et al., 2012). Para se desenvolver intervenções na prevenção dos fatores de risco de queda é necessário proceder a uma avaliação que inclua a capacidade funcional, recorrendo a instrumentos de medida válidos e fiáveis, e outros fatores ambientais e comportamentais, passíveis de ser modificados. Delinear um programa de intervenção ajustado às particularidades, necessidades e expectativas dos indivíduos deve incluir a recolha de história de queda, informação sobre a mobilidade, marcha e equilíbrio, importantes para predizer o risco de queda (Ferreira et al., 2019).

#### Variável Independente

“É a variável que o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar” (Coutinho, 2011, p. 69). As variáveis independentes em estudo são:

- Sociodemográficas

Género, idade, medidas antropométricas, estado civil, nível de escolaridade, área de residência, centro de dia frequentado e com quem vive.

- Clínicas

Défices sensoriais visuais ou auditivos, utilização de meios auxiliares de marcha, presença e tipo de doença, terapêutica em uso.

- Contextuais à queda

Histórico de quedas prévias e nos últimos 12 meses, local onde ocorreu a queda, período do dia em que ocorreu e circunstâncias e as escalas anteriormente referidas.

#### POPULAÇÃO E AMOSTRA

“Amostragem é o processo de seleção do número de sujeitos que participam num estudo. Sujeito é o indivíduo de que se recolhem dados” (Coutinho, 2011, p. 85). A população em estudo é constituída pelos idosos inscritos em Centros de Dia no Concelho de Tondela, e na área de intervenção da UCCT num total de 140 idosos, entre os meses de junho e agosto

de 2023. Da população em estudo foi selecionada uma amostra de conveniência de 86 indivíduos (n=86) constituída por todos os idosos que aceitaram participar no estudo e que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão para participação.

Assim consideramos como critérios de inclusão: Idosos com 65 ou mais anos, inscritos em Centros de Dia na área de intervenção da UCCT, com capacidade para decidir de forma livre e esclarecida, sem incapacidade física que impeça a realização do inquérito e possuir competência linguística portuguesa. E como critérios de exclusão: Idosos sem capacidade para decidir de forma livre e esclarecida por incapacidade cognitiva ou incapacidade física que impeça a realização do inquérito e não possuir competência linguística portuguesa.

Para o estudo foram incluídos todos os centros de dia do concelho de Tondela, designadamente, Equipamento Social da Santa Casa da Misericórdia de Vale de Besteiros, Equipamento Social do Centro Paroquial de Canas de Santa Maria, Equipamento Social do Centro Social Paroquial de Molelos, Equipamento Social da Misericórdia de Tondela, Equipamento Social Associação de Solidariedade Social, Cultural Recreativa e Desportiva do Caselho – Guardão, Centro Social do Tourigo – IPSS, Centro Social e Paroquial de S. Salvador de Tonda, Equipamento Social do Centro Paroquial de Santiago de Besteiros.

#### Caracterização sociodemográfica da amostra

No total da amostra a maioria é do género feminino, (n=61; 70,9%) com uma idade média de  $81,96\% \pm 6,62$  anos (idade máxima de 95 anos e mínima de 67 anos). De acordo com a Tabela 1, a maioria dos idosos tem idade superior a 80 anos (n= 52; 60,5%), prevalecendo em ambos os géneros os idosos nesta faixa etária (masculino 72,0% e feminino 55,7%). Em relação ao estado civil, no total da amostra a percentagem mais elevada corresponde aos idosos viúvos (61,6%) havendo também uma percentagem considerável de casados ou em união de facto (22,1%), 9,3% são solteiros e 7,0% separados ou divorciados. Quanto ao nível de escolaridade verifica-se uma percentagem superior de idosos com escolaridade  $\leq 1^\circ$  ciclo (89,5%) e apenas 10,5% têm escolaridade  $\geq$  ao 2º ciclo. Constata-se que a maioria dos idosos habitam em meio rural (n=71; 82,6%) face a um menor número que habita em meio urbano (n=15; 17,4%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	Género				Total n (86) % (100%)
	Feminino n (61) (70,9%)		Masculino n (25) (29,1%)		
<b>Idade</b>					
65-80 anos	27	44,3	7	28,0	34 (39,5)
≥81 anos	34	55,7	18	72,0	52 (60,5)
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	4	6,6	4	16,0	8 (9,3)
Casado/União facto	10	16,4	9	36,0	19 (22,1)
Separado/divorciado	4	6,6	2	8,0	6 (7,0)
Viúvo	43	70,5	10	40,0	53 (61,6)
<b>Nível de escolaridade</b>					
≤ 1º ciclo	56	91,8	21	84,0	77 (89,5)
≥ 2º ciclo	5	8,2	4	16,0	9 (10,5)
<b>Área de residência</b>					
Rural	49	80,3	22	88,0	71 (82,6)
Urbano	12	19,7	3	12,0	15 (17,4)

#### INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através de um inquérito. O inquérito é constituído por questões de caracterização sociodemográfica e clínica, um teste e duas escalas de avaliação do risco de queda, designadamente o teste *Timed Up&Go* (Podsiadlo, D; Richardson, 1991), a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992) e a Escala de Avaliação do Risco de Queda no Domicílio (Gonçalves et al., 2012).

O mesmo foi aplicado pela equipa de investigação que se deslocou aos centros de dia em dia e hora marcados. Antes da aplicação a equipa recebeu formação para diminuir os vieses na aplicação dos mesmos. O inquérito *online* foi criado na plataforma *EU Survey* e preenchido pelos investigadores. Foram elaborados os procedimentos formais por forma a respeitar a confidencialidade da informação garantindo o anonimato. O instrumento de recolha de dados é constituído por 6 partes, a Parte I, referente à caracterização sociodemográfica contém 9 questões que permitem recolher informação respeitante ao género, idade, estado civil, nível de escolaridade, área de residência, centro de dia frequentado e com quem vive. A Parte II é uma avaliação do estado de saúde, medidas antropométricas, informação sobre défices sensoriais, visuais ou auditivos, utilização de meios auxiliares de marcha, presença e tipo de doença e terapêutica. As doenças foram agrupadas em: Diabetes, Patologia cardiovascular (ex: HTA, doenças do coração, AVC, varizes), Hipertensão Arterial, Doenças hematológicas (ex: dislipidémia, hipocoagulação), Doença oncológica, Patologia respiratória (ex: bronquite e sinusite), Demência (ex: Alzheimer), Patologia osteoarticular (ex: osteoporose, artroses, artrite), Patologia psiquiátrica (ex: depressão), Incontinência urinária, Lesões cutâneas, Patologia gastrointestinal, outras patologias. Da mesma forma os fármacos foram agrupados em grupos terapêuticos nas variáveis: Sedativos, Antidepressivos,

Antipsicóticos, Anti-hipertensores, Diuréticos (ou com efeitos diuréticos), Laxantes (ou com efeitos laxantes), outros fármacos. A Parte III diz respeito à avaliação do risco de queda com recolha de informação sobre histórico de quedas prévias e nos últimos 12 meses, local onde ocorreu a queda, período do dia em que ocorreu e circunstâncias. A Parte IV contempla o teste *TimedUp&Go* (TUG) criado por Podsiadlo & Richardson (1991) de acesso livre (OE, 2016). O teste tem como público alvo pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e avalia a mobilidade, equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação e avalia o risco de quedas em idosos. Material e preparação para aplicação do teste:

- a) Cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos);
- b) Cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 46 cm de altura;
- c) Em frente à cadeira, deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento;
- d) Medir a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva;
- e) Deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais;
- f) A pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo;
- g) O teste termina quando a pessoa se senta na cadeira;
- h) Deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura.

Instruções para a realização do teste:

- a) A pessoa começa por estar corretamente sentada numa cadeira de braços, com as costas encostadas e os braços apoiados nos braços da cadeira;
- b) Em caso de uso de auxiliar de marcha os braços não devem estar apoiados no auxiliar, mas este deve estar ao alcance da pessoa;
- c) Demonstrar o teste;
- d) À ordem de “Partida” a pessoa deve iniciar o teste e o examinador/investigador inicia o cronómetro;
- e) O cronómetro pára quando a pessoa se senta na cadeira.

O tempo igual ou inferior a 10' indica bom desempenho e baixo risco de queda; 10,1' a 20' indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das AVD. Apresentam algum risco de queda; já um tempo entre 21 e 29' indica a necessidade de uma abordagem específica sobre o risco de queda e apresentam risco de queda moderado. Superior a 30' alto risco de queda (OE, 2016; Podsiadlo

& Richardson, 1991). A Parte V compreende a Escala de Equilíbrio de Berg, criada por Katherine Berg em 1992 e validada para Portugal por Estela Mósca em 2001 (OE, 2016). Berg e colaboradores realizaram um estudo intitulado "*Measuring balance in the elderly: Preliminary development of na instrument*" onde verificaram que o teste tem uma boa consistência interna, conseguindo diferenciar os idosos com mais probabilidade de queda, além de que está correlacionado com outros testes como o TUG, também utilizado neste estudo (Berg et al., 1992). O objetivo da escala é avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos com base no desempenho de 14 atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito e avaliação das transferências: levantar, ficar em pé sem apoio, ficar sentado sem suporte, sentar-se, transferir-se, em pé de olhos fechados, em pé com os pés juntos, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, rodar em torno de si mesmo, alternar os pés sobre um degrau, ficar em pé com um pé à frente do outro, permanecer sobre uma perna. O desempenho de cada atividade é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho em que: 0 – Incapaz de executar e 4 – Capaz de executar de forma independente, com uma pontuação máxima de 56 pontos. Quanto maior a pontuação menor é o risco de queda. Pontuações finais que variam entre 0-20 representam diminuição do equilíbrio; entre 21 e 40, representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam bom equilíbrio. Para a sua realização são necessários equipamentos acessíveis como seja, um relógio, uma régua, um banco e uma cadeira (Batista, 2013; OE, 2016). A Parte VI, e última do inquérito, é constituída pela Escala de Caracterização da Habitação, criada e validada para a população portuguesa por Gonçalves et al., (2012). Esta escala identifica os principais obstáculos e barreiras que constituem fatores de risco para a queda no domicílio. A identificação dos fatores de risco contribui para a prevenção através do planeamento de correções ou adaptações ao ambiente. A escala foi elaborada de acordo com a realidade portuguesa e avalia os espaços da habitação, designadamente: sala de estar/jantar, quarto de dormir, instalações sanitárias, corredor, cozinha, escadas ou degraus, pátio ou jardim e quintal. Para cada item existe a possibilidade de resposta "existe" ou "não existe" e em relação às características de cada espaço a possibilidade de resposta "sim" ou "não". Ao "sim" foi atribuído o valor 1 e ao "não" o valor 0, alcançando-se assim um somatório final mediante o qual se atribui o risco de queda. Assim quanto maior o número de respostas "sim" que o compartimento obtiver, maior é o risco. A análise realiza-se através do valor médio final. O risco de queda é calculado para cada divisão da habitação. Quando o valor obtido é superior à mediana diz-se que a divisão apresenta alto risco de queda, e quando o valor obtido é igual ou inferior à mediana, diz-se que a divisão apresenta baixo risco de queda (Gonçalves et al., 2012).

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em relação aos dados obtidos através do preenchimento do inquérito “Avaliação do Risco de Queda em Idosos”, regemo-nos pelo artigo 31º da Lei nº 58/2019. O tratamento de dados para “(...) fins de investigação científica ou histórica ou fins estatísticos deve respeitar o princípio da minimização dos dados e incluir a anonimização ou a pseudonimização dos mesmos(...)” (Lei Nº 58/2019, 2019, p.12). Após reunião de equipa na UCCT com parecer positivo da enfermeira coordenadora e da equipa, foi solicitado parecer às direções técnicas dos centros de dia para participação no estudo, apresentados os objetivos e procedimentos bem como solicitada colaboração tendo sido formadas equipas para proceder à colheita de dados. Após parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, IPV, para aplicação do instrumento de colheita de dados iniciou-se a colheita de dados nos oito centros de dia do concelho.

Depois de devidamente informados integraram o estudo apenas os idosos que autorizaram a sua participação no estudo através da obtenção do consentimento informado para a participação no projeto, que foi obtido individualmente após esclarecimento dos objetivos do estudo. A recolha de informação processou-se por questionário *online*, preenchido pelos investigadores nos centros de dia, e o formulário de consentimento informado foi integrado no questionário, imediatamente antes da formulação das questões, sendo que se assegurou a aceitação dos requisitos como condição necessária para se prosseguir.

## PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a recolha de dados estes foram inseridos numa base de dados do programa informático *Statistical Package Science (SPSS) versão 28*. Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A análise estatística das variáveis contínuas foi representada por média e desvio padrão e descritas em frequência absoluta e percentual (%). Em relação à análise inferencial recorreremos ao teste não paramétrico (Qui-quadrado). A magnitude de associação foi estimada através do cálculo do Odds Ratios (OR) e a correlação de Spearman, com os respetivos intervalos de confiança a 95% e/ou nível de significância  $p \leq 0,05$ .

## 2.3. RESULTADOS

### Avaliação do estado de saúde

De acordo com a Tabela 2, podemos verificar que a percentagem de mulheres que utiliza dispositivos de marcha é maior e com diferenças significativas (62,3% vs. 36,0%;  $p=0,03$ ) e as mulheres sofrem mais de tonturas ou vertigens (55,7% vs. 44,3%;  $p=0,04$ ). Para os dispositivos de visão a percentagem de mulheres que utiliza é maior, mas sem diferenças significativas (70,5% vs. 64,0%;  $p=0,56$ ). Para o Índice de Massa Corporal (IMC) a percentagem de homens com peso normal e excesso de peso é maior e de obesidade é maior nas mulheres.

Tabela 2 – Avaliação do estado de saúde dos idosos

	Feminino		Masculino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Dispositivos de visão</b>					
Sim	43	70,5	16	64,0	59 (68,6)
Não	18	29,5	9	36,0	27 (31,4)
	<i>P</i>		0,56		
<b>Dispositivos de apoio à marcha</b>					
Sim	38	62,3	9	36,0	47 (54,7)
Não	23	37,7	16	64,0	39 (45,3)
	<i>P</i>		0,03		
<b>Sofre de tonturas ou vertigens</b>					
Sim	34	55,7	27	44,3	42 (48,8)
Não	8	32,0	17	68,0	44 (51,2)
	<i>P</i>		0,04		
<b>IMC</b>					
Peso normal	14	23,0	8	32,0	22 (25,6)
Excesso de peso	21	34,4	15	62,5	36 (42,4)
Obesidade	26	42,6	2	8,3	28 (32,9)

Os dispositivos de audição apenas são utilizados por 3 idosos (3,5%), sendo duas mulheres e um homem. Dos idosos que referiram utilizar dispositivo de marcha, 12,8% referiu utilizar andarilho e 87,2% bengalas/muletas/canadianas. Quase todos os idosos referiram sofrer de alguma doença (98,8%) e todos os idosos responderam que atualmente tomam medicação.

### Variáveis contextuais à queda

De acordo com a Tabela 3, verificamos que, no total da amostra, 86,0% dos idosos, alguma vez, sofreu alguma queda, o que é comum à maioria de ambos os géneros (feminino 90,2% vs. masculino 76,0%). A prevalência de quedas nos últimos 12 meses foi de 52,3% do total dos idosos sendo em mulheres de 50,8% e em homens de 56,0%. Em ambas as

situações não se registram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p>0,05$ ).

Tabela 3 - Prevalência das quedas no domicílio, segundo o género

	Feminino		Masculino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Alguma vez, sofreu alguma queda</b>					
Sim	55	90,2	19	76,0	74 (86,0)
Não	6	9,8	6	24,0	12 (14,0)
	<i>p</i>		0,08		
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu alguma queda</b>					
Sim	31	50,8	14	56,0	45 (52,3)
Não	30	49,2	11	44,0	47 (47,7)
	<i>p</i>		0,06		

De acordo com a idade, apurou-se que, 86,0% dos idosos “alguma vez já sofreram uma queda”, sendo o risco menor nos idosos com idade inferior ou igual a 80 anos (65-80 anos OR=0,27;  $p=0,04$ ). Quanto ao IMC não encontramos diferenças significativas com as quedas.

Os locais onde ocorreram mais quedas nos últimos 12 meses foram a rua / fora de casa (27,3%); a cozinha (15,9%); nas escadas (15,9%); o quarto (11,4%); o quintal (11,4%); a casa de banho (9,1%); a sala (4,5%) e o centro de dia (4,5%).

A maioria das quedas ocorreu de dia (84,1%), apenas 15,9% das mesmas aconteceram durante a noite.

Neste estudo, os motivos que levaram à ocorrência de quedas foram o tropeçar (31; 68,9%); queda em escadas (7; 15,6%); queda da cama (2; 4,4%); queda em altura (2; 4,4%); queda de outro tipo de mobiliário (1; 2,2%).

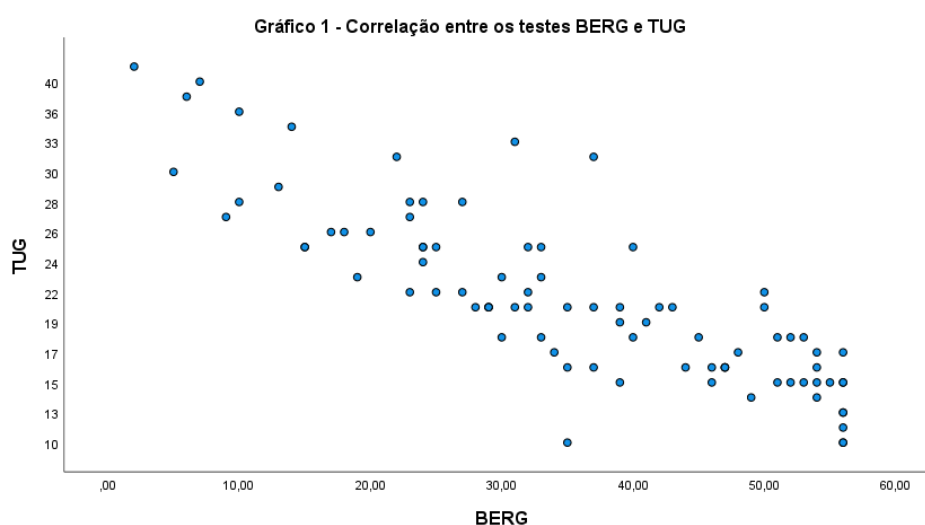
Quando avaliámos o tempo médio para a mobilidade, equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação que permite avaliar o risco de queda em idosos, através do teste TUG, observámos uma pontuação média de 21,27 minutos (Tempo médio  $21,27\pm 6,91$  minutos). Quanto à estratificação do risco obtivemos uma maior percentagem para ‘Algum risco de queda’ (54,7%); ‘Risco moderado de queda’ (31,4%); ‘Alto risco de queda’ (10,5%) e ‘Baixo risco de queda’ (3,5%).

Quando analisámos a Escala de Equilíbrio de Berg a média de pontuações finais foi de  $35,19\pm 14,98$ ; Equilíbrio diminuído / elevado risco de queda (15; 17,4%); Equilíbrio aceitável ou médio / risco de queda médio (38; 44,2%) e Equilíbrio bom / baixo risco de queda (33; 38,4%). Podemos ainda referir e dicotomizando o Teste de Equilíbrio de BERG, que 67,4% dos idosos apresentam risco de queda (Tabela 4).

Tabela 4 – Score da Escala de Equilíbrio de Berg

Variável	n	%
<b>Escala de Equilíbrio de BERG</b>		
Sem risco de quedas (Score $\geq$ 45)	28	32,6
Com risco de quedas (Score $<$ 46)	56	67,4

Ao calcular o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ), os instrumentos BERG e TUG apresentaram uma correlação negativa entre eles ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,859$ ), ou seja, quanto maior a pontuação em BERG, menor o tempo em TUG.



O risco de queda segundo a Escala de Equilíbrio de BERG não se associa com o género, as mulheres apresentam um risco de queda superior sem significância (OR=2,03; IC95% 0,78-5,35), associou-se com a idade (65-80 anos OR=0,13; IC95% 0,05-0,35) e com o facto de viver sozinho (OR=0,37; IC95% 0,14-0,95), quem é mais novo e vive só, no presente estudo, tem um risco de queda menor.

Na tabela 5 encontram-se as frequências absolutas (n) e relativas (%) da Escala de Equilíbrio de BERG. Verificamos que 54,7% dos idosos, na posição sentado para pé, tem necessidade de ajuda moderada ou máxima assistência para permanecer em pé; 61,6%, em pé sem apoio, é capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos; na posição sentado sem suporte para as costas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco, 88,4% é capaz de se sentar durante 30 segundos; de pé para sentado, 51,2% é capaz de se sentar com segurança com o mínimo uso das mãos; no que diz respeito às transferências, 46,5% é capaz de se transferir com segurança com o mínimo uso das mãos e 45,3% é capaz de se transferir com segurança com uso das mãos.

Tabela 5 – Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG

Variável	n	%
<b>Posição sentado para em pé</b>		
Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente	7	8,1
Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos	5	5,8
Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas	9	10,5
Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar	18	20,9
Necessidade de ajuda moderada ou máxima assistência para permanecer em pé	47	54,7
<b>Em pé sem apoio</b>		
Capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos	53	61,6
Capaz de permanecer em pé durante dois minutos com supervisão	10	11,6
Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte	12	14,0
Necessidade de várias tentativas para permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte	6	7,0
Incapaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem assistência	5	5,8
<b>Sentado sem suporte para as costas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco</b>		
Capaz de se sentar com segurança durante 2 minutos	1	1,2
Capaz de se sentar com segurança durante 2 minutos com supervisão	9	10,5
Capaz de se sentar durante 30 segundos	76	88,4
<b>Pé para sentado</b>		
Necessita de ajuda para se sentar	6	7,0
Controla a descida utilizando as mãos	36	41,9
Capaz de se sentar com segurança com o mínimo uso das mãos	44	51,2
<b>Transferências</b>		
Assistência de uma pessoa	6	7,0
Se transferir com recurso a pistas verbais e/ou supervisão	1	1,2
Capaz de se transferir com segurança com uso das mãos	39	45,3
Capaz se transferir com segurança com o mínimo uso das mãos	40	46,5
<b>Em pé sem suporte com olhos fechados</b>		
Necessidade de ajuda para evitar queda	6	7,0
Incapaz de manter os olhos fechados durante 3 segundos	2	2,3
Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos	16	18,6
Capaz de permanecer em pé durante com segurança durante 10 segundos com supervisão	30	34,9
Capaz de permanecer em pé com segurança durante 10 segundos	32	37,2

Nota: Os itens que não obtiveram resposta nesta amostra foram omitidos na tabela.

Na posição em pé sem suporte com olhos fechados (ficar de pé com olhos fechados durante 10 segundos), 37,2% dos idosos é capaz de permanecer em pé com segurança durante 10 segundos e 34,9% é capaz de permanecer em pé durante 10 segundos com supervisão; em pé sem suporte com os pés juntos (manter os pés juntos e permanecer de pé sem se segurar), 29,1% é capaz de permanecer em pé com os pés juntos, de forma independente com segurança durante 1 minuto e 23,3% tem necessidade de ajuda para manter a posição, mas capaz de ficar em pé durante 15 segundos com os pés juntos; na situação alcance à frente com os braços estendidos permanecendo de pé (manter os braços estendidos a 90 graus com os dedos estendidos inclinar-se para a frente e tentar alcançar a maior distancia possível), 36,0% dos idosos revela perda de equilíbrio durante a atividade ou necessidade de suporte externo; quanto a apanhar um objeto do chão a partir da posição, em pé (apanhar um sapato/chinelo à frente dos seus pés), 32,6% é capaz de apanhar o chinelo

facilmente e com segurança. Em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros (rodar a cabeça sobre os ombros, direito e esquerdo, e olhar para trás), 40,7% olha para trás por cima de ambos os ombros e transfere bem o peso e 47,7%, para dar uma volta de 360 graus (dar uma volta completa sobre si próprio. pausa. repetir na direção oposta), consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG (continuação)

Variável	n	%
<b>Em pé sem suporte com olhos fechados (ficar de pé com olhos fechados durante 10")</b>		
Necessidade de ajuda para evitar queda	6	7,0
Incapaz de manter os olhos fechados durante 3"	2	2,3
Capaz de permanecer em pé durante 3"	16	18,6
Capaz de permanecer em pé durante com segurança durante 10"	30	34,9
com supervisão		
Capaz de permanecer em pé com segurança durante 10"	32	37,2
<b>Em pé sem suporte com os pés juntos</b>		
Ajuda para manter a posição, mas incapaz de se manter durante 15"	18	20,9
Ajuda para manter a posição, mas capaz de ficar em pé durante 15"	20	23,3
com os pés juntos		
Capaz de permanecer em pé com os pés juntos, de forma independente, durante 30"	6	7,0
Capaz de permanecer em pé com os pés juntos de forma independente, com segurança durante 1 minuto com supervisão	17	19,8
Capaz de permanecer em pé com os pés juntos, de forma independente com segurança durante 1 minuto	25	29,1
<b>Alcance à frente com os braços estendidos permanecendo de pé</b>		
Perda de equilíbrio durante a atividade ou necessidade de suporte externo	31	36,0
Capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão	9	10,5
Capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 5 cm	22	25,6
Capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 12,5 cm	11	12,8
Capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 25 cm	13	15,1
<b>Apanhar um objeto do chão a partir da posição, em pé</b>		
Incapaz de tentar e/ou necessita de assistência para evitar a perda de equilíbrio ou queda	22	25,6
Incapaz de apanhar o chinelo e necessita de supervisão nas tentativas	12	14,0
Incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma independente	9	10,5
Capaz de apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão	15	17,4
Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança	28	32,6
<b>Em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros</b>		
Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda	11	12,8
Necessita de supervisão ao virar	6	7,0
Apenas olha para os lados, mas mantém o equilíbrio	26	30,2
Olha para trás por cima de apenas um dos ombros e revela menor capacidade de transferir o peso	8	9,3
Olha para trás por cima de ambos os ombros e transfere bem o peso	35	40,7
<b>Dar uma volta de 360 graus</b>		
Necessita de ajuda enquanto dá a volta	16	18,6
Necessita de supervisão ou indicações verbais	2	2,3
Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente	41	47,7
Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, apenas para um lado, em 4" ou menos	5	5,8
Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4" ou menos	22	25,6

Apurámos ainda que 31,4% dos idosos, na posição, de pé, sem apoio, colocar os pés alternados num degrau ou banco (colocar cada pé, alternadamente sobre um degrau ou banco quatro vezes), necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar; ao ficar em pé, sem apoio, com um pé à frente do outro, 30,2% perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou

ficar de pé; para permanecer em pé sobre uma perna (ficar em pé sobre uma perna, o maior tempo possível sem se apoiar), 32,6% é incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair (cf. tabela 7).

Tabela 7. Percentagem das dimensões da Escala de Equilíbrio de BERG (continuação)

Variável	n	%
<b>Na posição, de pé, sem apoio, colocar os pés alternados num degrau ou banco</b>		
Necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar	16	18,6
Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda	27	31,4
Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão	12	14,0
Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em mais de 20"	18	20,9
Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20"	13	15,1
<b>Ficar em pé, sem apoio, com um pé à frente do outro</b>		
Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	26	30,2
Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15"	18	20,9
Consegue dar um pequeno passo, de forma independente. e permanecer por 30"	16	18,6
Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30"	10	11,6
Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30"	16	18,6
<b>Permanecer em pé sobre uma perna</b>		
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	28	32,6
Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3"	25	29,1
Consegue levantar uma perna de forma independente e manter por 3 ou 4"	16	18,6
Consegue levantar uma perna de forma independente e manter entre 5 e 10"	7	8,1
Consegue levantar a perna de forma independente e manter por mais de 10"	10	11,6

## Caraterização da habitação

### Sala de estar

No que diz respeito à caracterização da habilitação dos idosos, começámos por referir que, existe sala de estar (100,0%), tendo a mesma, maioritariamente, mesa de centro (82,6%), sem espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm), em grande parte dos casos (65,1%). Quase a totalidade da amostra (94,2%) não possui objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura, com 51,2% a possuir tapetes sem antiderrapante. Verificamos que 51,2% dos idosos tem bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas na sala de estar e com igual percentagem um piso não escorregadio. A sala de estar não tem piso solto ou danificado em 94,2% dos idosos e a maioria não tem degraus entre a sala e outra divisão da casa (89,5%), bem como não possui

o interruptor distante da porta (96,5%) e possui luminosidade durante o dia (94,2%) (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Frequência das características da sala de estar

<b>Sala de estar</b>	<b>n (86)</b>	<b>% (100,0)</b>
Existe	86	100,0
<b>Mesa de centro</b>		
Não	15	17,4
Sim	71	<b>82,6</b>
<b>Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (&lt;80 cm)</b>		
Não	56	<b>65,1</b>
Sim	30	34,9
<b>Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8
<b>Tapetes sem antiderrapante</b>		
Não	42	48,8
Sim	44	<b>51,2</b>
<b>Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas</b>		
Não	42	48,8
Sim	44	<b>51,2</b>
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	44	<b>51,2</b>
Sim	42	48,8
<b>Degraus na sala</b>		
Não	86	<b>100,0</b>
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8
<b>Degraus entre a sala e outra divisão da casa</b>		
Não	77	<b>89,5</b>
Sim	9	3,5
<b>O interruptor está distante da porta</b>		
Não	83	<b>96,5</b>
Sim	3	3,5
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8

#### **Quarto de dormir**

Quanto à caracterização do quarto de dormir, prevalecem aqueles em que o espaço não é inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (<80 cm) (64,0%), com 62,8% a possuir tapete(s) do(s) lado(s) da cama sem antiderrapante. Maioritariamente, os idosos, quando se deslocam da cama até à porta, não encontram algum obstáculo (91,9%). Em relação ao piso ser escorregadio, 44,2% dos idosos refere que o piso é escorregadio. Prevalcem os idosos cujo quarto não tem piso danificado (96,5%), degraus no mesmo (98,8%), nem possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa (96,5%). Maioritariamente, quando os idosos se sentam na sua cama, os seus pés não ficam no ar,

sem estar em contacto com o chão (76,7%), bem como se levantam lentamente depois de sentar-se ou deitar-se (89,5%), usam tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão (76,7%), não deixando as gavetas dos móveis abertas, estando em igual representatividade os que não têm pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade), bem como os que não têm pouca luminosidade durante o dia (98,8%, respetivamente). Em todos os quartos dos idosos, o interruptor não está distante da porta (100,0%) (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Frequências das características do quarto de dormir

<b>Quarto de dormir</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (&lt;80 cm)</b>		
Não	55	<b>64,0</b>
Sim	31	36,0
<b>Possui tapete (s) do(s) lado(s) da cama sem antiderrapante</b>		
Não	32	37,2
Sim	54	<b>62,8</b>
<b>Quando se desloca da cama até a porta existe algum obstáculo?</b>		
Não	79	<b>91,9</b>
Sim	7	8,1
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	48	<b>55,8</b>
Sim	38	44,2
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	83	<b>96,5</b>
Sim	3	3,5
<b>Degraus no quarto</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa</b>		
Não	83	<b>96,5</b>
Sim	3	3,5
<b>Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão</b>		
Não	66	<b>76,7</b>
Sim	20	23,3
<b>Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se</b>		
Não	9	10,5
Sim	77	<b>89,5</b>
<b>Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão</b>		
Não	20	23,3
Sim	66	<b>76,7</b>
<b>Deixa as gavetas dos móveis abertas</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>O interruptor está distante da porta</b>		
Não	86	<b>100,0</b>
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	85	98,8
Sim	1	1,2

## Instalações sanitárias

Quanto às características das instalações sanitárias, todos possuem casa de banho (100,0%), a maioria não possui degraus dentro da mesma (97,7%), tendo 86,0% barras de apoio na sanita e 91,9% não possui barras de apoio lateral rebatíveis na vertical. Destacam-se os que a sua casa de banho não é possível fazer uma manobra para rotação de 180°, no espaço livre da instalação sanitária (65,1%). No entanto, na maioria dos casos, o lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita (80,2%), não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório (98,8%), todavia com piso escorregadio (84,9%), mas sem piso solto ou danificado (98,8%), 52,3% possui paredes e chão de diferente cor e padrão, enquanto 47,7% possui a mesma cor. Prevaecem os idosos que não usam toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede (88,4%), sendo possível instalar um assento no interior da banheira em 53,5% dos casos, contrariamente às de 46,5% que não é possível tal instalação. Registámos um valor percentual mais elevado de idosos cuja casa de banho não tem barras de apoio na banheira (90,7%), com uma casa de banho com poliban/base de duche (76,7%), mas que não é possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas (87,2%), com 57,4% das instalações sanitárias nas quais é possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no duche, enquanto em 45,3% tal não é possível. Maioritariamente, na casa de banho não existem barras de apoio junto à base de duche (89,5%), com a existência de ressalto entre a base de duche e o piso adjacente (69,8%), piso da base do duche inclinado na direção do escoamento (70,9%), sendo o chuveiro do tipo telefone com tubo com um comprimento não <1,5 m e é utilizado como chuveiro de cabeça fixo ou de mão (90,7%), com tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro (66,3%) e o piso não se encontra sempre molhado (94,2%). Em todas as casas de banhos dos idosos, os toalheiros, a sanita e o lavatório estão bem fixados (100,0%). Maior prevalência de idosos cuja instalação sanitária tem muita luminosidade durante o dia (82,6%). Em 58,1% dos casos, as torneiras não são do tipo monocomando e acionadas por alavanca, mas em 41,9% têm tal característica. Por fim, constatamos que a maioria dos idosos (69,8%) refere que os controlos e mecanismos operáveis são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Frequência das características das instalações sanitárias

<b>Instalações sanitárias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Existe</b>	86	100,0
<b>Possui degraus dentro da casa de banho</b>		
Não	84	<b>97,7</b>
Sim	2	2,3
<b>Existem de barras de apoio na sanita</b>		
Não	12	14,0
Sim	74	<b>86,0</b>
<b>Existem barras de apoio lateral rebatíveis na vertical</b>		
Não	79	<b>91,9</b>
Sim	7	8,1
<b>No espaço livre da instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180º</b>		
Não	30	34,9
Sim	56	<b>65,1</b>
<b>O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita</b>		
Não	69	<b>80,2</b>
Sim	17	19,8
<b>Não existe elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas sob o lavatório</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	13	15,1
Sim	73	<b>84,9</b>
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Paredes e chão têm a mesma cor e padrão</b>		
Não	45	<b>52,3</b>
Sim	41	47,7
<b>Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede</b>		
Não	76	<b>88,4</b>
Sim	10	11,6
<b>É possível instalar um assento na banheira no seu interior</b>		
Não	40	46,5
Sim	46	<b>53,5</b>
<b>Existem barras de apoio na banheira</b>		
Não	78	<b>90,7</b>
Sim	8	9,3
<b>Presença de poliban/base de duche</b>		
Não	20	23,3
Sim	66	<b>76,7</b>
<b>É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas</b>		
Não	75	<b>87,2</b>
Sim	11	12,8
<b>É possível transferir uma pessoa de cadeira de rodas para um assento no duche</b>		
Não	39	45,3
Sim	47	<b>54,7</b>
<b>Existem barras de apoio junto à base de duche</b>		
Não	77	<b>89,5</b>
Sim	9	10,5
<b>Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente</b>		
Não	26	30,2
Sim	60	<b>69,8</b>
<b>O piso da base do duche está inclinado na direção do escoamento</b>		
Não	25	29,1
Sim	61	<b>70,9</b>

<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	8	9,3
Sim	78	<b>90,7</b>
<b>Possuí tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro</b>		
Não	29	33,7
Sim	57	<b>66,3</b>
<b>Encontra-se sempre o piso molhado</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8
<b>Os toalheiros, a sanita e o lavatório estão mal fixados</b>		
Não	86	<b>100,0</b>
<b>Ausência de luz noturna</b>		
Não	45	<b>52,3</b>
Sim	41	47,7
<b>Os interruptores estão distantes da porta</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	71	<b>82,6</b>
Sim	15	17,4
<b>As torneiras são do tipo monocomando e acionadas por alavanca</b>		
Não	50	<b>58,1</b>
Sim	36	41,9
<b>Os controles e mecanismos operáveis são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso</b>		
Não	26	30,2
Sim	60	<b>69,8</b>

### **Corredor**

No que concerne às características do corredor, em 59,3% não há barras de apoio e em 58,1% o corredor não possui piso escorregadio. Prevaecem os idosos cujo corredor não tem piso solto ou danificado (96,5%), nem tapetes, mas 46,5% dos corredores ainda possuem tapetes. Verificámos que na maioria dos idosos o corredor tem largura não inferior a 0,9 m (62,8%), comprimento de 1,5 m (73,3%), comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360° (75,6%). Maioritariamente, o corredor não possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone nem degraus (94,2%), mas existe mobiliário no espaço (64,0%). Um pouco mais de metade da amostra refere que o corredor não tem ausência de luzes noturnas no corredor (55,8%). Por sua vez, 54,7% admite que o ambiente do corredor tem pouca luminosidade durante o dia e quase a totalidade da amostra (95,3%) menciona que os interruptores estão no próprio corredor (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Frequência das características do Corredor

<b>Corredor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Ausência de barras de apoio</b>		
Não	35	40,7
Sim	51	<b>59,3</b>
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	50	<b>58,1</b>
Sim	36	41,9
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	83	<b>96,5</b>
Sim	3	3,5
<b>Possui tapetes</b>		
Não	46	<b>53,5</b>
Sim	40	46,5
<b>Largura não inferior a 0,9 m</b>		
Não	32	37,2
Sim	54	<b>62,8</b>
<b>Comprimento 1,5 m</b>		
Não	23	26,7
Sim	63	<b>73,3</b>
<b>Comprimento inferior a 1,5 m, mas possível rotação de 360°</b>		
Não	65	<b>75,6</b>
Sim	21	24,4
<b>Possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone)</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8
<b>Possui degraus no corredor</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8
<b>Existe mobiliário no espaço</b>		
Não	31	36,0
Sim	55	<b>64,0</b>
<b>Ausência de luzes noturnas no corredor</b>		
Não	48	<b>55,8</b>
Sim	38	44,2
<b>Ambiente tem pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	39	45,3
Sim	47	<b>54,7</b>
<b>Os interruptores estão em outra divisão da casa</b>		
Não	82	<b>95,3</b>
Sim	4	4,7

## Cozinha

Na maior parte dos casos, a cozinha tem piso escorregadio (87,2%), mas sem piso solto ou danificado (97,7%), não é um espaço inadequado para deambular (75,6%), nem degraus dentro do ambiente (90,7%), não possuem degraus entre a cozinha e outro espaço (67,4%), e 82,6% possuem, na cozinha, piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão. Na maior parte dos idosos os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitam de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los na cozinha (52,3%) e por outro lado 79,1% dos idosos guarda os mantimentos e/ou utensílios em prateleiras ou armários muito baixos que necessita de se agachar ou fletir o tronco para alcançá-los. Todos

os idosos referem que os interruptores não estão distantes da porta, com quase todos a mencionar que o piso não se encontra sempre molhado (98,8%) e que não possui pouca luminosidade durante o dia (97,7%) (cf. tabela 12).

Tabela 12 -Frequência das características da cozinha

<b>Cozinha</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Piso escorregadio</b>		
Não	11	12,8
Sim	75	<b>87,2</b>
<b>Piso solto ou danificado</b>		
Não	84	<b>97,7</b>
Sim	2	2,3
<b>Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)</b>		
Não	65	<b>75,6</b>
Sim	21	24,4
<b>Possui degraus dentro do ambiente</b>		
Não	78	<b>90,7</b>
Sim	8	9,3
<b>Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente</b>		
Não	58	<b>67,4</b>
Sim	28	32,6
<b>Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão</b>		
Não	15	17,4
Sim	71	<b>82,6</b>
<b>Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio para alcançá-los</b>		
Não	41	47,7
Sim	45	<b>52,3</b>
<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	18	20,9
Sim	68	<b>79,1</b>
<b>Os interruptores estão distantes da porta</b>		
Não	86	<b>100,0</b>
<b>Encontra-se sempre com o piso molhado</b>		
Não	85	<b>98,8</b>
Sim	1	1,2
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	84	<b>97,7</b>
Sim	2	2,3

### **Escadas ou degraus**

Todos os idosos possuem escadas ou degraus na habitação, tendo 55,8% referido que não possuem corrimão dos dois lados. A maioria tem corrimão num dos lados das escadas ou degraus (60,5%), sem tapete(s) no início, no final ou no meio da escada (51,2%, mas em 48,8% dos casos há tapete(s) no início, no final ou no meio da escada. Quase todos os idosos referem que as escadas ou degraus estão providos de iluminação durante a noite (escuras)

(93,0%). Registámos que em 52,3% dos casos os degraus não são escorregadios. Maioritariamente, os degraus da habitação não estão danificados sem antiderrapante ou em mau estado de conservação (93,0%), tendo largura adequada para deslocar duas pessoas (65,1%), cujos interruptores que acendem as luzes da escada estão próximos (95,3%) e com muita luminosidade durante o dia (94,2%) (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Frequência das características das escadas ou degraus

<b>Escadas ou degraus</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Ausência de corrimão de ambos os lados</b>		
Não	38	44,2
Sim	48	<b>55,8</b>
<b>Com corrimão em um dos lados</b>		
Não	34	39,5
Sim	52	<b>60,5</b>
<b>Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada</b>		
Não	44	<b>51,2</b>
Sim	42	48,8
<b>Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)</b>		
Não	80	<b>93,0</b>
Sim	6	7,0
<b>Degraus escorregadios</b>		
Não	45	<b>52,3</b>
Sim	41	47,7
<b>Degraus danificados sem antiderrapante ou em mau estado de conservação</b>		
Não	80	<b>93,0</b>
Sim	6	7,0
<b>Largura inadequada para deslocar duas pessoas</b>		
Não	56	<b>65,1</b>
Sim	30	34,9
<b>Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes</b>		
Não	82	<b>95,3</b>
Sim	4	4,7
<b>Pouca luminosidade durante o dia</b>		
Não	81	<b>94,2</b>
Sim	5	5,8

### **Pátio/Jardim**

Prevaecem os idosos cujo pátio/jardim dispõe de porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas (65,1%), sem superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos) (74,4%), sem piso danificado por onde caminha (89,5%), bem como sem degraus ou desníveis por onde caminha (60,5%), ausência de raízes de árvores que sirvam de obstáculos (82,6%) e ausência de obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha (88,4%). Em 58,1% dos casos, do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360° e a maioria dos idosos refere que o pátio/jardim não possui inclinações acentuadas (íngreme) (87,2%) (cf. tabela 14).

Tabela 14 - Frequências das características do pátio/jardim

<b>Pátio/jardim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas</b>		
Não	30	34,9
Sim	56	<b>65,1</b>
<b>Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)</b>		
Não	64	<b>74,4</b>
Sim	22	25,6
<b>Piso danificado por onde caminha</b>		
Não	77	<b>89,5</b>
Sim	9	10,5
<b>Possui degraus ou desníveis por onde caminha</b>		
Não	52	<b>60,5</b>
Sim	34	39,5
<b>Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos</b>		
Não	71	<b>82,6</b>
Sim	15	17,4
<b>Possui obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha</b>		
Não	76	<b>88,4</b>
Sim	10	11,6
<b>Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°</b>		
Não	36	41,9
Sim	50	<b>58,1</b>
<b>Possui inclinações acentuadas (íngreme)</b>		
Não	75	<b>87,2</b>
Sim	11	12,8

### Quintal

No que diz respeito às características do quintal, um pouco mais de metade da amostra (51,2%) possui um quintal com superfície irregular (terra, brita ou grama) e grande parte do quintal dos idosos (80,2%) não possui piso danificado, nem degraus ou desníveis (64,0%), plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos (69,8%), obstáculos (lixo, entulho ou latas) (82,6%), animais de estimação ou criações livres pela área (83,7%) e nem vegetação que dificulte visualização total da área (69,8%) (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Frequências das características do quintal

<b>Quintal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Existe	86	100,0
<b>Superfície irregular (terra, brita ou grama)</b>		
Não	42	48,8
Sim	44	51,2
<b>Piso danificado</b>		
Não	69	80,2
Sim	17	19,8
<b>Possui degraus ou desnível</b>		
Não	55	64,0
Sim	31	36,0
<b>Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos</b>		
Não	60	69,8
Sim	26	30,2
<b>Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)</b>		
Não	71	82,6
Sim	15	17,4
<b>Possui animais de estimação ou criações livres pela área</b>		
Não	72	83,7
Sim	14	16,3
<b>Possui vegetação que dificulte visualização total da área</b>		
Não	60	69,8
Sim	26	30,2

### Risco de queda no domicílio

A tabela 16 apresenta o risco de queda nas diferentes divisões da casa. A sala de estar constitui-se, em maior percentagem, de baixo risco de queda (62,8%) e em 52,3% dos idosos o quarto de dormir também é de baixo risco. As restantes divisões também se caracterizam, na sua maioria, de baixo risco para quedas em idosos.

Tabela 16 - Risco de queda nas diferentes divisões da casa

	n	%
<b>Sala de estar/jantar</b>		
Alto risco	32	37,2
Baixo risco	54	<b>62,8</b>
<b>Quarto de dormir</b>		
Alto risco	41	47,7
Baixo risco	45	<b>52,3</b>
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco	32	37,2
Baixo risco	54	<b>62,8</b>
<b>Corredor</b>		
Alto risco	35	40,7
Baixo risco	51	<b>59,3</b>
<b>Cozinha</b>		
Alto risco	28	32,6
Baixo risco	58	<b>67,4</b>
<b>Escadas ou degraus</b>		
Alto risco	36	41,9
Baixo risco	50	<b>58,1</b>
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco	42	48,8
Baixo risco	44	<b>51,2</b>
<b>Quintal</b>		
Alto risco	39	45,3
Baixo risco	47	<b>54,7</b>

### Variáveis sociodemográficas e clínicas e o risco de queda

Constatámos que a probabilidade de apresentar alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias e na cozinha é maior no género feminino, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Nas áreas externas à casa, no pátio / jardim a probabilidade de alto risco de queda é maior nas mulheres, sem associação significativa. Quanto à idade, apenas a faixa etária dos 65-80 anos se associou com o risco de queda na cozinha, sendo que os idosos “mais novos” apresentam um risco superior de queda na cozinha (OR= 4,73; IC95% 1,80 – 12,39) (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Risco de queda em função do género e da idade

	<b>Género Feminino</b>	<b>Idade (65-80 anos)</b>
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>		
Alto risco	0,85 (0,33 – 2,20)	0,57 (0,23 – 1,43)
Baixo risco	1*	1*
<b>Quarto</b>		
Alto risco	1,23 (0,48 – 3,14)	0,43 (0,18 – 1,06)
Baixo risco	1*	1*
<b>Corredor</b>		
Alto risco	0,66 (0,26 – 1,68)	0,71 (0,29 – 1,75)
Baixo risco	1*	1*
<b>Instalações sanitárias</b>		
Alto risco	1,79 (0,65 – 4,91)	0,45 (0,18 – 1,13)
Baixo risco	1*	1*
<b>Cozinha</b>		
Alto risco	1,79 (0,62 – 5,14)	<b>4,73 (1,80 – 12,39)</b>
Baixo risco	1*	1*
<b>Escadas ou degraus</b>		
Alto risco	0,88 (0,35 – 2,26)	1,17 (0,49 – 2,80)
Baixo risco	1*	1*
<b>Pátio/jardim</b>		
Alto risco	2,10 (0,80 – 5,47)	1,08 (0,46 – 2,56)
Baixo risco	1*	1*
<b>Quintal</b>		
Alto risco	0,55 (0,21 – 1,40)	0,92 (0,39 – 2,20)
Baixo risco	1*	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Quanto à variável antropométrica (IMC) não encontramos diferenças significativas com o risco de queda nas diferentes divisões da casa. Assim, como não encontramos diferenças significativas para quem usa dispositivos auditivos e de visão. Pela análise da tabela 18, verificamos que os idosos que utilizam dispositivos de apoio à marcha apresentam um alto risco de queda na sala de jantar e instalações sanitárias, para as restantes divisões da casa as diferenças não são significativas.

Tabela 18 - Risco de queda em função da utilização de dispositivos de apoio à marcha

	Utilização de dispositivos de apoio à marcha
	Sim OR (IC95%)
<b>Sala de estar</b>	
Alto risco	<b>2,55 (1,02 – 6,40)</b>
Baixo risco	1*
<b>Quarto</b>	
Alto risco	1,98 (0,84 – 4,70)
Baixo risco	1*
<b>Instalações sanitárias</b>	
Alto risco	<b>3,19 (1,25 – 8,17)</b>
Baixo risco	1*
<b>Corredor</b>	
Alto risco	1,76 (0,73 – 4,24)
Baixo risco	1*
<b>Cozinha</b>	
Alto risco	0,61 (0,25 – 1,52)
Baixo risco	1*
<b>Escadas ou degraus</b>	
Alto risco	0,88 (0,37 – 2,08)
Baixo risco	1*
<b>Pátio/jardim</b>	
Alto risco	0,84 (0,36 – 1,96)
Baixo risco	1*
<b>Quintal</b>	
Alto risco	0,44 (0,18 – 1,04)
Baixo risco	1*

Legenda: 1\* - Classe de referência

Os idosos que referiram “nos últimos 12 meses sofrer alguma queda” apresentaram um ‘alto risco’ de queda nas divisões corredor (OR=3,88; IC95% 1,54-9,76) e sala de estar (OR=3,72; IC95% 1,45-9,54). Os idosos que referiram alguma queda ao longo da vida não apresentaram diferenças significativas para as diversas divisões da casa.

Os idosos que referiram “habitualmente sofrer de tonturas/vertigens” apresentam um risco de queda inferior no quintal (OR=0,38; IC95% 0,15-0,91).

Os idosos com risco de queda segundo a Escala de BERG também apresentam um menor risco de quedas no quintal (OR=0,25; IC95% 0,10-0,65) e um alto risco de queda na sala de estar (OR=2,98; IC95% 1,05-8,43).

Na avaliação pelo TUG, quanto maior a idade maior o tempo em TUG ( $p < 0,001$ ).

## 2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo teve como objetivos determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia da área de intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela, contando com uma amostra de 86 idosos, maioritariamente do género feminino, com uma idade média de  $81,96\% \pm 6,62$  anos, com prevalência dos que possuem idade superior a 80 anos, viúvos, com escolaridade  $\leq 1^\circ$  ciclo e residentes em meio rural. Este perfil sociodemográfico corrobora o encontrado num estudo efetuado por Reis et al. (2023), onde a maioria dos idosos residiam nos concelhos de Sabugal, Guarda, Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Portalegre e Elvas em freguesias urbanas e rurais, com idade entre 65 e 99 anos, maioritariamente do género feminino (55,2%), com escolaridade, predominantemente, ao nível do 1.º ciclo do ensino básico (43,0%), mas com predomínio dos casados ou em união de facto (57,9%), seguidos dos viúvos (30,0%), entre os quais 45,7% viviam com uma pessoa e 34,5% sozinhos. Niza (2021) também encontrou, numa amostra de 54 idosos, uma maioria do género feminino (51,9%), com uma idade média de  $80,81 \pm 7,9$  anos.

Quanto à avaliação do estado de saúde, registou-se uma percentagem mais elevada de mulheres a utilizar dispositivos de marcha com diferenças significativas sofrendo mais episódios de tonturas ou vertigens, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). De igual modo, são as mulheres que mais utilizam dispositivos de visão, sendo poucos os idosos que utilizam dispositivos de audição. No que diz respeito ao IMC, a percentagem de homens com peso normal e excesso de peso é maior, e de obesidade é maior nas mulheres. A maioria utiliza auxiliares de marcha, bengalas/muletas/canadiana. Quase todos os idosos referiram sofrer de alguma doença e todos tomam atualmente medicação. Estes resultados corroboram os registados por Preto (2017), num estudo com 202 idosos portugueses, de ambos os géneros, com uma média de idade de  $79,66 \pm 7,84$  anos, bem como no estudo de Vaz (2020), com uma amostra de 37 idosos utentes de uma USF, com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos, com uma média de  $79,41 \pm 3,46$  anos, entre os quais, 56,8% eram do sexo feminino. Também Niza (2021) registou uma maioria de idosos a sofrer de alguma doença (92,6%), tomavam medicação (90,7%), com 33,3% a utilizar dispositivos de visão, com prevalência dos que não utilizavam qualquer meio para se deslocarem (53,7%) e, entre os que necessitavam de apoio à marcha, sobressai a ajuda de bengala.

Quanto à avaliação do risco de queda no domicílio em idosos, no total da nossa amostra, a grande maioria dos idosos, alguma vez, sofreu alguma queda, o que é comum à maioria de ambos os géneros. Em relação a ter sofrido uma queda nos últimos 12 meses, constatámos que, em 52,3% do total dos idosos, ocorreu queda (feminino 50,8% vs. masculino

56,0%). Estes dados estão em conformidade com os encontrados por Vaz (2020), em que a maioria dos idosos, alguma vez já tinha sofrido alguma queda, com registo deste evento nos últimos 12 meses, sobretudo por parte das mulheres. Os idosos do referido estudo apresentaram um elevado risco de queda, estando presentes muitos fatores de risco quer ambientais quer comportamentais. Niza (2021) registou que cerca de 22,2% dos idosos já tinham sofrido queda no domicílio, dos quais a grande maioria (83,3%) referiu que esta ocorreu nos últimos 12 meses.

Numa análise por idade na nossa amostra, no grupo de idosos que já sofreram uma queda, 76,5% têm idade inferior ou igual a 80 anos e 92,3% mais de 80 anos, sendo o risco inferior nos idosos mais novos (65-80 anos OR= 0,27; p=0,04). Entre os idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses, a mesma ocorreu mais frequentemente na rua/fora de casa (27,3%) na cozinha (15,9%) nas escadas (15,9%), no quarto (11,4%) e no quintal (11,4%) prevalecendo os casos em que as quedas ocorreram de dia, cujas principais circunstâncias foram ter tropeçado (68,9%). Niza (2021) constatou que prevaleceram os idosos cuja queda ocorreu no quarto e na rua (25,0%, respetivamente), seguindo-se na casa de banho e quintal (16,7%, respetivamente). Ang et al. (2019) documentam que quer idosos com idade  $\leq 80$  e  $\geq 80$  anos sofrem de quedas, quer no domicílio, quer na rua/fora de casa.

Quando avaliámos o tempo médio para a mobilidade, equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação que permite avaliar o risco de quedas nos idosos do presente estudo, através do teste TUG, observámos uma pontuação média de 21,27 minutos (tempo médio  $21,27 \pm 6,91$  minutos), com uma maior percentagem, na estratificação do risco, para 'Algum risco de queda' (54,7%), seguindo-se o 'Risco moderado de queda' (31,4%). Através da Escala de Equilíbrio de Berg, obtivemos uma média de pontuações finais de  $35,19 \pm 14,98$ , com um resultado de Equilíbrio diminuído/elevado risco de queda, em 15 idosos; Equilíbrio aceitável ou médio/risco de queda médio, em 38 e Equilíbrio bom/baixo risco de queda em 33 idosos. Assim, apurámos que 67,4% dos idosos apresentam risco de queda.

Anwar et al. (2023), numa amostra de 350 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, registaram uma pontuação média do Teste TUG de 13,08, variando de 8,1 a 23, enquanto a pontuação da Escala de Equilíbrio de Berg foi de 48,35, variando de 38 a 55.

Quanto aos resultados referentes ao risco de queda no domicílio, nas diferentes divisões, verificámos que, na globalidade, prevaleceu o baixo risco de queda, o que demonstra que os idosos, no geral, apresentam boas condições habitacionais, sobretudo no interior da habitação. Foi no pátio/jardim (48,8%), no quintal (45,3%) e nas escadas ou degraus (41,9%) que se obtiveram valores percentuais mais elevados de alto risco de queda. Constatamos que

a probabilidade de apresentar alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias e na cozinha é maior no género feminino, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Nas áreas externas à casa, no pátio/jardim, a probabilidade de alto risco de queda é maior nas mulheres, mas sem associação significativa. Quanto à idade, apenas a idade dos 65 aos 80 anos se associou com o risco de queda na cozinha, sendo que os idosos mais novos apresentam um risco superior de queda na cozinha (OR= 4,73; IC95% 1,80-12,39). Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Anwar et al. (2023), com maior probabilidade, quer no interior do domicílio quer no exterior, nos idosos do género feminino e nos idosos com mais idade ( $\geq 80$  anos). Moreland et al. (2020), verificaram que, em idosos com idade  $\geq 65$ , que tiveram uma queda não intencional como a principal causa de lesão, as quedas que ocorreram dentro de casa foram, sobretudo, a causa da ida ao serviço de urgência (71,6%), uma percentagem de quedas dos homens ocorreu no exterior (38,3%) em comparação com as das mulheres (28,4%). O maior número de visitas às urgências relacionadas com quedas deveu-se a quedas em casa (79,2%) em comparação com quedas fora de casa (20,8%). Os locais mais comuns para uma queda em casa foram o quarto, a casa de banho e as escadas.

Verificámos que os idosos com episódio de queda nos últimos 12 meses apresentaram um 'alto risco' de ocorrência da mesma superior nas divisões corredor (OR=3,88; IC95% 1,54-9,76) e sala de estar (OR=3,72; IC95% 1,45-9,54). Todavia entre os idosos que referiram alguma queda ao longo da vida não existiram diferenças significativas para as diferentes divisões da casa. Os que referiram que habitualmente sofrem de tonturas/vertigens também apresentam um alto risco de queda com diferenças significativas no quintal (OR=0,38; IC95% 0,15-0,91). Por fim, os idosos com risco de queda, tendo em conta a Escala de BERG, também apresentaram um menor risco de quedas no quintal (OR=0,25; IC95% 0,10-0,65) e um alto risco de queda na sala de estar (OR=2,98; IC95% 1,05-8,43). Estes resultados confirmam outras evidências, onde também ficou demonstrado que os idosos com episódio de queda nos últimos 12 meses e os que frequentemente sofrem de tonturas/vertigens têm mais probabilidade de risco de queda quer no interior, quer no exterior do domicílio (Schepers et al., 2017; Chippendale & Boltz, 2018; Lee et al., 2019; Watkins et al., 2020).

Estudos anteriores mostraram que aproximadamente metade das quedas entre os idosos que vivem na comunidade ocorre ao ar livre, muitas vezes no quintal ou na rua perto de suas casas. Por exemplo, várias condições ambientais, tais como alterações no nível do solo, superfícies irregulares e lixo podem aumentar o risco de quedas em idosos (Curl et al., 2016).



## 2.5. CONCLUSÕES

Do estudo realizado concluímos que se conseguiu responder às questões de investigação alcançando assim os objetivos propostos. Destaca-se do estudo que quase todos os idosos referiram sofrer de alguma doença (98,8%) e todos os idosos responderam que atualmente tomam medicação. As mulheres utilizam mais dispositivos de marcha (62,3%;  $p=0,03$ ), sofrem mais de tonturas ou vertigens (55,7%;  $p=0,04$ ) e são elas que mais utilizam dispositivos de visão (70,5%). A maioria dos idosos, 86,0%, já sofreu alguma queda, com 92,3% na faixa etária dos 80 anos, sendo o risco de queda inferior nos idosos mais novos.

Mais de metade dos idosos (52,3%) sofreu uma queda nos últimos 12 meses (feminino 50,8% vs. masculino 56,0%), com maior ocorrência na rua/fora de casa, na cozinha, nas escadas, no quarto e no quintal, sobretudo de dia (84,1%) por terem tropeçado. A estratificação do risco indicou maior percentagem para 'Algum risco de queda' (54,7%), seguindo-se o 'Risco moderado de queda' (31,4%). O risco de queda não se associou com o género e idade.

Em todas as divisões do domicílio prevaleceram percentagens mais elevadas de baixo risco de queda, todavia, com percentagens expressivas de alto risco de queda no pátio/jardim (48,8%), no quarto de dormir (47,7%), no quintal (45,3%), nas escadas ou degraus (41,9%), e corredor (40,7%). Existe maior probabilidade de alto risco de queda no quarto, nas instalações sanitárias, na cozinha e no pátio/jardim para o género feminino. Os idosos na faixa etária dos 65 aos 80 anos revelaram maior probabilidade de risco de queda na cozinha; os idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses apresentaram um alto risco de queda superior nas divisões corredor e na sala de estar; os idosos que relatam que habitualmente sofrem de tonturas/vertigens apresentam um alto risco de queda no quintal.

Face aos resultados apurados, é impreterível continuar a apostar na prevenção de ocorrência de quedas. A avaliação do risco de queda e dos fatores de risco em idosos é fundamental para a implementação de medidas preventivas e capacitação dos idosos, família e cuidadores formais. Assim, foi nosso intuito realizar o diagnóstico de situação, identificar necessidades e implementar estratégias de intervenção comunitária promotoras da saúde e qualidade de vida prevenindo as quedas.

Os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e responsabilização individual/familiar e institucional. Neste contexto pretende-se divulgar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados e apresentar o projeto junto dos equipamentos de solidariedade social. Esta resposta

direcionada aos problemas identificados permite dotar a população alvo de conhecimentos sobre o seu estado de saúde e sobre problemas de saúde promovendo capacidades e habilidades para que os próprios adotem comportamentos saudáveis reduzindo o risco de quedas e melhorando a sua qualidade de vida.



### 3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO, PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Pela análise dos dados obtidos no diagnóstico de saúde evidencia-se a existência de diferentes fatores de risco potenciadores de quedas na população idosa. Somando estes dados à revisão de literatura efetuada reforça-se a necessidade de intervenção nesta área. Depois de identificado o risco de queda como uma necessidade de intervenção na comunidade da área de abrangência da UCCT, pretende-se desenvolver um projeto de intervenção comunitária que percorrendo a metodologia do planeamento em saúde visa reduzir o risco de queda na população idosa da área de abrangência da UCCT.

O Planeamento em Saúde, é um processo contínuo de previsão de recursos que utilizando da melhor forma os recursos disponíveis, pretende apoiar a tomada de decisão envolvendo os diferentes recursos da comunidade, provocando uma mudança social. Caracteriza-se pelo processo de analisar o contexto e definir estratégias para alcançar um objetivo coletivo. Face à complexidade crescente das atividades na área da saúde e às mudanças nas condições de vida e de saúde das populações, surge a necessidade de um investimento no planeamento em saúde (Cerqueira et al., 2010; Imperatori & Giraldes, 1993). O objetivo do planeamento em saúde é a melhoria do nível de saúde das populações através de alterações no comportamento, nomeadamente aqueles que estão relacionados com estilos de vida e com a utilização dos serviços. A pertinência da participação da comunidade no planeamento em saúde, quer formal quer informal tem sido reconhecida como um fator facilitador da sua implementação. Um exemplo da participação informal é o trabalho voluntário, de utilização essencialmente local para a resolução de problemas concretos. Constituem participação formal a integração em organizações, associações ou sindicatos (Imperatori & Giraldes, 1993). As transformações decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico impulsionaram transformações no setor da prestação de serviços, nomeadamente nos sistemas de saúde. A OMS constituiu-se como um dos principais impulsionadores no desenvolvimento do planeamento em saúde quando em 1978, na Conferência de Alma-Ata, recomenda a aplicação de métodos de gestão apropriados ao planeamento e implementação dos cuidados de saúde primários, “Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar os recursos externos disponíveis” (OMS, 1978, p.4). A elaboração do plano é a etapa mais extensa que, por sua vez, apresenta diversas etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas/projetos, preparação da execução e avaliação (Melo, 2020). Imperatori and Giraldes (1993) entendem o planeamento em saúde

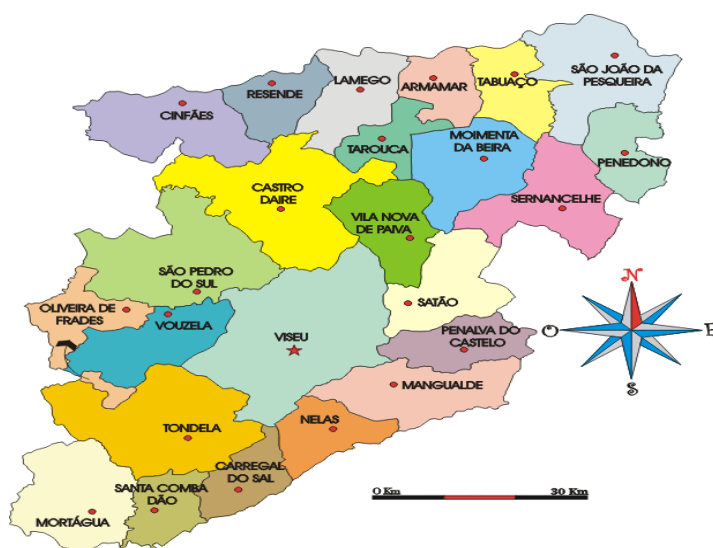
como um processo cujas etapas são dinâmicas e passíveis de alterações e correções, próprias das transformações e interações das populações.

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa do planeamento em saúde, diagnóstico da situação, permite traçar o perfil de saúde da comunidade e identificar as intervenções prioritárias através da determinação das necessidades de saúde da população. A necessidade representa aquilo que se requer para dar resposta aos problemas identificados. Assim, uma necessidade nasce quando se pretende reduzir a diferença entre uma situação considerada ótima e a situação observada (Pineault & Daveluy, 1989).

### Caracterização do Concelho de Tondela

O diagnóstico de situação de saúde deve, objetivamente, descrever a caracterização da população a nível geo-demográfico e socioeconómico; os problemas de saúde da população utilizando os indicadores de morbilidade e mortalidade, determinantes de saúde e utilização dos serviços de saúde; as necessidades de saúde passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis e os recursos da comunidade (Andrade et al., 2017). O Município de Tondela ocupa uma área de 373 km, localizado no centro ocidental de Portugal Continental, encontra-se inserido na sub-região de Dão-Lafões – NUTSIII (Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos). Constitui o segundo maior concelho do Distrito de Viseu, confinando com os concelhos de Vouzela, Santa Comba Dão, Carregal do Sal, Mortágua, Águeda, Oliveira de Frades e Viseu (Figura 1).



**Figura 1** - Mapa do distrito de Viseu

**Fonte:** Câmara Municipal de Tondela (2022) <http://www.cm-tondela.pt>

Constituído por 19 freguesias, Campo de Besteiros, Canas de Santa Maria, Castelões, Dardavaz, Ferreirós do Dão, Guardão, Lajeosa da Beira, Molelos, Parada de Gonta, Santiago de Besteiros, Tonda, União das Freguesias de Barreiro de Besteiros e Tourigo, União das Freguesias de Caparrosa e Silvares, União das Freguesias de Mouraz e Vila Nova da Rainha, União das Freguesias de São João do Monte e Mosteirinho, União das Freguesias de São Miguel do Outeiro e Sabugosa, União das Freguesias de Tondela e Nandufe e União das Freguesias de Vilar de Besteiros e Mosteiro de Fráguas (Figura 2) (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022).



**Figura 2** – Freguesias do Concelho de Tondela

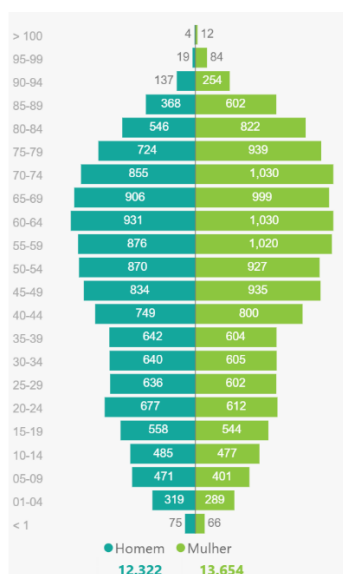
**Fonte:** Câmara Municipal de Tondela (2022) <http://www.cm-tondela.pt>

Ao nível das acessibilidades, o concelho de Tondela está dotado de um conjunto de vias que permitem estabelecer importantes ligações. O IP3 assume-se, claramente, como o principal eixo viário do município, sendo que, para além de representar a ligação central aos centros urbanos de Viseu e Coimbra, permite também o acesso a importantes eixos estruturantes, nomeadamente, a A1, no município de Coimbra e a A25, no município de Viseu. Assim assegura não só uma maior aproximação aos principais centros urbanos do litoral, como também aos do interior do país, em particular à sua sede de distrito, e ao distrito da Guarda Esta rede viária coloca o município de Tondela numa posição de centralidade e proximidade a áreas dinâmicas em termos de criação e oferta de emprego associado às atividades terciárias (Coimbra e Viseu) e secundárias (território do Baixo-Vouga, via A25, e restantes municípios de Dão-Lafões), criando condições que favorecem o dinamismo económico e a fixação de população (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022).

## População

Os dados de 2021 revelam que o concelho de Tondela tem uma população de 25 910 habitantes, com uma densidade populacional de 78 habitantes por km. Comparando os dados de 2011 com os de 2021 verifica-se uma variação de menos 3 036 habitantes, registando-se uma perda populacional. Regista-se um envelhecimento progressivo da população, com um índice de envelhecimento de 318,7 idosos (com 65 ou mais anos) e um índice de longevidade de 53,2. O decréscimo populacional registado entre 2011 e 2021 foi comum a ambos os sexos. Entre os dois momentos censitários, ocorreu uma diminuição do número de mulheres (-10,2%) e, também, uma diminuição no número de homens (-10,8%). Com exceção dos habitantes com 65 ou mais anos, todos os restantes grupos etários registam uma diminuição face aos dados de 2011. Os habitantes mais jovens estão a diminuir em relação aos habitantes com maior idade, o que, relacionado com a baixa taxa de natalidade, terá inevitavelmente como consequência o envelhecimento progressivo da população.

Neste sentido, o concelho de Tondela segue a tendência de envelhecimento registada na maioria dos concelhos do país. Observando a pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCT verificamos que não se trata efetivamente de uma pirâmide, mas antes de uma pirâmide invertida com uma base estreita, o que descreve uma população com baixa taxa de fertilidade, baixa taxa de mortalidade e uma elevada esperança de vida (Figura 3). O estreitamento da base do gráfico indica-nos que a população está a diminuir e grande parte da população está a envelhecer. Estes dados sobre o crescimento futuro da população ajudam a prever as necessidades sociais.



**Figura 3** – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCT Tondela

**Fonte:** Ministério da saúde (2023) <https://bicsp.min-saude.pt>.

Se o número de pessoas idosas tende a aumentar prevê-se que as alterações que acompanham o envelhecimento influenciem negativamente a mobilidade e o risco de queda tornando-se fundamental a implementação de intervenções personalizadas e ajustadas às características individuais encontradas e que promovam um envelhecimento saudável e a prevenção de quedas (Ferreira et al., 2019).

Avaliar a perceção do indivíduo relativamente aos riscos habitacionais ou meio envolvente que possam contribuir para um aumento do risco de queda, é relevante na medida em que o profissional de saúde possa identificar os riscos e intervir ao nível educacional e, se possível contribuir ou aconselhar para mudanças arquitetónicas, para minimizar os riscos (Ferreira et al., 2019, p. 32).

Os dados dos Censos 2021, mostram que a percentagem da população do concelho de Tondela economicamente ativa, isto é, com idades compreendidas entre os 16 anos e os 65 anos, diminuiu 2,8% face aos Censos 2011. O conjunto da população economicamente ativa de um determinado território constitui a força de trabalho disponível para a produção de bens e serviços e constitui-se como fator fundamental para o desenvolvimento da economia local, potenciando emprego e riqueza, e contribuindo para o desenvolvimento global do território (*Pordata*, 2021; Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022).

### **Recursos e Respostas**

O município de Tondela assegura um conjunto de serviços que respondem às necessidades da população, designadamente, nas áreas social, educação, saúde, desporto e lazer. Em todo o território do concelho, há instituições de solidariedade social que respondem às necessidades da população. Dessas respostas destacam-se as estruturas residenciais para pessoas idosas, centros de dia, centros de atividades ocupacionais, serviços de apoio domiciliário, creches e jardins de infância. Uma rede de equipamentos municipais e privados asseguram a resposta no âmbito da prática de atividades desportivas, designadamente, campos de jogos, piscinas, pavilhões desportivos e ginásios. Existem no concelho associações locais que desenvolvem atividades nas áreas recreativas, culturais e desportivas (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022).

Três postos territoriais da Guarda Nacional Republicana (GNR) – Tondela, Campo de Besteiros e Caramulo, e um Posto da Guarda Florestal, garantem aos cidadãos uma cobertura eficaz da segurança de pessoas e bens. A resposta a situações de emergência médica, de saúde e apoio global à população são asseguradas pelos Bombeiros Voluntários de Campo de Besteiros e Tondela e a Cruz Vermelha Portuguesa - Núcleo de Canas de Santa Maria. O

acesso aos cuidados de saúde é assegurado pelo Hospital Cândido de Figueiredo, que integra o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, (CHTV), e pelos cuidados de saúde primários.

Estes estão organizados em duas Unidades de Saúde Familiar, USF de Tondela, com uma extensão em Molelos, e USF Cândido de Figueiredo, com uma extensão em Lageosa do Dão; uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCSP Campo/ Caramulo, com duas extensões Caramulo e São João do Monte; e uma Unidade de Cuidados na Comunidade, UCCT; todas afetas ao Agrupamento de Centros de Saúde, ACES, Dão Lafões. As USF e a UCSP “(...) prestam cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022, p. 24).

A UCCT presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, em particular

(...) às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022, p. 24).

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no concelho de Tondela existe uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), afeta à UCCT (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022).

#### DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Na etapa de determinação de prioridades são hierarquizados os problemas de saúde e solucionados de acordo com a prioridade atribuída (Imperatori & Giraldes, 1993). Não se trata de atribuir a importância dos problemas, mas antes de identificar a precedência de um problema em relação a outro. A determinação de prioridades exige um exercício de comparação e tomada de decisão, que indica o caminho a seguir, com recurso a metodologia de classificação da informação recolhida (Pineault & Daveluy, 1989).

A importância crescente do processo de determinação de prioridades está relacionada com a sustentabilidade e exigência de qualidade dos sistemas de saúde, que enfrentam estrangulamentos de financiamento assim como com a evolução demográfica que exige adaptações céleres e coordenadas dos serviços de saúde para intervir na origem dos problemas. Intervenções pontuais e isoladas não eliminam a causa do problema nem evitam que ressurgam no futuro. É aqui que a determinação de prioridades tem a sua força, na atenção que dá às dimensões tempo e recursos existentes promovendo as necessárias adaptações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Pela pesquisa documental efetuada, o envelhecimento é uma realidade do concelho de Tondela. Regista-se um envelhecimento progressivo da população, com um índice de envelhecimento de 318,7 idosos (com 65 ou mais anos) e um índice de longevidade de 53,2. Neste contexto, partindo da recolha de dados internos da UCCT, as quedas correspondem a uma das problemáticas frequentes nos idosos deste concelho, em linha com os dados divulgados a nível nacional. No total dos acidentes reportados, as quedas representam o principal mecanismo de lesão em todos os grupos etários, destacando-se o grupo  $\geq 65$  anos com 88% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020a).

Não obstante esta percentagem, podemos ainda assumir uma subnotificação de quedas por parte das unidades de saúde, dado que foi referido pelos enfermeiros da unidade funcional que muitas das quedas que não necessitaram de cuidados de saúde só são relatadas pelos idosos muito posteriormente, razão que pode eventualmente conduzir à não notificação das quedas.

Face ao exposto, as quedas nos idosos constituem uma das grandes problemáticas identificadas pela equipa de saúde da UCCT, em concordância com a pesquisa bibliográfica e a atual evidência científica, delimitando assim a área de investigação-intervenção. Representam um impacto económico nas famílias, comunidade e na sociedade em geral e originam estados de dependência, perda de autonomia e imobilidade conduzindo a restrições nas atividades quotidianas (Caldeira et al., 2022).

### **3.1. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “SEM QUEDA PARA CAIR”**

Pretende-se, em colaboração com os equipamentos sociais do concelho de Tondela, onde se realizou o projeto de investigação, aplicar um projeto de intervenção comunitária que visa ampliar o conhecimento sobre fatores de risco e medidas preventivas das quedas na população idosa. O projeto a implementar, “**Sem queda para cair**” pretende, a dois tempos, intervir quer no desenvolvimento de competências dos cuidadores formais, quer dos idosos. A escolha dos cuidadores formais como objeto de intervenção relaciona-se com a proximidade à população idosa de quem cuidam, quer seja em contexto domiciliário ou nas instituições. Este projeto de intervenção comunitária, pretende ser um contributo para o desempenho da UCCT junto de uma população vulnerável promovendo a segurança, a autonomia e a independência da pessoa idosa na comunidade.

Com o objetivo de obter ganhos em saúde para a população idosa, o presente projeto de investigação-ação constitui-se como uma oportunidade de rentabilizar recursos, estabelecer parcerias e intervir numa das importantes causas de hospitalização e perda de

autonomia, as quedas. Face aos resultados encontrados que nos permitem conhecer o diagnóstico de saúde desta amostra, inserido num contexto sociogeográfico, conseguimos estruturar este projeto de intervenção que tem como objetivo capacitar cuidadores formais para a prevenção de quedas nos idosos, quer na instituição quer no domicílio e desenvolver nos idosos competências para evitar exposição aos fatores de risco de queda. Seguindo as etapas do planeamento em saúde apresentam-se os objetivos operacionais do projeto. (Quadro 2)

**Quadro 2 – Objetivos do projeto “Sem queda para cair”**

<b>Projeto - “Sem queda para cair”</b>	
<b>Objetivo geral</b>	
Prevenir quedas e suas consequências na população idosa inscrita nos centros de dia do concelho de Tondela	
<b>Objetivos específicos</b>	
Dotar os cuidadores formais, de conhecimentos técnicos de prestação de cuidados no âmbito das transferências. deambulação com auxiliares de marcha e atividades básicas de vida, de forma segura	
Desenvolver conhecimentos que permitam identificar os principais fatores de risco de queda e medidas de prevenção	
Diminuir a ocorrência de quedas nos idosos	
Melhorar o equilíbrio corporal	
Melhorar a força muscular	
Reduzir fatores de risco ambientais	
Reduzir fatores de risco comportamentais	
<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Meta</b>
Negociar com as instituições a elaboração/ operacionalização do projeto	1º trimestre 2024
Estruturar intervenções educacionais	1º trimestre 2024
Estruturar um programa de exercício físico para prevenção de quedas	Até 04/2024
Estruturar indicadores para a monitorização do projeto	1º trimestre 2024

### Planeamento de atividades e estratégias de intervenção

Pretende-se que o presente projeto tenha início no primeiro semestre de 2024, após reunião de validação com as instituições, e prevê-se que tenha a duração de um ano. Foram realizadas reuniões preliminares para apresentação das ideias iniciais do projeto e a proposta teve o parecer favorável dos intervenientes tendo sido considerada oportuna face aos dados epidemiológicos do concelho no que concerne à população idosa. Pretende-se posteriormente aplicar e validar o projeto junto de outra população, em contexto da prática profissional, designadamente aos idosos que fazem parte da comunidade residente em ERPIS. O projeto irá desenvolver-se em três fases e contempla diferentes estratégias para a sua operacionalização. (Quadro 3)

**Quadro 3 – Estratégias de operacionalização do projeto “Sem queda para cair”**

Projeto - “Sem queda para cair”		
FASES	ESTRATÉGIAS	META
<b>Fase 1</b>	Programação e execução de sessões dirigidas aos cuidadores formais Elaboração de documentação expositiva e informativa sobre: Prevenção de quedas Consequências Parâmetros técnicos da abordagem dos cuidados à pessoa idosa	1º e 2º trimestre 2024
<b>Fase 2</b>	Programação e execução de duas sessões com os idosos sobre: Fatores de risco para as quedas Capacitação para aumentar a força e equilíbrio	2 e 3º trimestre de 2024
<b>Fase 3</b>	Avaliação das intervenções	último semestre de 2024

Definiram-se indicadores, fundamentais para a avaliação da intervenção. No âmbito do planeamento em saúde os indicadores mais utilizados são os indicadores de processo e os de resultado (Tavares, 1990). De forma a cumprir o objetivo major do projeto, prevenir e reduzir o risco de queda, delinear-se indicadores passíveis de ser alcançados a médio e longo prazo através da operacionalização do projeto no ano de 2024. Apresenta-se uma proposta de alguns dos indicadores possíveis. Através da monitorização destes indicadores será possível avaliar a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem no âmbito da intervenção comunitária (Quadro 4)

**Quadro 4 – Indicadores associados à futura operacionalização do projeto “Sem queda para cair”**

<b>Projeto - “Sem queda para cair”</b>	
<b>INDICADORES DE ESTRUTURA</b>	
nº de horas de cuidados de enfermagem utilizadas no projeto	
Adequação das instalações e equipamentos	
<b>INDICADORES DE PROCESSO</b>	<b>META</b>
Parceria com a UCCT para implementação do projeto	1º trimestre 2024
Existência de uma reunião com as instituições para negociação da implementação do projeto	1º trimestre 2024
Existência de um procedimento de intervenção educacional face aos fatores de risco identificados	2º e 3º trimestre 2024
Existência de um programa de exercício físico para prevenção de quedas	2º e 3º trimestre 2024
Existência de indicadores para monitorização do projeto	1º trimestre 2024
<b>Acesso à intervenção educacional para cuidadores formais sobre fatores de risco</b> $\frac{\text{nº de participantes que frequentaram a sessão educacional}}{\text{nº de participantes que foram convocados para a sessão}} \times 100$	
<b>Acesso à intervenção educacional para os idosos sobre fatores de risco</b> $\frac{\text{nº de idosos que frequentaram a sessão educacional}}{\text{nº de idosos que foram convidados para a sessão}} \times 100$	
<b>Adesão ao programa de exercício físico para prevenção de quedas</b> $\frac{\text{nº de idosos com alteração do equilíbrio que participaram no programa de exercício físico planeado}}{\text{nº de idosos com alteração do equilíbrio que foram convidados a participar no programa de exercício físico planeado}} \times 100$	
<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>	
<b>Melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda na população idosa</b> $\frac{\text{nº de cuidadores formais que apresentam melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda na população idosa após a intervenção educacional}}{\text{nº de cuidadores formais que não apresentam melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda na população idosa após a intervenção educacional}} \times 100$	
<b>Redução ou eliminação de fatores de risco comportamentais</b> $\frac{\text{nº de idosos que apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco após a intervenção educacional}}{\text{nº de idosos que não apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco após a intervenção educacional}} \times 100$	
<b>Melhoria do equilíbrio corporal e marcha após a participação no programa de exercício físico para prevenção de quedas</b> $\frac{\text{nº de idosos que apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco após a intervenção educacional}}{\text{nº de idosos que não apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco após a intervenção educacional}} \times 100$	



#### 4. AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Através da reflexão crítica sobre as atividades realizadas reconhecem-se as competências adquiridas de âmbito científico, relacional, comunicacional e reflexivo e recursos aprendidos e aplicados em contextos e problemas complexos de tomada de decisão diferenciada.

O curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, favorece o desenvolvimento profissional do enfermeiro, acrescentando conhecimentos, competências, raciocínio crítico, e suportando a tomada de decisão. A formação especializada dos enfermeiros oferece a oportunidade de qualificação para a prática de cuidados especializados ao passo que contribui para o desenvolvimento da enfermagem. O Estágio Clínico em Enfermagem, transversal a todo o plano de estudos, é um tipo de ensino supervisionado, que pretende consolidar a aquisição de competências, sucessivamente mais complexas e essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Propõe-se como uma formação integradora, que mobiliza as aprendizagens em articulação entre a teoria e os contextos práticos (Silva, 2018). É um processo dinâmico, mediador e facilitador da aprendizagem experiencial, que pretende alcançar o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais em contexto real (Cunha & Ribeiro, 2010). Esta formação pressupõe que uma parte significativa da formação decorra nas práticas quotidianas propiciando o desenvolvimento de competências cognitivas, comunicacionais, e técnicas conducentes à construção da identidade profissional. O “(...) processo inclui as capacidades assistenciais, o desenvolvimento de competências clínicas, o suporte e uma reflexão sistemática sobre os saberes” (Simões & Garrido, 2007, p. 601).

O percurso efetuado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tem como principal objetivo garantir a aptidão científica, técnica, humana e cultural conferindo aos enfermeiros qualificações para prestar assistência diferenciada através da aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N°140/2019, 2019) das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento N° 428/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018) e também a aquisição de Competências do Grau de Mestre, descritas no diploma regulador do regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior (Decreto-Lei n.º 63/2016 Do Ministério Da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016). Impõe-se no final deste percurso refletir, através da análise fundamentada, sobre o processo que conduziu à aquisição e mobilização de competências que irão conduzir à obtenção do grau de mestre e do título de enfermeiro especialista.

#### 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista está dotado de competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. Entende-se por competências comuns, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade. O Enfermeiro Especialista possui um conjunto de competências comuns, transversais à sua área de especialização e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através do suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento N.º140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

No artigo 4.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão descritos os quatro domínios referentes às competências comuns: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Domínio da responsabilidade profissional ética e legal: desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao longo do percurso formativo na UCCT, foi desenvolvida uma prática profissional e ética, fundada em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando as garantias e liberdades dos envolvidos, quer na conceção, gestão e aplicação no âmbito da investigação, quer na prática dos cuidados de enfermagem às famílias, grupos e comunidade. A elaboração e implementação do projeto de investigação-intervenção comunitária não olvidou as normas legais, a deontologia profissional e os princípios éticos, refletindo-se através da submissão do projeto para aprovação à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu. A conceção e aplicação do instrumento de colheita de dados realizada, assegurou a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante. Não se obtiveram dados que possibilitassem a identificação dos participantes e o anonimato e a confidencialidade foram assegurados.

As atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, nos diferentes contextos, ECCI, UCC, tal como as direcionadas para o presente projeto foram realizadas, como descrito no artigo 99.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na observação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, considerando os valores universais da igualdade, da capacidade de escolha, da verdade e da justiça no respeito pelos direitos humanos e na excelência do exercício da profissão (Lei N.º 156/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015). Consideram-se

assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e, legal.

b) 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.

O tema da segurança na prestação de cuidados de enfermagem emergiu, nas últimas duas décadas, como uma questão central nas políticas de planeamento em saúde em muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo, sendo hoje internacionalmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade na saúde (Lebre et al., 2022). A necessidade de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade no exercício profissional dos enfermeiros é um imperativo assumido pela OE quando em 2001 define os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Na prática especializada de enfermagem reiteram-se estes fundamentos que refletem a melhoria contínua dos cuidados através da reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. No domínio da Melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve colaborar na concretização de projetos institucionais (Regulamento N°140/2019, 2019). O presente projeto de intervenção comunitária, baseado no Planeamento em Saúde, possibilitou a análise de um contexto comunitário, através da realização de um diagnóstico de situação e posterior identificação das necessidades e problemas. Foram determinadas as prioridades, fixados os objetivos, as metas a atingir e o processo de avaliação. As estratégias e as atividades implementadas foram selecionadas de acordo com as necessidades e problemas identificados, refletindo padrões de qualidade dos cuidados especializados ao nível:

Do planeamento de programas de melhoria contínua, através da conceção e operacionalização do projeto de investigação-intervenção com foco na segurança dos cuidados, designadamente na prevenção de quedas, através do qual foi avaliado o risco de queda no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia da área de intervenção da UCC Tondela. Neste âmbito colaborei na definição de objetivos a atingir para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo a aplicação dos conhecimentos adquiridos na análise e planeamento, na efetivação do projeto de investigação, cooperando na comunicação e divulgação dos resultados obtidos.

Para o desenvolvimento desta competência destaca-se a metodologia de trabalho utilizada pela equipa da UCC, fundada na reflexão das práticas permitindo adquirir um conhecimento mais aprofundado dos programas de intervenção, a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, através do envolvimento da família na satisfação das suas necessidades

culturais e espirituais, a aplicação de princípios relevantes para a administração de substâncias terapêuticas, adesão aos cuidados de saúde e adoção de medidas para a segurança dos dados pessoais dos utentes e dos registos, designadamente em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

c) Domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados de enfermagem, desenvolvendo e melhorando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto confirmando a qualidade dos cuidados.

Neste domínio, compreendi as dinâmicas organizacionais e integrei o funcionamento institucional, os processos de gestão de recursos humanos, de materiais e equipamentos, colaborei nas decisões da equipa de saúde no processo de cuidar, designadamente nos processos de negociação com o utente e com as famílias e processos de referência para outros prestadores de cuidados de saúde. Neste domínio foi fundamental reconhecer a importância da orientação relativa às atividades e utilização eficiente dos recursos no planeamento, por exemplo, das visitas domiciliárias, procurando responder às necessidades da comunidade com recursos limitados quer em termos de meios de deslocação no terreno quer de tempo, derivado às longas distâncias a percorrer no concelho.

Relativamente ao projeto investigação-intervenção, procurei gerir os recursos disponíveis, humanos, materiais e equipamentos, onde em articulação com as entidades parceiras se desenvolveu o projeto, designadamente com as direções dos centros de dia que participaram na formação de equipas para colaborar na colheita de dados, conseguindo-se, desta forma, alcançar os objetivos definidos. Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio da gestão dos cuidados.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua prática clínica especializada em fundamentação científica.

Neste percurso foram muitas as situações que permitiram a reflexão e o desenvolvimento de competências de autoconhecimento e atitudes assertivas no estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes e com a equipa multiprofissional. Coloquei em prática práticas reflexivas para facilitar a identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com o utente e com a equipa. Identifiquei os meus recursos e limites pessoais e profissionais e procurei gerir de forma eficiente sentimentos e emoções utilizando técnicas de comunicação positiva, empática e comunicação não violenta para ultrapassar situações de stress ou de eventual conflito. Neste âmbito foi realizada uma

formação para a equipa de enfermagem sob o tema, “Modelo ACP: Comunicação Assertiva, Clara e Positiva”, respondendo assim às competências comuns no âmbito da prática clínica baseada em evidência científica, atuando como formador em contexto de trabalho através de uma abordagem que favoreceu a aprendizagem e o desenvolvimento de competências da equipa. Face ao exposto, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências no domínio das aprendizagens profissionais.

#### 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O Enfermeiro Especialista para além das competências comuns atrás discriminadas, possui um conjunto de competências específicas, dentro de cada área de especialização, que respondem aos problemas de saúde e às transições humanas nos processos de vida, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção para a capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde e exercício da cidadania. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária expõe as competências específicas: a) Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para a capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento N° 428/2018, 2018).

a) Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

De forma a concretizar esta competência, destaco o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária que objetivou avaliar o risco de queda no domicílio em idosos, realizado com base na metodologia do Planeamento em Saúde. Encontrando-nos na fase do diagnóstico de situação na comunidade onde se pretendem identificar os principais problemas e necessidades, seguindo-se posteriormente a determinação de prioridades de intervenção. De forma a dar resposta aos objetivos traçados, pretende-se selecionar estratégias e atividades pertinentes direcionadas para o fim pretendido (Andrade et al., 2017). Pretende-se avaliar o projeto através de indicadores de atividade. Deste modo, consideram-se mobilizadas e em aquisição as competências do domínio: Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

b) Contribui para a capacitação de grupos e comunidades.

A implementação do projeto contribuiu para a capacitação de grupo e da comunidade dado que foi realizada uma intervenção com o intuito de contribuir para a prevenção de quedas nos idosos de uma comunidade, informando os idosos, famílias e cuidadores através das visitas domiciliárias e educação para a saúde sobre fatores de risco e medidas preventivas. A realização de visitas domiciliárias, quer em contexto do projeto quer no contexto da ECCL, contribuiu para o desenvolvimento desta competência, através da realização de ensinamentos e educação para a saúde ao nível individual, familiar e dos cuidadores informais. Deste modo, considera-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O estágio permitiu o desenvolvimento de atividades em simultâneo com as demais competências do enfermeiro especialista. Neste âmbito, foi possível participar ativamente nos desígnios do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, nomeadamente, através da compreensão dos 5 grandes desígnios para Portugal orientados para “Investir nos determinantes de saúde e bem-estar”. O projeto de investigação-intervenção, está fundamentado no PNS 2021-2030, nomeadamente no que respeita ao desígnio “Promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis” ao dinamizar ambientes promotores de saúde, através da conceção, participação e implementação de intervenções direcionadas para os idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tondela, com o objetivo central de prevenir quedas nesta faixa etária, dando cumprimento às opções estratégicas para a década. “A grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030 é investir nos determinantes de saúde e bem-estar, pelo reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco (...)” (DGS, 2022, p.49-50).

O projeto de investigação-intervenção está ainda, apoiado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, designadamente no Pilar 5. “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, patente no Objetivo Estratégico 5.1 “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e Objetivo Estratégico 5.2 “Monitorizar a implementação de práticas seguras” nomeadamente através da produção de instrumentos e materiais de apoio no âmbito da segurança dos utentes (Lebre et al., 2022, pp. 39-40).

Formulado tendo em conta as recomendações da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, (ENEAS) 2017-2025, designadamente o Eixo Estratégico C) “Segurança”, com vista a implementar práticas que visem a criação de ambientes físicos

que garantam a segurança das pessoas idosas, “(...) sendo importante que estejam adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas (...)”, e Eixo Estratégico D) “Medição, Monitorização e Investigação”, potenciando a identificação de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções, designadamente “Promover o desenvolvimento de estudos que permitam a monitorização das tendências numa análise multidisciplinar das pessoas idosas” (DGS, 2017, pp. 32-35).

No âmbito da consecução dos objetivos estratégicos do PNS, designadamente ao nível da comunicação, procurei informar a comunidade sobre os objetivos do PNS para a segurança no domínio específico do projeto de investigação, a prevenção de quedas em idosos, motivar os intervenientes incluindo-os nas diferentes fases, designadamente, planeamento e pretende-se realizar a avaliação e comunicação dos resultados garantindo a natureza crítica do projeto. Deste modo, considera-se assim mobilizadas e adquiridas as competências do domínio: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O projeto envolveu o estudo de uma comunidade inserida na área de abrangência da UCCT, tendo como objetivo a vigilância dos fenómenos associados ao risco de queda em idosos, contribuindo para a intervenção de acordo com os problemas encontrados. Deste modo considera-se mobilizadas e adquiridas as competências do domínio: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Pelo exposto percebe-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária acompanha as famílias ao longo do ciclo vital, com foco nos aspetos preventivos e educacionais, enfatizando a responsabilidade da pessoa, família e comunidade pela sua própria saúde e bem-estar. Assim o planeamento em saúde, cujo objetivo consiste em melhorar a saúde das populações, através da mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, assume-se como fundamental na gestão dos recursos disponíveis. Face aos problemas identificados, o estabelecimento de prioridades e definição de objetivos a concretizar torna-se essencial na obtenção de ganhos em saúde.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento demográfico, decorrente da maior longevidade afirma-se como uma vitória do desenvolvimento social, económico e da saúde pública. Viver mais anos é uma conquista incrivelmente valiosa. Porém, a amplitude das oportunidades que decorrem do aumento da longevidade dependerá de um fator essencial: ter saúde. Não devendo ser considerado um problema em si, o envelhecimento comporta manifestações e alterações que podem conduzir a acidentes entre os quais, as quedas. Todos os anos, ocorrem 37,3 milhões de quedas suficientemente graves para exigir cuidados médicos. As estratégias de prevenção de eleição devem privilegiar a educação, a formação, a criação de ambientes mais seguros, a atribuição de prioridade à investigação relacionada com as quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco (OMS, 2021). Trata-se, portanto de um problema sensível a medidas de prevenção pelo que é fundamental identificar os fatores que estão na sua origem e compreender quais as condições que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, os fatores de risco.

Este percurso, representa um momento de aprendizagem na aquisição e utilização das competências especializadas em Enfermagem Comunitária, que permitiram intervir mais eficazmente junto de um grupo específico, a população idosa. Atendendo aos objetivos gerais traçados, crê-se ter sido possível documentar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências enquanto mestre e especialista em Enfermagem Comunitária. Entre as limitações identifica-se a dimensão da amostra e o limite temporal para a realização do estudo, porém o trabalho desenvolvido reforça a convicção da importância da reflexão sobre a prática, a fundamentação dos fenómenos e sua análise, contribuindo para o enriquecimento do percurso profissional e pessoal e lançar um novo pensamento sobre a comunidade.

Ao descrever as atividades realizadas e análise crítica das mesmas conclui-se que o percurso que culmina na elaboração deste estudo, proporcionou a obtenção e o desenvolvimento de competências nas áreas do planeamento, execução e avaliação dos cuidados integrados. Permitiu adquirir competências de intervenção comunitária, através da conceção do projeto de investigação-intervenção, que no contato com as instituições envolvidas permitiu desenvolver capacidades de comunicação e competências relacionais com as famílias e com a comunidade. Possibilitou a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados, o desenvolvimento de capacidade de gestão, de recursos e de tempo e o desenvolvimento de atividades de formação e investigação. Possibilitou ainda a partilha de conhecimentos, experiências e reflexão sobre o desempenho,

aspectos positivos e menos positivos e identificar oportunidades e limitações na assistência às famílias, grupos e comunidade.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. & Costa, C. (2019). *Consulta de enfermagem para prevenção de quedas no idoso, em centros de dia* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/31556>
- Almeida, M., Tavares, J., & Ferreira, J. (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (E. S. de E. de C. (ESEnC). Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA (Ed.)). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia\\_19\\_1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf)
- Andrade, C., Nunes, A. B., & Portugal, R. (2017). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde* (Direção Geral da Saúde (Ed.)). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
- Ang, S.G.M., O'Brien, A.P. & Wilson, A. (2019). Understanding carers' fall concern and their management of fall risk among older people at home. *BMC Geriatr*, 19, 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1162-7>
- Anwar, A., Waheed, F., Javaid, A., Zahoor, I. A., Malik, A. N., & Abbas, R. (2023). Normative Values of Berg Balance Scale and Timed Up and Go Test in Elderly Females; A Descriptive Study: Berg Balance Scale in Elderly Females. *The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 3(6), 617–626. <https://doi.org/10.55735/hjprs.v3i6.152>
- ARS Centro. (2015). *Regulamento Interno da UCC Tondela*.
- Batinas, M. de F. S. (2012). *Envelhecer em Segurança: Prevenção de Quedas no Domicílio* [Master's thesis, Universidade de Évora, Repositório Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/15121>
- Batista, A. S. B. (2013). *Avaliação do Risco de Quedas em Idosos que frequentam os Serviço de Fisioterapia do SESARAM, E.P.E* [Master's thesis, Universidade da Madeira, Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira]. <http://hdl.handle.net/10400.13/594>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(SUPPL. 2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1468055/>
- Caldeira, E., Coelho, A., Gemito, M., Moita, E., & Rocha, F. (2022). Risco de Queda nos Idosos: Mais vale prevenir que remediar. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3). [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)

- Câmara Municipal de Tondela. (2022). *Carta Social do Município de Tondela 2022-2026*.  
<https://www.cm-tondela.pt/index.php/servicos/accao-social/atendimento-social>
- Centro de Respostas Integradas de Viseu. (2022). *Relatório do Diagnóstico do Território de Mangualde, Nelas e Tondela*.  
[https://www.sicad.pt/BK/Concursos\\_v2/Documents/2022/Diagnosticos/Diagnostico-Mangualde-Nelas-Tondela \(3\).pdf](https://www.sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2022/Diagnosticos/Diagnostico-Mangualde-Nelas-Tondela%20(3).pdf)
- Chippendale, T., & Boltz, M. (2018). Outdoor fall experiences: an exploratory study of urban and suburban dwelling older adults [article]. *Phys. Occup. Ther. Geriatr.*; 36 (2–3), 234–244. <https://doi.org/10.1080/02703181.2018.1495677>
- Coelho, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)* [Master's Thesis, Repositório da Universidade Nova]. <http://hdl.handle.net/10362/20421>
- Costa, C. L. L. (2019). *Consulta de Enfermagem para Prevenção de Quedas no Idoso, em Centros de Dia* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/31556>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (E. A. S.A. (Ed.)).
- Cunha, M., & Ribeiro, O. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: Uma revisão da literatura. *Revista Millenium*, 271–282. <http://hdl.handle.net/10400.19/308>
- Curl, A., Ward Thompson, C., Aspinall, P., & Ormerod, M. (2016). Developing an audit checklist to assess outdoor falls risk. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers - Urban Design and Planning*, 169(3), 138–153. doi:10.1680/udap.14.00056
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, Diário República: 1ª série, nº176 2746 (2016). <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Decreto Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, Diário da República, 1.ª série, n.º 38, 22 de Fevereiro de 2008 1182 (2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Despacho nº 9390/2021, Diário da República, 2ª série — N.º 187 — 24 de setembro de 2021 96 (2021). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo*.
- DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. In DGS (Ed.), *Direção-Geral da Saúde*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf)
- Dourado, F. W., Moreira, A. C. A., Salles, D. L., & Silva, M. A. M. da. (2022). Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, 1–10. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ar022566>

- Ferreira, A., Amaral, A. P., Fonseca, A. P., Alves, A. R., Martins, A., Silva, C. M., Fernandes, C., Rocha, C., Prata, C., Cipriano, I., Castanheira, J., Martins, J., Loureiro, M. H., Saraiva, M., Simões, P., Santos, R., Costa, T., Pereira, T., & Galinha, V. (2019). Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: Componentes do modelo de intervenção AGA@ 4life. In I. P. de Coimbra (Ed.), *Práticas - Conhecimento - Pensamento* (Vol. 1). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32913/1/Ebook Nº17 AGA%404life.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32913/1/Ebook_Nº17_AGA%404life.pdf)
- Foley, K. T., & Luz, C. C. (2020). Retooling the Health Care Workforce for an Aging America :A Current Perspective. *The Gerontological Society of America*, 61(4), 487–496. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa163>
- Gonçalves, F., Chaves, C., & Duarte, J. (2012). *Risco de Queda dos Idosos no Domicílio*. Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde.
- Henrique, P., & Pimentel, R. (2021). *Timed Up and Go teste na avaliação do risco de quedas em idosos: Uma revisão de literatura*. 2021, 1–7. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21615/18962/257762>
- ICN-International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Artmed (Ed.)). A Educação S.A. [https://play.google.com/books/reader?id=x5T-DwAAQBAJ&pg=GBS.PT2&hl=pt\\_PT](https://play.google.com/books/reader?id=x5T-DwAAQBAJ&pg=GBS.PT2&hl=pt_PT)
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3rd ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2020, April 17). *Projeções de População Residente*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020a, June 18). *Acidentes Domésticos e de Lazer*. <https://www.insa.min-saude.pt/Infografico-Insa-Acidentes-Domesticos-e-de-Lazer-%E2%94%80-Mecanismos-de-Lesao/>. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer---mecanismos-de-lesao/>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020b, June 18). *Infográfico Acidentes Domésticos e de Lazer: Mecanismos de lesão*. <https://www.insa.min-saude.pt/Infografico-Insa-Acidentes-Domesticos-e-de-Lazer-%E2%94%80-Mecanismos-de-Lesao/>. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer---mecanismos-de-lesao/>

- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, O., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026* (DGS (Ed.)). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Lee, S., Lee, C., & Ory, M. G. (2019). *Association between Recent Falls and Changes in Outdoor Environments near Community-Dwelling Older Adults' Homes over Time: Findings from the NHATS Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3230. doi:10.3390/ijerph16183230
- Lei nº 156/2015, Diário da República:1.ª série, nº 181 8059 (2015). <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lei nº 58/2019 de 8 de agosto, Diário da República, 1.ª série, nº 151, 8 de agosto de 2019 3 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel Edições Técnicas Lda.
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Ramalho, F., André, H., Machado, M., Santos-Rocha, R., & Veloso, A. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 38(4), 263–272. <http://hdl.handle.net/10400.15/1667>
- Morais, A., Oliveira, S., & Sousa, M. (2023). Principais causas da queda em idosos: Um despertar para a prevenção. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(2), e11458. <https://doi.org/10.25248/reas.e11458.2023>
- Neves, M. C. (2015). *Contributos para a validação da versão portuguesa da falls efficacy scale-international na população idosa em centro de dia* [Master's thesis, Universidade de Aveiro, Repositório Institucional da Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/>
- Moreland, B.L., Kakara, R., Haddad, Y.K., Shakya, I., Bergen, G. A. (2020) Descriptive Analysis of Location of Older Adult Falls That Resulted in Emergency Department Visits in the United States, 2015. *Am J Lifestyle Med*. Aug 7;15(6):590-597. doi: 10.1177/1559827620942187
- Niza, C.Q. (2021). *Prevenção de quedas em idosos inscritos em centros de dia do concelho de Tábua*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde. URI: <http://hdl.handle.net/10400.19/6894>
- OE. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados>

DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\_Final\_2017.pdf

OMS. (1978). *Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)

OMS. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811>

OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)

OMS. (2021, March 3). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

OPP. (2021). *Contributo Científico OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses - Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (MIPAA/RIS) 2018-2021*.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1989). *La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias* (2nd ed.). masson,s.a. [https://www.researchgate.net/profile/Raynald-Pineault/publication/44481847\\_La\\_planificacion\\_sanitaria\\_conceptos\\_metodos\\_estrategias\\_por\\_Raynald\\_Pineault\\_Carole\\_Daveluy/links/59316adc0f7e9beee776f41f/La-planificacion-sanitaria-conceptos-metodos-estrategias](https://www.researchgate.net/profile/Raynald-Pineault/publication/44481847_La_planificacion_sanitaria_conceptos_metodos_estrategias_por_Raynald_Pineault_Carole_Daveluy/links/59316adc0f7e9beee776f41f/La-planificacion-sanitaria-conceptos-metodos-estrategias)

Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2020). *Manual do Cuidador*. In *Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>

Podsiadlo, D; Richardson, S. (1991). The Timed Up and Go: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. [https://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id\\_350/podsiadlo1991.pdf](https://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id_350/podsiadlo1991.pdf)

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>

*Pordata*. (2022, May 23). <https://www.pordata.pt/Pesquisa/envelhecimento+portugal>

*PORDATA*. (2021, April 17). <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-22>

Preto, I.C. (2017). *Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14688/1/Preto\\_llita.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14688/1/Preto_llita.pdf)

Quadros Niza, C. (2021). *Prevenção de quedas em idosos inscritos em Centros de Dia do concelho de Tábua* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu, Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6894>

- Reis, I., Pinheira, V. & Guardado Moreira, M. J. (2023). Perfil sociodemográfico, perceção de saúde e do envelhecimento e prática de atividade física em adultos com 55 e mais anos. *Egítania Scientia*, 32 (jan/jun) , pp.65-86.
- Regulamento nº 428/2018, Diário da República: 2ª série, nº135 19354 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº140/2019, Diário da República: 2ª série, nº26 4744 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Romão, A. M., Oliveira, A., Espain, A., Cravo, C., Moura, E., Reses, G., Inês Mendes, Isabel Abelheira, Isabel Maria Rodrigues Bernardo, Lúcia Lemos, R. R., Simões, S., Cossa, S. P., & Li, Y. (2021). Reflexões em torno de metodologias de investigação: Análise de dados. In UA Editora (Ed.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: análise de dados* (1ª edição, Vol. 3). Universidade de Aveiro. [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30773/1/Metodologias\\_investigacao\\_Vol3\\_Digital.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30773/1/Metodologias_investigacao_Vol3_Digital.pdf)
- Schepers, P., den Brinker, B., Methorst, R., & Helbich, M. (2017). *Pedestrian falls: A review of the literature and future research directions*. *Journal of Safety Research*, 62, 227–234. doi:10.1016/j.jsr.2017.06.020
- Silva, A. T. (2018). *A Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Contributo dos Enfermeiros Supervisores para o processo de ensino-aprendizagem* [Universidade Nova de Lisboa]. [https://run.unl.pt/bitstream/10362/46724/1/A\\_Supervisao\\_de\\_Estudantes\\_de\\_Enfermagem\\_em\\_Ensino\\_Clinico\\_-\\_Dissertacao\\_de\\_Mestrado.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/46724/1/A_Supervisao_de_Estudantes_de_Enfermagem_em_Ensino_Clinico_-_Dissertacao_de_Mestrado.pdf)
- Simões, J. F., & Garrido, A. F. (2007). Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, 16(4), 599–608. <https://www.scielo.br/j/tce/a/GMmM5rrjpXfJMm7gZPPwDFs/?lang=pt>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (M. da Saúde (Ed.); 2nd ed.). Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tavares, J., de Lurdes Almeida, M., Duarte, S. F. C., & Apóstolo, J. (2021). Older adult care in nursing education: How have curricula been developed? *Nurse Education in Practice*, 50, 102947. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102947>
- UCC Tondela. (2019). *Manual de Acolhimento UCC de Tondela*.
- Vaz, P.C.L. (2020). Prevenção de quedas nos idosos. [Master's thesis Repositório Institucional da ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.] Uri: <http://hdl.handle.net/10400.26/36872>
- Watkins, A., Curl, A., Mavoa, S., Tomintz, M., Todd, V., & Dicker, B. (2020). *A socio-spatial analysis of pedestrian falls in Aotearoa New Zealand*. *Social Science & Medicine*, 113212. doi:10.1016/j.socscimed.2020.11321



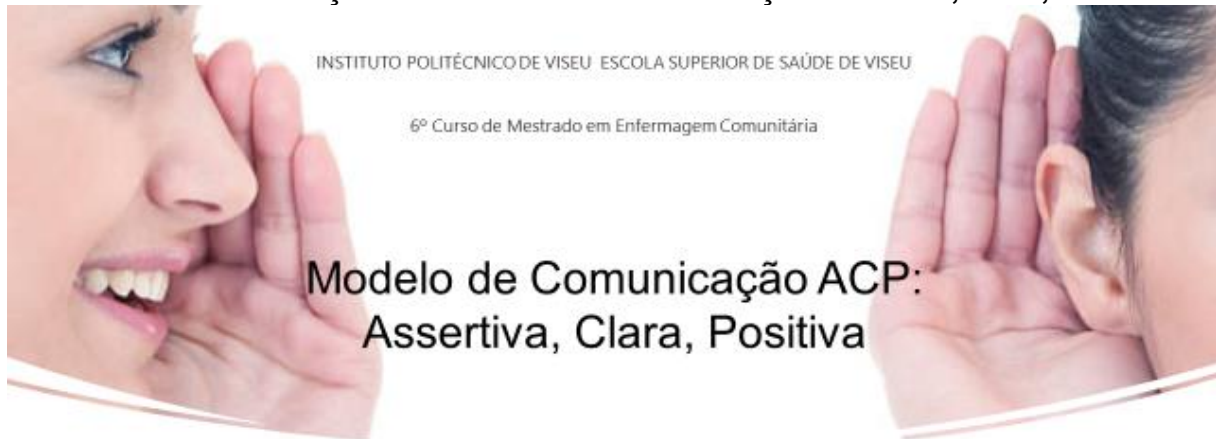
## Anexos







## Anexo II Formação: Modelo ACP de Comunicação Assertiva, Clara, Positiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

### Modelo de Comunicação ACP: Assertiva, Clara, Positiva

Orientadora Professora Doutora  
Maria Odete Pereira Amaral – IPV-ESSV

Tutora: Enfermeira Mestre e Especialista  
Paula Carvalho – UCC Tondela

- Raquel da Purificação Gil Murça, em colaboração com UCC Tondela
- Junho 2023

## Plano de apresentação

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Estratégias		Palavras Chave	Tempo
		Metodologia	Recursos		
Reconhecer a influência da comunicação e da comunicação em saúde nos comportamentos da população Apresentar o modelo de comunicação ACP: Assertiva, Clara, Positiva Contribuir para reforçar as competências comunicacionais	Justificação do Tema Desafios da Literacia em Saúde Modelo ACP Recursos	Expositivo	Computador; Diapositivos realizados no Microsoft PowerPoint Bibliografia	Comunicação Literacia em Saúde Modelo ACP	25 min



### Modelo ACP: Comunicação (A)ssertiva, (C)lara, (P)ositiva

- Potenciar as competências de comunicação dos profissionais de saúde.

(Almeida, 2020)

Porquê?

## Desafios da literacia em saúde

---



## “Epidemia da literacia em saúde”

---

- Sistemas europeus lidam com vários desafios:
  - Envelhecimento da população
  - Escassez de profissionais
  - Desafios associados à baixa literacia em saúde das populações;
    - Aumento dos custos na assistência de saúde
    - Aumento doenças crónicas

(Davis & Wolf, 2004, p. 595 as cited in Almeida 2020, Pedro et al., 2016)



## “Epidemia da literacia em saúde”

---

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça necessidade de esforços para aumentar a literacia em saúde (OMS, 2021)
- A Direção Geral da Saúde (DGS)
  - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 expõe a importância da abordagem em literacia contemplando “(...) as especificidades de cada fase de desenvolvimento, sendo a literacia em saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”

(Arriaga et al., 2019, p. 7)



## “Epidemia da literacia em saúde”

---

- A *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) reforça a importância decisiva da literacia como uma necessidade, em todas as faixas etárias, em todos os contextos e nos diferentes níveis educacionais.

(United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2017)



## O que é que as pessoas entendem?

---

- European Health Literacy Survey 2016, revela que 5 em cada 10 portugueses têm níveis reduzidos de literacia em saúde;
- O estudo identificou grupos muito vulneráveis em que 60% das pessoas registam níveis de literacia "problemático".

(Pedro et al., 2016)



## O que é que as pessoas entendem?

---

- As pessoas conseguem descodificar palavras, frases e textos...
- Mas NÃO conseguem usar a informação porque têm dificuldade:
  - Descodificação mensagens
  - Pensamento crítico
  - Compreensão literal



(Almeida, 2020)



## Comunicação vs Literacia em saúde: Onde entra o modelo ACP?



## É urgente comunicar, e comunicar bem

- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Pilar 3. "Comunicação", formula objetivos estratégicos para:
  - I) Otimizar a comunicação intra e interinstitucional;
  - II) Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados;
  - III) Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.





## Modelo ACP: Comunicação Assertiva, Clara, Positiva

---



Habilita os Profissionais de saúde, em particular, a comunicar informações em saúde;



Estimula os destinatários a melhor compreender e gerir a sua saúde;



Reforça o Empowerment.



## Objetivos do modelo

- Criar relação interpessoal;
- Incluir a pessoa nas suas decisões de saúde.



## Preparação

- 
- O comportamento e linguagem são treinados;
  - Preparados;
  - Não se age por instinto.

## Modelo ACP: (A) Assertividade

---

- Dizer o que se tem a dizer:
  - Sem medo
  - Sem conflito
  - Sem agressividade



## Como ser assertivo?

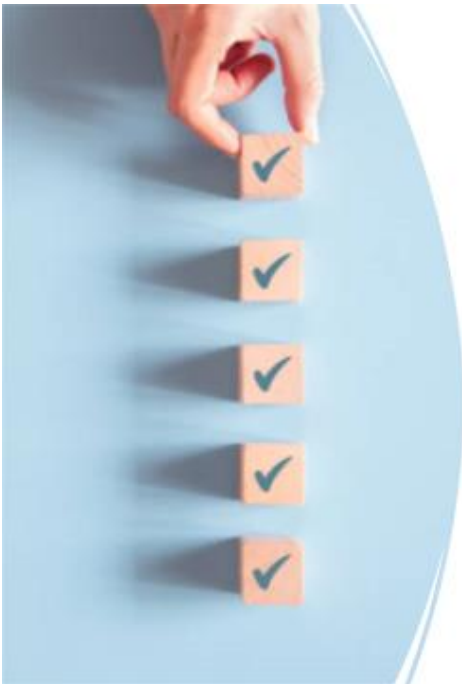
---

- O outro está a entender o que estamos a dizer?
- Abertura para feedback;
- Esclarecer dúvidas;
- Linguagem corporal e consciência proprioceptiva.



## O que não é assertivo?

- Passividade
- Manipulação
- Agressividade



## Modelo ACP:(C)clareza

- O que significa CLAREZA na comunicação?
  - O que os utilizadores entendem à primeira
- Comissão Europeia disponibiliza on-line Guia da Linguagem Clara
  - [http://publications.europa.eu/resource/cellar/725b7eb0-d92e-11e5-8fea-01aa75ed71a1.0023.03/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/cellar/725b7eb0-d92e-11e5-8fea-01aa75ed71a1.0023.03/DOC_1)

## Clareza

---

### Em vez de...

- Atendendo ao facto de
- Um certo número de
- Por consequência
- Na eventualidade de
- O conjunto de

### Usar...

- Dado que
- Alguns
- Por isso
- Se
- Todos

## Clareza

---

- Usar as palavras **DEVE** e **NECESSÁRIO** para levar à ação;
- Usar 2 ou 3 mensagens principais para comunicar algo.



## Trocar substantivos por verbos

---

### Substantivo

- Proceder à avaliação
- Realizar uma investigação
- Ter em consideração

### Verbo

- Avaliar
- Investigar
- Considerar

### Modelo ACP: (P) Positividade

---

Qual é o  
comportamento  
que desejo para  
o meu alvo?





## Como Induzir o comportamento positivo

---

Frase Certa

Deve tomar este medicamento para se sentir mais saudável

Em Vez de: Se Não tomar este medicamento não vai melhorar



## Como Induzir o comportamento positivo

---

Frase Certa

Este penso deve estar sempre seco

Em Vez de: Não pode molhar este penso



## Recursos úteis

- Programação Neurolinguística (PNL)
  - OLHAR
  - Revelador da forma de descodificação da pessoa



## PNL: olhar cima

---

### Pessoas visuais

- Imaginativas, criativas
- Memória visual
- Gostam mais de ver do que de ouvir
- INTERVENÇÃO
  - EX: Imagine que..., Lembra-se de...

CUIDADO  
COM AS  
ÂNCORAS



## PNL: olhar lados

---

### Pessoas auditivas

- Ligadas a expressões que evocam sons
- Gostam de perceber os benefícios e qualidades de um serviço ou produto
- INTERVENÇÃO
  - Ex: E se falássemos de ... Lembra-se onde ouviu essa informação?



## PNL: olhar baixo

---

### Cinestésicos

- Toque
  - INTERVENÇÃO
  - Rapport ( do francês "trazer de volta" "criar ligação")
    - Ex: Seguir movimentos da pessoa
    - Expressões como: O que sentiu? Qual a sensação?



## Resumo

- A avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados é a partir da avaliação das competências comunicacionais dos profissionais;
- Avançar Paradigma da Partilha de Informação
  - O que deseja saber?
  - Perguntar e encorajar a perguntar.
  - Verificar se compreendeu.

(Teixeira, 2014 as cited in Almeida 2020)

## Referências bibliográficas

Ariaga, M. T., Chaves, N., Freitas, G., Mata, F., Santos, B., & Silva, A. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde, Portugal, 2019-2021. In DGS (Ed.), Direção-Geral de Saúde (DGS). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Comissão Europeia (2023, June, 13) Guia da Linguagem Clara [http://publications.europa.eu/source/cellar/725b7eb0-d92e-11e5-81ea-01aa75ed71a1.0023.03/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/source/cellar/725b7eb0-d92e-11e5-81ea-01aa75ed71a1.0023.03/DOC_1)

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, O., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Amaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS (Ed.)). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Lopes, C., & Almeida, C. V. da. (2022). Literacia em Saúde na Prática 2022 (ISPA (Ed.), 1ª). <http://hdl.handle.net/10400.12/9098>

Organização Mundial de Saúde. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021 (OMS (Ed.)). <https://www.who.int/publications-detail/redirect/WHO-HPR-HPE-21.1>

## Referências bibliográficas

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 258–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>

Puggina, A. C., & Paes da Silva, M. J. (2014). Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. *Acta Paul Enferm.*, 27(2), 108–115. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400020>

Programação Neuro-Linguística (2023, June, 13) <https://prel-portugal.com/rapport-o-ingrediente-magico-do-coaching/>

Rego, A. (2022). *Comunicação, Pessoal e Organizacional: Teoria e Prática* (Edições Sílabo [Ed.], 5ª).

Simonds, S. K. (1974). *Educação em Saúde como Política Social*. Monografias de Educação Em Saúde, 2, 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/109019817400205102>

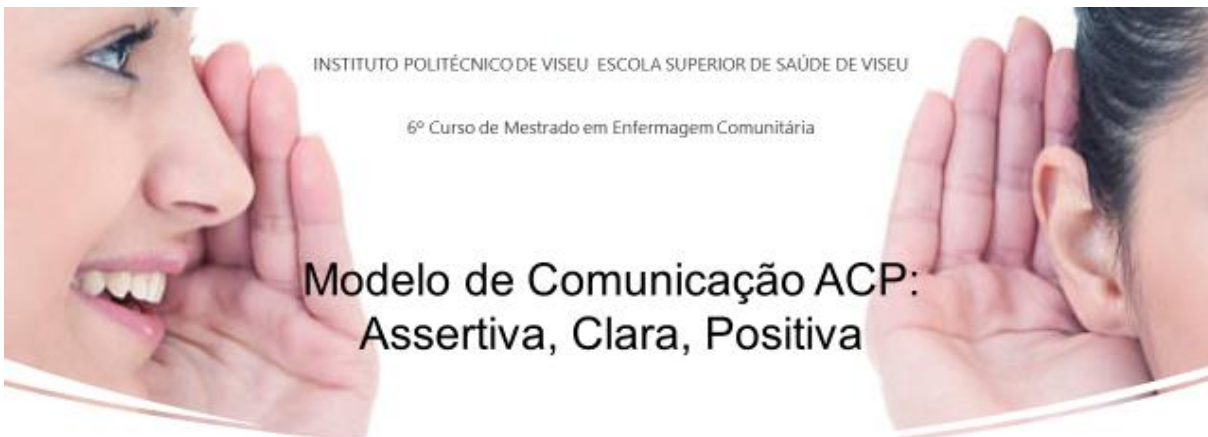
Vaz de Almeida, C. (2020). *O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica* [Doctoral dissertation] Universidade de Lisboa. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa <http://hdl.handle.net/10400.5/20591>





## Dinâmica de Comunicação

- OBJETIVO DA ATIVIDADE
- Desenvolver Competências de Comunicação
  - Equipas de 2 Elementos sentados de costas voltadas;
  - Um elemento descreve uma dada imagem sem referir o seu nome (dá instruções sobre traços ou linhas, verticais, horizontais, círculos etc);
  - Outro elemento desenha o que lhe é transmitido;
  - Quanto mais o resultado final se aproximar do original tanto melhores as competências comunicacionais do interlocutor.



Orientadora: Professora Doutora  
 Maria Odete Pereira Amaral – IPV-ESSV

Tutora: Enfermeira Mestre e Especialista  
 Paula Carvalho – UCC Tondela

- Raquel da Purificação Gil Murça, em colaboração com UCC Tondela
- Junho 2023



**Anexo III Instrumento de Colheita de Dados**  
**Avaliação do Risco de Queda em Idosos**

No âmbito do Ensino Clínico em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu e em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela (UCCT) encontramos-nos a realizar uma investigação intitulada “Prevenção de quedas no domicílio em idosos inscritos nos Centro de dia da área de abrangência da UCCT” e com os objetivos – determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos nos centros de dia da área de intervenção da UCCT; avaliar o risco de quedas no domicílio em idosos e identificar fatores associados ao risco de queda na amostra referida. Pede-se a sua colaboração no preenchimento do inquérito. Os dados recolhidos serão utilizados para fins estatísticos e identificação de necessidades sobre a temática, contribuindo para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. A confidencialidade e o anonimato dos dados serão assegurados.

**Equipa Investigadora:**

*Raquel Gil, mestranda do 6º CMEC*

*Professora Doutora Odete Amaral*

*Enfermeira Mestre e Especialista Paula Carvalho*

<b>PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>		
<b>1. Género</b>		
<input type="checkbox"/> 1 Feminino	<input type="checkbox"/> 2 Masculino	<input type="checkbox"/> 3 Prefiro não responder
<b>2. Idade</b> _____ anos		
<b>3. Peso</b> _____ kg		
<b>4. Altura</b> _____ cm		
<b>5. Estado Civil</b>		
1 <input type="checkbox"/> Solteiro		
2 <input type="checkbox"/> Casado/União Facto		
3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
4 <input type="checkbox"/> Viúvo		
<b>6. Nível de Escolaridade</b>		
1 <input type="checkbox"/> Não sabe ler e/ou escrever		
2 <input type="checkbox"/> 1º Ciclo do ensino básico (1º-4ºano) Antiga 4ªclasse		
3 <input type="checkbox"/> 2º Ciclo do ensino básico (5º-6º ano) Ciclo preparatório		
4 <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º-12ºano) Curso Complementar dos Liceus		
5 <input type="checkbox"/> Ensino Superior		
6 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		
<b>7. Área de Residência</b>		
<input type="checkbox"/> 1 Vila	<input type="checkbox"/> 2 Aldeia	<input type="checkbox"/> 3 Cidade
<b>8. Centro de Dia:</b> _____		
<b>9. Atualmente vive:</b>		
1 <input type="checkbox"/> Sozinho		
2 <input type="checkbox"/> Esposa(o)/Companheira(o)		
3 <input type="checkbox"/> Filho/Neto		
4 <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		

5 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
<b>PARTE II - AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE</b>
<b>10. Utiliza dispositivos de visão?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>11. Utiliza dispositivos de audição?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>12. Precisa de utilizar dispositivos de apoio à marcha?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>12.1. Se SIM, Qual(ais)?</b> _____
<b>13. Sofre de alguma doença?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>13.1. Se SIM, qual(ais)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Diabetes 2 <input type="checkbox"/> Patologia cardiovascular (ex: HTA, doenças do coração, AVC, varizes) 3 <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial (tensão alta) 4 <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas (ex: dislipidemia, hipocoagulação) 5 <input type="checkbox"/> Doença oncológica 6 <input type="checkbox"/> Patologia respiratória (ex: bronquite e sinusite) 7 <input type="checkbox"/> Demência (ex: Alzheimer) 8 <input type="checkbox"/> Patologia osteoarticular (ex: osteoporose, artroses, artrite) 9 <input type="checkbox"/> Patologia psiquiátrica (ex: depressão) 10 <input type="checkbox"/> Incontinência urinária 11 <input type="checkbox"/> Lesões cutâneas 12 <input type="checkbox"/> Patologia gastrointestinal 13 <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>14. Atualmente, toma medicação?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>14.1. Se SIM, qual(ais)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sedativos 2 <input type="checkbox"/> Antidepressivos 3 <input type="checkbox"/> Antipsicóticos 4 <input type="checkbox"/> Anti-hipertensores 5 <input type="checkbox"/> Diuréticos (ou com efeitos diuréticos) 6 <input type="checkbox"/> Laxantes (ou com efeitos laxantes) 7 <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>15. Habitualmente sofre de tonturas ou vertigens?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>PARTE III - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA</b>
<b>16. Alguma vez, sofreu alguma queda?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não
<b>17. Nos últimos 12 meses, sofreu alguma queda?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim                      2 <input type="checkbox"/> Não

<p><b>17.1. Se SIM, onde ocorreu a queda?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Quarto</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Cozinha</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Casa de banho</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sala</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Escadas</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Quintal/Jardim</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Centro de Dia</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Fora de casa/rua</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>
<p><b>18. Em que altura do dia ocorreu a queda?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Período diurno (dia)                      2 <input type="checkbox"/> Período noturno (noite)</p>
<p><b>19. Em que circunstâncias ocorreu a queda?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Queda no mesmo nível (tropeçou ou escorregou no piso)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Queda da cama</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Queda de outro tipo de mobiliário</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Queda em escadas</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Queda em altura</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Outro tipo de queda. Qual? _____</p>
<p><b>PARTE IV – TESTE Timed “Up&amp;Go” (Podsiadlo &amp; Richardson, 1991)</b></p>
<p>Este teste pretende avaliar o equilíbrio e a mobilidade funcionais na realização de tarefas motoras.</p> <p><b>Material e preparação:</b></p> <p>a) Cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos);</p> <p>b) Cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura;</p> <p>c) Em frente à cadeira, deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento;</p> <p>d) Medir a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva;</p> <p>e) Deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais;</p> <p>f) A pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo;</p> <p>g) O teste termina quando a pessoa se senta na cadeira;</p> <p>h) Deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura.</p>
<p><b>Instruções para a realização do teste:</b></p> <p>a) A pessoa começa por estar corretamente sentada numa cadeira de braços, com as costas encostadas e os braços apoiados nos braços da cadeira;</p> <p>b) Em caso de uso de auxiliar de marcha os braços não devem estar apoiados no auxiliar, mas este deve estar ao alcance da pessoa;</p> <p>c) Demonstrar o teste;</p> <p>d) À ordem de “Partida” a pessoa deve iniciar o teste e o examinador/investigador inicia o cronómetro;</p> <p>e) O cronómetro para quando a pessoa se senta na cadeira.</p>
<p><b>Tempo alcançado na realização do teste:</b> _____ (Segundos)</p>
<p><b>PARTE V – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG (Katherine Berg, 1992)</b></p>
<p>Esta escala pretende avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico com base no desempenho de 14 atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito e avaliação das transferências.</p> <p>O desempenho de cada atividade é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho em que:</p> <p>0 – Incapaz de executar e 4 – Capaz de executar de forma independente.</p>
<p><b>1. DA POSIÇÃO SENTADO PARA EM PÉ (Levantar-se sem usar as mãos)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos</p>

<p>2 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar</p> <p>0 <input type="checkbox"/> necessidade de ajuda moderada ou máxima assistência para permanecer em pé</p>
<p><b>2. EM PÉ SEM APOIO (Ficar de pé durante dois minutos sem se segurar em nada)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé durante dois minutos com supervisão</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte</p> <p>1 <input type="checkbox"/> necessidade de várias tentativas para permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte</p> <p>0 <input type="checkbox"/> incapaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem assistência</p> <p><b>Se a pessoa é capaz de permanecer em pé durante 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima no item 2, “sentado sem suporte” e avance para o item 3.</b></p>
<p><b>3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO (Ficar sentada com os braços cruzados durante 2 minutos)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de se sentar com segurança durante 2 minutos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de se sentar com segurança durante 2 minutos com supervisão</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de se sentar durante 30 segundos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> capaz de se sentar durante 10 segundos</p> <p>0 <input type="checkbox"/> incapaz de se sentar sem suporte durante 10 segundos</p>
<p><b>4. DA POSIÇÃO EM PÉ PARA SENTADO (A pessoa deve sentar-se)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de se sentar com segurança com o mínimo uso das mãos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> controla a descida utilizando as mãos</p> <p>2 <input type="checkbox"/> apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida</p> <p>1 <input type="checkbox"/> senta-se de forma independente, mas a descida é descontrolada</p> <p>0 <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para se sentar</p>
<p><b>5. TRANSFERÊNCIAS (Passar de uma cadeira com apoio de braços para outra sem apoio)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de se transferir com segurança com o mínimo uso das mãos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de se transferir com segurança com uso das mãos</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de se transferir com recurso a pistas verbais e/ou supervisão</p> <p>1 <input type="checkbox"/> necessita de assistência de uma pessoa</p> <p>0 <input type="checkbox"/> necessita de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança</p>
<p><b>6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS OLHOS FECHADOS (Ficar de pé com olhos fechados durante 10 segundos)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé com segurança durante 10 segundos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé durante com segurança durante 10 segundos com supervisão</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé durante 3 segundos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> incapaz de manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas permanece de pé</p> <p>0 <input type="checkbox"/> necessidade de ajuda para evitar queda</p>
<p><b>7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS (Manter os pés juntos e permanecer de pé sem se segurar)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé com os pés juntos, de forma independente com segurança durante 1 minuto</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé com os pés juntos de forma independente, com segurança durante 1 minuto com supervisão</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de permanecer em pé com os pés juntos, de forma independente, durante 30 segundos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> necessidade de ajuda para manter a posição, mas capaz de ficar em pé durante 15 segundos com os pés juntos</p> <p>0 <input type="checkbox"/> necessidade de ajuda para manter a posição, mas incapaz de se manter durante 15 segundos</p>
<p><b>8. ALCANCE À FRENTE COM OS BRAÇOS ESTENDIDOS PERMANECENDO DE PÉ (Manter os braços estendidos a 90 graus, com os dedos estendidos inclinar-se para a frente e tentar alcançar a maior distancia possível)</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 25 cm</p> <p>3 <input type="checkbox"/> capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 12,5 cm</p> <p>2 <input type="checkbox"/> capaz de alcançar, em segurança, uma distância acima de 5 cm</p> <p>1 <input type="checkbox"/> capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão</p>

<p><input type="checkbox"/> perda de equilíbrio durante a atividade ou necessidade de suporte externo</p>
<p><b>9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO, EM PÉ (Apanhar um sapato/chinelo à frente dos seus pés)</b></p> <p><input type="checkbox"/> capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança</p> <p><input type="checkbox"/> capaz de apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão</p> <p><input type="checkbox"/> incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma independente</p> <p><input type="checkbox"/> incapaz de apanhar o chinelo e necessita de supervisão nas tentativas</p> <p><input type="checkbox"/> incapaz de tentar e/ou necessita de assistência para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>
<p><b>10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS (Rodar a cabeça sobre os ombros, direito e esquerdo, e olhar para trás)</b></p> <p><input type="checkbox"/> olha para trás por cima de ambos os ombros e transfere bem o peso</p> <p><input type="checkbox"/> olha para trás por cima de apenas um dos ombros e revela menor capacidade de transferir o peso</p> <p><input type="checkbox"/> apenas olha para os lados, mas mantém o equilíbrio</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de supervisão ao virar</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>
<p><b>11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS (Dar uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta)</b></p> <p><input type="checkbox"/> consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, apenas para um lado, em 4 segundos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de supervisão ou indicações verbais</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda enquanto dá a volta</p>
<p><b>12. NA POSIÇÃO, DE PÉ, SEM APOIO, COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO (Colocar cada pé, alternadamente sobre um degrau ou banco quatro vezes)</b></p> <p><input type="checkbox"/> consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em mais de 20 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão</p> <p><input type="checkbox"/> consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar</p>
<p><b>13. FICAR EM PÉ, SEM APOIO, COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO (Colocar um pé exatamente em frente do outro. Se não conseguir colocar o pé exatamente à frente, dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do pé esteja à frente dos dedos do outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura deverá aproximar-se da sua passada normal).</b></p> <p><input type="checkbox"/> consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue dar um pequeno passo, de forma independente. e permanecer por 30 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé</p>
<p><b>14. PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA (Ficar em pé sobre uma perna, o maior tempo possível sem se apoiar)</b></p> <p><input type="checkbox"/> consegue levantar a perna de forma independente e manter por mais de 10 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue levantar uma perna de forma independente e manter entre 5 e 10 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> consegue levantar uma perna de forma independente e manter por 3 ou 4 segundos</p> <p><input type="checkbox"/> tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, mas permanece em pé independentemente</p> <p><input type="checkbox"/> incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair</p>
<p><b>Total: _____ pontos</b></p>

<b>PARTE VI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NO DOMICÍLIO</b> (Gonçalves, C; Chaves, C. & Duarte, J., 2012)			
<b>1. Sala de Estar/Jantar</b>	<b>Existe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	
			<b>Sim</b>
			<b>Não</b>
Existe mesa de centro			
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar nos móveis (< 80cm)			
Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, utensílios, livros ou artigos de costura			
Tapetes sem antiderrapante			
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>2. Quarto de Dormir</b>	<b>Existe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	
			<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 antiderrapante			
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>3. Instalações Sanitárias</b>	<b>Existe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	
			<b>Sim</b>
			<b>Não</b>
Possui degraus dentro da casa de banho			
Existem 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 180º			
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		
Possuí tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/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 e do escoamento, válvulas de descarga da sanita) são operados por uma mão fechada e oferece uma resistência mínima e não requerer uma prensão firme nem rodar o pulso.		
<b>4. Corredor</b> <b>Existe</b> <input type="checkbox"/> <b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	<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 360º		
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>5. Cozinha</b> <b>Existe</b> <input type="checkbox"/> <b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	<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>6. Escadas ou degraus</b> <b>Existe</b> <input type="checkbox"/> <b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	<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 bordos sem antiderrapante 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>7. Pátio ou Jardim</b> <b>Existe</b> <input type="checkbox"/> <b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	<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 360º		
Possui inclinações acentuadas (íngreme)		
<b>8. Quintal</b> <b>Existe</b> <input type="checkbox"/> <b>Não existe</b> <input type="checkbox"/>	<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 IV – Consentimento Informado Declaração de Consentimento Informado

**Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido por favor solicite-nos mais informações.**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela (UCCT), estamos a desenvolver uma investigação intitulada “Prevenção de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia da área de intervenção da UCCT”. O estudo é orientado pela Professora Doutora Odete Amaral da ESSV e pela Enfermeira Mestre e Especialista Paula Carvalho da UCCT. Tem como objetivos determinar a prevalência de quedas no domicílio em idosos inscritos em Centros de Dia da área de intervenção da UCCT, avaliar o risco de queda no domicílio em idosos e identificar fatores associados ao risco de queda na amostra referida. Os estudos científicos têm demonstrado as consequências na vida dos idosos que sofrem uma queda bem como da família e comunidade. Assim, o diagnóstico e prevenção desta situação é uma prioridade da Organização Mundial de Saúde e da Direção Geral da Saúde, na promoção da qualidade e segurança no sistema de saúde, pelo que consideramos pertinente a realização deste estudo.

A recolha dos dados será realizada através de um inquérito, preenchido pelo investigador. É muito importante a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Asseguramos que a sua participação é voluntária, será sempre mantido o anonimato e confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

Mais informamos que a Professora Doutora Odete Amaral é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola Superior de Saúde (232419100) ou email (mamamaral@essv.ipv.pt).

*- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador 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 que autorizo a recolha de informação sobre o meu estado de saúde e/ou doença(s) identificadas;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, autorizo a participação neste estudo, e a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, nas condições que me foram explicadas: Eu \_\_\_\_\_ (nome completo), declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações que me foram fornecidas.

**O participante** \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**O Investigador** \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**