



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E
DE SAÚDE PÚBLICA**

**FATORES AMBIENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDA, PERCEBIDOS
PELOS CUIDADORES INFORMAIS DE CLIENTES ADULTOS EM
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

REALIZADO POR:

MARIA JOÃO DAS NEVES DO NASCIMENTO

2025



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

DISSERTAÇÃO

**FATORES AMBIENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDA,
PERCEBIDOS PELOS CUIDADORES INFORMAIS DE CLIENTES
ADULTOS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Orientada por:

Profª Doutora Isabel Rabiais

Prof. Doutor João Tomás

Maria João das Neves do Nascimento

Barcarena | Dezembro 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas nesta dissertação.”

Ao Artur e ao Manel, que jamais vos falte a coragem de sonhar e a vontade e força de
transformar cada sonho numa conquista!

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Artur e Manel, deixo o meu maior agradecimento. Obrigada por compreenderem os dias em que a mãe “desaparecia”, por fazerem silêncio quando era essencial e por não se zangarem comigo nos momentos em que me faltou a paciência e tive os meus “ataques de loucura”. Vocês são, e serão sempre, a minha maior motivação.

Ao meu marido, Luís, agradeço toda a compreensão, apoio incondicional e incentivo permanente, fundamentais para que este percurso fosse possível.

Aos meus pais, Humberto e Dadinha, pela ajuda constante e pela segurança que sempre me deram, permitindo-me seguir este caminho com confiança.

Ao meu irmão Jorge, por sempre acreditar que eu sou capaz, mesmo quando eu própria duvidei.

Aos professores Isabel e João, pelo apoio contínuo, pela orientação sábia e pelas palavras de incentivo que tantas vezes fizeram a diferença.

Aos meus colegas da Unidade de Hospitalização Domiciliária, por cada palavra amiga, por cada gesto de apoio e pela compreensão ao longo deste percurso exigente, vocês sabem quem são!

Aos colegas de mestrado, pela partilha constante e entajuda que tornaram este caminho um pouco mais leve e sem dúvida, mais rico.

E, acima de tudo, aos meus clientes e às suas famílias. A cada um, o meu sincero agradecimento. Sem o vosso contributo de ouro, nada disto teria sido possível. **Cuidar com**, é sem dúvida um privilégio!

Lista de ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DALYs - *Disability-Adjusted Life Years* (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade)

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPO - *Data Protection Officer* (Responsável pela Proteção de Dados)

EVITA - Sistema de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

HD - Hospitalização Domiciliária

IHME - *Institute for Health Metrics and Evaluation* (Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde)

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

NEHospDom - Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população portuguesa representa um dos grandes desafios da atualidade para o sistema de saúde nacional, levando a repensar os modelos de prestação de cuidados. A hospitalização domiciliária surge como resposta, permitindo que cuidados de saúde complexos sejam realizados no ambiente domiciliário, aumentando conforto e satisfação dos clientes. Todavia, na transição do hospital para o domicílio surgem desafios específicos, destacando-se as quedas como complicação frequente e preocupante. Estudos demonstram que muitas quedas estão relacionadas com características modificáveis do ambiente domiciliário. O cuidador informal tem aqui papel determinante, sendo quem, no dia a dia, observa os perigos, implementa adaptações e acompanha o cliente no autocuidado.

Objetivos: Identificar, na perspetiva dos cuidadores informais, quais são os fatores ambientais que estão associados ao risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária de uma unidade privada de serviços de saúde da região de Lisboa.

Metodologia: Estudo qualitativo descritivo, fundamentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas a cuidadores informais de clientes adultos em hospitalização domiciliária, entre junho e setembro de 2025. Os participantes foram selecionados através de amostragem não-probabilística por conveniência, cumprindo critérios de inclusão que contemplaram competência linguística portuguesa, idade superior a 18 anos, integração nos cuidados em hospitalização domiciliária e aceitação de participação voluntária e esclarecida. As entrevistas foram gravadas em áudio mediante consentimento informado e posteriormente transcritas na íntegra. A análise de dados seguiu a metodologia de Bardin, combinando categorização à priori, baseada no referencial teórico sobre fatores ambientais, e à posteriori, permitindo que novas categorias emergissem indutivamente. O estudo obteve aprovação ética das instituições envolvidas.

Resultados: Identificaram-se sete fatores ambientais: tapetes e carpetes, mencionados unanimemente e removidos por todos os cuidadores; mobiliário e objetos decorativos mal posicionados, revelando diversidade de elementos desde colchas até vasos em zonas de passagem; espaço adequado para circulação, valorizado como fator facilitador; equipamento adaptativo incluindo barras de segurança, cadeiras de banho e camas articuladas; portas e corredores estreitos, identificados como barreiras estruturais fixas; desníveis e escadas, face aos quais desenvolveram estratégias de evitamento; e superfícies escorregadias, identificadas por antecipação preventiva. A iluminação inadequada, apesar da relevância científica documentada,

não emergiu nos discursos, constituindo lacuna significativa. Surgiram dois achados não antecipados: abandono de dispositivos de apoio pela pessoa cuidada como comportamento de risco, e mudança de habitação como estratégia radical de gestão ambiental, com três cuidadores tendo mudado para ambientes estruturalmente adequados.

Conclusões: Os cuidadores informais demonstram capacidade de identificação e gestão de riscos ambientais, emergindo como agentes ativos das transições vividas. Nos discursos, a ausência da iluminação, contrasta com a evidência científica, sugerindo necessidade de sensibilização específica. A mudança de habitação, interpretada através da Teoria das Transições, funciona como facilitadora das múltiplas transições simultâneas vividas neste contexto. O enfermeiro especialista em saúde comunitária assume papel determinante através de avaliação ambiental estruturada contemplando fatores menos óbvios, capacitação personalizada focada em lacunas identificadas, e apoio à tomada de decisão em situações complexas, trabalhando em lógica de parceria que reconheça o conhecimento experiencial dos cuidadores.

Palavras-chave: Hospitalização domiciliária; Quedas; Cuidadores informais; Fatores ambientais; Enfermagem comunitária.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the Portuguese population represents one of the major challenges of our time for the national health system, requiring a rethinking of care delivery models. Hospital at home emerges as a response, allowing complex healthcare to be provided in the home environment, increasing client comfort and satisfaction. However, in the transition from hospital to home, specific challenges arise, with falls standing out as a frequent and concerning complication. Studies demonstrate that many falls are related to modifiable characteristics of the home environment. Informal caregivers play a crucial role here, being those who, on a daily basis, observe dangers, implement adaptations in the space, and accompany the client in self-care.

Objectives: To identify, from the perspective of informal caregivers, the environmental factors associated with fall risk in adult clients in hospital at home at a private health services unit in the Lisbon region.

Methodology: Descriptive qualitative study, based on Afaf Meleis's Transitions Theory. Four semi-structured interviews were conducted with informal caregivers of adult clients in hospital at home, between June and September 2025. Participants were selected through non-probabilistic convenience sampling, meeting inclusion criteria that included Portuguese language proficiency, age over 18 years, integration in hospital at home care, and acceptance of voluntary and informed participation. The interviews were audio-recorded with informed consent and subsequently transcribed verbatim. Data analysis followed Bardin's methodology, combining a priori categorization, based on the theoretical framework on environmental factors, and a posteriori categorization, allowing new categories to emerge inductively. The study obtained ethical approval from the institution.

Results: Seven environmental factors were identified: rugs and carpets, unanimously mentioned and removed by all caregivers; poorly positioned furniture and decorative objects, revealing a diversity of elements from bedspreads to vases in circulation areas; adequate space for circulation, valued as a facilitating factor; adaptive equipment including safety bars, bath chairs, and articulated beds; narrow doors and corridors, identified as fixed structural barriers; level changes and stairs, for which preventive avoidance strategies were developed; and slippery surfaces, identified through preventive anticipation. Inadequate lighting, despite documented scientific relevance, did not emerge in the discourses, constituting a significant gap. Two unanticipated findings emerged: abandonment of support devices by the person being cared for

as risk behavior, and change of residence as a radical environmental management strategy, with three caregivers having moved to structurally adequate environments.

Conclusions: Informal caregivers demonstrate sophisticated capacity for identifying and managing environmental risks, emerging as active agents of the transitions experienced. In the discourses, the absence of lighting contrasts with scientific evidence, suggesting a need for specific awareness-raising. Change of residence, interpreted through Transitions Theory, functions as a facilitator of the multiple simultaneous transitions experienced in this context. The community health nursing specialist assumes a crucial role through structured environmental assessment covering less obvious factors, personalized training focused on identified gaps, and support for decision-making in complex situations, working in a partnership logic that recognizes caregivers' experiential knowledge.

Keywords: Hospital at home; Falls; Informal caregivers; Environmental factors; Community nursing.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 25 |
| 1.1 A Hospitalização Domiciliária | 25 |
| 1.1.1 Definição e Conceito de Hospitalização Domiciliária | 25 |
| 1.1.2 Evolução Histórica da Hospitalização Domiciliária | 26 |
| 1.1.3 A Hospitalização Domiciliária em Portugal | 27 |
| 1.1.4 Objetivos e Benefícios da Hospitalização Domiciliária | 28 |
| 1.1.5 Critérios de Admissão e Elegibilidade | 29 |
| 1.1.6 Organização e Funcionamento das Unidades | 30 |
| 1.1.7 Desafios e Transições na Hospitalização Domiciliária | 31 |
| 1.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis | 32 |
| 1.2.1 O Conceito de Transição | 33 |
| 1.2.2 Condições que afetam as Transições | 34 |
| 1.2.3 Indicadores de Transição Saudável | 35 |
| 1.2.4 Relevância da Teoria para este Estudo | 35 |
| 1.3 Quedas como problemática de Saúde Pública | 37 |
| 1.3.1 Definição e Magnitude Global | 37 |
| 1.3.2 Quedas em Portugal: dados epidemiológicos | 38 |
| 1.3.3 Impacto das Quedas | 39 |
| 1.3.4. Políticas de prevenção de quedas | 39 |
| 1.4 Fatores Ambientais e Impacto no Risco de Queda | 43 |
| 1.4.1 Elementos dos Fatores Ambientais no Contexto Domiciliário | 44 |
| 1.4.2 Iluminação Inadequada | 45 |
| 1.4.3 Obstáculos no Trajeto e Espaço adequado para circulação | 46 |
| 1.4.4 Superfícies Escorregadias e Desníveis | 47 |
| 1.4.5 Equipamentos adaptativos | 48 |
| 1.4.6 Portas e corredores estreitos | 49 |
| 1.4.7 Animais de Estimação | 50 |
| 1.4.8 Interação Entre Fatores Ambientais e o Cuidado Domiciliário | 50 |
| 1.5 Contribuição dos Cuidadores Informais na Identificação e Mitigação dos Riscos Ambientais na Hospitalização Domiciliária | 52 |
| 1.5.1 O Papel do Cuidador Informal na Prevenção de Quedas em Ambiente Domiciliário | 53 |
| 1.5.2 Desafios e Estratégias de Prevenção de Quedas: Competências do Enfermeiro Especialista na Capacitação do Cuidador Informal | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 2. METODOLOGIA | 58 |
| 2.1 Tipo de estudo e objetivos..... | 58 |
| 2.2 Contexto e Local do Estudo..... | 59 |
| 2.3 Participantes..... | 60 |
| 2.4 Recolha de Dados..... | 60 |
| 2.5 Análise dos dados..... | 62 |
| 2.6 Considerações Éticas | 63 |
| 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS | 65 |
| 3.1- Fatores ambientais identificados pelos cuidadores informais | 66 |
| 3.1.1. Mobiliário e Objetos Decorativos..... | 68 |
| 3.1.2. Espaço Adequado para Circulação | 69 |
| 3.1.3. Tapetes e Carpetes..... | 71 |
| 3.1.4. Equipamento Adaptativo | 73 |
| 3.1.5. Portas e Corredores Estreitos | 74 |
| 3.1.6. Desníveis | 76 |
| 3.1.7. Superfícies Escorregadias | 78 |
| 3.1.8. Iluminação Inadequada | 79 |
| 3.1.9. Animais de Estimação | 81 |
| 3.2. Achados Adicionais Emergentes | 82 |
| 3.2.1. Abandono de Dispositivos de Apoio | 83 |
| 3.2.2. Mudança de Habitação..... | 85 |
| 4-DISCUSSÃO DOS ACHADOS..... | 88 |
| 4.1. Discussão dos Fatores Ambientais Identificados | 88 |
| 4.1.1. Tapetes e Carpetes..... | 89 |
| 4.1.2. Mobiliário e Objetos Decorativos..... | 90 |
| 4.1.3. Espaço adequado para Circulação..... | 91 |
| 4.1.4. Equipamento Adaptativo | 92 |
| 4.1.5. Portas e Corredores Estreitos | 93 |
| 4.1.6. Desníveis | 95 |
| 4.1.7. Superfícies Escorregadias | 96 |
| 4.2. Fatores Ambientais Não Identificados: Ausências Significativas..... | 98 |
| 4.2.1. Iluminação Inadequada | 98 |
| 4.2.2. Animais de Estimação | 99 |

| | |
|--|------------|
| 4.3. Os Achados Emergentes à Luz da Teoria das Transições..... | 100 |
| 4.3.1. O Abandono de Dispositivos de Apoio | 100 |
| 4.3.2. Mudança de Habitação..... | 102 |
| 4.4. O Cuidador Informal como Agente Ativo das Transições | 103 |
| 4.5. Implicações para a Prática de Enfermagem Comunitária..... | 105 |
| 4.5.1. Avaliação Ambiental Estruturada | 106 |
| 4.5.2. Capacitação e Educação: Colmatar Lacunas Específicas | 107 |
| 4.5.3. Apoio à Tomada de Decisão e Articulação com Recursos..... | 108 |
| 4.6 Limitações Metodológicas, contributo e recomendações para investigações futuras | 110 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 112 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 115 |
| ANEXOS | I |
| APÊNDICES | XXI |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1- Árvore de Categorias | 66 |
|---|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Fatores Ambientais identificados pelos cuidadores informais | 66 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 2- Achados adicionais relevantes que emergiram das narrativas..... | 82 |
|--|----|

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa representa um dos grandes desafios da atualidade para o sistema de saúde nacional. Este fenómeno demográfico obriga a repensar os modelos de prestação de cuidados, procurando soluções que sejam simultaneamente sustentáveis e humanizadas. A hospitalização domiciliária surge como uma dessas respostas. Permite que cuidados de saúde com algum grau de complexidade sejam realizados em ambiente domiciliário, um ambiente familiar para o cliente alvo dos cuidados, aumentando níveis de conforto e satisfação, e, minimizando complicações decorrentes de internamentos em ambiente hospitalar.

Todavia, na transição de cuidados de saúde do hospital para o domicílio surgem desafios específicos, dos quais se destacam os riscos associados à segurança do ambiente domiciliário. As quedas emergem como uma das complicações mais frequentes e preocupantes neste contexto, as quais podem introduzir mudanças no que respeita a padrões de autonomia e qualidade de vida dos clientes, particularmente entre a população idosa. Estudos recentes como a revisão sistemática de Clemson et al. (2023) e a investigação de Kim et al. (2023) demonstram que muitas destas quedas estão relacionadas com características do ambiente domiciliário que podem ser modificadas. Torna-se por isso fundamental identificar estes fatores de risco e intervir sobre eles.

O cuidador informal tem aqui um papel determinante. É ele quem, no dia a dia, observa os perigos, faz adaptações no espaço e acompanha o cliente no seu autocuidado. Compreender como estes cuidadores percebem e gerem os fatores ambientais é essencial para desenvolver intervenções de enfermagem que sejam verdadeiramente úteis e adequadas à realidade de cada família/cliente cuidada/o. Apesar da importância desta problemática, a literatura científica revela ainda lacunas no conhecimento sobre como os cuidadores informais de clientes em hospitalização domiciliária percecionam os fatores ambientais de risco no contexto português.

Com a realização deste estudo que se insere no 1º Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, procura-se contribuir para colmatar essa lacuna. Através de entrevistas aos cuidadores informais, pretende-se identificar quais são os fatores ambientais, na perspetiva dos cuidadores informais, que estão associados ao risco de queda em clientes adultos em hospitalização domiciliária de uma unidade privada de serviços de saúde da região de Lisboa. A investigação tem como referência teórica, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que ajuda a compreender os processos de transição vividos pelos clientes e cuidadores informais neste outro modelo assistencial.

Este trabalho desenvolve-se ao longo de seis capítulos que, em conjunto, procuram dar resposta à questão central desta investigação. Após esta introdução, que contextualiza o problema e apresenta a sua relevância, o capítulo seguinte explicita o enquadramento conceptual necessário à compreensão do fenómeno em estudo, nomeadamente a caracterização da hospitalização domiciliária em Portugal e a apresentação da Teoria das Transições de Meleis enquanto referencial teórico orientador. O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada, explicando o caminho percorrido. Nele estará presente a questão de investigação que conduz ao objetivo do estudo, orienta para o tipo de estudo, que tipo de participantes, quais os procedimentos de recolha e análise de dados. O quarto capítulo apresenta e analisa os achados obtidos através das entrevistas realizadas. O quinto capítulo discute esses resultados à luz da literatura científica. Por fim, o sexto capítulo sintetiza os principais contributos do estudo, reflete sobre as suas limitações e deixa recomendações para a prevenção de quedas em hospitalização domiciliária e para futuras investigações.

Com este trabalho, espera-se contribuir para melhorar a prevenção de quedas em contexto domiciliário, fornecendo conhecimento que possa apoiar os enfermeiros no desenvolvimento de intervenções mais eficazes e centradas nas necessidades reais dos clientes e famílias. O trabalho foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico de 2008 e a referência bibliográfica foi realizada segundo a American Psychological Association (APA) 7th Edition, sob apoio do software de gestão de referências bibliográficas Zotero®.

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo apresenta o enquadramento conceptual necessário à compreensão da questão de investigação. Primeiro, caracteriza-se a hospitalização domiciliária enquanto modelo assistencial, contextualizando a sua evolução e implementação no sistema de saúde português. Seguidamente, apresenta-se a Teoria das Transições de Afaf Meleis, referencial teórico que orienta esta investigação e permite compreender os processos vividos pelos clientes e cuidadores quando o cenário de prestação de cuidados se desloca para o domicílio. Por fim, abordam-se as quedas como problemática de saúde pública, com enfoque nos fatores ambientais modificáveis que contribuem para a sua ocorrência no contexto domiciliário. A articulação destes três eixos conceptuais fundamenta a análise sobre como os cuidadores informais percecionam e gerem os fatores de risco ambiental na hospitalização domiciliária.

1.1 A Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária surge como modelo assistencial alternativo ao internamento convencional, procurando responder aos desafios colocados pelo envelhecimento populacional e pela crescente necessidade de humanização dos cuidados de saúde. Este subcapítulo apresenta o enquadramento da hospitalização domiciliária enquanto modelo assistencial alternativo ao internamento convencional. Inicia-se com a definição e conceito de hospitalização domiciliária, seguindo-se a apresentação da sua evolução histórica desde as primeiras experiências internacionais até à implementação em Portugal. São posteriormente apresentados os objetivos, benefícios e desafios deste modelo, bem como o seu enquadramento legal e organizacional no Serviço Nacional de Saúde português. Por fim, contextualiza-se a relevância deste modelo no panorama atual de saúde, destacando a problemática das quedas e o papel determinante dos cuidadores informais, aspetos que serão aprofundados nos capítulos seguintes.

1.1.1 Definição e Conceito de Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária define-se como um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a clientes com doença aguda ou crónica agudizada, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais o permitam (Delerue, 2021). Este modelo permite fornecer cuidados

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

de nível hospitalar no domicílio do cliente, como alternativa ao internamento convencional, através do apoio de equipas multidisciplinares especializadas que asseguram a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Levine et al., 2020).

Caracteriza-se pela transferência do cenário de prestação de cuidados do hospital para o domicílio, mantendo a intensidade, complexidade e rigor dos cuidados hospitalares, mediante visitas programadas e monitorização contínua por parte das equipas de saúde (Arsenault-Lapierre et al., 2021). A evidência científica demonstra que a hospitalização domiciliária proporciona resultados clínicos equivalentes ao internamento hospitalar tradicional, com vantagens acrescidas ao nível da redução de complicações associadas a internamentos prolongados, diminuição do risco de infeções hospitalares, maior conforto e satisfação dos clientes, e promoção da participação ativa da família no processo de cuidados (Levine et al., 2020; Delerue, 2021).

1.1.2 Evolução Histórica da Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária surgiu como uma forma de dar resposta às pessoas que precisam de cuidados de saúde com elevado grau de complexidade, mas que, mesmo assim, podem ser cuidadas em casa. Não substitui o hospital propriamente dito, mas oferece uma alternativa para quem tem condições para estar no domicílio com apoio de equipas especializadas, com concordância do cliente e família (Despacho n.º 9323-A/2018, Série II; Delerue, 2021). Ao permitir a prestação de cuidados no ambiente familiar que o domicílio consagra, este modelo reduz complicações associadas a internamentos longos e proporciona um ambiente menos stressante para o cliente e família, favorecendo o processo de recuperação (Delerue, 2021; Shepperd et al., 2016).

Historicamente, os cuidados de saúde eram prestados em casa. Foi apenas no século XX, na época moderna, com o desenvolvimento dos hospitais modernos e os avanços tecnológicos, que o internamento hospitalar convencional passou a ser normalizado (Aalam et al., 2024). Nas décadas de 1940 e 1950, verificou-se um movimento de regresso aos cuidados domiciliários, mas, aproveitando as novas tecnologias e meios de comunicação. Experiências pioneiras nos Estados Unidos e no Reino Unido mostraram que era possível prestar cuidados complexos fora das paredes do hospital, mantendo os benefícios do ambiente familiar (Leff et al., 2005).

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Nos anos 90, a Austrália consolidou este modelo com bons resultados em termos de satisfação dos clientes e redução de custos (Caplan et al., 1999). Na Europa, França e Espanha também integraram a hospitalização domiciliária nos seus sistemas de saúde com sucesso, demonstrando ganhos tanto na eficiência como na humanização dos cuidados (Delerue & Correia, 2018). Estas experiências forneceram evidências robustas sobre a segurança e viabilidade deste modelo, impulsionando a sua adoção progressiva em diversos países (Gonçalves-Bradley et al., 2022; Leff et al., 2005).

1.1.3 A Hospitalização Domiciliária em Portugal

Em Portugal, a hospitalização domiciliária foi estruturada mais recentemente. A primeira unidade foi criada como que um projeto piloto, em novembro de 2015 no Hospital Garcia de Orta, em Almada, com o objetivo de gerir melhor os recursos hospitalares e oferecer cuidados de qualidade no domicílio (Cunha et al., 2017). O sucesso desta experiência serviu de referência para a expansão do modelo a nível nacional.

O crescimento sustentado levou à criação, em 2018, da Estratégia Nacional para a Hospitalização Domiciliária, formalizada através do Despacho n.º 9323-A/2018. Nesse momento, 25 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) comprometeram-se a criar unidades de hospitalização domiciliária (Despacho n.º 9323-A/2018). Atualmente, existem 39 unidades no SNS e 1 privada, sendo que, poucos são os hospitais que ainda não implementaram este serviço (Delerue, 2023).

Os números falam por si. Até ao final de 2022, foram tratados 25.280 clientes em hospitalização domiciliária. Diariamente, cerca de 340 pessoas estão internadas em casa, o equivalente a um hospital de média dimensão. Estes dados, consolidando a importância desta estratégia nacional, espelham que foram ultrapassadas as metas estabelecidas, com o alcance em 2022 dos objetivos previstos apenas para 2024 (Delerue, 2023).

De ressaltar que existem mais pessoas que são internadas diretamente em casa, sem passar pelo serviço de urgência ou por internamento convencional (Delerue, 2023), conforme demonstram os dados de 2022. Esta tendência reflete não só a maturidade organizacional das unidades, mas também o reconhecimento crescente da segurança e eficácia deste modelo, por parte dos profissionais de saúde e da comunidade (Gonçalves-Bradley et al., 2022).

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Em 2019, para fortalecer a colaboração entre unidades e uniformizar práticas, foi criado o Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Este núcleo tem desempenhado um papel importante na formação contínua dos profissionais, na investigação e na partilha de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento sustentado da hospitalização domiciliária em Portugal (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2019).

1.1.4 Objetivos e Benefícios da Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária tem vários objetivos que visam melhorar tanto a qualidade dos cuidados como a eficiência do sistema de saúde. Um dos objetivos principais é reduzir o tempo de internamento hospitalar, promovendo a recuperação num ambiente que é familiar, ao cliente alvo de cuidados de saúde. A evidência científica tem demonstrado que a hospitalização domiciliária proporciona cuidados seguros e eficazes, mantendo a qualidade assistencial equivalente ao internamento convencional (Shepperd et al., 2016; Levine et al., 2020; Arsenault-Lapierre et al., 2021).

Este modelo ajuda a prevenir complicações típicas do ambiente hospitalar. A literatura mostra que a hospitalização domiciliária reduz a exposição a riscos como infeções nosocomiais, quedas e episódios de confusão aguda, melhorando os resultados clínicos (Shepperd et al., 2016; Arsenault-Lapierre et al., 2021; Delerue, 2021). Permanecer em casa, com apoio de equipas especializadas, permite manter os cuidados diários, favorecendo a orientação tempo-espacial e reduzindo o stresse (Delerue, 2021).

Há também benefícios económicos significativos. A utilização mais eficiente dos recursos hospitalares e a diminuição da necessidade de camas para internamento prolongado representam ganhos importantes para o sistema de saúde (Shepperd et al., 2016; Gonçalves-Bradley et al., 2022). Estudos económicos têm demonstrado que a hospitalização domiciliária pode reduzir custos globais ao sistema de saúde, particularmente quando se consideram as complicações evitadas e a redução de reinternamentos (Arsenault-Lapierre et al., 2021). Além disso, libertar camas hospitalares para situações mais agudas permite otimizar a gestão dos recursos e contribuir para a sustentabilidade do SNS (Delerue, 2021).

Este modelo promove a autonomia do cliente e da família, incentivando a participação ativa nos cuidados e fortalecendo a colaboração com a equipa de saúde. A hospitalização domiciliária proporciona uma experiência mais personalizada e humanizada, favorecendo a continuidade dos

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

cuidados e reforçando o papel central do cliente nas decisões sobre a sua saúde (Delerue, 2021; Levine et al., 2020), ou não fossemos nós, os “convidados” dos nossos clientes no seu domicílio.

Estudos revelam que os clientes em hospitalização domiciliária apresentam maior adesão ao tratamento e níveis mais elevados de satisfação, o que se estende também aos cuidadores informais (Arsenault-Lapierre et al., 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Shepperd et al., 2016; Leff et al., 2006). Em Portugal, Henriques (2023), verificou que os clientes avaliam positivamente os cuidados, destacando a qualidade técnica, a proximidade com a família e a sensação de segurança proporcionada pelo acompanhamento contínuo.

1.1.5 Critérios de Admissão e Elegibilidade

A admissão de um cliente em Hospitalização Domiciliária deve atender a critérios rigorosos, conforme a Norma n.º 020/2018 da Direção-Geral da Saúde. Devem ser respeitados os critérios clínicos, sociais e geográficos. Os critérios clínicos incluem a necessidade de cuidados hospitalares para tratamento de patologia aguda ou crónica agudizada, estabilidade clínica mínima que permita o transporte e os cuidados em casa, e ausência de necessidade de monitorização contínua ou equipamentos hospitalares complexos (Norma n.º 020/2018). A literatura científica corrobora estes critérios, enfatizando que a seleção adequada dos clientes é fundamental para o sucesso da hospitalização domiciliária. Shepperd et al. (2016) sublinham que os critérios de elegibilidade devem equilibrar a necessidade de cuidados hospitalares com a estabilidade clínica suficiente para receber cuidados de saúde no domicílio em segurança. Levine et al. (2020) demonstraram que clientes com condições agudas, mas clinicamente estáveis, beneficiam particularmente deste modelo, desde que exista supervisão contínua e acesso rápido a cuidados hospitalares convencionais se necessário.

Os critérios sociais dizem respeito à disponibilidade de um cuidador quando a situação clínica assim o exija, condições habitacionais mínimas que garantam segurança e dignidade, e concordância expressa do cliente e família (Despacho n.º 9323-A/2018; Norma n.º 020/2018). A disponibilidade de um cuidador é, em muitas situações, determinante para a admissão, especialmente quando o cliente tem dependência nos autocuidados ou necessita de vigilância contínua (Norma n.º 020/2018; Lei n.º 100/2019). A importância do suporte social na hospitalização domiciliária é amplamente reconhecida na literatura. Arsenault-Lapierre et al. (2021) destacam que a presença de um cuidador disponível constitui um dos preditores mais significativos do sucesso do tratamento domiciliário, particularmente

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

em clientes com maior grau de dependência funcional. O cuidador assume responsabilidades importantes na gestão quotidiana dos cuidados, incluindo a vigilância do estado clínico, o apoio nas atividades diárias, o cumprimento de terapêutica oral e, de forma crucial, a identificação e mitigação de riscos ambientais no domicílio, nomeadamente os relacionados com quedas. Este aspeto reflete o reconhecimento de que, ao contrário do ambiente hospitalar onde o suporte é assegurado permanentemente por profissionais, no domicílio existe maior necessidade de recursos informais para garantir a continuidade e segurança dos cuidados.

Os critérios geográficos consideram a distância entre o domicílio e o hospital, devendo permitir uma resposta eficaz em situações de urgência, geralmente num raio não superior a 30-45 minutos (DGS, 2018). A proximidade geográfica constitui um critério de segurança essencial, garantindo acesso rápido a cuidados hospitalares convencionais, em caso de alteração clínica ou complicações imprevistas (Levine et al., 2020; Shepperd et al., 2016). Este requisito permite equilibrar os benefícios da hospitalização domiciliária, com a necessidade de resposta atempada em situações de urgência.

1.1.6 Organização e Funcionamento das Unidades

A literatura internacional tem demonstrado que a organização adequada das unidades de hospitalização domiciliária constitui um fator determinante para o sucesso deste modelo assistencial. Levine et al. (2020) defendem que estas unidades devem estruturar-se em torno de equipas multidisciplinares especializadas, com protocolos bem definidos e sistemas de comunicação eficazes que garantam coordenação entre os profissionais. Shepperd et al. (2016) identificam a disponibilidade de recursos técnicos e logísticos apropriados - incluindo equipamento médico transportável, sistemas de informação integrados e meios de transporte - como elementos essenciais para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados no domicílio.

Gonçalves-Bradley et al. (2022) sublinham que o funcionamento em regime de disponibilidade contínua, 24 horas por dia, constitui uma característica fundamental das unidades, permitindo resposta rápida a intercorrências e proporcionando segurança aos clientes e famílias. Esta continuidade de cuidados diferencia a hospitalização domiciliária de outros modelos de cuidados no domicílio, aproximando-a verdadeiramente do nível de vigilância e resposta característicos do internamento hospitalar convencional.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Em Portugal, a organização das unidades segue estes princípios internacionais, estando formalmente regulamentada. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (Norma n.º 020/2018), cada unidade de hospitalização domiciliária deve ser composta por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e outros técnicos necessários. A equipa deve dispor de recursos humanos, meios técnicos e logísticos adequados, nomeadamente espaço físico próprio, viaturas, telemóveis, computadores e material clínico.

A experiência pioneira do Hospital Garcia de Orta, descrita por Cunha et al. (2017), demonstrou como estes princípios organizacionais podem ser implementados com sucesso no contexto nacional, servindo de modelo para a expansão progressiva a outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Delerue (2021) destaca que esta estrutura organizacional bem definida tem permitido assegurar padrões de qualidade consistentes entre as diferentes unidades portuguesas.

Segundo o Ministério da Saúde (Despacho n.º 9323-A/2018), as unidades funcionam 24 horas por dia, todos os dias do ano, com apoio médico e de enfermagem permanente. É disponibilizado um número de telefone atendido continuamente pela equipa de enfermagem, equiparando-se à campanha que existe na cabeceira da cama do cliente no internamento hospitalar convencional. O cliente tem acesso aos medicamentos exatamente como se estivesse internado no hospital. O modelo favorece a humanização dos cuidados e estimula a participação das famílias, capacitando-as através de ensino personalizado em função das necessidades e recursos de cada pessoa (Delerue, 2021; Despacho n.º 9323-A/2018, 2018; Levine et al., 2020).

1.1.7 Desafios e Transições na Hospitalização Domiciliária

A expansão deste modelo no Serviço Nacional de Saúde reflete o compromisso com cuidados mais humanos, eficientes e adaptados às necessidades dos clientes (Delerue, 2021). No entanto, o sucesso da hospitalização domiciliária requer não apenas recursos técnicos e humanos adequados, mas também uma visão estratégica que reconheça e apoie os processos de transição vividos pelos clientes e cuidadores informais (Meleis, 2010).

Este modelo representa um avanço significativo, tanto em Portugal como globalmente. Reflete uma mudança de paradigma centrada no cliente e na sustentabilidade dos sistemas de saúde (Gonçalves-Bradley et al., 2022; Shepperd et al., 2016). Contudo, coloca desafios específicos relacionados com a

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

transição do ambiente hospitalar, altamente controlado, para o domicílio, caracterizado por maior variabilidade e menor controlo sobre as condições ambientais (Meleis, 2010).

Entre os vários desafios desta transição, destaca-se a gestão dos fatores ambientais que podem influenciar a segurança do cliente, particularmente no que respeita ao risco de queda (Clemson et al., 2023; WHO, 2021a). Ao contrário do hospital, onde os profissionais controlam totalmente o espaço físico, no domicílio, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária assume o papel de facilitador e orientador. Trabalha em parceria com o cliente e o cuidador para promover um ambiente seguro e adaptado às necessidades específicas de cada situação (Regulamento n.º 428/2018).

Compreender estes processos de mudança e adaptação, tanto dos clientes como dos cuidadores informais, é fundamental para o sucesso da hospitalização domiciliária. A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), apresentada no próximo capítulo, oferece um enquadramento conceptual essencial para analisar estas mudanças, identificar períodos de vulnerabilidade e desenhar intervenções de enfermagem que promovam transições saudáveis do hospital para o domicílio. Neste contexto, os fatores ambientais, particularmente aqueles associados ao risco de queda, assumem particular relevância enquanto condições modificáveis que podem facilitar ou dificultar o processo de transição (Clemson et al., 2023; Meleis, 2010; WHO, 2021a). Isto justifica uma análise aprofundada da sua identificação e gestão na perspetiva dos cuidadores informais.

1.2 Teoria das Transições de Afaf Meleis

A compreensão da hospitalização domiciliária enquanto processo de mudança que acarreta uma transição, requer um enquadramento teórico que permita analisar as experiências vivenciadas por clientes e cuidadores informais. A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, oferece essa perspetiva ao centrar-se nos processos de transição relacionados com a saúde, a doença, o desenvolvimento e as mudanças nos papéis desempenhados pelos clientes e respetivos cuidadores, aquando de um internamento em hospitalização domiciliária (Meleis, 2010). Esse processo de transição envolve a adaptação a novos papéis, como o de cuidador informal, bem como o ajuste a um ambiente menos estruturado em comparação com o hospital. Meleis (2010) defende que as transições eficazes dependem de fatores como o envolvimento ativo dos clientes no processo, a existência de apoio adequado, a minimização de vulnerabilidades e a maximização de competências para lidar com

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

os desafios. No caso da hospitalização domiciliária, a aplicação desta teoria destaca a importância de preparar os clientes e cuidadores informais para esta mudança, assegurando que compreendam os seus papéis e responsabilidades, que tenham acesso a recursos necessários e que recebam apoio contínuo durante todo o processo.

1.2.1 O Conceito de Transição

Meleis (2010) define transição como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, sendo este um processo complexo que se desenvolve ao longo do tempo. As transições não são eventos pontuais, mas sim processos caracterizados por períodos de instabilidade, confusão e vulnerabilidade, embora também representem oportunidades para crescimento e desenvolvimento de novas competências. Esta perspetiva reconhece que cada pessoa vivencia e responde às mudanças de forma única, influenciada por múltiplos fatores pessoais, ambientais e sociais (Meleis, 2010).

A autora identifica quatro tipos principais de transições, sendo frequente ocorrerem de forma simultânea e interligada (Meleis, 2010). As transições de saúde/doença envolvem mudanças no estado de saúde, como a recuperação de uma doença aguda ou a adaptação a limitações funcionais. As transições de desenvolvimento relacionam-se com as mudanças inerentes ao ciclo de vida, como o envelhecimento, a adolescência ou a parentalidade. As transições situacionais são desencadeadas por mudanças nos papéis desempenhados, como acontece quando um familiar ou amigo assume o papel de cuidador informal, ou por experiências situacionais específicas, como uma admissão hospitalar, uma alta ou uma transferência entre serviços. Por fim, as transições organizacionais referem-se a mudanças nos ambientes onde os cuidados são prestados, como a transferência do hospital para o domicílio.

No contexto da hospitalização domiciliária, verifica-se a ocorrência de variadas transições concomitantemente. O cliente, que muitas vezes já enfrenta uma transição de desenvolvimento, experiência então, a transição de saúde/doença e organizacional, enquanto o cuidador informal vivencia uma transição situacional ao assumir um novo papel (Meleis, 2010). Esta pluralidade aumenta a complexidade do processo e reforça a necessidade de apoio adequado durante esta fase, especialmente por parte dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária.

1.2.2 Condições que afetam as Transições

A teoria identifica três categorias de condições que influenciam a forma como as transições são vivenciadas e os resultados alcançados (Meleis, 2010). As condições pessoais incluem os significados que cada pessoa atribui à mudança que acarreta transição, as suas crenças e valores culturais, o nível de preparação e o conhecimento prévio sobre a situação. No contexto deste estudo, a percepção que o cuidador informal tem sobre o risco de queda e a sua preparação para gerir este risco no domicílio constituem condições pessoais determinantes.

As condições comunitárias referem-se aos recursos disponíveis na comunidade e aos apoios sociais existentes. A presença de redes de apoio familiar, o acesso a recursos como centros de dia ou serviços de apoio domiciliário, e a disponibilidade de profissionais de saúde na comunidade influenciam de forma significativa o processo de transição (Meleis, 2010). Estudos demonstram que apoios sociais adequados, estão associados a melhores resultados nas transições, nomeadamente de saúde, reduzindo a sobrecarga dos cuidadores e promovendo a adaptação dos clientes ao ambiente domiciliário, quando encaram uma transição organizacional (Cunha, 2022; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Julião, 2023).

As condições sociais englobam fatores mais amplos, como as políticas de saúde, a disponibilidade de serviços e os recursos económicos (Meleis, 2010). Em Portugal, políticas como o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, e a regulamentação da hospitalização domiciliária, estabelecida pela Norma nº 020/2018, constituem condições sociais que moldam a experiência de transição de clientes e cuidadores.

No âmbito deste estudo, os fatores ambientais do domicílio assumem particular relevância enquanto condições que podem facilitar ou dificultar a transição. Investigações recentes evidenciam que a adequação do ambiente domiciliário desempenha um papel crucial na segurança e autonomia dos clientes em hospitalização domiciliária (Clemson et al., 2023). Um domicílio com iluminação adequada, sem obstáculos nos percursos e com equipamentos de apoio instalados funciona como uma condição facilitadora, promovendo a autonomia do cliente adulto em hospitalização domiciliária e, reduzindo a ansiedade do cuidador informal (Julião, 2023). Pelo contrário, um ambiente inadequado intensifica as vulnerabilidades existentes, aumenta a sobrecarga do cuidador informal e compromete a qualidade da transição (Cunha, 2022; Meleis, 2010).

1.2.3 Indicadores de Transição Saudável

Meleis (2010) propõe que as transições podem ser avaliadas através de dois tipos de indicadores. Os indicadores de processo refletem o envolvimento ativo na mudança e incluem aspetos como o sentir-se conectado com pessoas e espaços significativos, a capacidade de interagir e comunicar com outros, a compreensão de onde se está no processo de mudança e o desenvolvimento de confiança nas novas competências adquiridas.

Os indicadores de resultado representam o domínio das novas competências e a integração do novo papel ou identidade (Meleis, 2010). Manifestam-se através da capacidade para desempenhar adequadamente as novas tarefas, da reformulação da identidade pessoal e da manutenção ou melhoria do bem-estar funcional. Uma transição é considerada saudável quando se verificam indicadores positivos tanto de processo quanto de resultado.

No contexto da prevenção de quedas, um cuidador informal que demonstra indicadores positivos de transição consegue identificar fatores de risco no ambiente domiciliário, implementar as modificações necessárias e reconhecer precocemente sinais de instabilidade no cliente (Lord et al., 2006; Meleis, 2010). A redução do risco de queda através da adequação do ambiente não representa apenas uma intervenção de segurança isolada, mas sim um facilitador de uma transição saudável para o domicílio, contribuindo para a confiança do cuidador e a autonomia do cliente (Clemson et al., 2023; WHO, 2021b).

1.2.4 Relevância da Teoria para este Estudo

A escolha da Teoria das Transições como referencial teórico para este estudo justifica-se por diversas razões. Em primeiro lugar, reconhece que a transição do hospital para o domicílio representa um momento de maior vulnerabilidade para o cliente e para o cuidador informal (Meleis, 2010). Durante este período, fatores ambientais inadequados não constituem apenas riscos isolados, mas amplificam a vulnerabilidade existente, aumentando de forma significativa a probabilidade de ocorrência de quedas (Clemson et al., 2023; Lewis & Griffin, 2021; WHO, 2021a).

Por outro lado, ao contrário de muitas condições pessoais que são difíceis de modificar, o ambiente físico do domicílio representa uma condição sobre a qual é possível intervir através de adaptações práticas e acessíveis (Clemson et al., 2023; Lewis & Griffin, 2021). Esta característica torna os fatores

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

ambientais particularmente relevantes enquanto alvo de intervenções que visam facilitar transições saudáveis. A literatura demonstra que modificações ambientais adequadas podem reduzir significativamente a ocorrência de quedas em populações vulneráveis (Choi et al., 2018; WHO, 2021b).

A teoria valoriza também a experiência subjetiva das pessoas envolvidas nas transições (Meleis, 2010). Ao centrar este estudo na perspectiva dos cuidadores informais sobre os fatores ambientais, adota-se uma abordagem alinhada com os pressupostos teóricos de Meleis. A forma como os cuidadores percebem e interpretam os riscos ambientais reflete o seu nível de preparação, a sua compreensão do ambiente domiciliário e a sua capacidade para identificar e mitigar riscos, constituindo assim indicadores importantes do processo de transição (Cunha, 2022; Meleis, 2010).

A hospitalização domiciliária coloca o enfermeiro numa posição singular: ao contrário do ambiente hospitalar, onde os profissionais detêm o controlo do espaço e da organização dos cuidados, no domicílio o enfermeiro é, como que "um convidado". Entra-se no espaço íntimo das pessoas, no seu território, onde cada família tem as suas dinâmicas, os seus hábitos e a sua forma particular de viver e de cuidar. Esta inversão de papéis exige do enfermeiro uma postura de humildade e respeito, reconhecendo que está a intervir num espaço que não lhe pertence e onde as regras são definidas por quem é alvo dos seus cuidados, não pela instituição. O estabelecimento de uma relação de confiança torna-se, assim, essencial para uma transição saudável (Meleis, 2010). Esta relação constrói-se gradualmente, através da escuta atenta, do respeito pelas decisões do cliente e da valorização dos saberes e experiências do cuidador informal. Só quando existe confiança é que se torna possível que o cuidador partilhe as suas dificuldades reais, os seus receios em relação à segurança do cliente e às barreiras que identifica no ambiente domiciliário. Para facilitar um processo de transição saudável, numa perspectiva de enfermagem humanizada, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária mobiliza competências específicas da sua área de especialização, nomeadamente a capacidade de estabelecer parcerias com indivíduos e famílias, promovendo a sua participação ativa nos processos de tomada de decisão (Regulamento n.º 428/2018). Esta competência é fundamental no contexto da hospitalização domiciliária, uma vez que permite ao enfermeiro trabalhar em colaboração com o cliente e cuidador informal, respeitando os seus ritmos de aprendizagem e as especificidades do contexto domiciliário. Além disso, o enfermeiro mobiliza a competência de avaliação do estado de saúde da comunidade e dos indivíduos, identificando não apenas os riscos ambientais visíveis, mas também as vulnerabilidades menos evidentes, relacionadas com as dinâmicas familiares, os recursos disponíveis e os significados que cada cuidador informal atribui à experiência de cuidar. Através desta avaliação abrangente e da relação de confiança estabelecida, o enfermeiro

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

assume uma função determinante ao capacitar o cuidador informal para reconhecer fatores de risco ambientais e implementar as adaptações necessárias no domicílio (Cunha, 2022; Julião, 2023). Ao identificar, na perspetiva dos cuidadores informais, os fatores ambientais associados ao risco de queda, torna-se possível desenvolver intervenções de enfermagem que não apenas reduzem a ocorrência de quedas, mas que contribuem para facilitar uma transição saudável e bem-sucedida do hospital para o domicílio, promovendo a segurança, a autonomia e a qualidade de vida tanto do cliente como do cuidador informal (Clemson et al., 2023; Meleis, 2010; WHO, 2021b).

Enquadrada a Teoria das Transições enquanto referencial que suporta a análise dos processos vivenciados por clientes e cuidadores informais durante a hospitalização domiciliária, importa agora aprofundar uma das principais ameaças à segurança neste contexto: as quedas. A transição do hospital para o domicílio representa um período de particular vulnerabilidade, no qual diversos fatores podem ampliar os riscos. Entre esses riscos, as quedas destacam-se não só pela sua elevada prevalência, mas também pelo impacto significativo que têm na autonomia e qualidade de vida dos clientes, bem como na sobrecarga vivenciada pelos cuidadores informais. A teoria de Meleis permite compreender de que forma as condições ambientais podem facilitar ou dificultar os processos de transição. Contudo, torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre esta problemática específica. Assim, o próximo capítulo apresenta as quedas enquanto problema de saúde pública, explorando a sua dimensão epidemiológica e, em particular, a relação entre os fatores ambientais do domicílio e a ocorrência destes eventos.

1.3 Quedas como problemática de Saúde Pública

1.3.1 Definição e Magnitude Global

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define queda como " um evento que resulta em uma pessoa parar inadvertidamente no solo ou no chão ou num outro nível inferior." (WHO, 2021b, p.3). Esta definição destaca o carácter involuntário e inesperado do evento, sendo amplamente reconhecida tanto internacionalmente quanto em Portugal.

Para contextualizar a magnitude desta problemática, estima-se que em 2021 aproximadamente 750.000 pessoas morreram por malária, um número inferior ao total de óbitos resultantes de quedas (Apeageyi et al., 2024). De acordo com os últimos dados do Institute for health metrics and evaluation (IHME), em 2021, 803 000 pessoas perderam a vida em consequência de quedas, tornando-se esta

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

uma das principais causas de morte não intencional a nível global (IHME, 2024). Além das fatalidades, estima-se que cerca de 172 milhões de indivíduos sofram incapacidades temporárias ou permanentes, devido a lesões associadas a quedas, evidenciando o impacto significativo deste problema na saúde pública (WHO, 2021a).

1.3.2 Quedas em Portugal: dados epidemiológicos

Importa contextualizar a magnitude desta problemática no contexto nacional, sendo que se pode comparar os dados das quedas com as principais causas de morte em Portugal. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023 as doenças do aparelho circulatório (25,4% do total de óbitos) e os tumores malignos (23,8%) foram as principais causas de morte, representando em conjunto quase metade de todas as mortes ocorridas no país (INE, 2025). Embora as quedas não integrem uma causa de morte tão prevalente, os dados do sistema de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA) revelam que, em 2023 foram registados 40.842 episódios de queda que resultaram em admissões nos serviços de urgência de indivíduos com 65 anos ou mais. Este número de episódios supera, por exemplo, o número anual de óbitos por doenças do aparelho circulatório (30 059) ou por doenças do aparelho respiratório (13 110) sublinhando o impacto significativo das quedas na morbilidade, na utilização dos serviços de saúde e na qualidade de vida desta população (INE, 2025).

A incidência deste evento aumenta com a idade, verificando-se que 31,4% das quedas ocorreram em pessoas com 85 ou mais anos. O ambiente domiciliário foi identificado como o principal local de ocorrência, correspondendo a 63,9% das quedas, com uma proporção crescente à medida que a idade avança. Entre os 65 e 69 anos, 58,6% das quedas ocorreram em casa, enquanto nos indivíduos entre 80 e 84 anos, essa percentagem aumentou para 67,2%. Adicionalmente, as quedas constituíram mais de 70% dos mecanismos de lesão que resultaram em admissões hospitalares por acidentes domésticos e de lazer na população idosa (Alves et al., 2023).

Estes dados demonstram a urgência da implementação de estratégias eficazes de prevenção, incluindo a avaliação de fatores de risco, a adaptação dos ambientes e o reforço da literacia em saúde, com o objetivo de mitigar os efeitos devastadores das quedas a nível individual e coletivo (WHO, 2021b).

1.3.3 Impacto das Quedas

Os dados refletem não apenas um elevado custo humano, mas também um impacto significativo na carga global de doença. As quedas contribuem de forma substancial para os *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs). O conceito de DALYs é um indicador que integra os anos de vida perdidos devido à morte prematura e os anos vividos com incapacidade resultante de lesões, proporcionando uma medida abrangente do impacto global das quedas na saúde pública (WHO, 2020). Este impacto manifesta-se de duas formas principais. Por um lado, os números da OMS (2021) revelam que muitas quedas resultam em mortes prematuras, especialmente entre pessoas idosas que sofrem complicações graves como fraturas do fémur ou traumatismos cranianos. Por outro lado, mesmo quando não são fatais, as quedas causam frequentemente lesões que geram incapacidade prolongada, caracterizada por perda de mobilidade, dor crónica, dependência funcional e necessidade de cuidados contínuos (WHO, 2021a). Esta dupla dimensão sublinha a urgência de estratégias preventivas eficazes que possam mitigar tanto a mortalidade como a morbilidade, associadas às quedas (WHO, 2021b). Neste sentido, a OMS enfatiza a importância da colaboração entre profissionais de saúde, gestores, decisores políticos, cuidadores e a própria comunidade na implementação de estratégias eficazes para a prevenção e gestão das quedas.

1.3.4. Políticas de prevenção de quedas

Dado o impacto significativo das quedas na morbilidade e mortalidade, especialmente entre idosos e populações vulneráveis, a OMS apela à adoção de medidas integradas que incluam avaliações de risco, intervenções ambientais, promoção da atividade física e revisão medicamentosa. A implementação de tais estratégias visa reduzir os danos físicos, o sofrimento psicológico e as perdas associadas às quedas, contribuindo para um envelhecimento saudável e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2021b).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), alinhado com as recomendações internacionais, estabelece objetivos estratégicos que podem contribuir para a redução da incidência e do impacto das quedas na população portuguesa. Uma das prioridades do PNS 2030 é a promoção da saúde e da qualidade de vida em todas as fases do ciclo de vida, incentivando a adoção de comportamentos protetores e a implementação de medidas preventivas baseadas na redução de fatores de risco modificáveis (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023). No contexto da

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

prevenção de quedas, estratégias educativas dirigidas à população e cuidadores podem ser levadas a cabo, promovendo a literacia em saúde no que diz respeito à segurança no domicílio, identificação precoce de fatores de risco e implementação de adaptações ambientais para a redução da probabilidade de ocorrência de quedas (Clemson et al., 2023; WHO, 2021b). A educação dos cuidadores informais tem-se revelado particularmente eficaz para a identificação e gestão de riscos ambientais no domicílio, conforme documentado por Cunha (2022) e Julião (2023) no contexto português.

O PNS 2030 enfatiza a necessidade de reduzir desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, assegurando que populações vulneráveis, tenham acesso equitativo a intervenções preventivas e terapêuticas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023). Neste sentido, a prevenção de quedas deve ser integrada em políticas de saúde pública que contemplem ações específicas para grupos vulneráveis, visando a adaptação dos cuidados prestados, onde se podem incluir os clientes em hospitalização domiciliaria, onde o risco de quedas pode estar associado a barreiras ambientais e limitações na supervisão contínua.

Por outro lado, conforme já descrito anteriormente, as quedas representam um encargo económico substancial para o SNS, não apenas pelos custos diretos relacionados com hospitalizações, cirurgias ortopédicas e reabilitação, mas também pelos custos indiretos associados à perda de autonomia e necessidade de apoio social prolongado (Shepperd et al., 2016; WHO, 2021a). O PNS 2030 destaca a importância da sustentabilidade do sistema de saúde, promovendo abordagens custo-efetivas que favoreçam a eficiência na gestão dos recursos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023).

Neste enquadramento, a prevenção de quedas assume papel central. A implementação de estratégias preventivas baseadas na evidência pode reduzir significativamente a necessidade de hospitalizações prolongadas, intervenções cirúrgicas e complicações associadas (Clemson et al., 2023). A hospitalização domiciliária, quando asseguradas condições adequadas para a mitigação do risco de queda, pode constituir uma alternativa eficiente à hospitalização convencional. Este modelo promove a recuperação no ambiente familiar e reduz a exposição a riscos hospitalares (Delerue, 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022).

A habitação é um determinante fundamental da saúde e do bem-estar humano. Condições inadequadas de habitação estão diretamente associadas a uma série de problemas de saúde, pela que a OMS defende a necessidade de diretrizes universais que garantam que as habitações proporcionem um ambiente seguro, reduzindo a exposição a riscos ambientais e promovendo a saúde das populações

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

(WHO, 2018). Condições inadequadas de habitação, estão diretamente associadas a uma série de problemas de saúde, incluindo o risco aumentado de quedas, particularmente entre populações vulneráveis (Clemson et al., 2023; WHO, 2021a).

Estudos, como a revisão sistemática de Clemson et al. (2023), evidenciam que a inadequação ambiental e a falta de adaptação do domicílio às condições e necessidades dos indivíduos constituem fatores determinantes para a ocorrência de quedas. A implementação efetiva das políticas de prevenção de quedas, tal como preconizadas pela OMS e pelo PNS 2030, depende fundamentalmente de profissionais que consigam traduzir orientações gerais em intervenções concretas e contextualizadas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assume aqui uma responsabilidade determinante, funcionando como elo entre as políticas de saúde pública de nível nacional e as práticas de cuidados no terreno (Regulamento n.º 428/2018).

Este papel operacionalizador manifesta-se através de múltiplas dimensões. O enfermeiro especialista desenvolve e implementa programas de rastreio e avaliação de risco de quedas a nível comunitário, adaptando as diretrizes internacionais e nacionais às realidades locais específicas. No contexto da hospitalização domiciliária, isto significa criar protocolos de avaliação ambiental sistemática que assegurem que todos os clientes beneficiam de uma análise estruturada dos fatores de risco no seu domicílio (Clemson et al., 2023). Estes protocolos, baseados nas recomendações da OMS (2021) e do PNS 2030, são adaptados às características habitacionais prevalentes em cada região e às especificidades socioeconómicas de cada comunidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023; WHO, 2021b).

A vigilância epidemiológica constitui outra dimensão essencial deste papel. O enfermeiro especialista participa na recolha, análise e interpretação de dados sobre a incidência de quedas na população que acompanha. Esta informação é fundamental para identificar grupos de maior risco, avaliar a efetividade das intervenções implementadas, e fundamentar a necessidade de recursos adicionais ou ajustes nas estratégias de prevenção (Regulamento n.º 428/2018; Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023).

O enfermeiro especialista desempenha também uma função importante na articulação entre diferentes níveis de intervenção. A nível individual, trabalha diretamente com clientes e cuidadores na identificação e mitigação de riscos específicos. A nível comunitário, desenvolve programas educativos dirigidos a grupos mais amplos, promovendo a literacia em saúde sobre prevenção de quedas (Cunha,

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

2022; Julião, 2023; Regulamento n.º 428/2018). A nível organizacional, participa em equipas multidisciplinares e contribui para o desenvolvimento de protocolos institucionais. A nível político, pode participar em comissões técnicas ou grupos de trabalho que informam decisões sobre alocação de recursos, desenvolvimento de políticas locais de habitação segura, ou implementação de programas de adaptação domiciliária subsidiados.

Esta função de articulação é particularmente relevante na relação com outros sectores para além da saúde. A prevenção efetiva de quedas em ambiente domiciliário não depende exclusivamente de intervenções de saúde. Requer frequentemente articulação com serviços sociais para acesso a apoios económicos para modificações habitacionais, com autarquias locais para desenvolvimento de políticas de habitação que considerem as necessidades de populações vulneráveis, e com organizações comunitárias que possam oferecer suporte complementar às famílias (WHO, 2021b). O enfermeiro especialista, pelo conhecimento profundo das necessidades da população que acompanha e pela capacidade de dialogar com diferentes sectores, assume responsabilidade de advocacia, identificando fragilidades nos serviços disponíveis e promovendo respostas integradas (Regulamento n.º 428/2018).

A capacitação de outros profissionais constitui outra vertente importante. O enfermeiro especialista pode desenvolver ações de formação dirigidas a equipas de cuidados de saúde primários, enfermeiros de cuidados gerais, assistentes sociais, ou técnicos de outras áreas, disseminando conhecimento sobre fatores de risco ambientais e estratégias de intervenção eficazes. Esta multiplicação de conhecimento potencia o alcance das políticas de prevenção, assegurando que mais profissionais desenvolvem competências para identificar riscos e orientar adequadamente as famílias.

No contexto específico da hospitalização domiciliária, o enfermeiro especialista tem responsabilidade acrescida na garantia de que a transição do hospital para o domicílio ocorre de forma segura. Isto implica identificar necessidades de adaptação antes da transição hospitalar, articular com os serviços competentes para implementação atempada de modificações necessárias, e assegurar que os cuidadores estão adequadamente preparados para gerir os riscos identificados (Delerue, 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Regulamento n.º 428/2018). Esta antecipação e planeamento cuidadoso materializa, na prática, as recomendações das políticas de saúde pública sobre continuidade de cuidados e prevenção de complicações evitáveis.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, definidas pelo Regulamento n.º 428/2018, e o seu papel determinante na capacitação dos cuidadores

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

informais serão aprofundados posteriormente, no contexto específico da prevenção de quedas em hospitalização domiciliária.

Compreendida a magnitude das quedas enquanto problema de saúde pública, bem como consequências e especificidades que esta problemática assume no contexto da hospitalização domiciliária, torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre os fatores que contribuem para a sua ocorrência. Entre os diversos fatores identificados na literatura, os fatores ambientais destacam-se sobretudo pela possibilidade de intervenção. Ao contrário de muitas condições pessoais que são difíceis de modificar, como a idade ou determinadas condições de saúde, o ambiente físico do domicílio constitui uma dimensão sobre a qual é possível atuar de forma concreta. O próximo capítulo dedica-se à análise dos fatores ambientais associados ao risco de queda, explorando os diferentes elementos do ambiente domiciliário que podem influenciar a segurança dos clientes em hospitalização domiciliária e o papel dos cuidadores informais na mitigação do risco.

1.4 Fatores Ambientais e Impacto no Risco de Queda

A abordagem ao risco de queda no contexto domiciliário requer uma terminologia clara e consensual que permita identificar os elementos do ambiente que contribuem para esses eventos. A utilização do termo fatores ambientais é justificada pela sua abrangência e relevância no estudo das condições físicas, estruturais e contextuais que influenciam diretamente a segurança do cliente. Segundo a OMS (2021), fatores ambientais incluem todas as condições externas ao indivíduo que afetam a sua saúde e bem-estar, desde o design do espaço físico até à disposição de objetos no ambiente doméstico (WHO, 2018).

A escolha do termo fatores ambientais em detrimento de outras designações, como condições do ambiente ou fatores externos, deve-se à sua capacidade de englobar uma ampla gama de elementos que interagem com o estado físico e cognitivo do cliente. De acordo com a definição da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), os fatores ambientais *“constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida”* (CIF, 2008, p.199). Representam assim, um domínio essencial para compreender a funcionalidade e as limitações dos indivíduos no seu meio envolvente. Similarmente, estudos como o de Clemson et al. (2023), indicam que os fatores ambientais têm um impacto significativo na ocorrência de quedas, especialmente em populações idosas e/ou com mobilidade reduzida. Esta abordagem é especialmente pertinente no

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

contexto da hospitalização domiciliária, onde as condições do ambiente podem potencializar ou mitigar o risco de queda. Por sua vez, a terminologia também facilita a categorização sistemática dos riscos, permitindo intervenções baseadas em evidências e adaptadas a cada cenário domiciliário.

1.4.1 Elementos dos Fatores Ambientais no Contexto Domiciliário

As quedas tendem a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos e pessoas com mobilidade reduzida ou condições de saúde debilitantes. A OMS alerta que o risco de queda no ambiente domiciliário é agravado quando os fatores ambientais não são adequadamente avaliados ou ajustados às necessidades dos clientes. Por sua vez, estudos demonstram que entre 16% e 58% das quedas estão relacionadas com fatores ambientais, como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, organização desajustada do espaço e a ausência de apoios estruturais (Oliveira et al., 2014; WHO, 2021a).

Embora o domicílio seja o ambiente onde os indivíduos, especialmente os idosos, se sentem mais seguros e confortáveis, é amplamente reconhecido como um ambiente de risco significativo para quedas, especialmente entre idosos ou indivíduos em situação de dependência, como muitas vezes ocorre com os clientes em hospitalização domiciliária. Vários estudos realizados em Portugal corroboram essa premissa. Por exemplo, Cruz et al. (2022), identificaram que as quedas no domicílio são os acidentes domésticos mais prevalentes entre idosos, com uma associação frequente a escorregadelas. De forma complementar, a pesquisa de Murça (2023) avaliou o risco de queda em idosos inscritos em centros de dia, sublinhando a relevância da identificação dos fatores associados às quedas para a elaboração de intervenções preventivas eficazes (Murça, 2023). Estes estudos demonstram que, apesar de o ambiente doméstico ser familiar, o mesmo pode apresentar diversos fatores ambientais potencialmente perigosos, como a organização desajustada do espaço, a iluminação inadequada, pisos irregulares, superfícies molhadas/escorregadias, a insuficiência de material antiderrapante nas zonas de risco, como a casa de banho, e a ausência de apoios estruturais, os quais comprometem a mobilidade e aumentam consideravelmente o risco de queda entre a população idosa (Sousa et al., 2016; Oliveira et al. 2014).

Os fatores ambientais desempenham um papel central na origem das quedas, como apontam autores como Clemson et al. (2023) e Kim et al. (2023). Estes autores evidenciam que o ambiente físico inadequado — incluindo iluminação insuficiente, superfícies escorregadias, e a ausência de

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

dispositivos de apoio, como barras de segurança — está diretamente associado a uma maior incidência de quedas, particularmente em populações vulneráveis (Clemson et al, 2023; Kim et al., 2023). A OMS salienta que a modificação do ambiente pode reduzir em até 40% a ocorrência de quedas, sobretudo em populações vulneráveis (WHO, 2021a). É exemplo, o estudo de Lewis e Griffin (2021), o qual destaca que intervenções ambientais direcionadas, como a instalação de barras de apoio, remoção de obstáculos e melhoria da iluminação, são eficazes na redução do risco de quedas entre idosos com fatores de risco específicos, como histórico de quedas ou dependência nas atividades diárias.

No contexto português, Julião (2023) observa que adaptações simples, como a instalação de barras de segurança e o uso de pisos antiderrapantes, resultaram numa redução significativa de acidentes em residências adaptadas para clientes dependentes. A autora destaca que a reorganização do espaço doméstico, associada à formação de cuidadores informais, é uma medida custo-efetiva para reduzir o risco de queda em Portugal. As barreiras económicas, no entanto, continuam a ser um obstáculo à implementação dessas intervenções, indicando a necessidade de políticas públicas que apoiem as adaptações necessárias de serem efetuadas nos domicílios.

Os fatores ambientais, são elementos intrínsecos ao espaço onde decorre a hospitalização domiciliária e requerem uma análise detalhada e intervenções apropriadas para reduzir os riscos.

1.4.2 Iluminação Inadequada

A iluminação insuficiente ou mal posicionada é amplamente reconhecida como um dos principais fatores ambientais associados ao aumento do risco de queda, particularmente entre populações idosas. Além disso, das alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, a diminuição da acuidade visual é um fator preditor de queda (Sousa et al., 2016). Associado à diminuição da acuidade visual, os contrastes resultantes das várias intensidades de luzes e a adaptação ao escuro, tornam os idosos ainda mais vulneráveis aos perigos decorrentes da iluminação inadequada (Sousa et al., 2016).

De acordo com o Global Report on Falls Prevention in Older Age da OMS, ambientes mal iluminados dificultam a adaptação visual, especialmente em áreas de transição entre diferentes níveis de luminosidade, como corredores, escadas e casas de banho, o que eleva substancialmente a probabilidade de acidentes (WHO, 2018). Esse risco está intimamente relacionado com a dificuldade em identificar obstáculos e mudanças de nível no ambiente, comprometendo a percepção espacial e a segurança durante a locomoção. Nesse contexto, estudos recentes, como a revisão sistemática

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

de Clemson et al. (2019) sobre intervenções ambientais para a prevenção de quedas em idosos na comunidade, reforçam a eficácia de intervenções simples na redução da incidência de quedas. Tais intervenções passam pelo posicionamento de interruptores de fácil acesso, permitindo que a luz seja acionada ao entrar no ambiente, sem necessidade de caminhar até aos interruptores e pela instalação de sistemas de iluminação adequados e de luzes noturnas em áreas críticas do domicílio. No período noturno, a iluminação inadequada ou a sua ausência em momentos de deslocação agrava substancialmente o risco de acidentes. Uma solução prática e eficaz é a instalação de lâmpadas com sensores de movimento garantindo luz suficiente para a locomoção, sem a necessidade de acionar manualmente os interruptores, contribuindo assim para a segurança do indivíduo durante a noite (Grant et al., 2022).

Tais medidas, que são custo-efetivas e de fácil implementação, especialmente em ambientes domiciliários, emergem como uma estratégia preventiva crucial para a gestão do risco de queda em populações adultas.

1.4.3 Obstáculos no Trajeto e Espaço adequado para circulação

A revisão sistemática de Clemson et al. (2023) sobre intervenções ambientais para a prevenção de quedas e o estudo levado a cabo por Lee (2021), destacam a importância de ajustar o ambiente doméstico para reduzir os riscos associados a quedas. A pesquisa sublinha que obstáculos como tapetes soltos, fios elétricos expostos e móveis mal posicionados, que obstruem o caminho e dificultam a circulação, são fatores críticos frequentemente associados à ocorrência de quedas. De acordo com Pighills et al. (2011), a reorganização do espaço doméstico, ao eliminar esses obstáculos e garantir percursos claros, pode reduzir em 25% o risco de quedas, evidenciando a relevância de uma abordagem ambiental na prevenção de acidentes domésticos.

Os estudos conduzidos no contexto português, como o de Julião (2023), que propõe estratégias práticas para modificar o ambiente e reduzir os riscos, corroboram estes achados, salientando que a reorganização do espaço não exige custos elevados, mas sim uma abordagem estratégica e adaptada às necessidades individuais do cliente.

1.4.4 Superfícies Escorregadias e Desníveis

O ambiente interno de um domicílio, em termos de humidade, ventilação e temperatura, exerce uma influência importante no risco de queda. A OMS (2021) recomenda que o ambiente domiciliário seja mantido em condições climáticas adequadas, com níveis de humidade controlados e temperaturas confortáveis, para reduzir os riscos associados à instabilidade postural. A temperatura interna das residências é um fator determinante para a saúde e segurança dos indivíduos, especialmente dos idosos, que possuem menor capacidade de termorregulação (WHO, 2021b). A OMS (2018) recomenda que a temperatura mínima das habitações no inverno seja mantida em 18°C. Para idosos com condições crónicas, a temperatura ideal situa-se entre 20°C e 22°C. No verão, recomenda-se que a temperatura interna não ultrapasse 26°C, para reduzir os riscos associados ao calor extremo (WHO, 2018).

A humidade excessiva é um fator de risco evitável quando se adotam boas práticas ambientais e estruturais na habitação. A OMS (2021) refere que a humidade excessiva aumenta a probabilidade de quedas ao comprometer a tração ao piso. Recomenda por isso que, a humidade relativa interna não ultrapasse 50%, devendo-se promover a circulação de ar natural e/ou mecânica para evitar o acúmulo de humidade, especialmente em áreas como cozinhas e casas de banho (WHO, 2021b). Em locais com ventilação insuficiente, a OMS sugere o uso de exaustores e desumidificadores como estratégia eficaz na redução da humidade e na mitigação dos seus impactos negativos na saúde (WHO, 2009). Essas intervenções não só aumentam a segurança, como também promovem o conforto e a qualidade de vida dos clientes.

O risco associado à humidade excessiva está intimamente relacionado com a presença de superfícies escorregadias no ambiente doméstico, as quais, quando combinadas com outros fatores, como desníveis e falta de apoio, intensificam ainda mais a probabilidade de quedas. A literatura científica demonstra que a presença de pisos escorregadios, especialmente quando somados a fatores como iluminação inadequada, constitui um dos principais riscos ambientais para os idosos (Clemson et al., 2019; Lee, 2021; Sousa et al., 2016). Nessas condições, superfícies escorregadias, comuns em áreas como casas de banho e cozinhas, reduzem o atrito entre os pés e o solo, comprometendo a estabilidade e aumentando a probabilidade de perda de equilíbrio.

Outro fator significativo é a presença de desníveis no pavimento, como escadas mal projetadas ou mesmo desníveis, ainda que pequenos, no interior das habitações, representam um risco adicional. A dificuldade em perceber essas variações no nível do solo eleva o risco de queda, principalmente em

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

áreas com transições de piso dentro do domicílio (Gillespie et al., 2012). A eliminação ou correção desses desníveis, juntamente com a melhoria das superfícies de circulação, são intervenções recomendadas para reduzir significativamente o risco de queda.

No contexto português, um estudo realizado por Gonçalves (2013), identificou que a presença de obstáculos (29,2%) e o piso molhado (26,2%) estão entre os cinco principais fatores associados ao risco de queda referidos pelos idosos inquiridos.

1.4.5 Equipamentos adaptativos

A ausência de equipamentos adaptativos no domicílio, como barras de segurança, assentos de banho ajustáveis e suportes laterais junto às camas, contribui significativamente para o aumento do risco de quedas entre idosos. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) enfatiza a instalação desses dispositivos como uma intervenção essencial para melhorar a segurança domiciliária, prevenindo quedas e promovendo a mobilidade dos indivíduos em risco (WHO, 2021b). A utilização de equipamentos adaptativos, como barras de apoio e assentos de banho ajustáveis, tem demonstrado ser uma medida eficaz na redução do risco de quedas, proporcionando maior estabilidade e segurança em áreas da casa mais propensas a acidentes, como a casa de banho e a área ao lado da cama.

De acordo com a revisão sistemática de Kim et al. (2023) sobre o ambiente doméstico e o risco de quedas entre idosos frágeis, a adaptação do ambiente, incluindo a instalação de dispositivos de apoio, é fundamental para mitigar o risco de quedas. Os autores afirmam que a presença de equipamentos como barras de apoio pode melhorar a confiança do idoso, facilitando sua mobilidade e independência nas atividades diárias. Além disso, a falta desses dispositivos contribui para o aumento da instabilidade postural e limita a capacidade de realizar tarefas quotidianas com segurança.

No entanto, um estudo realizado em Portugal por Julião (2023) indica que, apesar do reconhecimento da eficácia desses dispositivos, muitas famílias não os instalam devido a barreiras económicas e à falta de informação sobre a sua importância. A pesquisa de Kim et al. (2023) também destaca que a escassez de apoio financeiro e programas comunitários voltados à adaptação domiciliária agrava a situação, dificultando o acesso dos idosos a esses recursos de segurança essenciais. Esse cenário evidencia a necessidade de políticas públicas e programas de apoio que possam garantir que os idosos tenham acesso a essas intervenções preventivas. Nesse sentido, políticas públicas voltadas para a promoção da acessibilidade domiciliária são fundamentais. Modelos de suporte já implementados em diversos

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

países demonstram que subsídios financeiros, parcerias com organizações não governamentais e incentivos para adaptações residenciais podem ser estratégias eficazes para garantir que um maior número de domicílios esteja equipado de forma segura (Lee, 2021).

A instalação de dispositivos adaptativos não apenas melhora a segurança do ambiente domiciliário, mas também promove a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos, permitindo-lhes viver de forma independente e reduzir o risco de quedas, que são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos. Além disso, a adaptação do ambiente domiciliar pode reduzir os custos com tratamentos médicos relacionados com quedas e internamentos hospitalares. É essencial que as famílias e os cuidadores compreendam a importância desses dispositivos e saibam como utilizá-los de maneira eficaz. Além disso, o apoio de políticas públicas e subsídios financeiros é crucial para garantir que essas adaptações sejam acessíveis a todos, independentemente da sua situação económica.

1.4.6 Portas e corredores estreitos

A largura insuficiente de portas e corredores é uma barreira que compromete a mobilidade, particularmente para pessoas que utilizam dispositivos de apoio, como cadeiras de rodas ou andarilhos. Este fator não só dificulta a deslocação, como também aumenta a probabilidade de acidentes ao forçar movimentos mais complexos ou inseguros. Estudos destacam que a adequação do ambiente físico, incluindo a ampliação de corredores e portas, é fundamental para facilitar o movimento seguro e reduzir a probabilidade de acidentes (Clemson et al, 2023; Kim et al., 2023).

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 163/2006, no ponto 3.3.2 da secção 3.3 do capítulo 2 dos anexos, estabelece que os corredores e espaços de circulação horizontal das habitações devem ter uma largura mínima de 1,1 metros, permitindo exceções pontuais de 0,9 metros em troços curtos de até 1,5 metros, desde que não deem acesso lateral a portas de compartimentos. Esta regulamentação tem como objetivo garantir a acessibilidade dentro das habitações, prevenindo obstáculos que possam comprometer a segurança e a mobilidade, especialmente de pessoas idosas ou com limitações funcionais.

A adaptação das condições habitacionais deve ser abordada de forma multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, familiares, arquitetos, engenheiros e a própria comunidade. A implementação de estratégias como avaliações de risco no domicílio, educação para a segurança e introdução de medidas estruturais acessíveis é fundamental para reduzir a incidência de quedas e evitar

Maria João Nascimento – Dezembro 2025 – Atlântica

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

hospitalizações desnecessárias. No entanto, apesar da existência de normas e diretrizes para a acessibilidade, muitas habitações permanecem inadequadas devido aos elevados custos associados às adaptações necessárias, dificultando a sua implementação por famílias com menores recursos financeiros, como demonstra o estudo levado a cabo por Julião (2023).

1.4.7 Animais de Estimação

Embora proporcionem benefícios emocionais e psicológicos comprovados, os animais de estimação podem constituir risco para queda, especialmente em domicílios com espaço limitado. Segundo Stevens et al. (2010), quedas causadas por animais de estimação representam uma causa frequente de quedas no ambiente domiciliário, particularmente entre idosos. Os autores exploram o papel dos cães e gatos como fatores ambientais de risco para quedas, especialmente entre a população idosa. Destacam que a presença desses animais no ambiente domiciliário pode aumentar a probabilidade de quedas, devido a acidentes causados por tropeções ou distrações inesperadas. Em particular, os cães foram identificados como um risco maior, devido ao comportamento imprevisível, como correr ou mudar rapidamente de direção, o que pode desestabilizar os idosos. Este risco é exacerbado em contextos onde os animais têm livre circulação em áreas pequenas ou mal organizadas. Este estudo contribui para a compreensão da necessidade de adaptações no ambiente doméstico para minimizar os riscos de queda, incluindo a consideração dos animais de estimação como um fator relevante. Medidas preventivas, como delimitar áreas específicas para os animais e sensibilizar os donos para o comportamento destes, podem ajudar a reduzir o risco de queda (Steven set al., 2010).

1.4.8 Interação Entre Fatores Ambientais e o Cuidado Domiciliário

O modelo de hospitalização domiciliária, embora ofereça vantagens em conforto e recuperação no ambiente familiar, amplifica o impacto de fatores ambientais no risco de queda. A interação entre os fatores ambientais e os cuidados domiciliários é um tema de crescente interesse. Enquanto modelo de cuidado, a hospitalização domiciliária, transfere a responsabilidade pela gestão dos riscos para os cuidadores informais, que nem sempre têm formação adequada para identificar e mitigar os fatores ambientais. Em Portugal, estudos recentes têm demonstrado que intervenções no ambiente domiciliário, quando combinadas com a capacitação dos cuidadores informais, são estratégias

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

altamente eficazes para reduzir as quedas. Um exemplo disso é a pesquisa de Cunha (2022), que reforça a importância das intervenções para a prevenção de quedas em idosos, destacando a necessidade de sensibilizar os cuidadores para a adequação do ambiente e para práticas de cuidado adequadas. Este estudo conclui que a formação dos cuidadores informais, ao lado das modificações ambientais, resulta numa significativa redução do risco de queda, promovendo mais segurança e autonomia para os idosos no ambiente domiciliário (Cunha, 2022). No entanto, estas intervenções requerem uma análise personalizada do domicílio e do perfil do cliente, realçando o papel crucial do enfermeiro especialista na identificação e mitigação dos riscos. Este cenário sublinha a importância do enfermeiro especialista em saúde comunitária, cuja competência em avaliar o ambiente e propor adaptações específicas é central para a segurança do cliente.

Segundo Meleis (2010), a transição do hospital para o domicílio envolve mudanças significativas no ambiente de cuidado, que podem ser facilitadas ou dificultadas pela adequação dos fatores ambientais. Nesta continuidade, o enfermeiro assume uma responsabilidade determinante não só na capacitação do cuidador, mas também na monitorização contínua do ambiente domiciliário.

A identificação e caracterização dos fatores ambientais associados ao risco de queda, tal como apresentada na literatura científica, constitui um ponto de partida fundamental. Contudo, no contexto da hospitalização domiciliária, onde o espaço de cuidados pertence ao cliente e não à instituição, a compreensão destes riscos ambientais ganha outra dimensão quando analisada através do olhar de quem convive diariamente com o cliente nesse espaço. Os cuidadores informais, pela proximidade e vivência quotidiana no domicílio, desenvolvem uma perceção particular sobre quais os elementos do ambiente que representam maior ameaça à segurança. Assim, torna-se essencial conhecer como é que estes cuidadores percebem e identificam os fatores ambientais de risco. Este conhecimento pode então, revelar aspetos que, embora presentes no ambiente domiciliário, podem não ser imediatamente evidentes numa avaliação técnica ou teórica. O próximo subcapítulo explora o papel dos cuidadores informais enquanto conhecedores privilegiados do contexto domiciliário, aprofundando a relevância das suas perceções para a compreensão dos fatores ambientais associados ao risco de queda.

1.5 Contribuição dos Cuidadores Informais na Identificação e Mitigação dos Riscos Ambientais na Hospitalização Domiciliária

O objetivo principal desta dissertação é identificar, a partir da perspectiva dos cuidadores informais, os fatores ambientais que contribuem para o risco de queda em adultos em hospitalização domiciliária. O termo "cuidador informal" foi adotado para refletir a ampla diversidade de indivíduos que desempenham esse papel, incluindo não apenas os familiares diretos, mas também amigos, vizinhos e outros membros da rede de apoio social. Este conceito abrange pessoas sem vínculo profissional ou remuneração, mas que, por sua vez, dedicam-se ao cuidado de alguém em situação de dependência. A importância deste papel tem vindo a ser reconhecida não apenas pela sociedade, mas também pela legislação e pelas políticas públicas, devido ao impacto direto que os cuidadores têm na segurança e bem-estar do cliente, especialmente no contexto da hospitalização domiciliária.

A definição legal de "cuidador informal" em Portugal encontra-se estabelecida pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal. Esta legislação considera cuidador informal qualquer pessoa, incluindo cônjuge, unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou colateral, que preste cuidados de forma regular ou permanente a uma pessoa dependente, sem vínculo profissional ou remuneração (Lei nº 100/2019). A Lei n.º 100/2019 representa um avanço no reconhecimento do valor dos cuidadores informais e na definição das suas responsabilidades e direitos, o que implica também maior apoio institucional e reconhecimento social.

No contexto da hospitalização domiciliária, onde os cuidados de saúde são prestados no ambiente domiciliário do cliente, o papel do cuidador informal torna-se ainda mais relevante. Este modelo de cuidados visa proporcionar a continuidade da assistência de cuidados de saúde, assegurando a comodidade e a recuperação do cliente no seu domicílio, distante do ambiente hospitalar. Nesse cenário, o cuidador informal assume diversas responsabilidades, como garantir a toma de medicação, monitorizar sinais vitais, ajudar nos autocuidados e, essencialmente, promover a segurança do cliente. Entre os diversos riscos que os cuidadores enfrentam, no modelo de cuidados em Hospitalização domiciliária, o cuidador informal assume um papel crucial, especialmente na prevenção de quedas, que são uma das principais complicações nos cuidados a adultos, particularmente entre os idosos (Lord et al., 2006; Ambrose et al., 2013).

A prevenção de quedas constitui um aspeto fundamental na gestão de cuidados no domicílio, uma vez que, como mencionado anteriormente, as quedas estão frequentemente associadas a complicações graves, como fraturas e hospitalizações prolongadas, impactando significativamente a qualidade de

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

vida dos clientes. Nesse sentido, é essencial que o cuidador informal, além de auxiliar o cliente nas suas necessidades diárias, também identifique e minimize os fatores ambientais de risco que possam contribuir para a ocorrência de quedas.

1.5.1 O Papel do Cuidador Informal na Prevenção de Quedas em Ambiente Domiciliário

A hospitalização domiciliária visa oferecer cuidados médicos e de enfermagem no ambiente domiciliário, permitindo ao cliente maior conforto e autonomia. A transição do hospital para o domicílio exige ajustes significativos para o cliente e para o cuidador, com a adaptação ao novo ambiente. Meleis, na descrição da sua Teoria das Transições (2010), destaca a importância de uma adaptação eficaz durante este processo, no qual o cuidador é essencial na implementação de medidas preventivas que garantam a segurança do cliente.

Estudos mostram que quando os cuidadores são treinados para realizar ajustes no espaço doméstico, como melhorar a iluminação, remover obstáculos ou instalar dispositivos de apoio, o risco de quedas diminui substancialmente, resultando numa transição mais segura para o domicílio (Kim et al., 2023). Nesse contexto, o enfermeiro especialista em saúde comunitária assume uma competência determinante, orientando o cuidador nas melhores práticas e intervenções preventivas, e oferecendo apoio contínuo.

1.5.2 Desafios e Estratégias de Prevenção de Quedas: Competências do Enfermeiro Especialista na Capacitação do Cuidador Informal

A prevenção de quedas no domicílio exige uma abordagem integrada, combinando modificações ambientais e comportamentais com uma intervenção colaborativa entre cuidadores informais e profissionais de saúde. Para compreender o impacto das mudanças vividas por clientes e cuidadores no contexto da hospitalização domiciliária, Meleis (2010) propõe um modelo teórico que analisa as transições relacionadas com a saúde e o ambiente. A teoria enfatiza que essas transições são processos complexos, nos quais o suporte contínuo dos profissionais de saúde é essencial para promover adaptações bem-sucedidas.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

No contexto da transição do hospital para o domicílio, a adaptação não se resume à reorganização do espaço físico, exige também a capacitação do cuidador informal para garantir a segurança e o bem-estar do cliente (Delerue, 2021; Petronilho, 2021). Segundo Meleis (2010), o sucesso dessa transição depende da aquisição de novas competências e da implementação de estratégias que minimizem riscos. Nesse cenário, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública assume uma responsabilidade determinante, não só oferecendo orientação técnica, mas também promovendo um ambiente seguro e adaptado às necessidades do cliente, apoiando a tomada de decisão do cuidador e fornecendo suporte emocional ao longo do processo.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, no que respeita à prevenção de quedas em hospitalização domiciliária, fundamenta-se num corpo de competências específicas definidas pelo Regulamento n.º 428/2018. Esta prática diferenciada alicerça-se também nos padrões de qualidade dos cuidados especializados estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e na evidência científica internacional sobre prevenção de quedas (Clemson et al., 2023; Gillespie et al., 2012; WHO, 2021b).

A abordagem caracteriza-se por integrar dimensões de avaliação, planeamento, implementação e monitorização de intervenções baseadas em evidência científica, seguindo a metodologia sistematizada do Planeamento em Saúde que orienta a prática em enfermagem comunitária (Petronilho, 2021).

Entre as competências específicas, destaca-se a capacidade de avaliar o estado de saúde da comunidade e dos indivíduos, com base na metodologia do Planeamento em Saúde (Regulamento n.º 428/2018; Petronilho, 2021). Esta avaliação permite ao enfermeiro identificar fatores de risco no domicílio através de avaliação sistemática e estruturada do ambiente, bem como através de observação sistemática das condições habitacionais e dos padrões de mobilidade do cliente (Clemson et al., 2023; Gillespie et al., 2012).

A identificação de fatores ambientais de risco inclui superfícies escorregadias, iluminação inadequada, ausência de barras de apoio ou desorganização espacial, conforme documentado em estudos realizados em contexto português (Cruz et al., 2022; Oliveira et al., 2014; Sousa et al., 2016). A partir desta análise abrangente, o enfermeiro propõe intervenções fundamentadas em evidências científicas recentes, tais como a instalação de dispositivos de segurança, a reorganização do espaço e melhorias na iluminação (Kim et al., 2023; WHO, 2018), criando um ambiente mais seguro e adaptado ao cliente.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Além disso, o enfermeiro especialista contribui para a capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018), uma competência essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção de quedas. A capacitação do cuidador informal constitui um eixo central dessa atuação, permitindo que este adquira conhecimentos e habilidades para prestar cuidados de forma segura. Para tal, o enfermeiro desenvolve programas educativos focados na organização do ambiente domiciliário, no uso correto de dispositivos de apoio - como andarilhos ou rampas - e na identificação precoce de sinais de declínio funcional no cliente (Cunha, 2022; Julião, 2023).

A evidência científica demonstra que programas estruturados de educação dirigidos a cuidadores informais melhoram significativamente a sua capacidade de identificar e gerir riscos ambientais no domicílio (Clemson et al., 2023; Cunha, 2022; Julião, 2023). Complementarmente, o enfermeiro promove estratégias de autogestão da segurança, incentivando cuidadores e clientes a adotarem práticas que reduzam o risco de quedas, como a escolha adequada de calçado antiderrapante, a manutenção de uma boa iluminação e a adaptação dos padrões de mobilidade dentro de casa (Gillespie et al., 2012; WHO, 2021b).

Esta capacitação não apenas reforça a segurança do cliente, mas também melhora a autonomia e a confiança do cuidador, fatores essenciais para a continuidade dos cuidados no domicílio e para a redução da sobrecarga experienciada (Sequeira, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), iniciativas que combinam treino em segurança ambiental, reorganização de espaços e resposta a emergências reduziram em até 40% a incidência de quedas em domicílios (WHO, 2021b).

A monitorização contínua das intervenções implementadas é outra responsabilidade do enfermeiro especialista, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 428/2018). A realização de visitas domiciliárias regulares permite avaliar a eficácia das estratégias adotadas e ajustá-las conforme a evolução do estado clínico do cliente (Cunha et al., 2017; Delerue, 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022). Esta abordagem dinâmica e personalizada assegura que as medidas implementadas permanecem adequadas ao longo do tempo, minimizando riscos e garantindo um ambiente seguro e adaptado às necessidades do cliente (Clemson et al., 2023).

No entanto, a intervenção do enfermeiro especialista não se restringe à dimensão técnica e educativa. A gestão dos cuidados implica também um olhar atento sobre o bem-estar emocional do cuidador informal, uma vez que o stresse e a sobrecarga emocional são frequentemente observados entre aqueles que assumem este papel (Sequeira, 2010). O enfermeiro, ao identificar sinais de exaustão emocional através de avaliação clínica, pode intervir oferecendo suporte psicológico, encaminhando

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

o cuidador para redes de apoio comunitárias previstas no Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019) e promovendo estratégias de autocuidado. Esta abordagem integral favorece a sustentabilidade dos cuidados e reduz o impacto negativo que o papel de cuidador pode ter sobre a saúde mental dos envolvidos (Sequeira, 2010).

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, destaca-se a responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º140/2019), garantindo que todas as intervenções sejam realizadas de acordo com as normas e regulamentos estabelecidos, nomeadamente o Código Deontológico dos Enfermeiros e o quadro legal aplicável à hospitalização domiciliária (Despacho n.º 9323-A/2018; Norma n.º 020/2018), assegurando cuidados seguros e de qualidade.

A melhoria contínua da qualidade é outro eixo fundamental da sua prática (Regulamento n.º 348/2015; Regulamento n.º 140/2019), incentivando a adoção de metodologias baseadas em evidências, a avaliação regular da eficácia das intervenções implementadas através de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, e a atualização constante face às melhores práticas em saúde comunitária publicadas em revistas científicas de referência.

A aprendizagem profissional contínua é um pilar essencial que permite ao enfermeiro especialista manter-se atualizado sobre novas abordagens na prevenção de quedas e na capacitação do cuidador (Regulamento n.º 140/2019). Esta atualização permanente possibilita a incorporação de metodologias inovadoras na prática clínica, garantindo que as intervenções sejam cada vez mais eficazes e adequadas às necessidades da população, considerando sempre as especificidades do contexto português (Delerue, 2021; Petronilho, 2021).

Dessa forma, ao integrar as competências específicas e comuns da especialidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública desempenha um papel determinante na promoção da segurança no domicílio e na capacitação do cuidador informal. A sua atuação, assenta na avaliação sistemática de riscos (Clemson et al., 2023; Gillespie et al., 2012), na implementação de intervenções eficazes fundamentadas na evidência científica internacional (WHO, 2021b) e nacional (Cruz et al., 2022; Cunha, 2022; Julião, 2023; Oliveira et al., 2014), e na monitorização contínua integrada no acompanhamento domiciliário (Cunha et al., 2017; Delerue, 2021), não só reduz significativamente o risco de quedas, mas também melhora a qualidade de vida do cliente e do cuidador.

Esta abordagem integrada, que articula a Teoria das Transições de Meleis (2010) com as competências especializadas em enfermagem comunitária e a evidência científica sobre prevenção de quedas, reflete

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

a importância do enfermeiro especialista na promoção de cuidados seguros, humanizados e baseados na excelência, contribuindo para transições saudáveis no contexto da hospitalização domiciliária (Gonçalves-Bradley et al., 2022; Petronilho, 2021).

O enquadramento conceptual apresentado ao longo deste capítulo evidenciou a complexidade da problemática das quedas em hospitalização domiciliária, destacando a relevância dos fatores ambientais enquanto condições modificáveis e o papel central dos cuidadores informais na sua gestão. A Teoria das Transições de Meleis oferece-nos o prisma teórico para compreender esta realidade como um processo dinâmico de mudança e (re)adaptação. Contudo, para que seja possível aprofundar o conhecimento sobre como os cuidadores informais percebem os fatores ambientais, associados ao risco de queda, em clientes em hospitalização domiciliária no quotidiano dos cuidados, torna-se necessário ir ao encontro das suas vozes e experiências. O capítulo seguinte apresenta o caminho metodológico percorrido para aceder a essas percepções, descrevendo as opções que orientaram a recolha e análise dos dados que permitirão responder à questão de investigação deste estudo.

2. METODOLOGIA

A investigação assume um papel crucial no desenvolvimento de uma base científica que sustenta e orienta a prática de cuidados em enfermagem. O seu propósito principal é a exploração sistemática de fenómenos próprios da disciplina, com vista à produção de conhecimento robusto e à expansão dos saberes específicos da área. Este processo não apenas promove o avanço científico da profissão, mas também consolida uma prática profissional alicerçada em evidências, garantindo maior qualidade, segurança e eficácia nos cuidados prestados (Fortin, 2009).

Este capítulo descreve a abordagem metodológica adotada para responder à questão de investigação: Quais são os fatores ambientais, na perspetiva dos cuidadores informais, que estão associados ao risco de queda em clientes adultos em hospitalização domiciliária de uma unidade privada de serviços de saúde da região de Lisboa?

O estudo é centrado na análise do relato das experiências dos cuidadores informais, valorizando as suas perceções, no que respeita aos fatores ambientais que influenciam o seu papel, na prevenção de quedas. Assim, serão detalhados o tipo e o objetivo do estudo, os participantes envolvidos, os procedimentos de colheita e análise de dados e as considerações éticas da investigação.

2.1 Tipo de estudo e objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral:

- ◆ Identificar, na perspetiva dos cuidadores informais, quais são os fatores ambientais que estão associados ao risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária, de uma unidade privada de serviços de saúde da região de Lisboa.

Apresenta ainda como objetivos específicos:

- ◆ Descrever a perceção dos cuidadores informais sobre como o espaço domiciliário afeta a mobilidade da pessoa cuidada;
- ◆ Identificar elementos específicos no ambiente domiciliário que representam maior preocupação para os cuidadores informais quanto ao risco de quedas durante atividades de vida diárias;

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

- ◆ Identificar, nas quedas relatadas pelos cuidadores informais, quais os fatores que contribuíram para a ocorrência.

É um estudo que se insere no paradigma qualitativo, com enfoque descritivo, pois busca compreender a experiência individual e subjetiva dos cuidadores informais.

Segundo Bardin (2011), este tipo de pesquisa é essencial para estudos que procuram ampliar o conhecimento sobre fenómenos complexos e pouco investigados, como é o caso dos fatores ambientais associados ao risco de queda no contexto de hospitalização domiciliária. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2013), a pesquisa qualitativa é indicada para conhecer as percepções, atitudes e significados atribuídos pelos participantes aos fenómenos que vivem, o que a torna particularmente adequada para este estudo, que se propõe a entender os fatores ambientais associados ao risco de queda, num contexto específico e dinâmico, como a hospitalização domiciliária. De acordo com Bardin (2011), uma análise qualitativa descritiva deve partir dos dados tal como eles se apresentam, permitindo que as categorias de análise emergem das narrativas, em vez de impor conceitos prévios. Para além disso, conforme mencionado por Flick (2009), a pesquisa qualitativa permite captar as nuances das experiências vividas pelos participantes e proporciona um entendimento profundo do contexto em que o fenómeno ocorre. Enquanto investigadora, importa valorizar a singularidade das histórias e a diversidade das experiências, enriquecendo a compreensão do fenómeno em estudo. A utilização de entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas e flexíveis, proporciona um espaço para os participantes expressarem as suas vivências e reflexões de maneira livre e detalhada.

2.2 Contexto e Local do Estudo

O estudo será conduzido numa unidade privada de saúde localizada na região de Lisboa, que presta cuidados de saúde em regime de hospitalização domiciliária a clientes adultos. O contexto em que o fenómeno ocorre é essencial para compreender plenamente os fatores que influenciam as experiências dos participantes (Bardin, 2011). Este cenário foi selecionado devido à sua relevância para o tema em estudo, uma vez que proporciona condições ideais para explorar os fatores ambientais que impactam o risco de queda no domicílio.

2.3 Participantes

Os informantes deste estudo serão cuidadores informais de clientes adultos em regime de hospitalização domiciliária atendidos nesta unidade privada de saúde na região de Lisboa. A seleção dos informantes foi realizada através de uma técnica de amostragem não-probabilística por conveniência, um procedimento comum em estudos qualitativos que procuram obter informações aprofundadas de indivíduos com experiência relevante no fenómeno investigado. De acordo com Bardin (2011), a escolha criteriosa de participantes com conhecimento direto e vivências significativas sobre o objeto de estudo é fundamental para garantir a pertinência e a profundidade dos dados recolhidos. Critérios de inclusão e exclusão foram definidos para selecionar cuidadores que possuam experiência prática no cuidado domiciliário, garantindo que têm contacto direto com os fatores ambientais que podem influenciar o risco de queda, tornando-os fontes privilegiadas para a construção do conhecimento científico nesta área. Os critérios de inclusão e exclusão asseguram a especificidade e a adequação dos dados à questão de investigação.

A seleção dos participantes teve como critérios de inclusão:

- ◆ possuir competência linguística portuguesa;
- ◆ ter idade superior a 18 anos;
- ◆ aceitar de forma livre e esclarecida participar no estudo;
- ◆ aceitar a gravação áudio da entrevista;
- ◆ estar integrado nos cuidados em hospitalização domiciliária;
- ◆ assumir-se como cuidador do cliente internado em hospitalização domiciliária.

Foram selecionados 4 informantes, tendo a realização de entrevistas terminado quando se alcançou um nível de consistência e aprofundamento suficiente para permitir uma compreensão do objeto de estudo, assegurando que diferentes perspetivas tenham sido exploradas de maneira abrangente (Quivy & Van Campenhoudt, 2013).

2.4 Recolha de Dados

A recolha de dados desta investigação foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Esta escolha permitiu compreender as experiências, perceções e significados que os participantes atribuem aos fatores ambientais associados ao risco de queda em adultos em hospitalização domiciliária

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

(McGrath et al., 2019). O guião da entrevista (APENDICE I), previamente desenvolvido com base na revisão da literatura (Quivy & Campenhoudt, 2013), foi possível de ser adaptado ao longo da mesma, permitindo esclarecer pontos e obter informações adicionais sem comprometer o foco temático (McGrath et al., 2019). Além disso, as perguntas foram formuladas em linguagem clara e acessível, de modo a promover um ambiente de confiança e facilitar a comunicação.

Os participantes foram inicialmente contactados via telefónica, momento em que lhes foi apresentado o convite para integrarem o presente estudo. Nessa comunicação, foram igualmente esclarecidos quanto ao tema da investigação, aos seus objetivos e a finalidade. Foi ainda verificada a sua disponibilidade para o agendamento da entrevista e antes de cada entrevista, foi mais uma vez explicado o objetivo do estudo e solicitada a assinatura do consentimento informado (APÊNDICE II), assegurando a confidencialidade e a voluntariedade da participação, em conformidade com os princípios éticos da investigação qualitativa (Illing, 2014, citado em McGrath et al., 2019).

As entrevistas foram realizadas presencialmente, num contexto individual, em local reservado e tranquilo, livre de interrupções, criando um ambiente propício à expressão livre e autêntica dos participantes — aspeto essencial na investigação qualitativa (Flick, 2009). Durante o diálogo, foram respeitados os ritmos de comunicação dos participantes, valorizando os momentos de silêncio e utilizando estratégias de validação e incentivo, tais como reformulações e perguntas de aprofundamento. Partindo de uma postura não hierárquica e atenta às diferenças de idade, formação e contexto socioeconómico dos participantes, foram igualmente consideradas as dimensões culturais e de poder inerentes à interação entre entrevistador e entrevistado (Durkin et al., 2020). Esta atitude procurou favorecer a autenticidade das respostas, atenuar possíveis assimetrias relacionais e mitigar enviesamentos associados à posição do investigador, sem nunca ser esquecido, em todo o processo, o respeito e a dignidade de cada participante.

As entrevistas decorreram entre os dias 16 de junho de 2025 e 20 de Setembro de 2025. O guião da entrevista integrou seis questões principais, elaboradas com base nos objetivos do estudo, e cada sessão teve uma duração média de 29 minutos. O processo de recolha de dados foi conduzido até se alcançar redundância informacional, ou seja, quando os dados das entrevistas subsequentes passaram a repetir informações já obtidas anteriormente, sem acrescentar novos elementos relevantes para responder à questão de investigação (Quivy & Van Campenhoudt, 2013). A partir da terceira entrevista, os fatores ambientais identificados pelos cuidadores começaram a apresentar consistência e repetição, padrão que se confirmou na quarta entrevista, indicando suficiência de dados para uma compreensão aprofundada das perspetivas dos cuidadores informais.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Este procedimento está alinhado com a necessidade de garantir a validade e a fiabilidade dos dados qualitativos, assegurando que a investigação capte as múltiplas dimensões do fenómeno (Quivy & Van Campenhoudt, 2013). Além disso, a conjugação entre rigor metodológico e pragmatismo, considerando os recursos e limitações do estudo, é fundamental para assegurar a qualidade da investigação sem comprometer a sua viabilidade prática (Maxwell, 2013).

Para garantir a precisão na análise, todas as entrevistas foram gravadas recorrendo à aplicação de gravação *Dictfone*, com o consentimento informado dos participantes, medida que visa assegurar a fidelidade do registo e preservar o conteúdo verbalizado com o máximo rigor possível (Maxwell, 2013). Após a realização das entrevistas, procedeu-se à sua transcrição integral. De forma a garantir a fiabilidade dos dados, foi realizada uma confrontação entre os registos áudio e os conteúdos transcritos. Após a realização das entrevistas, procedeu-se à sua transcrição integral. De forma a garantir a fiabilidade dos dados, foi realizada dupla verificação: após a transcrição de cada entrevista, procedeu-se à releitura completa da transcrição enquanto ouvia simultaneamente a gravação áudio original, corrigindo eventuais imprecisões, palavras omitidas ou interpretações incorretas. Posteriormente, efetuou-se leitura final de validação para assegurar a coerência e completude do texto transcrito. Este processo de confrontação sistemática entre o registo áudio e o texto transcrito assegurou a correspondência precisa e fidedigna entre ambos (Flick, 2009). Este procedimento contribui para a credibilidade, coerência e solidez interpretativa da informação recolhida, elementos fundamentais para a validade interna em estudos qualitativos (Maxwell, 2013).

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo as três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas e à leitura do material para familiarização com os achados. A fase de exploração envolveu a codificação sistemática, identificando unidades de registo e de contexto através de leitura linha a linha das transcrições. Por fim, o tratamento dos resultados consistiu na organização dos achados num sistema categorial e na sua interpretação à luz do referencial teórico.

A construção do sistema categorial seguiu os três princípios fundamentais estabelecidos por Bardin (2011) para garantir o rigor da análise de conteúdo: exaustividade, assegurando que todas as unidades

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

de registo fossem classificadas; exclusividade, garantindo que cada unidade fosse atribuída a uma única categoria; e homogeneidade, mantendo as categorias ao mesmo nível de análise conceptual. Estes critérios orientaram todo o processo analítico, desde a codificação inicial até à construção da estrutura categorial final.

A construção de categorias seguiu uma abordagem mista, combinando categorização à priori e à posteriori (Bardin, 2011). As categorias à priori foram definidas com base nos fatores ambientais identificados no referencial teórico: iluminação inadequada, obstáculos no trajeto e organização do espaço, superfícies escorregadias, desníveis, ausência de equipamentos adaptativos, largura de portas e corredores estreitos e presença de animais de estimação. Estas categorias constituíram um quadro orientador inicial para a análise.

Contudo, as categorias à priori podem ser ajustadas durante o processo, para melhor refletir os padrões identificados nos dados (Bardin, 2011). Neste estudo, categorias abrangentes foram subdivididas quando a análise revelou que elementos específicos emergiram com particular saliência. Por exemplo, a categoria "obstáculos no trajeto" foi subdividida em "tapetes e carpetes" e "mobiliário e objetos decorativos", dado que estes elementos foram identificados de forma unânime pelos participantes como preocupações prioritárias. Durante todo o processo, procurou-se também identificar categorias à posteriori, aquelas que emergem diretamente das narrativas sem terem sido antecipadas teoricamente, refletindo aspetos que os cuidadores informais consideraram relevantes.

O rigor da análise foi assegurado através da reflexão constante sobre o processo de interpretação, do registo sistemático das decisões metodológicas e da articulação entre diferentes perspetivas teóricas, nomeadamente a Teoria das Transições de Meleis e a literatura sobre fatores ambientais associados ao risco de queda (Maxwell, 2013). A apresentação transparente de todo o processo permite ao leitor avaliar a credibilidade e aplicabilidade dos achados.

2.6 Considerações Éticas

A proteção ética dos participantes e a integridade dos dados constituem princípios fundamentais em qualquer investigação científica (Quivy & Van Campenhout, 2013). Assim, todas as fases desta investigação foram desenvolvidas com estrito cumprimento dos princípios deontológicos e éticos consagrados na investigação em saúde, garantindo o respeito pela dignidade, liberdade, integridade e privacidade dos participantes. O anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

recolhida foram garantidos, sendo os dados utilizados exclusivamente para os fins definidos no âmbito desta investigação.

Este estudo foi conduzido à luz dos princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia, no Código de Ética da Ordem dos Enfermeiros e de acordo com os requisitos definidos pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) 2016/679). A autonomia dos participantes foi assegurada através de participação voluntária, precedida de informação clara sobre objetivos, métodos, riscos e benefícios. Antes da realização das entrevistas, todos os participantes receberam informações claras sobre o estudo e assinaram o Consentimento Informado Livre e Esclarecido, garantindo a sua participação voluntária, o direito de recusa ou interrupção sem penalização e o consentimento para a gravação das sessões. Os Consentimentos Informados foram armazenados num armário fechado na Unidade de Hospitalização Domiciliária com acesso restrito à investigadora.

O princípio da beneficência e não maleficência foi respeitados ao ser garantido que a participação no estudo não implicasse qualquer dano físico, psicológico ou social. De forma a assegurar a confidencialidade e o anonimato, a cada participante foi atribuído um código individual ("CI" seguido de um número sequencial) durante a transcrição e análise. A lista de códigos foi armazenada separadamente dos restantes dados e será destruída após os cinco anos de conservação obrigatória, juntamente com todos os dados em formato físico, através de destruidora de papel. O armazenamento dos dados foi realizado em pastas protegidas por senha, acessíveis apenas à investigadora, respeitando as diretrizes éticas estabelecidas. O princípio da justiça foi garantido através de critérios de seleção transparentes respeitando princípios de equidade e evitando qualquer tipo de discriminação. Todos os cuidadores informais que cumpriram os critérios de inclusão tiveram a mesma oportunidade de participação.

Antes do início da recolha de dados, o projeto de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da ESSATLA e posteriormente à Comissão de Ética da Instituição de Saúde privada assim como ao Data Protection Officer (DPO) tendo obtido pareceres favoráveis para a sua realização. Estas aprovações formais, identificadas sob o processo n.º PCE46_2025 (ANEXO I), parecer PIC nº 30/2025/51797532 (ANEXO II) e aprovação do DPO (ANEXO III), garantem que o estudo cumpre os padrões éticos exigidos, para a realização da investigação.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

Este capítulo apresenta os achados obtidos através da análise de conteúdo das quatro entrevistas realizadas a cuidadores informais de clientes adultos em hospitalização domiciliária. Conforme descrito na metodologia, os participantes foram selecionados segundo critérios específicos, sendo todos cuidadores principais que acompanham o internamento em hospitalização domiciliária diariamente. Conforme descrito no capítulo metodológico, a análise dos dados foi conduzida segundo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo uma abordagem mista que combinou categorias à priori, definidas com base no referencial teórico, e categorias à posteriori, que emergiram indutivamente dos dados.

A análise partiu das seis categorias à priori definidas no referencial teórico, correspondentes aos fatores ambientais identificados na literatura científica: iluminação inadequada, obstáculos no trajeto e organização do espaço, superfícies escorregadias e desníveis, equipamentos adaptativos, portas e corredores estreitos, e presença de animais de estimação. Durante o processo analítico, sentiu-se necessidade de subdividir duas dessas categorias iniciais para melhor refletir a especificidade e relevo com que determinados elementos emergiram nas narrativas dos cuidadores. A categoria "obstáculos no trajeto e organização do espaço" foi decomposta em três categorias autónomas – tapetes e carpetes, mobiliário e objetos decorativos, e espaço adequado para circulação – dado que cada um destes fatores foi identificado pelos participantes como preocupação distinta e prioritária na gestão do risco de queda. Similarmente, a categoria "superfícies escorregadias e desníveis" subdividiu-se em duas categorias independentes – superfícies escorregadias e desníveis – refletindo a forma específica como cada fator foi abordado pelos cuidadores. As restantes categorias do referencial teórico mantiveram-se inalteradas na análise, embora duas delas – iluminação inadequada e animais de estimação – não tenham emergido com significado suficiente para constituírem categorias autónomas nos resultados. Adicionalmente, a análise revelou para além dos fatores ambientais do domicílio, dois achados adicionais relevantes, não antecipados no referencial teórico, mas que emergiram dos discursos dos cuidadores informais: comportamentos de risco da pessoa cuidada e a decisão de mudança de habitação.

A estrutura categorial final é composta por nove categorias: sete que derivam das categorias à priori (tapetes e carpetes, organização do espaço, mobiliário e objetos decorativos, superfícies escorregadias, desníveis, equipamentos adaptativos e largura de portas) e duas categorias emergentes (comportamento de risco da pessoa cuidada e decisão de mudança de habitação). A apresentação dos

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

achados organiza-se em duas secções: fatores ambientais identificados pelos cuidadores informais e achados adicionais emergentes da análise.

A Figura 1 apresenta a estrutura categorial resultante da análise de conteúdo, evidenciando as relações hierárquicas entre categorias a priori e à posteriori/emergentes.

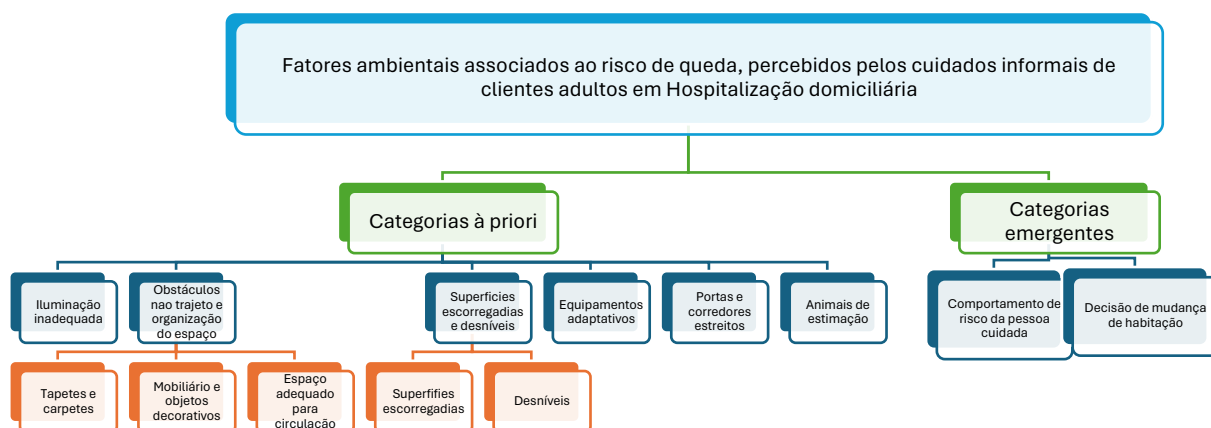


Figura 1- Árvore de Categorias

3.1- Fatores ambientais identificados pelos cuidadores informais

A análise das entrevistas permitiu identificar nove categorias de fatores ambientais associados ao risco de quedas, na perspetiva dos cuidadores informais. A Tabela 1 apresenta a síntese destes fatores, incluindo definição operacional, tipo de categoria (à priori ou à posteriori), presente nos discursos dos participantes e número de unidades de registo identificadas.

Tabela 1- Fatores Ambientais identificados pelos cuidadores informais

| Categoria | Definição | Tipo | Presença | Nº de Unidades de registo |
|---|---|-----------------|-----------------------------|---------------------------|
| Mobiliário e objetos decorativos | Mobiliário mal posicionado, objetos decorativos e seus acessórios que obstruem o caminho e dificultam a circulação segura | À Priori | CI1, CI2, CI3, CI4 (4/4) | 11 |
| Espaço adequado para circulação | Reorganização do espaço doméstico para eliminar obstáculos e garantir percursos desobstruídos que facilitem a mobilidade | À Priori | CI1, CI2, CI3, CI4 (4/4) | 11 |

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

| | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------|-----------------------------|-----------|
| Tapetes e carpetes | Tapetes soltos e carpetes que obstruem percursos de circulação e aumentam o risco de tropeção | À Priori | CI1, CI2, CI3, CI4 (4/4) | 7 |
| Equipamento adaptativo | Dispositivos de apoio como barras de segurança, cadeiras de banho e camas articuladas que promovem estabilidade e segurança no ambiente domiciliário | À Priori | CI2, CI3, CI4 (3/4) | 6 |
| Portas e corredores estreitos | Largura insuficiente de portas e corredores que compromete a mobilidade, particularmente para pessoas que utilizam dispositivos de apoio | À Priori | CI1, CI4 (2/4) | 4 |
| Superfícies escorregadias | Superfícies escorregadias que reduzem o atrito entre os pés e o solo, comprometendo a estabilidade, especialmente em casas de banho e cozinhas | À Priori | CI4 (1/4) | 3 |
| Desníveis | Escadas, degraus e desníveis no pavimento que dificultam a perceção de variações no nível do solo e aumentam o risco de tropeção | À Priori | CI1, CI2, CI3 (3/4) | 3 |
| Animais de estimação | Presença de animais de estimação que podem constituir risco para queda, especialmente em residências com espaço limitado ou comportamentos imprevisíveis | À Priori | - (0/4) | 0 |
| Iluminação Inadequada | Iluminação insuficiente ou mal posicionada que dificulta a adaptação visual, especialmente em áreas de transição entre diferentes níveis de luminosidade | À Priori | - (0/4) | 0 |
| | | | TOTAL | 46 |

Os fatores ambientais são apresentados por ordem decrescente de frequência, iniciando-se pelos que emergiram de forma mais consistente e transversal nos discursos dos cuidadores informais. Esta organização permite destacar as preocupações mais salientes na perspetiva dos participantes, facilitando a compreensão dos padrões de identificação de riscos no contexto da hospitalização domiciliária.

3.1.1. Mobiliário e Objetos Decorativos

O mobiliário mal posicionado e os objetos decorativos foram identificados por todos os cuidadores (4/4) como fatores associados ao risco de queda, totalizando 11 unidades de registo. Esta categoria emergiu como uma das duas mais frequentemente mencionada, revelando a centralidade desta preocupação na perspetiva dos cuidadores informais.

Os participantes identificaram diversos elementos específicos desta categoria: colcha da cama com pontas no chão (CI1), mesas posicionadas em zonas de passagem (CI1), cadeiras mal posicionadas (CI1, CI4), sofás que dificultam a articulação do andarilho (CI2), vasos colocados em sítios de passagem (CI2), bibelots e objetos decorativos diversos (CI3), e móveis em geral que obstruem trajetos de circulação (CI4). Esta diversidade de elementos identificados demonstra a amplitude desta categoria e a capacidade dos cuidadores em reconhecer múltiplos potenciais obstáculos no ambiente doméstico.

CI1 relatou uma queda diretamente associada a este fator ambiental:

"E cá em casa aconteceu uma queda motivada por uma colcha da cama em que as pontas da colcha estavam no chão. Portanto... E ela, uma vez a caminhar por ali, escorregou, portanto, pôs o pé em cima da ponta da colcha e o pé escorregou e ela caiu." (CI1)

Este relato ilustra de forma concreta como um elemento aparentemente inócuo - uma colcha decorativa - pode resultar em acidente com consequências físicas. A experiência vivida conduziu a modificações imediatas no ambiente, nomeadamente o ajuste das dimensões da colcha para evitar que as pontas tocassem no chão.

CI2 expressa claramente a necessidade de priorizar a segurança sobre a estética:

"Quando temos uma pessoa que se movimenta dentro de casa com um andarilho ou com uma bengala, temos que perceber que a decoração é preterida em função da mobilidade da pessoa" (CI2)

Esta afirmação revela uma consciência explícita do conflito entre manutenção da decoração habitual e as exigências de segurança impostas pela mobilidade reduzida. O cuidador assume uma decisão deliberada de reconfigurar prioridades domésticas, subordinando aspetos estéticos às necessidades funcionais e de segurança da pessoa cuidada.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

CI3 enfatiza a importância da simplicidade no arranjo do espaço doméstico:

"Deve haver o menos coisas possíveis de a pessoa embarrar, porque qualquer pessoa sabe que uma pessoa assim tem que ter espaço (...) e evitar tudo o que é bibelots, coisas assim que atramanquem muito uma casa." (CI3)

A narrativa de CI3 introduz o conceito de "desatravancamento" intencional do espaço doméstico, onde objetos decorativos tradicionais (bibelots) são removidos para criar um ambiente funcionalmente seguro. O termo "atramanquem" utilizado pelo participante expressa de forma popular, mas precisa a ideia de que estes objetos criam obstáculos e complicações desnecessárias num contexto de mobilidade limitada.

A análise destes discursos revela que os cuidadores demonstram consciência clara de que objetos do quotidiano, frequentemente associados a conforto doméstico e personalização do espaço habitacional, podem constituir obstáculos perigosos para pessoas em regime de hospitalização domiciliária. A reorganização do espaço doméstico, mencionada por todos os participantes através de exemplos concretos, sugere uma estratégia ativa e consciente de gestão deste risco. Nesta estratégia, a funcionalidade e segurança assumem prioridade sobre a estética habitacional, refletindo uma adaptação significativa do ambiente domiciliário às novas necessidades impostas pela situação de dependência e vulnerabilidade da pessoa cuidada.

3.1.2. Espaço Adequado para Circulação

A amplitude e desobstrução dos espaços de circulação foram valorizadas por todos os cuidadores (4/4), totalizando 11 unidades de registo, equiparando-se em frequência ao mobiliário e objetos decorativos. Esta categoria distingue-se, contudo, por representar predominantemente um fator facilitador da mobilidade em vez de um fator de risco identificado, evidenciando uma inversão de perspetiva face às categorias anteriores.

Os cuidadores descreveram consistentemente a importância do espaço adequado através de expressões como "bastante espaço" (CI1), "a casa tem espaço" (CI2), "casa ser ampla" (CI2), e "muito espaço para eles circularem" (CI4). Esta valorização transversal sugere que o espaço suficiente para circulação constitui uma preocupação central e uma condição reconhecida como essencial para a segurança no ambiente domiciliário.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

CI1 relaciona explicitamente o espaço disponível com a prevenção de tropeções:

"Temos bastante espaço, felizmente, para poder andar de um lado para o outro, para ela não tropeçar em nada" (CI1)

O termo "felizmente" utilizado por CI1 revela que a disponibilidade de espaço é percebida como um privilégio ou sorte, não como dado adquirido. Esta expressão sugere consciência de que muitas habitações podem não dispor desta característica favorável, o que coloca em evidência a importância deste fator ambiental.

CI2 desenvolve a mesma ideia, associando amplitude à facilidade de circulação:

"Facilita muito a casa ser ampla e, portanto, é fácil circular dentro desta casa." (CI2)

O discurso de CI2 estabelece uma relação direta de causalidade: amplitude espacial resulta em facilidade de circulação. Esta associação imediata sugere que o cuidador já refletiu sobre esta relação e a integrou na sua avaliação do ambiente doméstico como adequado ou inadequado para os cuidados.

Para além da valorização do espaço existente, alguns cuidadores descreveram ações concretas para criar ou otimizar este espaço. CI3 menciona a reorganização do espaço da casa de banho:

"Eu tinha um lavatório ali na casa de banho que dificultava ele passar, tirei o lavatório, pus para o canto" (CI3)

Esta intervenção ilustra a criação ativa de espaço através da remoção ou reposicionamento de elementos fixos. A casa de banho, sendo tipicamente uma das divisões mais pequenas das habitações, requer atenção particular quando se trata de garantir espaço suficiente para a mobilidade de pessoas que utilizam dispositivos de apoio.

CI4 sintetiza esta necessidade de forma direta:

"É tentarmos ter muito espaço para eles circularem." (CI4)

A utilização do termo "tentarmos" por CI4 sugere um esforço contínuo e deliberado, não uma característica passivamente existente. O cuidador assume-se como agente ativo na criação e manutenção de espaço adequado.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A análise desta categoria revela um padrão interessante: ao contrário das categorias adiante, onde os cuidadores identificam riscos a remover (tapetes, objetos decorativos), aqui valorizam uma característica a manter ou criar. O espaço adequado emerge como condição de base facilitadora da mobilidade segura. A presença de espaço suficiente permite não apenas a locomoção sem obstáculos, mas também a utilização de dispositivos de apoio como andarilhos e cadeiras de rodas, cujo uso depende criticamente da amplitude dos trajetos e compartimentos.

Esta inversão de perspectiva - valorizar a presença de um fator protetor em vez de identificar a sua ausência como risco - sugere que os cuidadores participantes já implementaram modificações ambientais prévias (remoção de obstáculos para criar espaço) ou, em alguns casos, selecionaram intencionalmente habitações com características espaciais adequadas desde o início do processo de cuidados. Esta segunda possibilidade será explorada na categoria emergente "mudança de habitação", apresentada posteriormente neste capítulo.

3.1.3. Tapetes e Carpetes

Tapetes e carpetes foram identificados por todos os cuidadores (4/4) como fatores de risco, totalizando 7 unidades de registo. Esta categoria apresenta a particularidade de demonstrar não apenas identificação universal do risco, mas também ação universal de remoção: todos os cuidadores referiram ter eliminado tapetes e carpetes das suas habitações como medida preventiva de quedas.

CI1 apresenta a remoção de tapetes como uma das primeiras decisões tomadas aquando da mudança de habitação:

"Uma das coisas que nós fizemos quando mudámos para esta casa foi deixar de usar tapetes e carpetes, etc" (CI1)

A expressão "uma das coisas que nós fizemos" posiciona a remoção de tapetes como parte de um conjunto de medidas preventivas implementadas estrategicamente. O facto de ser mencionada entre as primeiras ações sugere que este risco foi identificado como prioritário na preparação do novo ambiente de cuidados.

CI2 desenvolve uma narrativa mais elaborada sobre este fator:

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

"Outra coisa, os tapetes. Os tapetes são terríveis. Nunca me aconteceu cá em casa ela tropeçar porque já teve tapetes, nomeadamente, ali na cozinha. Mas, a partir do momento que eu vi que isso era... que, aliás, cheguei a ver ela a levantar o tapete com o pé, retirei." (CI2)

O discurso de CI2 é particularmente revelador. A afirmação "os tapetes são terríveis" expressa uma avaliação categórica e emocional do risco. Mais significativamente, o cuidador descreve ter observado um episódio crítico - "cheguei a ver ela a levantar o tapete com o pé" - que funcionou como gatilho para a ação preventiva. Esta observação atenta de um quase-acidente motivou a intervenção antes que uma queda efetiva ocorresse, demonstrando capacidade de antecipar consequências a partir de sinais de alerta.

CI3 relata a remoção extensiva de tapetes em múltiplas divisões:

"Eu tirei os tapetes todos, tirei do quarto, tirei daqui as carpetes, tirei tudo." (CI3)

A repetição enfática "tirei... tirei... tirei... tudo" transmite a abrangência e determinação da intervenção. Não se tratou de remoção seletiva ou parcial, mas sim de eliminação sistemática de todos os tapetes da habitação.

CI4 apresenta uma formulação concisa:

"Tirei tapetes, tirei passadeiras, tirei tudo" (CI4)

Similarmente a CI3, CI4 enfatiza a remoção total.

A análise desta categoria revela consensualidade notável: quatro participantes identificam o risco, quatro removeram os tapetes. Esta unanimidade sugere que tapetes e carpetes constituem um fator de risco facilmente reconhecível pelos cuidadores, provavelmente devido à sua visibilidade e à compreensão intuitiva de que elementos soltos no chão podem causar tropeções. Adicionalmente, a remoção de tapetes representa uma intervenção simples, de custo nulo ou muito baixo, e imediatamente implementável, características que facilitam a sua adoção como primeira linha de ação preventiva.

A narrativa de CI2 sobre ter observado a pessoa cuidada a levantar o tapete com o pé ilustra um aspeto importante: a identificação de riscos não ocorre necessariamente após quedas consumadas, mas pode resultar de observação atenta de situações de perigo potencial. Esta capacidade de leitura preventiva

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

do ambiente e dos comportamentos revela-se essencial na gestão do risco no contexto de hospitalização domiciliária.

3.1.4. Equipamento Adaptativo

Dispositivos de apoio como barras de segurança, cadeiras de banho, camas articuladas e andarilhos foram mencionados por três dos quatro cuidadores (3/4), totalizando 6 unidades de registo. Esta categoria distingue-se das anteriores por representar elementos a acrescentar ao ambiente doméstico, em vez de riscos a remover, constituindo soluções ambientais implementadas ativamente pelos cuidadores.

CI3 descreve um conjunto abrangente de equipamentos instalados no domicílio:

"Tiramos a cama, que era a nossa cama, desmanchamos, compramos uma cama articulada, que dá para baixar, tem grades, tem um suporte em cima que o ajuda a levantar. E ele ali não pode cair porque tem as grades." (CI3)

Esta narrativa revela uma intervenção significativa: a substituição completa da cama convencional por equipamento especializado. A cama articulada com grades e suporte superior representa um investimento considerável, demonstrando priorização da segurança. A afirmação "não pode cair porque tem as grades" expressa a confiança do cuidador na eficácia protetora deste equipamento.

CI3 continua descrevendo adaptações na casa de banho:

"Depois, quando vamos para ir tomar banho, tem a cadeira, uma cadeira para tomar banho, que também ele não é capaz de pular para dentro da banheira, podia cair e partir uma perna ou assim, e então senta-se ali na cadeirinha, eu volto-o para dentro da banheira e está impecável." (CI3)

A cadeira de banho resolve um problema específico: a impossibilidade da pessoa cuidada entrar na banheira de forma segura. O termo "impecável" utilizado pelo cuidador transmite satisfação com a solução encontrada. A antecipação de consequências graves ("partir uma perna") demonstra avaliação consciente dos riscos antes da implementação da solução.

CI4 menciona a instalação de pontos de apoio no duche:

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

"No poliban tenho dois apoios para ela entrar com as mãos. Onde ela se segura. (...) entra e tem dois apoios para as mãos." (CI4)

Os pontos de apoio proporcionam um local de preensão que facilitam a entrada e saída do polibã, compensando limitações de equilíbrio. A repetição da referência aos "dois apoios" sugere que a duplicação do suporte (um de cada lado) foi uma escolha deliberada para maximizar segurança.

CI2 refere equipamento preventivo para a cama:

"Caso isso venha a acontecer, tenho que lhe arranjar uma forma que lhe dificulte a saída da cama, que é uma daquelas, olha que acabei de comprar uma, não é? Para colocar na cama de lado, para ela não conseguir sair." (CI2)

Este discurso é interessante por revelar aquisição preventiva de equipamento ("acabei de comprar") antes mesmo da necessidade estar plenamente instalada ("caso isso venha a acontecer"). Demonstra antecipação de riscos futuros baseada no conhecimento da evolução típica das condições de dependência.

A análise desta categoria evidencia que os cuidadores não apenas identificam riscos ambientais, mas também implementam proativamente soluções que modificam o ambiente físico do domicílio. O equipamento adaptativo surge como resposta aos riscos identificados noutras categorias: camas com grades previnem quedas durante o sono, cadeiras de banho respondem ao risco de escorregamento em superfícies molhadas, pontos de apoio compensam desníveis e superfícies escorregadias.

A diversidade de equipamentos mencionados - desde soluções simples como pontos de apoio até investimentos significativos como camas articuladas - sugere que as intervenções são graduadas consoante as necessidades específicas de cada situação e, possivelmente, as possibilidades económicas de cada família. A instalação deste equipamento transforma o domicílio num espaço híbrido entre ambiente familiar e ambiente de cuidados, incorporando elementos tipicamente associados a contextos de hospitalização convencional.

3.1.5. Portas e Corredores Estreitos

A largura insuficiente de portas e corredores foi identificada por dois participantes (2/4), totalizando 5 unidades de registo. Este fator distingue-se por ser uma característica estrutural fixa da habitação,

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

de modificação difícil ou economicamente inviável, contrastando com obstáculos facilmente removíveis como tapetes ou objetos decorativos.

CI1 descreve o problema no contexto da utilização de cadeira de rodas:

"Uma coisa que também notámos quando ela precisou de cadeira de rodas é que as portas das casas não estão preparadas para cadeiras de rodas normais. Portanto, nós por acaso encontramos uma que era ligeiramente mais estreita e, portanto, dava para passar aqui nestas portas." (CI1)

Este relato revela a descoberta de uma incompatibilidade estrutural entre as habitações convencionais e as necessidades de mobilidade com dispositivos de apoio. A solução encontrada - aquisição de uma cadeira de rodas mais estreita - representa uma adaptação do equipamento à limitação ambiental fixa, invertendo a lógica habitual de adaptar o ambiente às necessidades.

CI1 menciona ainda ter observado uma habitação onde esta barreira tinha sido eliminada:

"Curiosamente, vimos uma casa, quando andámos à procura desta, em que os donos eram enfermeiros e tinham remodelado a casa e uma das coisas que precisamente tinham feito era pôr as portas mais largas para já contar com essa situação." (CI1)

Esta observação é significativa por vários aspetos. Primeiro, demonstra que o cuidador procurou ativamente habitações adequadas, avaliando características estruturais durante o processo de seleção. Segundo, o exemplo de uma casa deliberadamente adaptada por profissionais de saúde ilustra consciência prévia e planeamento para acessibilidade. A expressão "para já contar com essa situação" sugere antecipação de necessidades futuras no planeamento habitacional.

CI4 expressa a dificuldade concreta na utilização do andarilho:

"As portas (...) São estreitas. Por exemplo, esta casa de banho pequena, a porta é estreita, o andarilho não entra lá dentro. E se entrar é de lado. Entra de lado, o que não dá segurança nenhuma. O que dificulta." (CI4)

A narrativa de CI4 explicita as consequências práticas de portas estreitas: o andarilho não passa, ou passa de lado, criando instabilidade. A afirmação "o que não dá segurança nenhuma" expressa preocupação clara com o risco criado pela necessidade de manobras complexas em espaços

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

inadequados. A casa de banho, sendo uma divisão de utilização frequente e associada a outras superfícies de risco (molhadas, escorregadias), torna esta limitação particularmente problemática.

A análise desta categoria revela um desafio específico da gestão ambiental do risco: a existência de barreiras estruturais imutáveis. Ao contrário de tapetes ou mobiliário, que podem ser removidos ou reorganizados com facilidade, as dimensões de portas e corredores constituem elementos fixos da arquitetura habitacional. A sua modificação requer obras estruturais de custo elevado, frequentemente inviáveis económica ou legalmente (no caso de propriedades arrendadas).

Face a estas limitações imutáveis, os cuidadores desenvolvem estratégias alternativas: adaptação do equipamento às limitações espaciais (cadeira de rodas mais estreita), aceitação de soluções imperfeitas (andarilho que entra "de lado"), ou, em situações extremas, mudança de habitação. Esta última estratégia, mencionada por CI1 no contexto da procura de nova casa, será explorada posteriormente enquanto achado emergente relevante. As portas e corredores estreitos evidenciam que nem todos os fatores ambientais podem ser eliminados através de modificações domésticas simples, colocando limites à capacidade transformadora dos cuidadores sobre o espaço doméstico.

3.1.6. Desníveis

Escadas, degraus e desníveis no pavimento foram identificados por três participantes (3/4), totalizando 3 unidades de registo. Similarmente às portas estreitas, os desníveis constituem elementos estruturais fixos da habitação, de difícil ou impossível modificação. A estratégia predominante face a este fator consistiu em escolher habitações que não tivessem essas características.

CI1 menciona um desnível específico presente no domicílio atual:

"Tirando aquela zona onde tem o escritório que tem ali um ligeiro ressalto da janela no chão, mas que ela já está bastante habituada e agarra-se à porta e passa com o pé por cima. É uma zona onde ela tem bastante cuidado a passar, quando está sozinha."

(CI1)

Este relato descreve uma situação de convivência controlada com um desnível imutável. A pessoa cuidada desenvolveu uma estratégia adaptativa - agarrar-se à porta para apoio - que permite ultrapassar o obstáculo com alguma segurança. A expressão "tem bastante cuidado" indica consciência

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

permanente do risco, mesmo após habituação. Esta situação ilustra que nem sempre os riscos podem ser eliminados, sendo necessário desenvolver habilidades seguras de gestão.

CI2 expressa uma posição preventiva clara:

"Eu quando vim morar para esta casa e que a trouxe para morar comigo, decidi que não iria para uma casa com escadas, porque as escadas são terríveis e evitei ter esse obstáculo, degraus..., portanto degraus não!" (CI2)

A narrativa de CI2 revela uma decisão estratégica tomada à priori na seleção habitacional. A afirmação "as escadas são terríveis" expressa avaliação categórica do risco. O cuidador não apenas evitou escadas entre pisos, mas também quaisquer degraus isolados, demonstrando compreensão de que mesmo desníveis pequenos constituem potenciais causas de tropeção. A repetição enfática "degraus não!" transmite determinação nesta escolha.

CI3 valoriza a ausência de desníveis na habitação atual:

"Esta casa é muito, acho que é muito facilitada para o jeito de pessoas como ele, que é rés-do-chão, e ele aqui não tem nada para tropeçar." (CI3)

A valorização explícita do rés-do-chão revela consciência de que habitações em andares superiores, além das escadas de acesso comum, podem apresentar desníveis internos. A afirmação "não tem nada para tropeçar" associa diretamente a ausência de desníveis à redução do risco de quedas.

A análise desta categoria evidencia um padrão de evitamento preventivo: face à impossibilidade de modificar elementos estruturais como escadas e degraus, os cuidadores incorporaram este critério na seleção ou mudança de habitação. Dois dos três participantes que mencionam desníveis (CI2, CI3) optaram deliberadamente por casas sem estas características, enquanto CI1, que permaneceu numa habitação com um pequeno desnível, gere o risco através de supervisão e desenvolvimento de estratégias adaptativas pela pessoa cuidada.

Esta categoria, conjuntamente com as portas estreitas, ilustra os limites da transformação do ambiente doméstico e conduz a estratégias de nível superior - a mudança de habitação - que será explorada posteriormente como achado emergente. Os desníveis representam barreiras arquitetónicas fundamentais que condicionam a adequação de uma habitação para acolher pessoas com mobilidade reduzida em regime de hospitalização domiciliária, constituindo critério essencial na avaliação de ambientes domiciliários seguros.

3.1.7. Superfícies Escorregadias

Superfícies escorregadias, particularmente no contexto da casa de banho, foram identificadas por um participante (1/4), totalizando 3 unidades de registo. Esta categoria apresenta uma particularidade significativa que a distingue das anteriores: foi identificada como preocupação potencial e não através de experiência de queda efetiva, revelando capacidade de antecipação de riscos.

CI4 expressa receio específico relacionado com o ambiente da casa de banho:

"Tenho muito medo que ela, quando vai à casa de banho..." (CI4)

E desenvolve:

"Porque tenho muito medo que ela me caísse no banho." (CI4)

A repetição da expressão "tenho muito medo" evidencia ansiedade significativa do cuidador relativamente a este cenário específico. Contrariamente a outros fatores onde os cuidadores relatam quedas ocorridas ou quase-acidentes observados, aqui a identificação do risco baseia-se em preocupação antecipatória. O banho surge como momento de particular vulnerabilidade, combinando superfícies molhadas com necessidade de movimentos complexos (entrar/sair do duche/banheira, posições de equilíbrio instável).

CI4 explicita as medidas preventivas implementadas:

"Só se ela escorregar. Por isso temos que ter atenção onde eles têm os pés. Ser algo que não escorregue. Mesmo com a espuma do gel de banho. Tenho sempre esse cuidado. E tudo tem que ser antiderrapante. Que é para ela ter segurança nos pés. É como os sapatos. A mesma coisa, ter cuidado para que não escorregue se o chão estiver molhado." (CI4)

Este discurso revela múltiplas dimensões de gestão do risco de escorregamento. Primeiro, o cuidador identifica fontes específicas de risco: água, espuma de gel de banho, superfícies do pavimento. Segundo, implementa soluções concretas: utilização sistemática de superfícies antiderrapantes tanto no duche como no restante chão da casa de banho. Terceiro, estende a preocupação a outros

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

elementos como o calçado, compreendendo que o risco de escorregamento resulta da interação entre superfície e calçado.

Ao contrário das categorias anteriores, onde a maioria dos riscos foi reconhecida através de experiência direta (quedas ocorridas ou situações críticas observadas), CI4 identifica o risco de escorregamento através de avaliação preventiva. O cuidador não experienciou uma queda na casa de banho, mas antecipa este cenário e age proactivamente para o prevenir.

Esta antecipação sugere dois mecanismos possíveis de identificação de riscos: aprendizagem pela experiência direta (o que já aconteceu ou quase aconteceu) e avaliação de situações potencialmente perigosas (o que poderá acontecer baseado em conhecimento geral ou experiências indiretas). A capacidade de antecipar riscos sem necessidade de os vivenciar representa um nível mais sofisticado de gestão ambiental, onde o cuidador não apenas reage a acidentes, mas também os previne através de análise prospetiva do ambiente.

A casa de banho, sendo um espaço onde superfícies molhadas são inevitáveis, requer atenção especial às características dos materiais. As medidas descritas por CI4 - superfícies antiderrapantes, atenção à espuma de sabão, controlo de água no chão - demonstram compreensão de que a gestão deste risco é contínua e situacional, não podendo ser resolvida através de uma modificação única e permanente como a remoção de tapetes.

3.1.8. Iluminação Inadequada

A iluminação inadequada é amplamente reconhecida na literatura científica internacional como fator de risco para quedas, particularmente entre populações idosas com alterações visuais relacionadas com o envelhecimento (Clemson et al., 2023; Sousa et al., 2016). Contudo, nenhum dos quatro cuidadores informais entrevistados mencionou espontaneamente a iluminação como preocupação ou fator de risco identificado no ambiente domiciliário, resultando em zero unidades de registo para esta categoria. A única referência que se aproxima desta dimensão surge na narrativa de CI2, quando o cuidador aborda os riscos associados ao período noturno: "*a questão da noite, da pessoa se tentar levantar sozinha e cair*" (CI2). Embora esta preocupação esteja temporalmente situada no período noturno – quando as condições de iluminação são naturalmente mais desafiantes – o cuidador não identifica especificamente a iluminação inadequada como o fator de risco, mas sim o comportamento

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

de se levantar autonomamente durante a noite, particularmente em contexto de eventual declínio cognitivo que comprometa a noção da realidade.

Esta ausência contrasta significativamente com a presença universal de categorias como tapetes e carpetes, mobiliário e objetos decorativos e espaço adequado para circulação, mencionadas por todos os participantes. A não identificação da iluminação pode ter diversas interpretações, que podem coexistir entre si. Primeira possibilidade: as habitações dos participantes podem já possuir iluminação adequada, não constituindo, portanto, fator de risco percebido pelos cuidadores. Segunda possibilidade: os cuidadores podem ter realizado ajustes prévios na iluminação (instalação de lâmpadas mais potentes, iluminação adicional, luzes noturnas) que não foram mencionados espontaneamente durante as entrevistas, por serem considerados modificações menores ou já completamente integradas no quotidiano. Terceira possibilidade: a iluminação pode não ser percebida como fator de risco pelos cuidadores, que focam a sua atenção em elementos mais visíveis e palpáveis do ambiente, como obstáculos físicos diretos.

Esta terceira hipótese merece consideração particular. A iluminação representa um fator ambiental menos evidente que obstáculos físicos: não se "tropeça" diretamente numa iluminação inadequada, mas esta pode facilitar o tropeção noutros elementos. Esta natureza indireta ou mediadora do risco pode tornar a iluminação menos saliente na perceção dos cuidadores, que tendem a identificar mais facilmente riscos diretos e tangíveis.

Adicionalmente, o guião de entrevista utilizado, embora tenha explorado fatores ambientais de forma abrangente, pode não ter incluído questões especificamente direcionadas para a iluminação, dependendo da menção espontânea pelos participantes. Esta limitação metodológica será retomada no capítulo de discussão.

A ausência da iluminação nos discursos dos cuidadores constitui, em si mesma, um achado relevante. Sugere possível lacuna entre os fatores de risco documentados pela evidência científica e os fatores efetivamente reconhecidos e geridos pelos cuidadores informais no contexto prático do quotidiano. Esta discrepância aponta para potencial necessidade de sensibilização dos cuidadores para fatores de risco menos óbvios, que podem não emergir naturalmente da sua experiência direta, mas cuja relevância está cientificamente estabelecida.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A interpretação desta ausência, suas possíveis causas e implicações para a prática de enfermagem serão aprofundadas no capítulo de discussão, onde serão confrontadas com a literatura científica sobre este fator ambiental específico.

3.1.9. Animais de Estimação

A literatura internacional identifica animais de estimação, particularmente cães, como causa frequente de quedas em ambiente doméstico, especialmente através de comportamentos imprevisíveis como mudanças súbitas de direção ou cruzamento inesperado do trajeto do idoso (Stevens et al., 2010). No presente estudo, apenas um participante (CI3) convivia com animal de estimação no domicílio - uma cadela de 14 anos. Contudo, quando questionada sobre o potencial risco representado pelo animal, a cuidadora não identificou a presença da cadela como fator de risco, resultando em zero unidades de registo para esta categoria.

A perspetiva expressa por CI3 contrasta com a identificação do animal como risco:

"Ela afasta-se. Ela é uma segurança." (CI3)

Esta afirmação posiciona o animal explicitamente como elemento de segurança e não de risco. CI3 desenvolve esta ideia descrevendo a relação próxima entre o marido e a cadela:

"Esta menina é a companhia dele. Ele adorava a cadela, toda a vida andou, toda a vida, porque ela já tem 14 anos (...) Ele andava sempre com ela aqui no braço, sempre, sempre, sempre." (CI3)

O animal surge assim primariamente como companhia afetiva, não como potencial obstáculo ou causa de tropeção. CI3 enfatiza ainda o comportamento protetor da cadela:

"Se vai alguém ali mexer-lhe, ela quer logo morder, porque ela não deixa ninguém mexer nele. Se alguém vai fazer uma festa ao dono, ela começa logo a ladrar, a ladrar, tem ciúmes." (CI3)

Esta descrição reforça a perceção do animal como elemento protetor do espaço pessoal da pessoa cuidada, não como fonte de risco físico. A cuidadora atribui à cadela características de vigilância e defesa, valorizando-as positivamente no contexto dos cuidados.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A análise desta categoria é limitada por dois fatores. Primeiro, apenas um dos quatro domicílios incluía animal de estimação, impossibilitando generalizações sobre a percepção deste fator específico. Segundo, tratando-se de um animal pequeno (transportado ao colo), idoso (14 anos) e com comportamento descrito como previsível ("afasta-se"), pode efetivamente não constituir o mesmo nível de risco que animais de maior porte ou com comportamentos mais ativos e imprevisíveis.

A discrepância entre a evidência científica que identifica animais como causa de quedas e a percepção de CI3, que caracteriza o animal como "segurança", pode refletir diferenças entre estudos quantitativos de larga escala (que identificam padrões estatísticos) e experiências individuais concretas (onde o comportamento específico de um animal particular pode não corresponder ao padrão geral).

A ausência de identificação de animais de estimação como fator de risco, conjugada com a presença limitada destes animais na amostra, impossibilita conclusões definitivas sobre este fator específico no contexto da hospitalização domiciliária em Portugal. Estudos futuros com amostras mais amplas e incluindo maior diversidade de situações de convivência com animais seriam necessários para compreender adequadamente este aspeto.

3.2. Achados Adicionais Emergentes

Para além dos nove fatores ambientais apresentados, emergiram da análise das entrevistas duas categorias adicionais relevantes: comportamentos de risco da pessoa cuidada relacionados com abandono de dispositivos de apoio, e decisão de mudança de habitação motivada por inadequação ambiental. Embora não constituam fatores ambientais - o primeiro refere-se a comportamento individual, o segundo a uma decisão/estratégia do cuidador - estes achados revelam dimensões complementares importantes da gestão do risco de quedas no contexto domiciliário.

Tabela 2- Achados adicionais relevantes que emergiram das narrativas

| Categoria | Definição | Tipo | Presença | Nº de Unidades de registo |
|--|--|---------------------|-----------------|----------------------------------|
| Abandono de dispositivos de apoio | Comportamento de risco da pessoa cuidada que se desloca sem utilizar os dispositivos de apoio necessários, aumentando a vulnerabilidade a quedas | À Posteriori | CI4 (1/4) | 3 |

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------------|------------------------|----------|
| Mudança de habitação | Decisão estratégica de mudança de domicílio motivada pela inadequação ambiental da residência anterior face às necessidades de segurança e mobilidade | À Posteriori | CI1, CI2, CI3 (3/4) | 5 |
| | | | TOTAL | 8 |

A emergência destas categorias da análise indutiva dos dados, não previstas no referencial teórico inicial, demonstra a riqueza do método qualitativo em captar aspetos do estudo que transcendem as categorias pré-definidas. Estes achados enriquecem a compreensão da complexidade da prevenção de quedas no domicílio, evidenciando que para se atingir a segurança associada às características físicas do ambiente, há comportamentos, decisões e transições vivenciadas pelos atores envolvidos no processo de cuidados.

3.2.1. Abandono de Dispositivos de Apoio

Um dos cuidadores (CI4) identificou como preocupação significativa o comportamento da pessoa cuidada de, ocasionalmente, deslocar-se sem utilizar o dispositivo de apoio (andarilho), aumentando substancialmente a vulnerabilidade a quedas. Esta categoria emergente totalizou 3 unidades de registo e revela uma dimensão comportamental do risco de quedas que interage complexamente com os fatores ambientais identificados anteriormente.

CI4 relata uma queda com consequências graves diretamente associada a este comportamento:

"Deixava o andarilho aqui, na esquina, e ia tuc tuc tuc sentar-se. Há um dia, não sei porquê, caiu para trás. O andarilho ficou ali, ela veio a andar, o andarilho ficou para trás...bateu com a cabeça naquele móvel e partiu a cabeça." (CI4)

Este relato é particularmente significativo por vários aspetos. Primeiro, descreve uma queda real que resultou em traumatismo craniano ("partiu a cabeça"), demonstrando consequências graves do abandono do dispositivo. Segundo, revela um padrão comportamental recorrente ("deixava") e não um episódio isolado. Terceiro, evidencia que a queda ocorreu num contexto onde o ambiente estava adequado (andarilho disponível, móveis organizados), mas o comportamento da pessoa cuidada criou situação de risco.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

CI4 expressa preocupação continuada com este padrão:

*"Aqui há tempos foi para o fogão, foi para o lava-louça e deixou o andarilho a uma ponta da cozinha. E vai do fogão para o lava-louça sem andarilho. E eu não quero. (...)
Ela tem que andar sempre com o andarilho."* (CI4)

A narrativa descreve deslocções curtas dentro da cozinha ("do fogão para o lava-louça") realizadas sem o dispositivo de apoio. A expressão "E eu não quero" transmite frustração e preocupação do cuidador face a um comportamento que percebe como perigoso, mas sobre o qual tem controlo limitado. A afirmação imperativa final - "Ela tem que andar sempre com o andarilho" - expressa a norma de segurança que o cuidador procura impor, mas cuja efetivação depende da cooperação da pessoa cuidada.

A análise deste achado emergente revela a interação complexa entre fatores ambientais, comportamentais e risco de quedas. O ambiente domiciliário pode dispor de equipamentos de apoio adequados (andarilho disponível, espaço suficiente para circular com ele), mas a sua eficácia protetora depende crucialmente da utilização consistente por parte da pessoa cuidada. Quando esta decide, por razões diversas (perceção de autonomia, subestimação do risco, incómodo do dispositivo), realizar deslocções sem o apoio necessário, o risco de queda aumenta substancialmente, independentemente da adequação do ambiente físico.

Este padrão evidencia uma limitação fundamental das estratégias de modificação ambiental: mesmo quando o ambiente está excelentemente adaptado, comportamentos de risco podem comprometer a segurança. O desafio para o cuidador informal estende-se assim para além da gestão do espaço físico, abrangendo também a supervisão, orientação e, em alguns casos, controlo de comportamentos da pessoa cuidada. Esta dimensão comportamental introduz complexidade adicional ao papel do cuidador, que não apenas organiza o ambiente, mas também procura influenciar os comportamentos, numa negociação constante entre autonomia da pessoa cuidada e imperativo de segurança.

A impossibilidade de supervisão permanente - o cuidador não pode estar constantemente presente para assegurar uso correto do dispositivo - cria ansiedade e preocupação, como evidenciado no discurso emocionalmente carregado de CI4. Este achado sugere que intervenções de enfermagem não devem focar exclusivamente o ambiente físico, mas também trabalhar dimensões educativas e motivacionais com a pessoa cuidada, promovendo consciencialização do risco e adesão aos dispositivos de apoio.

3.2.2. Mudança de Habitação

Três dos quatro cuidadores (CI1, CI2, CI3) referiram ter mudado de habitação após o início da necessidade de cuidados em contexto domiciliário, sendo a inadequação ambiental da residência anterior um dos fatores determinantes na decisão. Esta categoria emergente totalizou 5 unidades de registo e revela uma estratégia radical de gestão do risco ambiental: quando as modificações pontuais se revelam insuficientes face a barreiras estruturais imutáveis, a mudança de habitação surge como solução para criar um ambiente fundamentalmente adequado aos cuidados.

CI1 contextualiza a mudança como parte de uma estratégia preventiva:

"Uma das coisas que nós fizemos quando mudámos para esta casa foi deixar de usar tapetes e carpetes" (CI1)

Embora CI1 não explicita os motivos que conduziram à mudança de habitação, a expressão "quando mudámos para esta casa" sugere que a mudança criou uma oportunidade para implementar modificações ambientais desde o início, partindo de uma base adequada. A menção subsequente de que a casa possui "bastante espaço" indica que a amplitude foi critério considerado, constituindo vantagem da nova habitação.

CI2 apresenta a decisão de mudança de forma mais explícita e estratégica:

"Quando vim morar para esta casa e que a trouxe para morar comigo, decidi que não iria para uma casa com escadas, porque as escadas são terríveis e evitei ter esse obstáculo, degraus... portanto degraus não!" (CI2)

Este relato evidencia critérios de seleção claramente orientados para a segurança. A decisão prévia - "decidi que não iria para uma casa com escadas" - demonstra planeamento consciente e preventivo. O cuidador não procurou qualquer habitação, mas especificamente uma sem barreiras arquitetónicas estruturais (escadas, degraus). Esta escolha deliberada constituiu estratégia preventiva de evitamento de riscos imutáveis, eliminando à partida elementos que não poderiam ser posteriormente modificados.

CI2 desenvolve ainda a valorização da amplitude espacial da nova habitação:

"Facilita muito a casa ser ampla e, portanto, é fácil circular dentro desta casa." (CI2)

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A associação entre amplitude e facilidade de circulação sugere que o espaço disponível foi outro critério importante na seleção habitacional. O termo "facilita muito" transmite satisfação com a escolha efetuada.

CI3 apresenta uma comparação explícita entre a habitação anterior e a atual:

"Na nossa casa era mais complicado, esta casa é mesmo para o jeito dele" (CI3)

E desenvolve:

"Lá em cima tem muitas carpetes, muitos tapetes, tem tudo assim mais complicado.

Aqui, a casa, como vê, é toda mais simples" (CI3)

A narrativa de CI3 estabelece um contraste claro entre dois ambientes. A habitação anterior ("lá em cima") caracterizava-se por elementos identificados como fatores de risco: carpetes, tapetes, configuração "complicada". A expressão "era mais complicado" sugere dificuldades concretas vivenciadas no contexto anterior. A habitação atual, pelo contrário, é descrita como "para o jeito dele" - expressão popular que transmite adequação perfeita às necessidades - e caracteriza-se pela "simplicidade", termo que neste contexto denota ausência de obstáculos e organização funcional.

CI3 explicita ainda a localização favorável:

"Esta casa é muito, acho que é muito facilitada para o jeito de pessoas como ele, que é rés-do-chão" (CI3)

A valorização do rés-do-chão relaciona-se com a ausência de escadas, tanto no acesso à habitação como potencialmente no seu interior. Esta característica elimina um fator de risco estrutural significativo mencionado também por CI2.

A análise desta categoria emergente revela que a mudança de habitação representa estratégia de gestão ambiental de nível superior, utilizada quando fatores de risco estruturais da residência anterior não podem ser modificados através de adaptações pontuais. Escadas fixas, espaço exíguo, configuração inadequada dos compartimentos - elementos estruturais impossíveis ou muito onerosos de alterar - motivam a procura de novo ambiente de cuidados.

As narrativas revelam que a seleção da nova habitação não é aleatória, mas orientada por critérios específicos de segurança e funcionalidade: ausência de escadas e degraus (CI2, CI3), espaço amplo para circulação (CI1, CI2), configuração simples e desobstruída (CI3), localização em rés-do-chão (CI3).
Maria João Nascimento – Dezembro 2025 – Atlântica

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Estes critérios demonstram que os cuidadores desenvolveram conhecimento claro sobre características ambientais favoráveis, aplicando-o estrategicamente na escolha habitacional.

A mudança de habitação, embora complexa e envolvendo custos financeiros significativos, processos burocráticos e necessidade de adaptação familiar a novo contexto, é apresentada pelos cuidadores como decisão necessária e facilitadora. As expressões utilizadas - "facilita muito" (CI2), "para o jeito dele" (CI3) - transmitem satisfação com a decisão tomada. A mudança para ambiente estruturalmente adequado reduz substancialmente a preocupação dos cuidadores com quedas e facilita a prestação diária de cuidados, justificando o investimento realizado.

Este achado emergente revela uma dimensão da gestão do risco de quedas raramente explorada na literatura: a mudança de habitação como intervenção preventiva radical. Enquanto a maioria dos estudos foca modificações ambientais pontuais em habitações existentes, este achado demonstra que alguns cuidadores optam por estratégia mais abrangente, procurando ambiente que reúna desde o início as condições estruturais de segurança necessárias. Esta estratégia será aprofundada no capítulo de discussão à luz da Teoria das Transições de Meleis, interpretando a mudança de habitação como transição organizacional que facilita outras transições simultâneas vivenciadas no contexto da hospitalização domiciliária.

Os achados apresentados neste capítulo - nove categorias de fatores ambientais e dois achados emergentes - constituem a base empírica que será interpretada no capítulo seguinte à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis e confrontada com a literatura científica sobre fatores ambientais e risco de queda. A discussão procurará compreender o significado destes resultados no contexto das transições vivenciadas por clientes e cuidadores informais em hospitalização domiciliária, explorando as suas implicações para a prática de enfermagem comunitária.

4-DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste capítulo discutem-se os achados apresentados anteriormente confrontando-os com a literatura científica e com a Teoria das Transições de Afaf Meleis. O objetivo não é apenas identificar convergências ou divergências com o conhecimento existente, mas sobretudo conhecer as percepções dos cuidadores informais sobre os fatores ambientais associados ao risco de quedas em contexto de hospitalização domiciliária. Pretende-se ainda, explorar as implicações destes resultados para a prática de enfermagem em contexto de hospitalização domiciliária.

A hospitalização domiciliária constitui um contexto singular onde acontecem múltiplas transições. Meleis (2010) ensina-nos que raramente as transições ocorrem de forma isolada - pelo contrário, manifestam-se frequentemente em simultâneo, aumentando a complexidade do processo e a vulnerabilidade de quem as vive. No caso dos participantes deste estudo, observa-se a coexistência da transição organizacional (a mudança do hospital para o domicílio como espaço de cuidados), da transição situacional (o familiar que se torna cuidador) e da transição saúde-doença (a pessoa que precisa adaptar-se a limitações funcionais). Neste contexto de transições múltiplas, os fatores ambientais do domicílio deixam de ser meros elementos do cenário para se tornarem condições que podem facilitar ou dificultar todo o processo, influenciando não apenas a segurança física, mas também a qualidade das transições vividas por todos os envolvidos.

A discussão organiza-se em sete secções. Começa pela análise detalhada de cada um dos fatores ambientais identificados pelos cuidadores, discutindo-os individualmente à luz da literatura científica. Segue-se a discussão dos fatores que, contrariamente ao expectável face à evidência disponível, não emergiram nos discursos - particularmente a iluminação, cuja ausência merece reflexão aprofundada. A terceira secção interpreta os achados emergentes através da lente conceptual oferecida pela Teoria das Transições, explorando o que revelam sobre a complexidade da gestão do risco de quedas. As secções seguintes focam-se no papel do cuidador informal como agente ativo das transições, nas implicações práticas para a enfermagem, nas limitações metodológicas do estudo e, finalmente, nos contributos oferecidos e nas pistas que abrem para investigação futura.

4.1. Discussão dos Fatores Ambientais Identificados

Os cuidadores informais deste estudo identificaram sete dos nove fatores ambientais previstos no referencial teórico. Esta secção discute cada um destes fatores individualmente, procurando

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

compreender não apenas se os achados convergem com a literatura científica - o que geralmente acontece -, mas sobretudo como é que os cuidadores percebem estes riscos, que significados lhes atribuem e que estratégias desenvolvem para os gerir no quotidiano dos cuidados domiciliários.

4.1.1. Tapetes e Carpetes

Os tapetes e carpetes emergiram como o fator de risco mais consensual: todos os quatro cuidadores os identificaram espontaneamente e todos os removeram das suas habitações. Esta unanimidade não é casual. Na verdade, os tapetes representam aquilo que se poderia chamar o risco padrão do ambiente doméstico - visível, palpável, e cuja relação com as quedas é imediatamente compreensível. Quando um tapete se desloca sob os pés ou quando o seu bordo se levanta formando um obstáculo, a ligação causal com o tropeção é óbvia, mesmo para quem nunca teve formação em prevenção de quedas.

Esta evidência intuitiva explica provavelmente por que razão a remoção de tapetes constitui a intervenção preventiva implementada pelos cuidadores. Não requer conhecimento técnico especializado nem investimento financeiro - basta reconhecer o risco e agir. A literatura científica corrobora amplamente esta percepção dos cuidadores. Clemson et al. (2023), demonstram que a remoção de tapetes soltos está entre as modificações ambientais com maior evidência de eficácia na redução de quedas, podendo contribuir para reduções até 40% quando integrada em intervenções multifatoriais. No contexto português, Cruz et al. (2022) identificaram que quedas associadas a escorregadelas e tropeções constituem os acidentes domésticos mais prevalentes entre idosos, e Oliveira et al. (2014) situam entre 16% e 58% a proporção de quedas relacionadas com fatores ambientais, destacando os tapetes entre os principais responsáveis.

Particularmente interessante é a forma como alguns cuidadores descrevem o processo que os levou a esta decisão. CI2 não esperou por uma queda consumada - observou a pessoa cuidada a levantar o tapete com o pé durante uma deslocação e removeu imediatamente todos os tapetes da casa. Este padrão de identificação de risco baseado em quase-acidentes, e não apenas em quedas efetivamente ocorridas, revela capacidade de leitura preventiva do ambiente que Meleis (2010) reconheceria como indicador de envolvimento ativo no processo de transição. A teoria propõe que transições saudáveis se caracterizam precisamente por esta capacidade de antecipar desafios e agir proactivamente, em vez de responder apenas reactivamente a crises já instaladas.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A unanimidade na remoção de tapetes sugere também que este fator já faz parte daquilo que se poderia chamar o "conhecimento de senso comum" sobre segurança do ambiente doméstico. Ao contrário de riscos menos óbvios que requerem sensibilização específica, os tapetes são reconhecidos como perigosos de forma quase automática quando existe mobilidade reduzida. Esta facilidade de reconhecimento contrasta vivamente com outros fatores ambientais discutidos mais adiante, nomeadamente a iluminação, cuja natureza mais subtil e indireta parece dificultar o reconhecimento espontâneo do risco que representa.

4.1.2. Mobiliário e Objetos Decorativos

O mobiliário mal posicionado e os objetos decorativos foram identificados pelos quatro cuidadores, igualando os tapetes em termos de consensualidade, mas revelando maior complexidade na sua gestão. Enquanto a remoção de tapetes é uma decisão relativamente simples - remove-se e pronto -, o mobiliário exige reorganização estratégica do espaço, implicando decisões sobre o que manter, o que remover, o que reposicionar. Esta complexidade reflete-se na diversidade de elementos identificados pelos cuidadores: desde colchas de cama com pontas no chão até mesas em zonas de passagem, cadeiras mal posicionadas, sofás que dificultam a articulação do andarilho, vasos colocados em sítios de passagem, *bibelots* diversos.

Esta diversidade é, em si mesma, reveladora. Sugere que os cuidadores desenvolveram uma leitura complexa do ambiente doméstico, não se limitando aos obstáculos mais óbvios, mas identificando também elementos aparentemente inócuos que podem constituir perigos. A queda relatada por CI1, causada por uma colcha de cama com pontas no chão, exemplifica bem esta realidade: objetos do dia-à-dia associados ao conforto e à estética doméstica transformam-se em fatores de risco quando as condições de mobilidade se alteram. É interessante notar que CI1 não antecipou este risco - foi necessária uma queda efetiva para o reconhecer. Este contraste entre aprendizagem após o evento e a aprendizagem preventiva, como no caso dos tapetes de CI2 (que não esperou por uma queda consumada para os remover) revela que nem todos os riscos ambientais são igualmente evidentes, mesmo para cuidadores atentos.

O que mais chama a atenção nesta categoria, porém, não é tanto a identificação dos riscos, mas sim a forma como os cuidadores articulam a necessidade de reconfigurar as prioridades domésticas. CI2 expressa-o de forma particularmente clara: "a decoração é preterida em função da mobilidade da

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

peessoa". Esta afirmação não é meramente descritiva - é quase programática. Revela uma decisão consciente de subordinar a estética habitacional à funcionalidade e segurança dos cuidados. C13 utiliza uma expressão ainda mais sugestiva, falando em "coisas assim que atramanquem muito a casa", uma linguagem popular, mas que transmite a ideia da necessidade de libertar o espaço de tudo o que entrava, complica, atrapalha.

Esta reconfiguração de prioridades constitui, no fundo, uma dimensão da transição organizacional descrita por Meleis (2010). O domicílio deixa de ser primariamente um espaço de expressão pessoal e estética para se tornar também - e talvez sobretudo - um espaço funcional de prestação de cuidados seguros. Esta mudança na natureza e função do espaço não é vivida pelos cuidadores como perda ou sacrifício. Pelo contrário, é apresentada como ajuste racional e necessário, quase natural, face às novas circunstâncias. A naturalidade com que descrevem estas modificações sugere que as integraram bem, o que Meleis identificaria como indicador de transição saudável.

A literatura científica, embora confirme a relevância do mobiliário enquanto fator de risco, tende a apresentá-lo de forma mais técnica e menos carregada de significado. Oliveira et al. (2014) e Cruz et al. (2022) documentam o papel dos obstáculos no ambiente doméstico português. O que os achados destes estudos acrescentam é a dimensão vivencial e simbólica desta reorganização: não se trata apenas de mover móveis de um lado para o outro, mas de repensar o próprio significado do espaço doméstico e da relação que se estabelece com ele.

4.1.3. Espaço adequado para Circulação

O espaço adequado para circulação foi valorizado pelos quatro cuidadores, equiparando-se em frequência aos tapetes e ao mobiliário. No entanto, distingue-se qualitativamente das categorias anteriores: enquanto tapetes e mobiliário são identificados como riscos a remover ou reorganizar, o espaço surge como fator facilitador. Emerge como algo que é valorizado pela sua presença e não pela sua ausência. Esta inversão de perspectiva revela que os cuidadores não pensam apenas em termos de perigos a eliminar, mas também em termos de condições positivas a criar ou manter.

As expressões utilizadas pelos cuidadores são reveladoras: "bastante espaço, felizmente" (C11), "facilita muito a casa ser ampla" (C12), "muito espaço para eles circularem" (C14). C12 estabelece uma relação causal direta: amplitude espacial resulta em facilidade de circulação. Esta associação emerge

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

da vivência deste cuidador, onde o espaço suficiente torna a vida quotidiana mais simples, menos stressante, menos cheia de obstáculos que requerem vigilância constante.

Alguns cuidadores, porém, não se limitaram a valorizar o espaço existente - criaram-no ativamente. CI3 descreve ter reorganizado a casa de banho, removendo um lavatório que dificultava a passagem e reposicionando-o para um canto. Esta intervenção ilustra que, mesmo em compartimentos pequenos onde o espaço é naturalmente limitado, é possível otimizar a circulação através de reorganizações estratégicas.

A literatura científica sobre modificações ambientais tende a focar-se nos obstáculos a remover, dedicando menos atenção ao espaço enquanto fator facilitador. Pighills et al. (2011), demonstram que a reorganização do espaço doméstico pode reduzir em 25% o risco de quedas, mas esta reorganização é geralmente conceptualizada em termos de remoção de obstáculos, não tanto de criação ou otimização de espaço. O que os achados deste estudo sugerem é que o espaço adequado não é apenas a ausência de obstáculos - é uma característica positiva do ambiente que facilita a mobilidade segura.

À luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), o espaço adequado pode ser interpretado como condição facilitadora das transições vividas. Meleis propõe que certas condições do contexto facilitam ou dificultam os processos de mudança. Um domicílio com espaço suficiente não apenas reduz o risco de queda - facilita também todo o processo de transição. Facilita a transição do cliente para uma mobilidade adaptada recorrendo ao uso de andarrilho ou cadeira de rodas, facilita a transição do cuidador para o papel de cuidar, reduzindo a ansiedade do processo de cuidados ao existirem menos obstáculos a gerir, e por último facilita a própria transição organizacional do hospital para o domicílio, onde o ambiente doméstico pode corresponder às novas exigências dos cuidados.

4.1.4. Equipamento Adaptativo

O equipamento adaptativo, mencionado por três dos quatro cuidadores, representa uma dimensão proactiva da gestão ambiental que contrasta com as categorias anteriores. Se tapetes se removem, mobiliário se reorganiza e espaço se otimiza, o equipamento adaptativo acrescenta-se, com o objetivo explícito de aumentar a segurança. Este contraste revela que os cuidadores não adotam apenas uma estratégia reativa de eliminação de riscos, mas que, têm a capacidade de adotar uma estratégia construtiva de criação de condições protetoras.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

A diversidade de equipamentos mencionados é considerável: camas articuladas com grades e suportes superiores, cadeiras de banho, pontos de apoio no duche, equipamento preventivo para evitar saídas da cama. CI3 descreve ter substituído a cama convencional por uma cama hospitalar articulada. A justificação revela confiança na eficácia protetora do equipamento que parece aliviar a ansiedade do cuidador - "ele ali não pode cair porque tem as grades". A mesma cuidadora descreve a cadeira de banho instalada na casa de banho, permitindo à pessoa cuidada tomar banho sem o perigo de tentar entrar na banheira.

Esta antecipação de consequências graves é particularmente interessante. Sugere que alguns cuidadores não necessitam de vivenciar acidentes para reconhecer riscos - são capazes de projetar mentalmente cenários perigosos e agir preventivamente para os evitar. Meleis (2010) identificaria esta capacidade de antecipação como indicador de envolvimento ativo e consciente no processo de transição, contrastando com posturas mais reativas que apenas respondem a problemas já manifestos.

A literatura científica confirma a eficácia destes dispositivos. Julião (2023), num estudo realizado em Portugal, demonstra que adaptações como barras de segurança e cadeiras de banho resultam em redução significativa de acidentes em residências adaptadas. Kim et al. (2023), na revisão sistemática sobre ambiente doméstico e risco de quedas em idosos frágeis, mostram que os equipamentos adaptativos têm um efeito duplo: para além de tornarem o ambiente objetivamente mais seguro, reforçam a confiança que o idoso sente na sua própria capacidade de se movimentar com autonomia.

No entanto, importa contextualizar criticamente este achado. A diversidade de equipamentos mencionados, desde soluções relativamente acessíveis como pontos de apoio até investimentos substanciais como camas hospitalares, sugere que as intervenções são graduadas consoante as necessidades, mas também, provavelmente, consoante as possibilidades económicas. Julião (2023) identifica precisamente as barreiras financeiras como obstáculo principal à implementação de modificações ambientais em Portugal.

4.1.5. Portas e Corredores Estreitos

As portas e corredores estreitos, identificados por dois dos quatro cuidadores, colocam um desafio de natureza diferente. Enquanto tapetes podem ser removidos e mobiliário reorganizado com relativa facilidade, as dimensões de portas e corredores são características fixas da arquitetura habitacional

Maria João Nascimento – Dezembro 2025 – Atlântica

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

que não se modificam sem obras de custo elevado e complexidade técnica significativa. Esta característica fixa coloca limites concretos à capacidade transformadora dos cuidadores sobre o ambiente doméstico.

CI1 descreve de forma particularmente clara o problema: "as portas das casas não estão preparadas para cadeiras de rodas normais". Esta afirmação não é apenas uma constatação técnica, contém uma crítica implícita às normas de construção habitacional que não consideram adequadamente as necessidades de mobilidade de pessoas com limitações funcionais. A solução encontrada por CI1 foi objetiva, mas reveladora: adquirir uma cadeira de rodas mais estreita que conseguisse passar nas portas existentes. Esta solução inverte a lógica habitual de adaptar o ambiente às necessidades - aqui, adapta-se o equipamento à limitação ambiental fixa. É uma solução que funciona, mas que também evidencia um problema de base: habitações que não foram pensadas para acomodar diversidade funcional.

Curiosamente, CI1 relata ter observado, durante a procura de habitação, uma casa que tinha sido remodelada por enfermeiros que "tinham precisamente posto as portas mais largas para já contar com essa situação". Esta observação é duplamente interessante: primeiro, confirma que profissionais de saúde com conhecimento sobre estas necessidades antecipam o problema e atuam preventivamente; segundo, revela que CI1 estava já numa lógica de procura de habitação adequada, tema que será retomado na discussão dos achados emergentes.

CI4 expressa de forma mais vivencial a consequência prática das portas estreitas: "o andarilho não entra lá dentro. E se entrar é de lado. Entra de lado, o que não dá segurança nenhuma". A casa de banho, sendo pequena, tem uma porta estreita que obriga a manobras complicadas e inseguras. O resultado é que o dispositivo de apoio, que deveria facilitar a mobilidade segura, se torna quase inútil porque não pode ser usado precisamente onde mais faria falta - num espaço onde a pessoa está particularmente vulnerável.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 163/2006 estabelece que corredores devem ter largura mínima de 1,1 metros, mas estas normas aplicam-se fundamentalmente à construção nova ou grandes reabilitações, não ao já existente. O resultado é um parque habitacional envelhecido onde muitas casas, especialmente as mais antigas, têm dimensões que não acomodam adequadamente dispositivos de apoio. Esta inadequação estrutural dos edifícios constitui um problema de saúde pública pouco discutido, mas com implicações diretas na possibilidade das pessoas envelhecerem e/ou viverem com limitações funcionais nas suas próprias casas.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Perante estas limitações que não conseguem alterar, os cuidadores desenvolvem estratégias criativas de adaptação. Em vez de modificarem o ambiente, o que seria impossível sem obras estruturais, adaptam os equipamentos ao espaço disponível. CI1 exemplifica bem isto: comprou uma cadeira de rodas mais estreita que conseguisse passar nas portas existentes. Esta inversão de lógica, isto é, adaptar o equipamento à limitação, em vez de adaptar o espaço à necessidade, revela flexibilidade e capacidade de encontrar soluções alternativas. Meleis (2010) ensina-nos que transições saudáveis caracterizam-se precisamente por esta flexibilidade. Nesta criatividade adaptativa reconhece-se um indicador de envolvimento ativo no processo de transição, quando os cuidadores desenvolvem respostas práticas que contornam o problema de formas inesperadas. A mudança de habitação, discutida adiante, representa o nível mais radical desta adaptação.

4.1.6. Desníveis

Desníveis, escadas e degraus foram mencionados por três cuidadores, revelando um padrão de resposta particularmente interessante: a decisão consciente de evitar esses locais. À semelhança das portas estreitas, desniveis constituem características estruturais que raramente podem ser modificadas sem obras muito significativas. No entanto, ao contrário das portas, que mesmo estreitas permitem alguma passagem, ainda que dificultada, escadas e degraus representam barreiras potencialmente intransponíveis para pessoas com mobilidade muito reduzida. Esta diferença de grau, torna a decisão de evitar, uma estratégia ainda mais central.

CI2 expressa-o de forma muito intensa: "decidi que não iria para uma casa com escadas, porque as escadas são terríveis e evitei ter esse obstáculo, degraus... portanto degraus não!". A repetição enfática "degraus... portanto degraus não!", transmite determinação clara. Não se trata apenas de uma preferência, mas de uma linha vermelha que o cuidador estabeleceu na seleção da habitação. As escadas não são vistas como um inconveniente fácil de gerir, mas como elemento a excluir categoricamente. Esta exclusão prévia, tomada antes mesmo de escolher a casa onde os cuidados seriam prestados, demonstra capacidade de planeamento estratégico e de antecipação de problemas que não se quer ter de enfrentar posteriormente.

CI3 segue uma lógica semelhante, valorizando explicitamente o facto de a habitação ser em rés-do-chão: "esta casa é muito facilitada para o jeito de pessoas como ele, que é rés-do-chão, e ele aqui não tem nada para tropeçar". A localização no rés-do-chão elimina não apenas escadas internas, mas

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

também as escadas de acesso ao edifício, que em prédios sem elevador constituem barreira significativa. A expressão "para o jeito dele", tipicamente portuguesa, transmite uma ideia de adequação perfeita, quase como se a casa tivesse sido feita à medida das necessidades.

CI1, porém, apresenta uma situação diferente. A casa onde reside tem um pequeno desnível junto a uma janela, na zona do escritório. Em vez de evitar o perigo, encontramos aqui gestão controlada do risco: "ela já está bastante habituada e agarra-se à porta e passa com o pé por cima. É uma zona onde ela tem bastante cuidado a passar, quando está sozinha". Esta descrição revela convivência quotidiana com um risco que não pode ser eliminado. A pessoa cuidada desenvolveu uma rotina de segurança, agarrar-se à porta, ter cuidado especial, permitindo ultrapassar o obstáculo de forma controlada.

A literatura científica tem documentado extensamente o risco associado a escadas e desníveis. Gillespie et al. (2012) identificam escadas como um dos fatores ambientais com maior associação a quedas graves, especialmente aquelas que resultam em fraturas. O que os achados deste estudo acrescentam é a estratégia específica que alguns cuidadores desenvolvem face a esta impossibilidade de modificação: em vez de tentarem gerir um risco muito elevado e estruturalmente inalterável, eliminam-no à partida através da escolha criteriosa da habitação. Esta estratégia de escolha preventiva, que será discutida mais aprofundadamente na secção sobre mudança de habitação, constitui uma forma de gestão ambiental de nível superior - não se modifica o ambiente existente, mas seleciona-se um ambiente que já possui as características desejadas.

4.1.7. Superfícies Escorregadias

As superfícies escorregadias, mencionadas apenas por um cuidador (CI4), merecem discussão não pela sua frequência, mas pela forma distintiva como foram identificadas. Ao contrário da maioria dos outros fatores, que foram reconhecidos através de experiência direta, quedas ocorridas ou situações críticas observadas, as superfícies escorregadias emergiram como preocupação através de antecipação preventiva, de avaliação mental de um risco potencial que não chegou a materializar-se em acidente.

CI4 expressa-o de forma emocionalmente carregada: "tenho muito medo que ela me caísse no banho". A repetição da expressão "tenho muito medo" - utilizada pelo menos duas vezes durante a entrevista - transmite um cuidado significativo relacionado com este cenário específico. Não houve uma queda na casa de banho. Não houve sequer um quase-acidente observado. O que existe é uma projeção de

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

um cenário perigoso que leva o cuidador a implementar medidas preventivas antes que qualquer problema se manifeste.

As medidas implementadas são múltiplas e detalhadas: "temos que ter atenção onde eles têm os pés. Ser algo que não escorregue. Mesmo com a espuma do gel de banho. Tenho sempre esse cuidado. E tudo tem que ser antiderrapante". Esta descrição revela consciência sofisticada dos diferentes elementos que contribuem para o risco de escorregar, a água, espuma do gel de banho e as próprias características da superfície do pavimento. CI4 estende mesmo esta preocupação ao calçado, fazendo a ligação entre superfícies antiderrapantes na casa de banho e calçado apropriado para outras áreas da casa onde o chão possa estar molhado.

Esta capacidade de antecipar riscos sem necessidade de os vivenciar representa um mecanismo de identificação mais sofisticado que a simples aprendizagem pela experiência. Enquanto a experiência direta ensina através do que já aconteceu, a antecipação permite aprender com o que poderia acontecer. Meleis (2010) reconheceria neste padrão um indicador de envolvimento ativo e consciente no processo de transição - a capacidade de projetar cenários futuros, avaliar riscos potenciais e agir preventivamente constitui precisamente o tipo de competência que caracteriza transições saudáveis.

A literatura científica é unânime quanto aos riscos associados a superfícies molhadas e escorregadias. Clemson et al. (2019), identificam a casa de banho como um dos locais de maior risco no domicílio, precisamente pela combinação inevitável de água, superfícies lisas e necessidade de realizar movimentos complexos. Sousa et al. (2016) destacam que, em Portugal, quedas em casa de banho estão entre as mais frequentes e também entre as que resultam em lesões mais graves, dado que frequentemente implicam trajetórias de queda contra superfícies duras.

O que torna este achado particularmente interessante não é tanto a identificação do risco - que é amplamente conhecido - mas sim o facto de ter sido identificado por um mecanismo diferente do dominante nos restantes fatores. Sugere que os cuidadores utilizam pelo menos dois processos complementares de reconhecimento de riscos: um reativo, baseado em experiência direta, e outro preventivo, baseado em avaliação cognitiva de situações potencialmente perigosas. A proporção entre estes dois mecanismos pode variar entre cuidadores, dependendo provavelmente de características individuais e também de experiências prévias que possam ter sensibilizado para determinados riscos específicos.

4.2. Fatores Ambientais Não Identificados: Ausências Significativas

Numa investigação qualitativa, aquilo que está ausente pode ser tão revelador quanto aquilo que está presente. Neste estudo, dois dos nove fatores ambientais previstos no enquadramento teórico não emergiram nos discursos: a iluminação inadequada e os animais de estimação. Estas ausências, porém, têm naturezas distintas e merecem interpretações diferenciadas. Enquanto a ausência da iluminação contrasta vivamente com a sua relevância na literatura científica e justifica discussão aprofundada, a ausência dos animais de estimação explica-se de forma mais simples pela baixa prevalência desta situação na amostra.

4.2.1. Iluminação Inadequada

Nenhum dos quatro cuidadores mencionou a iluminação. Esta ausência total constitui o achado mais intrigante do estudo, precisamente porque contrasta de forma tão vincada com a evidência científica disponível. A Organização Mundial da Saúde, em relatórios sucessivos sobre prevenção de quedas, identifica consistentemente a iluminação inadequada como um dos principais fatores ambientais modificáveis associados ao risco de queda, particularmente entre pessoas idosas (WHO, 2008, 2021a). Clemson et al. (2023) reforçam esta posição. Sousa et al. (2016), num dos poucos estudos que foca especificamente a realidade portuguesa, destacam que as alterações visuais relacionadas com o envelhecimento tornam os idosos particularmente vulneráveis aos perigos decorrentes de iluminação insuficiente ou mal posicionada.

A discrepância entre esta robustez científica e a ausência completa nos discursos dos cuidadores não pode ser ignorada ou minimizada. Exige que se procurem interpretações que façam sentido desta lacuna. Várias hipóteses podem ser avançadas, não necessariamente exclusivas entre si.

A primeira hipótese, talvez a mais otimista, é que as habitações dos participantes podem já possuir iluminação adequada, não constituindo, portanto, um fator de risco percebido que mereça menção. Neste cenário, a iluminação seria aquilo a que se poderia chamar um "não-problema", algo que funciona adequadamente e que, precisamente por funcionar, não emerge na consciência como questão que necessite atenção ou intervenção.

A segunda hipótese propõe que os cuidadores podem ter realizado ajustes prévios na iluminação. Podem, por exemplo, ter procedido à instalação de lâmpadas mais potentes, iluminação adicional em

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

zonas críticas como escadas ou corredores, luzes noturnas em casas de banho, e que por serem consideradas modificações menores ou já completamente integradas no quotidiano, não foram espontaneamente mencionados durante as entrevistas.

A terceira hipótese, provavelmente a mais preocupante do ponto de vista dos cuidados de enfermagem, sugere que a iluminação pode simplesmente não ser reconhecida como fator de risco pelos cuidadores, que concentram a sua atenção em elementos mais visíveis e concretos do ambiente. Esta interpretação fundamenta-se na natureza qualitativa distinta da iluminação enquanto fator de risco. Um tapete no chão é um obstáculo direto, tropeça-se nele. Um móvel mal posicionado é um obstáculo direto, choca-se contra ele. Mas a iluminação inadequada não causa diretamente uma queda. Está indiretamente relacionada com o risco de queda, o que torna a iluminação menos saliente na percepção experienciada do risco.

O facto de todos os cuidadores terem mencionado obstáculos físicos, mas nenhum ter mencionado iluminação, sugere que não estamos perante uma coincidência individual, mas perante um padrão sistemático. Este padrão reforça a hipótese de que existe efetivamente uma lacuna na percepção espontânea deste fator específico. Se assim for, as implicações para a prática de enfermagem são significativas e serão discutidas mais adiante. Por agora, importa reter que a iluminação representa provavelmente o fator de risco onde existe o maior desfasamento entre relevância científica estabelecida e percepção por parte dos cuidadores.

4.2.2. Animais de Estimação

Os animais de estimação foram mencionados apenas por um participante (C13), que tem uma cadela. Ao contrário da iluminação, esta baixa frequência não parece constituir uma lacuna de percepção, mas sim um reflexo direto da realidade: três dos quatro agregados familiares simplesmente não têm animais, pelo que naturalmente não os identificam como fator de risco. Não se pode identificar como risco, aquilo que não existe no ambiente quotidiano.

A literatura científica tem documentado que animais de estimação, embora proporcionem benefícios emocionais e psicológicos comprovados, podem efetivamente constituir fator de risco para quedas. Stevens et al. (2010), num estudo específico sobre este tema, demonstram que quedas causadas por animais representam uma causa frequente de quedas em ambiente doméstico, particularmente entre

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

idosos. Os cães foram identificados como risco maior que os gatos, devido ao comportamento mais imprevisível e à tendência para correr ou mudar rapidamente de direção.

Esta categoria ilustra bem uma limitação metodológica de estudos qualitativos com amostras pequenas: quando um fator de risco depende da presença de um elemento específico no ambiente (neste caso, um animal), e esse elemento está ausente na maioria dos contextos estudados, a possibilidade de explorar em profundidade a forma como é percebido e gerido fica naturalmente limitada. Uma amostra maior e intencionalmente diversificada para incluir múltiplos agregados com animais seria necessária para compreender adequadamente este fator específico.

4.3. Os Achados Emergentes à Luz da Teoria das Transições

Para além dos fatores ambientais previstos no referencial teórico, emergiram das narrativas dos cuidadores dois achados não antecipados, mas profundamente reveladores: o abandono de dispositivos de apoio por parte da pessoa cuidada e a mudança de habitação como estratégia radical de gestão ambiental. Estes achados emergentes transcendem a dimensão puramente física do ambiente para nos falarem sobre comportamentos, decisões estratégicas e processos de adaptação. A Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece aqui um enquadramento conceptual particularmente rico para compreender estes fenómenos, permitindo interpretá-los não como eventos isolados, mas como manifestações de processos mais amplos de mudança e adaptação.

4.3.1. O Abandono de Dispositivos de Apoio

CI4 relatou uma queda grave que resultou em traumatismo. Esta queda não ocorreu por inexistência de equipamento adequado, o andarilho estava disponível, o espaço era suficiente. Ocorreu porque a pessoa cuidada optou por realizar uma deslocação curta sem utilizar o dispositivo de apoio: " Deixava o andarilho aqui, na esquina, e ia tuc tuc tuc sentar-se. Há um dia, não sei porquê, caiu para trás. O andarilho ficou ali, ela veio a andar, o andarilho ficou para trás...bateu com a cabeça naquele móvel e partiu a cabeça. ". Ainda que o objeto de estudo se situe nos fatores ambientais, a categoria que emergiu da análise das narrativas sugere um caminho alternativo de reflexão, ao revelar que a segurança no domicílio se constrói também através das práticas, percepções e decisões quotidianas dos seus clientes em hospitalização domiciliária.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Compreender este comportamento de abandono exige que nos coloquemos na perspectiva da pessoa cuidada, recorrendo ao enquadramento conceptual oferecido por Meleis. A teoria das transições ensina-nos que estas se caracterizam por períodos de instabilidade durante os quais os indivíduos procuram redefinir a sua identidade e recuperar alguma sensação de controlo sobre as suas vidas (Meleis, 2010). O uso permanente de um andarilho não é apenas uma questão prática ou funcional, é também uma marca visível de limitação. Abandonar o dispositivo, mesmo que apenas para trajetos curtos, pode representar uma tentativa de manter ou recuperar autonomia percebida, de resistir à dependência que o equipamento simboliza.

Esta interpretação ganha suporte quando se considera que estamos perante uma transição saúde-doença, nos termos propostos por Meleis (2010). A pessoa encontra-se num processo de adaptação a limitações funcionais, procurando negociar continuamente os limites entre o que ainda consegue fazer autonomamente e o que requer apoio. Clemson et al. (2023), reconhecem precisamente esta dificuldade: a adesão a dispositivos de apoio constitui um desafio significativo na prevenção de quedas, sendo influenciada por dimensões psicológicas relacionadas com aceitação da condição, impacto na auto-imagem e perceção subjetiva de risco.

Para o cuidador informal, este comportamento de risco da pessoa cuidada introduz uma dimensão adicional de complexidade que amplifica significativamente a sua própria vulnerabilidade. Importa recordar que o cuidador está também ele próprio em transição, uma transição situacional (Meleis, 2010), ao assumir o papel de cuidar. Sequeira (2010) documenta extensamente a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais portugueses, destacando que a ansiedade relacionada com a segurança da pessoa cuidada constitui um dos principais fatores de stresse. O comportamento de abandono de dispositivos amplifica esta ansiedade, criando uma situação onde o cuidador sente simultaneamente responsabilidade pela segurança, mas incapacidade de a garantir plenamente.

Este achado tem implicações diretas para os cuidados de enfermagem que não podem ser ignoradas. Sugere que as abordagens de prevenção de quedas não se podem focar exclusivamente no ambiente físico - por muito adequado que este seja - mas precisam também, contemplar dimensões educativas e motivacionais junto da pessoa cuidada. Trabalhar aspetos como a consciencialização realista do risco, a aceitação gradual de limitações funcionais sem que isso destrua a identidade pessoal, e a motivação para uso consistente de dispositivos torna-se tão importante quanto instalar barras ou remover tapetes. Adicionalmente, o enfermeiro precisa reconhecer e validar a ansiedade do cuidador relacionada com estes comportamentos, oferecendo suporte emocional e estratégias práticas, respeitando a autonomia e dignidade da pessoa cuidada.

4.3.2. Mudança de Habitação

Três dos quatro cuidadores entrevistados mudaram de habitação. Este achado constitui provavelmente o contributo mais original deste estudo, revelando uma estratégia de gestão ambiental radical que raramente é explorada na literatura sobre prevenção de quedas. Enquanto a esmagadora maioria dos estudos foca modificações ambientais pontuais em habitações existentes como, remover tapetes, instalar barras, reorganizar mobiliário, este achado demonstra que alguns cuidadores optam por reconfigurar radicalmente o ambiente de cuidados, procurando habitações que reúnam desde o início as condições estruturais de segurança necessárias. A seleção da nova habitação não é aleatória. Os cuidadores desenvolveram critérios claros, baseados em conhecimento sobre o que facilita ou dificulta a segurança e a mobilidade. A Teoria das Transições oferece aqui um enquadramento conceptual particularmente rico, especialmente através do conceito de transição organizacional.

Meleis (2010) define transições organizacionais como mudanças nos ambientes onde os cuidados são prestados, distinguindo-as claramente de outros tipos de transições. A mudança de habitação constitui o exemplo desta categoria: não se trata de modificar elementos pontuais do ambiente existente, mas de mudar para um ambiente estruturalmente diferente. Esta mudança é motivada pela impossibilidade de adequar suficientemente o ambiente anterior: escadas fixas que não se podem eliminar, espaço pequeno que não se pode ampliar, configurações arquitetónicas que não se podem alterar sem obras estruturais de custo elevado ou tecnicamente inviáveis.

O que torna este achado particularmente relevante à luz da Teoria das Transições não é apenas reconhecer que a mudança de casa constitui uma transição organizacional. É sobretudo compreender que esta transição não ocorre isoladamente, mas num contexto de múltiplas transições simultâneas. E aqui reside um dos contributos conceptuais mais interessantes: a mudança de habitação, sendo em si mesma uma transição adicional que poderia aumentar a complexidade e a vulnerabilidade, funciona paradoxalmente como facilitadora das outras transições em curso. CI2, CI3 e CI1 não descrevem a mudança de casa como um peso adicional ou como mais uma dificuldade a gerir. Pelo contrário, expressam-na como decisão facilitadora, quase como alívio. CI2 afirma de forma clara: "facilita muito a casa ser ampla". CI3 utiliza uma expressão ainda mais sugestiva: "esta casa é mesmo para o jeito dele". À luz de Meleis, esta percepção positiva faz todo o sentido quando compreendemos que o ambiente adequado funciona como condição facilitadora das múltiplas transições em curso. A teoria propõe que as transições são influenciadas por condições que podem facilitar ou dificultar o processo (Meleis, 2010). Ao mudarem para habitações estruturalmente adequadas, os cuidadores criam condições ambientais facilitadoras que reduzem obstáculos não apenas à mobilidade física, mas a todo

Maria João Nascimento – Dezembro 2025 – Atlântica

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

o processo de adaptação. Um domicílio sem escadas facilita a transição organizacional (do hospital para o domicílio), facilita a transição saúde-doença do cliente (que pode manter maior autonomia), e facilita a transição situacional do cuidador (que tem menos fontes de ansiedade permanente com que lidar).

Meleis (2010) propõe que o envolvimento ativo e a capacidade de antecipar desafios constituem indicadores de processo de transições saudáveis. A decisão de mudar de casa para criar condições estruturalmente adequadas, em vez de tentar gerir riscos numa habitação inadequada, exemplifica precisamente este envolvimento ativo.

Importa, contudo, contextualizar este achado criticamente. A mudança de habitação implica recursos, financeiros, sociais, logísticos, que não estão universalmente disponíveis. Os três cuidadores que mudaram de casa tinham, presumivelmente, condições que lhes permitiram tomar esta decisão: capacidade económica para suportar custos de mudança, ausência de constrangimentos laborais ou familiares impeditivos, redes sociais que pudessem apoiar o processo. Julião (2023), identifica as barreiras económicas como obstáculo principal à implementação de modificações ambientais em Portugal. A mudança completa de habitação representa naturalmente um investimento ainda mais substancial que modificações pontuais.

Este achado pode, portanto, não ser transferível para contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica, onde famílias não têm opção de mudar de casa, devendo gerir riscos ambientais significativos em condições habitacionais que não conseguem alterar. Esta limitação não retira valor ao achado, mas obriga a reconhecer que estamos a descrever uma estratégia acessível a alguns, não a todos. Do ponto de vista da equidade em saúde, isto coloca questões importantes sobre se deveria existir apoio público para facilitar mudanças habitacionais ou adaptações estruturais significativas quando necessárias para a segurança de pessoas em situação de dependência, especialmente em famílias com menores recursos.

4.4. O Cuidador Informal como Agente Ativo das Transições

A análise integrada dos achados permite reconhecer nos cuidadores informais algo mais do que meros acompanhantes passivos das transições vividas pelos clientes em hospitalização domiciliária. Emergem antes como agentes ativos e determinantes desses processos, demonstrando capacidades múltiplas: identificam riscos, implementam modificações desde as mais simples às mais complexas, desenvolvem

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

estratégias criativas face a limitações, tomam decisões estratégicas de grande impacto. Meleis (2010) salienta que o sucesso das transições depende do envolvimento ativo dos intervenientes. Nos resultados deste estudo, observa-se esse princípio nas experiências dos cuidadores informais, que, simultaneamente que enfrentam as suas próprias mudanças, assumem um papel central no apoio às transições saúde-doença dos clientes no contexto de hospitalização domiciliária.

A capacidade de identificação de riscos é notável. Todos reconheceram os principais fatores modificáveis documentados na literatura - tapetes, mobiliário, espaço (Clemson et al., 2023; Julião, 2023). Mais impressionante ainda: não se limitaram aos riscos óbvios. A diversidade de elementos reconhecidos - colchas com pontas, vasos em zonas de passagem, sofás que dificultam articulação do andarilho - revela leitura sofisticada do ambiente. Alguns demonstram mesmo capacidade de antecipação sem necessidade de vivenciar acidentes: CI4 identificou superfícies escorregadias como preocupação e implementou medidas preventivas antes que qualquer queda ocorresse. Este padrão, é reconhecido na literatura, como indicador de elevada competência na gestão de riscos ambientais (Cunha, 2022; Julião, 2023).

A competência implementadora manifesta-se através da diversidade de estratégias desenvolvidas. Todos removeram tapetes, todos reorganizaram mobiliário, três instalaram equipamento adaptativo, dois adaptaram equipamentos a limitações estruturais, três mudaram de habitação. Não se contentam com uma única estratégia. Implementam múltiplas intervenções complementares, ajustando continuamente o ambiente às necessidades em evolução. Esta abordagem, a evidência científica identifica como mais eficaz na prevenção de quedas do que intervenções isoladas (Clemson et al., 2023; WHO, 2021b). Meleis (2010) identificaria nesta adaptação contínua um indicador de flexibilidade e capacidade de resposta a desafios emergentes, característico de transições bem geridas.

Estas competências e esta agência não devem, contudo, obscurecer as vulnerabilidades e necessidades de apoio que os cuidadores também vivenciam. A ansiedade expressa por CI4 face ao abandono de dispositivos pela pessoa cuidada revela a carga emocional da responsabilidade permanente pela segurança de outrem. A impossibilidade de supervisão contínua, conjugada com consciência dos riscos, cria tensão constante que não pode ser ignorada. Sequeira (2010), documenta extensamente como esta sobrecarga tem impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos próprios cuidadores. Importa recordar que estão eles próprios em transição situacional, processo que Meleis assume ser caracterizado por períodos de instabilidade, confusão e vulnerabilidade.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde comunitária assume papel crucial que transcende a capacitação técnica. O Regulamento n.º 428/2018, que define as competências específicas deste profissional, estabelece que deve estabelecer parcerias com indivíduos e famílias, promovendo a sua participação ativa nos processos de tomada de decisão. No contexto da hospitalização domiciliária, isto significa trabalhar numa lógica de parceria genuína: reconhecer o conhecimento experiencial que os cuidadores já desenvolveram, valorizar as estratégias que já implementaram, e colaborar para identificar lacunas e desenvolver competências adicionais, sem postura crítica (Delerue, 2021; Meleis, 2010).

Esta abordagem de parceria não é apenas eticamente desejável, é bastante necessária no contexto de hospitalização domiciliária. Como se referiu no referencial teórico, o enfermeiro em hospitalização domiciliária é "um convidado" no espaço íntimo das famílias, não detendo o controlo do ambiente como ocorreria no hospital (Cunha et al., 2017; Delerue, 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022). Esta inversão de papéis requer humildade profissional genuína e respeito pelas decisões, prioridades e ritmos das famílias. O estabelecimento de relação de confiança, construída gradualmente através da escuta atenta e da valorização dos saberes do cuidador, torna-se condição essencial para que este partilhe dificuldades reais, receios e barreiras (Meleis, 2010; Sequeira, 2010). Só neste contexto de confiança é possível que o enfermeiro especialista cumpra eficazmente a sua função de facilitador de transições saudáveis.

4.5. Implicações para a Prática de Enfermagem Comunitária

Os achados discutidos têm implicações diretas para a prática de enfermagem, particularmente para enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública que atuam em contextos de hospitalização domiciliária. A interpretação dos resultados à luz da Teoria das Transições e da literatura científica permite identificar áreas de intervenção prioritárias que visam não apenas reduzir o risco de queda, mas, num sentido mais amplo, facilitar transições saudáveis para todos os envolvidos. Organizam-se estas implicações em torno de três eixos principais: avaliação ambiental estruturada, capacitação e educação de cuidadores, e apoio à tomada de decisão com articulação de recursos.

4.5.1. Avaliação Ambiental Estruturada

A primeira implicação refere-se à necessidade de implementar uma avaliação ambiental estruturada como componente essencial da admissão em hospitalização domiciliária. Os achados demonstram claramente que os cuidadores identificam eficazmente riscos concretos- tapetes, mobiliário, obstáculos diversos. Contudo, fatores menos evidentes podem escapar ao reconhecimento espontâneo. A iluminação constitui o exemplo paradigmático desta lacuna, mas podem existir outros. A literatura recomenda a utilização de instrumentos validados de avaliação ambiental como componente essencial dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário (Clemson et al., 2023; Gillespie et al., 2012). A avaliação estruturada realizada pelo enfermeiro especialista, utilizando uma *checklist* baseada na evidência científica, assegura que todos os fatores relevantes são sistematicamente verificados.

Os achados deste estudo permitem propor uma *checklist* que integra tanto os fatores identificados pelos cuidadores como aqueles que, apesar da relevância científica, não emergiram nas suas narrativas. A análise revelou que riscos concretos como tapetes, mobiliário e obstáculos diversos foram prontamente reconhecidos, enquanto fatores de natureza mais subtil, particularmente a iluminação, estiveram completamente ausentes dos discursos. Esta constatação fundamenta a necessidade de uma avaliação sistemática que compense estas lacunas preceptivas.

A *checklist* proposta contempla, em primeiro lugar, os fatores que os cuidadores deste estudo demonstraram reconhecer: tapetes, carpetes e passadeiras; mobiliário e objetos decorativos em zonas de circulação; espaço adequado para circulação; equipamentos adaptativos como barras, cadeiras de banho e camas articuladas; dimensões de portas e corredores face aos dispositivos utilizados pela pessoa cuidada; desníveis como escadas e degraus; e superfícies potencialmente escorregadias, particularmente em casas de banho. A verificação destes elementos permite ao enfermeiro validar e, quando necessário, otimizar as modificações já implementadas pelos cuidadores.

Contudo, a *checklist* deve dar particular atenção aos fatores que não emergiram espontaneamente nas narrativas. A iluminação constitui a prioridade identificada por este estudo: importa avaliar sistematicamente a intensidade luminosa em todos os compartimentos, a iluminação específica em zonas críticas como escadas, corredores e casa de banho, a disponibilidade de luzes noturnas, a existência de iluminação de emergência ou sensores de movimento, realizando esta avaliação preferencialmente em diferentes períodos do dia. A ênfase na iluminação justifica-se pela discrepância

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

encontrada entre a sua relevância científica amplamente documentada (Clemson et al., 2023; Sousa et al., 2016; WHO, 2021b) e a sua completa ausência nos discursos dos cuidadores deste estudo.

Esta *checklist* permitirá ao enfermeiro especialista, não apenas validar o que os cuidadores já identificaram, mas sobretudo sensibilizá-los para riscos menos óbvios. A avaliação deve ser realizada idealmente na primeira visita domiciliária, mas não pode ser entendida como processo único e definitivo. O ambiente doméstico é dinâmico - as condições do cliente evoluem, o próprio ambiente pode modificar-se, novas necessidades podem surgir. Importa, portanto, que a avaliação seja atualizada periodicamente, integrando-se no acompanhamento contínuo de forma natural e não burocrática. Esta abordagem sistemática é consistente com as recomendações internacionais para avaliação ambiental do domicílio (WHO, 2021b) e tem demonstrado eficácia na identificação precoce de riscos em contextos portugueses (Cruz et al., 2022; Oliveira et al., 2014).

Crucial é a forma como esta avaliação é conduzida. Não pode ser vivida pelos cuidadores como auditoria externa ou como crítica implícita ao ambiente que proporcionam. Deve ser apresentada e conduzida como processo colaborativo de identificação de oportunidades de melhoria. Valorizar explicitamente o que já está adequado, reconhecer os esforços já realizados, apresentar sugestões como possibilidades em vez de imposições (Cunha, 2022; Julião, 2023). Importa sim, garantir a receptividade dos cuidadores e contribuir para construir uma relação de confiança essencial à continuidade dos cuidados.

4.5.2. Capacitação e Educação: Colmatar Lacunas Específicas

A segunda implicação relaciona-se com o desenvolvimento de programas de capacitação dirigidos especificamente aos cuidadores informais de clientes em hospitalização domiciliária. Os achados revelam que os cuidadores possuem conhecimento experiencial substancial, mas também lacunas em áreas específicas. A capacitação deve, portanto, ser personalizada, partindo das competências existentes e focando áreas onde o conhecimento científico pode acrescentar valor genuíno. Conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 428/2018, o enfermeiro especialista tem competência para contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, desenvolvendo programas educativos fundamentados nas necessidades efetivamente identificadas.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Estudos portugueses demonstram que programas de capacitação dirigidos a cuidadores informais melhoram significativamente a sua capacidade de gerir riscos ambientais e reduzem a sobrecarga associada ao papel de cuidar (Cunha, 2022; Julião, 2023).

A educação sobre iluminação constitui prioridade específica identificada por este estudo. Os cuidadores precisam ser sensibilizados para a relação entre iluminação inadequada e risco de queda, através de explicações claras e exemplos concretos. Não basta dizer "a iluminação é importante". Importa explicar como é que a luz insuficiente impede de ver adequadamente um tapete que se levantou, ou um degrau que numa situação melhor iluminada seria facilmente percebido. Adicionalmente, importa apresentar soluções práticas e custo-efetivas: instalação de luzes noturnas que ativam automaticamente, posicionamento estratégico de lâmpadas em zonas críticas, utilização de sensores de movimento que garantem iluminação sem necessidade de procurar interruptores no escuro (Grant et al., 2022; WHO, 2021b).

Para além da iluminação, a capacitação deve abordar outros aspetos: identificação de riscos menos óbvios que possam não ser intuitivamente reconhecidos; estratégias práticas de reorganização espacial que otimizem circulação; utilização correta de equipamentos adaptativos; gestão de comportamentos de risco da pessoa cuidada. Importa que esta capacitação não se limite a sessões formais pontuais que depois ficam desligadas da prática diária. Deve integrar-se no acompanhamento contínuo, através de ensino e instrução durante as visitas domiciliárias. Aproveitar situações reais observadas para reforçar aprendizagens torna o ensino contextualizado e imediatamente aplicável, muito mais efetivo que abordagens abstratas. Esta integração do ensino no cuidado diário corresponde aliás à própria essência da enfermagem comunitária: capacitar no contexto, na situação real, respeitando os ritmos e as especificidades de cada pessoa e cada família. Esta abordagem de ensino integrado no cuidado encontra suporte na evidência sobre eficácia de intervenções educativas personalizadas em contexto domiciliário (Arsenault-Lapierre et al., 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022).

4.5.3. Apoio à Tomada de Decisão e Articulação com Recursos

A terceira implicação refere-se ao apoio à tomada de decisão em situações complexas, particularmente quando fatores estruturais fixos da habitação criam riscos significativos que não podem ser eliminados por modificações pontuais. O achado relativo à mudança de habitação sugere que alguns cuidadores

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

enfrentam decisões de grande complexidade, com implicações financeiras, logísticas e emocionais muito significativas. O enfermeiro especialista pode desempenhar papel importante ajudando as famílias a avaliar sistematicamente as opções disponíveis.

Estas opções incluem: implementação de modificações na habitação atual, quando possível e economicamente viável; adaptação de equipamentos às limitações estruturais existentes, como ilustrado por CI1 ao adquirir cadeira de rodas mais estreita; gestão ativa de fatores ambientais que não podem ser eliminados, através de supervisão reforçada e adaptação de comportamentos; ou, quando efetivamente necessário e viável, consideração de mudança para habitação mais adequada.

A literatura reconhece que decisões sobre modificações habitacionais constituem processos complexos que requerem ponderação cuidadosa de múltiplos fatores, incluindo viabilidade económica, impacto familiar e benefícios para a segurança (Kim et al., 2023; Pighills et al., 2011).

O enfermeiro especialista pode fornecer informação sobre riscos objetivos associados a cada opção, custos e benefícios de diferentes alternativas, e recursos eventualmente disponíveis. Não pode, nem deve impor soluções, mas pode facilitar processos de decisão informada, ajudando a clarificar opções e implicações.

Adicionalmente, o enfermeiro especialista deve conhecer e articular ativamente com recursos comunitários e políticas de apoio disponíveis. A Lei n.º 100/2019, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, estabelece direitos e apoios, incluindo medidas de apoio psicológico e formação. Embora não preveja especificamente apoios para modificações habitacionais, o conhecimento deste quadro legal permite orientar as famílias para os apoios existentes. A articulação com assistentes sociais, quando disponíveis, pode facilitar acesso a apoios económicos para aquisição de equipamentos ou realização de pequenas obras. O enfermeiro especialista, através da sua competência de estabelecer parcerias e articular com redes comunitárias estabelecida no Regulamento n.º 428/2018, desempenha papel de facilitador de acesso a recursos que as famílias poderiam desconhecer ou ter dificuldade em aceder sozinhas.

Em síntese, os achados deste estudo apontam para uma prática de enfermagem em hospitalização domiciliária que integra três dimensões fundamentais. Primeiro, a avaliação ambiental estruturada e sistemática que identifica riscos de forma abrangente (Clemson et al., 2023; WHO, 2021b). Segundo, a capacitação personalizada de cuidadores, com atenção especial a lacunas específicas identificadas (Cunha, 2022; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Julião, 2023). Terceiro, o apoio à tomada de decisão em situações complexas, respeitando sempre a autonomia familiar (Delerue, 2021; Meleis, 2010), e a

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

articulação ativa com recursos comunitários disponíveis, conforme estabelecido no Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019).

Esta abordagem integrada fundamenta-se na Teoria das Transições de Meleis (2010) e na evidência científica recente sobre prevenção de quedas em contexto domiciliário (Clemson et al., 2023; Cruz et al., 2022; Kim et al., 2023). É também consistente com as competências definidas para enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018). O objetivo último é facilitar transições saudáveis para clientes e cuidadores informais em hospitalização domiciliária, promovendo não apenas segurança, mas também autonomia e qualidade de vida.

4.6 Limitações Metodológicas, contributo e recomendações para investigações futuras

Como qualquer investigação, este estudo apresenta limitações que devem ser explicitamente reconhecidas para enquadrar adequadamente a interpretação e transferibilidade dos achados.

A primeira limitação relaciona-se com o momento de realização das entrevistas. Todas foram conduzidas durante o período diurno, num contexto de iluminação natural adequada. Este facto pode ter influenciado a forma com que determinados fatores ambientais emergiram nas narrativas dos cuidadores. A iluminação inadequada, identificada na literatura como fator de risco significativo, particularmente durante o período noturno, pode não ter sido espontaneamente mencionada pelos participantes precisamente porque, no momento da entrevista, não estava a ser experienciada como problema visível. Adicionalmente, sem perguntas diretas sobre fatores específicos, modificações já integradas no dia-à-dia podem não ter sido mencionadas. Uma lâmpada trocada há meses, por exemplo, pode já não estar presente na memória como modificação ambiental intencional, sendo simplesmente parte do ambiente tal como ele é agora. A realização de entrevistas em diferentes períodos do dia, incluindo o final da tarde ou início da noite, poderia ter permitido aos cuidadores identificar e demonstrar *in loco* preocupações relacionadas com condições de iluminação que se manifestam especificamente nesses períodos. Esta limitação sugere que futuros estudos possam beneficiar de abordagens que permitam avaliar os fatores ambientais em condições variadas de luminosidade.

A segunda limitação refere-se ao tamanho da amostra. Embora o número de participantes (n=4) seja adequado ao objetivo específico do estudo e tenha permitido identificar padrões consistentes nas

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

categorias principais, reconhece-se que a inclusão de mais participantes poderia ter enriquecido a compreensão de categorias menos frequentes e capturado eventual diversidade adicional de perspectivas. Contudo, alcançou-se um nível de consistência e aprofundamento suficiente nas dimensões centrais da questão investigada, e as narrativas obtidas revelaram-se ricas e detalhadas, permitindo uma análise aprofundada dos fatores ambientais na perspectiva dos cuidadores informais.

A terceira limitação relaciona-se com o contexto específico do estudo. Todos os participantes eram cuidadores de clientes em hospitalização domiciliária de uma unidade privada na região de Lisboa. Este contexto específico, embora não implique necessariamente um perfil socioeconómico homogéneo, dado que o acesso a cuidados privados resulta frequentemente de seguros de saúde ou de esforço económico significativo das famílias, pode limitar a transferibilidade dos achados para outros contextos. A região de Lisboa pode apresentar características habitacionais, de acesso a recursos e de literacia em saúde diferentes de outras regiões do país, particularmente do interior ou das regiões insulares. Adicionalmente, a hospitalização domiciliária em contexto privado pode ter características de acompanhamento e de recursos disponíveis diferentes das unidades do Serviço Nacional de Saúde, influenciando potencialmente o conhecimento e as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores. Os achados devem, portanto, ser interpretados tendo em conta estas especificidades contextuais.

Este estudo centrou-se nas perceções dos cuidadores informais, não incluindo observação direta dos ambientes domésticos. Esta opção metodológica foi deliberada e coerente com o objetivo definido. Estudos futuros poderiam complementar esta abordagem combinando entrevistas com observação direta, permitindo comparar perceções com condições objetivas e identificar eventuais riscos não reconhecidos pelos cuidadores.

Não obstante estas limitações reconhecidas, o estudo contribui para o conhecimento sobre como cuidadores informais percebem e gerem fatores ambientais no contexto da hospitalização domiciliária em Portugal, área ainda relativamente pouco explorada pela investigação nacional. A consciência explícita destas limitações orienta a interpretação cautelosa dos achados e fundamenta recomendações para investigações futuras que possam ultrapassar algumas destas limitações, aprofundando e alargando o conhecimento neste domínio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação centrou-se nas percepções dos cuidadores informais sobre os fatores ambientais associados ao risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária. A escolha de focar as percepções foi deliberada: são os cuidadores quem vive diariamente nestes espaços, quem identifica os perigos, quem implementa as modificações. Compreender como percebem o ambiente doméstico tornou-se essencial para desenvolver intervenções de enfermagem que façam sentido no contexto real dos clientes em hospitalização domiciliária

Foram identificados sete fatores ambientais: tapetes, mobiliário e objetos decorativos, espaço para circulação, equipamento adaptativo, portas e corredores estreitos, desníveis e superfícies escorregadias. Estes convergem com a literatura científica, confirmando que riscos documentados internacionalmente são igualmente relevantes no contexto português. Mas emergiram também ausências significativas - particularmente a iluminação, fator cientificamente estabelecido, mas completamente ausente dos discursos, e dois achados inesperados: o abandono de dispositivos de apoio e a mudança de habitação como estratégia de gestão ambiental.

Este último achado merece destaque por constituir o contributo mais original. Três dos quatro cuidadores mudaram de casa, não para melhorar condições de vida em geral, mas especificamente para criar ambientes estruturalmente adequados aos cuidados. A literatura sobre prevenção de quedas raramente explora esta possibilidade, focando-se em ajustes no próprio ambiente. A Teoria das Transições de Meleis ajudou a compreender que a mudança de habitação, sendo em si mesma uma transição organizacional, funciona paradoxalmente como facilitadora das outras transições em curso. Quando os cuidadores escolhem habitações sem escadas e com espaço amplo, criam condições que facilitam não apenas a mobilidade, mas todo o processo de adaptação, o que explica porque descrevem a mudança não como sacrifício, mas como alívio.

A ausência da iluminação nos discursos constitui achado igualmente relevante pelo contraste com a sua importância científica. A hipótese mais preocupante é que a iluminação pode não ser reconhecida como risco por ter natureza indireta: não se tropeça na má iluminação, mas noutra obstáculo não visto por falta de luz. Esta ausência, remete-nos para a importância da avaliação ambiental estruturada pelo enfermeiro especialista, incluindo *checklist* específica de ambiente seguro.

Os cuidadores informais emergiram claramente como protagonistas ativos das transições vividas. Desenvolvem conhecimento com base na experiência o que se revela importantíssimo, identificam

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

riscos de forma sofisticada, implementam modificações criativas e tomam decisões estratégicas complexas - incluindo mudanças de habitação. Esta capacidade de intervenção manifesta-se desde a antecipação preventiva de riscos até à adaptação de equipamentos quando o ambiente resiste à transformação. Reconhecer este papel ativo não significa ignorar vulnerabilidades: a ansiedade face a comportamentos de risco, a sobrecarga emocional, a própria transição de assumir o papel de cuidar coexistem com as competências demonstradas. Os cuidados de enfermagem devem fundamentar-se numa lógica de parceria genuína que reconheça e valorize o que os cuidadores já sabem e fazem, trabalhando em conjunto para identificar lacunas específicas.

A prevenção de quedas em contexto de hospitalização domiciliária é um desafio multidimensional que exige colaboração entre cuidadores informais, clientes e profissionais de saúde. Este estudo demonstrou que a integração do enfermeiro especialista em saúde comunitária nesse processo, utilizando abordagens baseadas na Teoria das Transições, pode facilitar intervenções que promovem segurança, autonomia e qualidade de vida. Estas intervenções organizam-se em torno de três eixos complementares: avaliação ambiental estruturada contemplando fatores menos óbvios como a iluminação; capacitação personalizada dos cuidadores focada em lacunas identificadas; e apoio à tomada de decisão em situações complexas, incluindo a consideração de mudança de habitação quando necessária. Ao valorizar as perceções dos cuidadores informais constrói-se um modelo de cuidados verdadeiramente centrado no cliente e adaptado às realidades específicas de cada ambiente domiciliário.

A investigação teve limitações que condicionam a transferibilidade dos achados: dimensão da amostra reduzida, contexto específico, entrevistas apenas durante o período diurno. Estas limitações apontam caminhos para investigação futura: amostras mais amplas e diversificadas, entrevistas em diferentes períodos do dia, combinação com observação direta, e aprofundamento específico da mudança de habitação como estratégia.

A hospitalização domiciliária coloca o enfermeiro como convidado no espaço íntimo das famílias, exigindo humildade profissional e reconhecimento de que, embora o enfermeiro traga conhecimento científico, os cuidadores trazem conhecimento da sua experiência insubstituível sobre o seu contexto. Conhecer a perspetiva dos cuidadores sobre os fatores ambientais tem implicações práticas diretas para a enfermagem comunitária. Permite desenvolver intervenções que fazem sentido no contexto real das famílias, em vez de prescrições técnicas que podem não se ajustar às possibilidades e prioridades de cada domicílio.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

As quedas no contexto domiciliário não são inevitáveis. Grande parte dos fatores ambientais são modificáveis, mas para que as modificações aconteçam de forma sustentada precisam fazer sentido para quem vive esses espaços. A prevenção de quedas é, no fundo, uma dimensão de um processo mais amplo: facilitar transições saudáveis. Um domicílio adequado não apenas previne quedas, facilita que o cliente mantenha autonomia, reduz a ansiedade do cuidador, permite que a relação de cuidados se desenvolva num contexto menos atravessado por preocupações permanentes com a segurança.

Se esta investigação puder contribuir para que os enfermeiros desenvolvam um olhar mais atento sobre como os cuidadores percebem os fatores ambientais, fundamentar práticas de parceria genuína, alertar para lacunas como a iluminação, e abrir possibilidades de apoio a decisões como a mudança de habitação - então terá cumprido o seu propósito. A hospitalização domiciliária representa um modelo mais humanizado e centrado nas pessoas. Para que este potencial se concretize, importa compreender profundamente as realidades vividas por quem presta e recebe cuidados nesses contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aalam, A. A., Patel, J., Gupta, A., Desai, A., Kim, C., Sinha, S., Merchant, N., Khan, S. S., Wilke, R. A., Ahmad, F. S., & Shah, N. S. (2024). The hospital at home in the USA: Current status and future prospects. *npj Digital Medicine*, 7(1), 53. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01040-9>

Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Matias Dias, C. (2023). Quedas em pessoas idosas em Portugal: Uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. *Boletim Epidemiológico Observações*, 35, 1-15. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>

Apeageyi, A. E., Cogswell, I., Patel, N. K., O'Rourke, K., Tsakalos, G., & Dieleman, J. L. (2024). Examining malaria treatment and prevention spending efficiency in malaria-endemic countries, 2000–2020. *Malaria Journal*, 23, 333. <https://doi.org/10.1186/s12936-024-05165-w>

Arsenault-Lapierre, G., Henein, M., Gaid, D., Le Berre, M., Gore, G., & Vedel, I. (2021). Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(6), e2111568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Caplan, G. A., Ward, J. A., Brennan, N. J., Coconis, J., Board, N., & Brown, A. (1999). Hospital in the home: A randomised controlled trial. *The Medical Journal of Australia*, 170(4), 156-160. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1999.tb127711.x>

Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Fairhall, N. J., Lamb, S. E., Ali, J., & Sherrington, C. (2023). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), Article CD013258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258.pub2>

Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sherrington, C., & Lamb, S. E. (2019). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2), Article CD013258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258>

Cruz, A. G., Lopes, M. C., Reis, L. F., & Parola, V. S. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário: Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), Article e21119. <https://doi.org/10.12707/RV21119>

Cunha, M. A. (2022). *Capacitação do cuidador familiar na prevenção de quedas da pessoa idosa no domicílio: Intervenção de enfermagem* [Relatório de estágio, Instituição]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43533>

Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P. C., Beirão, P., Gomes, A., & Delerue, F. (2017). Hospitalização domiciliária: Balanço de um ano da primeira unidade portuguesa. *Medicina Interna*, 24(4), 290-295. <https://doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. Diário da República n.º 152/2006, I Série.

Delerue, F. (2021, 19 de junho). A evolução da hospitalização domiciliária em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://www.spmi.pt/a-evolucao-da-hospitalizacao-domiciliaria-em-portugal/>

Delerue, F. (2023, maio 25). A Hospitalização Domiciliária deve ser a primeira opção. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://www.spmi.pt/a-hospitalizacao-domiciliaria-deve-ser-a-primeira-opcao/>

Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Medicina Interna*, 25(1), 15-17. <https://doi.org/10.24950/rspm/Op/1/2018>

Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 de outubro. (2018). Diário da República, II série.

Durkin, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Qualitative research interviewing: reflections on power, silence and assumptions. *Nurse researcher*, 28(4), 31–35. <https://doi.org/10.7748/nr.2020.e1725>

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3.ª ed., S. Santos, Trad.). Artmed.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., & Gillespie, W. J. (2012). Interventions for preventing falls in older people living at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9), Article CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>

Gonçalves, F. C. (2013). *Risco de queda dos idosos no domicílio* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1975>

Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(2), Article CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>

Grant, L. K., St Hilaire, M. A., Heller, J. P., Heller, R. A., Lockley, S. W., & Rahman, S. A. (2022). Impact of upgraded lighting on falls in care home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(10), 1698-1704.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.013>

Henriques, M. C. (2023). *Avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de hospitalização domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora: Diagnóstico e proposta de melhoria* [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/30703>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *Falls - Level 3 causes*. University of Washington. <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-falls-level-3-disease>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Causas de morte 2023*. <https://www.ine.pt>

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Julião, J. F. S. (2023). *Ambiente doméstico e risco de queda: Avaliação das características do domicílio e educação sobre modificações individuais e/ou coletivas* [Trabalho de projeto, Instituição]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/50477>

Kim, G. S., Kim, N. H., Shim, M., Lee, J. J., & Park, M. K. (2023). Understanding the home environment as a factor in mitigating fall risk among community-dwelling frail older people: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 2023, Article 2280662. <https://doi.org/10.1155/2023/2280662>

Lee, S. (2021). Falls associated with indoor and outdoor environmental hazards among community-dwelling older adults between men and women. *BMC Geriatrics*, 21(1), Article 547. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02499-x>

Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., Greenough, W. B., III, Guido, S., Langston, C., Frick, K. D., Steinwachs, D., & Burton, J. R. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143(11), 798-808. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., & Clark, R. (2006). Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1355-1363. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x>

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 171/2019, I Série.

Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., Diamond, K., Pu, C. T., & Schnipper, J. L. (2020). Hospital-level care at home for acutely ill adults: A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 172(2), 77-85. <https://doi.org/10.7326/M19-0600>

Lewis, S. R., & Griffin, X. L. (2021). Preventing falls in older people: The evidence for environmental interventions and why history matters. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(9), 461-468. <https://doi.org/10.1177/01410768211035546>

Lord, S. R., Menz, H. B., & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing*, 35(Suppl. 2), ii55-ii59. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1088>

Lord, S. R., Sherrington, C., Menz, H. B., & Close, J. C. T. (2001). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*. Cambridge University Press.

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed.). SAGE Publications.

McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Moseley, G. B., III. (2008). The U.S. health care non-system, 1908-2008. *Virtual Mentor*, 10(5), 324-331. <https://doi.org/doi:10.1001/virtualmentor.2008.10.5.mhst1-0805>

Murça, R. P. G. (2023). *Risco de queda no domicílio em idosos inscritos em Centro de Dia: Do diagnóstico ao planeamento da intervenção* [Relatório de estágio final, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/8250>

Norma n.º 020/2018, de 26 de outubro. (2018). Hospitalização domiciliária em idade adulta. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Oliveira, A. S., Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., & Melo, R. C. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 637-645. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>

Organização Mundial da Saúde. (2008). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Editora da Universidade de São Paulo.

Petronilho, F. (2021). Planeamento em saúde comunitária: Da teoria à prática. Lusodidacta.

Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sheldon, T. A., Drummond, A. E., & Bland, J. M. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 26-33. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03221.x>

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais* (6.ª ed.). Gradiva.

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Jornal Oficial da União Europeia

Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho. (2015). Diário da República n.º 118/2015, II Série.

Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, II Série.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, II Série.

Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, II (12), 9-16. <https://doi.org/10.12707/RII1008>

Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2019). Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom). Disponível em <https://www.spmi.pt/nucleos-de-estudo/nehospdom/>

Sousa, L. M., Vieira, C. M., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2016). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: Revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), Article e55030. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Stevens, J. A., Teh, S. L., & Haileyesus, T. (2010). Dogs and cats as environmental fall hazards. *Journal of Safety Research*, 41(1), 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.01.001>

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for indoor air quality: Dampness and mould*. WHO Press.

World Health Organization. (2018). *WHO housing and health guidelines*. WHO Press.

World Health Organization. (2020). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019*. Department of Data and Analytics. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf

World Health Organization. (2021a). *Falls* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

World Health Organization. (2021b). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. WHO Press.

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

ANEXOS

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

ANEXO I –

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE46_2025

Assunto: Emissão de Parecer para Dissertação “Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento da solicitação de Parecer aos Membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, para o Estudo, utilizando a entrevista com questões específicas (Creswell & Poth, 2018) é concordante ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 21 de fevereiro de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Professora Adjunta Maria João Santos

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

ANEXO II-

Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde privada



COMISSÃO DE ÉTICA DA CUF
FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

| | |
|-------------------------------|--|
| Investigador Principal | MARIA JOÃO DAS NEVES DO NASCIMENTO |
| Identificação Estudo/Projecto | FATORES AMBIENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDAS, PERCEBIDOS PELOS CUIDADORES INFORMAIS DE CLIENTES ADULTOS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA |
| Unidade CUF | HOSPITAL CUF TEJO |
| Data de submissão do estudo | 17-02-2025 |
| Data do parecer(s) | 06-03-2025; 01-04-2025 |

PARECER PIC N° 30/2025/51797532

| | |
|---|-------------------------------------|
| PARECER ÉTICO FAVORÁVEL | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PARECER ÉTICO CONDICIONADO AO PREENCHIMENTO DE REQUISITOS | <input type="checkbox"/> |
| PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado) | <input type="checkbox"/> |



Lisboa, 1 de abril de 2025

Exma. Senhora Dra. Maria João das Neves do Nascimento,

Considerando as alterações efectuadas, tenho o gosto de comunicar que a Comissão de Ética CUF deliberou emitir parecer favorável.

Agradecemos o cuidado posto na resposta às solicitações desta Comissão.

Aproveitamos para manifestar a nossa disponibilidade para tudo que considerar conveniente e apresentar os nossos melhores cumprimentos,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'António Pinto Leite', is written over a light blue circular stamp.

António Pinto Leite

Presidente da Comissão de Ética CUF

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

ANEXO III-

Parecer do Data Protection Officer

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



Assessment Details

ID 26949

Name Estudo 586

Organization CUF Academic Center

Description

Approver

Respondent Maria do Carmo Valente, Hermes Pato Igea, Maria João Nascimento, Study Coordinators - Cluster Tejo

Template CUF | Studies and Clinical Trials - Record of Processing (FTD)

Workflows Default Assessment Workflow

Creator Miguel Tenório dos Santos

Date Created 17/03/2025 08:54

Deadline

Completed Date 06/06/2025 16:08

Date Submitted 06/06/2025 09:05

Last Updated 06/06/2025 16:08

Stage Completed

Approval Stage

Status Active

Very High Risks 2

High Risks 0

Medium Risks 0

Low Risks 0

Total Risks 2

Residual Risk Level Very High

Residual Risk Score 25.0

Result Approved

Result Comments

Under Review (Diogo Barros Forte - Approved) ;

Primary Record Id 529

Primary Record Name Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária

Template Version 34

Open Risk Count 2

Open Info Request 0

Tags

Submission Progress (%) 98

1 / 13



Assessment Questions

1 Processing Details

1.1 What activity are you assessing?
In other words, identify the study or clinical trial that is being assessed.

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Justification

None

1.2 Please specify the study acronym (if applicable)

Response

Not Answered

1.3 Provide a description of the data processing in the clinical trial
What is the main goal of this clinical study/trial?

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

Este estudo tem como objetivo conhecer como os cuidadores informais percebem os fatores no ambiente domiciliário que podem aumentar o risco de queda das pessoas que estão sob os seus cuidados. Ao participar neste estudo, o seu testemunho será essencial para identificar possíveis melhorias no ambiente e, assim, contribuir para a segurança dos clientes adultos em hospitalização domiciliária.

Justification

None

1.4 Studies and Clinical trials| Main purpose of processing CUF
Generally, what is the activity for?

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

00. Prestação de Cuidados de Saúde

Justification

None

1.5 Studies and Clinical trials | Purpose of Processing CUF
Specifically, what is the activity for?

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

00. 5 Ensaio e Estudos Clínicos

Justification

None

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



1.6 Please select the groups of data subjects you are processing data about for this activity, and for each group, select the categories of data and individual data elements processed.

Response

Employees

Biometric Data

Voice

Risks



Inherent Risk Score
25.0 - Catastrófico Impact / Frequente Probability



Residual Risk Score
25.0 - Catastrófico Impact / Frequente Probability

Risk

Description

Tratamento de dados pessoais sensíveis

Risk Category

Privacy

Stage

Identified

Treatment Plan

Assegure a aplicação, se for caso disso, de bases legais para o tratamento de dados sensíveis (por exemplo, nos termos do artigo 9.º do RGPD).

1.7 Are any of the data subjects selected vulnerable or under age?

Response

Not Applicable

Justification

None

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



1.8 Data Retention CUF - Studies and Clinical Trials *In other words, how long will you keep the data?*

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response
5 years | Observational study | Other

Justification
None

Risks



Inherent Risk Score
25.0 - Catastrófico Impact / Frequente Probability



Residual Risk Score
25.0 - Catastrófico Impact / Frequente Probability

Risk

Description

Incumprimento legal por violação de um Princípios relativos ao tratamento de dados pessoais, nomeadamente art. 5º e) quanto à limitação de conservação. A violação, intencional ou por negligência, no âmbito desta operação de tratamento ou de operações ligadas entre si, relativo ao risco enunciado está sujeita a coimas até 20 000 000 EUR ou, no caso de uma empresa, até 4 % do seu volume de negócios anual a nível mundial correspondente ao exercício financeiro anterior, consoante o montante que for mais elevado.

Risk Category

Regulatory / Compliance

Stage

Identified

Treatment Plan

É necessário assegurar que o prazo de conservação dos dados seja limitado ao mínimo de modo a garantir a licitude e equidade do tratamento. Os dados pessoais podem ser conservados de uma forma que permita a identificação dos titulares dos dados apenas durante o período necessário para as finalidades para as quais são tratados; os dados pessoais podem ser conservados durante períodos mais longos, desde que sejam tratados exclusivamente para fins de arquivo de interesse público, ou para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, em conformidade com o artigo 89.o, n.o 1, sujeitos à aplicação das medidas técnicas e organizativas adequadas exigidas pelo presente regulamento, a fim de salvaguardar os direitos e liberdades do titular dos dados («limitação da conservação»). Em especial, os titulares de dados deverão ter direito a que os seus dados pessoais sejam apagados e deixem de ser objeto de tratamento se deixarem de ser necessários para a finalidade para a qual foram recolhidos ou tratados, se os titulares dos dados retirarem o seu consentimento ou se opuserem ao tratamento de dados pessoais que lhes digam respeito ou se o tratamento dos seus dados pessoais não respeitar o disposto no RGPD. Os prazos de conservação deverão fazer parte das informações a facultar quer seja quando os dados pessoais são recolhidos junto do titular ou de forma indireta. Se não for possível determinar o prazo previsto de conservação dos dados pessoais, deverão ser estabelecidos os critérios usados para fixar esse prazo. Em caso de utilização de subcontratantes, o responsável pelo tratamento deverá dar indicações expressas sobre os prazos a aplicar aos dados tratados em seu nome, bem como as medidas aplicáveis.

2 Responsibility and Contact Information

2.1 Who is the Principal Investigator?

Please insert the name and contact of the Principal Investigator in this study.

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response
Enº Maria João Nascimento - nascimento.maria@jmellosaude.pt

Justification
None

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



2.2 Which CUF legal entity is involved in this processing activity?

Please select the CUF entity (hospital unit) that is processing data in the clinical trial (as controller, processor or joint controller).

In other words, what CUF unit is involved in the study?

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

CUF Tejo S.A.

Justification

None

2.3 Is CUF acting as the data controller, processor or joint controller?

Please select the one that applies:

Response

The Promoter is the principal investigator, who acts in conjunction with the faculty, within the scope of the research of Master's or Doctoral projects, being guided by a CUF Collaborator for this purpose.

Justification

None

2.7 Controller

Please select or provide the name of the entity that is the controller for this activity. In other words, the organization that is responsible for determining the purposes and ways in which data is processed by CUF for this activity

If the controller is the Principal Investigator, please select the option 'Principal Investigator'.

Example: promoter entity.

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

Escola Superior de Saúde Atlântica

Justification

None

2.8 Are there other CUF vendors involved in this activity?

E.g. Gadsa?

Response

Not Applicable

Justification

None

3 Lawfulness and Transparency



3.1 Legal Basis for Processing

What is the legal basis for the processing of personal data? (articles 6 and 9 GDPR)

If you select more than one legal basis, please explain why / which one applies to which part of the activity.

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

| |
|---|
| Response |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consent of the individual |
| Justification |
| None |

3.4 Does the consent form comply with these requirements?

It is freely given;

It is informed;

It is specific (on tickbox for each: a) Participation; b) communication of events; c) Future biologic sample utilization; d) Future investigations);

It is unambiguous.

If not, please justify what requirement it does not comply with and why.

Response

Yes

Justification

None

3.5 Information Notice

Were the data subjects informed of the processing?

Response

Yes

Justification

None

3.6 Data Subject Notice Description

Does the information provided to the data subject comply with all the following criteria?

- It is concise and transparent;
- It is intelligible;
- It is easily accessible;
- It uses clear and plain language;
- It is in written form;
- It is free.

If not, please justify what requirement it does not comply with and why.

Response

Yes

Justification

None



3.7 Does the Information Notice meet all the requirements defined at CUF (IMP.3159 - Authorization for Clinical Trial Participation)?

- The identity and the contact details of the controller and, where applicable, of the controller's representative;
- The contact details of the data protection officer, where applicable;
- The existence of automated decision-making, including profiling;
- The existence of the right to request from the controller access to and rectification or erasure of personal data or restriction of processing concerning the data subject or to object to processing as well as the right to data portability;
- The period for which the personal data will be stored, or if that is not possible, the criteria used to determine that period;
- The purposes of the processing for which the personal data are intended as well as the legal basis for the processing;
- The recipients or categories of recipients of the personal data, if any;
- The right to lodge a complaint with a supervisory authority;
- Where applicable, the fact that the controller intends to transfer personal data to a third country or international organisation and the transfer mechanism applicable and suitable safeguards;
- Where the processing is based on the consent of the data subject, the existence of the right to withdraw it at any time, without affecting the lawfulness of processing based on consent before its withdrawal;
- Where the processing is based on the legitimate interests pursued by the controller or by a third party, specification of these legitimate interests
- Whether the provision of personal data is a statutory or contractual requirement, or a requirement necessary to enter into a contract, as well as whether the data subject is obliged to provide the personal data and of the possible consequences of failure to provide such data

If not, please specify which and explain why.

Response

Yes

Justification

None

3.8 Is profiling done in this data processing activity?

(Article 4, n.º 4 of the GDPR)

E.g. During the project there is random or automatic process with possible impact on the data subjects (for example, a machine determines whether the participant receives the placebo or the experimental drug).

If you selected yes, please describe how below.

Response

No

Justification

None

4 Data Subject Rights

4.1 Data subjects rights

As a rule, the participant will be able to exercise all of their rights, if any are not applicable, please indicate below which and why.

Data Subject rights:

- **Information** - The controller takes appropriate measures to provide any information referred to the processing activity in accordance with Articles 13 and 14. (GDPR Art. 12(1));
- **Access** - The controller ensures confirmation as to whether or not personal data are being processed, and if so, access to your personal data (Article 15 GDPR);
- **Rectification** - The controller ensures (wherever applicable) rectification of inaccurate personal data (GDPR Art. 16.);
- **Erasure** - The controller ensures (wherever applicable) erasure of personal data (GDPR Art. 17)
- **Restriction** - The controller ensures (wherever applicable) restriction of processing (GDPR Art. 18)
- **Object** - The possibility of objecting at any time to the processing of personal data (GDPR Art. 21);
- **Data Portability** - The possibility for the Data Subject or Third Party Entity (at his request) to receive his personal data in a structured manner (GDPR Art. 20);
- **Review of Automated Decisions** - Not to be subject to a decision based solely on automated processing, including profiling, which produces legal effects concerning the data subject, or similarly significantly affects de data subject. (GDPR Art. 22);
- **Withdrawal of Consent** - The possibility of the data subject withdrawing their consent at any time, as easily as they provided it GDPR Art. 13(2)(c)

Response

Yes

Justification

None



4.2 Are there ways for individuals to exercise their rights ? How?
How can data subjects exercise their rights?

(Add your own options if they are not identified below).

Response

Justification

None

5 Collection & Storage

5.1 Who is responsible for collecting the data?
*Who gathers the data from the participants? This would be somewhere at the **beginning** of the processing.*

*If you have selected **other**, please justify below*

Response

Justification

A IP é quem realiza os questionários aos colaboradores, sendo que a Escola Superior de Saúde Atlântica apenas terá acesso aos dados tratados.

5.2 How is the data collected?
Directly (from the data subjects) or indirectly (from an asset, data base such as PCE, vendor, etc.)?

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

Justification

None

5.3 How is the data (directly) collected from the data subjects?

Response

Justification

A recolha de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas, uma técnica que permite que os participantes compartilhem as suas percepções e experiências, enquanto o investigador orienta a entrevista com questões específicas (Creswell & Poth, 2018). As entrevistas serão gravadas e transcritas com o consentimento dos participantes, sendo realizadas de acordo com as diretrizes éticas para a colheita de dados qualitativos.

5.5 If applicable, what systems or applications does the Promoter provide to collect data for this activity?
An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets.

Response

Justification

None



5.6 What CUF systems or applications do you use to collect data for this activity?

An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets.

E.g. google workspace, documentation in physical format, ...

Response

Not Applicable

Justification

None

5.7 If you selected documentation in physical format, please select those that apply

Response

Gravação de áudio às entrevistas

Justification

A recolha de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas, uma técnica que permite que os participantes compartilhem as suas percepções e experiências, enquanto o investigador orienta a entrevista com questões específicas (Creswell & Poth, 2018). As entrevistas serão gravadas e transcritas com o consentimento dos participantes, sendo realizadas de acordo com as directrizes éticas para a colheita de dados qualitativos.

5.8 If you have selected documentation in physical format, please select where the documents are stored

Response

Principal investigator's private office

Justification

None

5.9 Does this phase of data processing (collection of data) comply with the technical measures provided in the IT.1595 Data protection rules applicable to scientific research currently in place at CUF?

[IT.1595 Data protection rules applicable to scientific research](#)

Response

Yes

Justification

None

5.11 Does this phase of data processing comply with the organizational measures provided in the IT.1595 Data protection rules applicable to scientific research currently in place at CUF?

[IT.1595 Data protection rules applicable to scientific research](#)

Response

Yes

Justification

None

5.13 If applicable, what systems or applications does the Promoter provide to storage/process data for this activity?

An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets.

Response

Dictafone

Justification

para gravar a entrevista, recorro a aplicação de gravação *Dictafone* que armazena automaticamente a gravação numa pasta no meu computador pessoal dedicada a investigação com acesso através de código.



- 5.14 Please select the CUF systems or applications (assets) that are used to store and process the data for this activity.
An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets.
- Response**
 Not Applicable
- Justification**
None
- 5.15 Does this phase of data processing (storage/processing) comply with the technical measures provided for in the Clinical Research Regulations currently in place at CUF?
[IT.1595 Data protection rules applicable to scientific research](#)
- Response**
 Yes
- Justification**
None
- 5.17 Does this phase of data processing (storage/processing) comply with the organizational measures provided for in the Data protection rules applicable to scientific research currently in place at CUF?
[IT1595 Data protection rules applicable to scientific research](#)
- Response**
 Yes
- Justification**
None
- 5.19 Please describe how you will perform the anonymization or pseudonymization process.
Please describe the process of pseudonymization/anonymization, who is responsible for it, and how to participants' ID is composed.
- Response**
A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos serão rigorosamente mantidos, em conformidade com os padrões éticos para pesquisas qualitativas estabelecidos na literatura. As entrevistas serão gravadas e transcritas com o consentimento dos participantes, sendo realizadas de acordo com as diretrizes éticas para a colheita de dados qualitativos.

6 Access/Transfers

- 6.1 Who has access to the data?
If you have selected other, please justify below.
- Response**
Factores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center
- Response**
 Promotor Principal Investigator
- Justification**
investigadora é responsável pelo armazenamento de dados. As entrevistas serão devidamente codificadas por forma a garantir a total confidencialidade, tal como os dados serão armazenados em pasta informática com acesso reservado e protegido apenas acessível à investigadora. A Universidade apenas terá acesso aos dados já tratados.
- 6.2 What systems or applications does the Promoter provide to access data for this activity?
In other words, where is the data accessible/visualized?
- Response**
 Not Applicable
- Justification**
None

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



- 6.3 Please select the CUF systems or applications (assets) that are used to store and access the data for this activity.
In other words, which applications, data bases, etc. are used to store the data and visualize it?

Response

Not Sure

Justification

None

- 6.4 Does this phase of data processing (destination/access) comply with the technical measures provided in the Data protection rules applicable to scientific research in place at CUF?

[IT.1595-Data protection rules applicable to scientific research](#)

Response

Yes

Justification

None

- 6.6 Does this phase of data processing (destination/access) comply with the organizational measures provided in the Data protection rules applicable to scientific research currently in place at CUF?

[IT.1595-Data protection rules applicable to scientific research](#)

Response

Yes

Justification

None

- 6.8 What other parties may have access to the data or may have the data shared with them?

Please describe the persons / roles / stakeholders with access to Personal Data and the reason for access.

Response

Not Applicable

Justification

Não haverá partilha de dados com entidades terceiras.

- 6.10 Are these third-parties located outside of the European Economic Area?

Response

No

Justification

None

- 6.11 Where are these parties located?

Please select all that apply.

Response

Fatores ambientais associados ao risco de quedas, percebidos pelos Cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária | CUF Academic Center

Response

Not Applicable

Justification

None

- 7 Erasure & Destruction



7.1 How is the data erased/destroyed once its retention period is over?

Response

Manually

Justification

Os audios serão eliminados após transcrição da entrevistas, através da eliminação da pasta codificada onde são guardados os ficheiros.

7.2 If applicable, what systems or applications does the Promoter provide to eliminate data for this activity?

An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets.

Response

Dictafone

Justification

None

7.3 Please select the CUF systems or applications (assets) that are used to eliminate the data for this activity.

An 'asset' is something that supports information-related activities. Assets could include software systems, applications, databases, or even file cabinets. For example: Google Workspace

Response

Not Applicable

Justification

None

7.4 Who is responsible for the deletion/destruction of the data after the retention period is over?

If there is a third party responsible for this activity please justify below

Response

Principal Investigator

Justification

None

7.5 Please indicate the e-mail to activate this procedure if necessary.

Response

Enfª Maria João Nascimento - nascimento.maria@jmellosaude.pt

8 Impact Assessment

8.1 Will the processing include any of the following?

Response

Not Applicable

Justification

None

8.2 Please state why it isn't applicable.

Response

Typical study using pseudonymous data

Justification

None

9 Documents



9.1 Relevant documents - Links

Please indicate the **direct links** to the documents which are relevant for the analysis of this study/trial.

Namely:

- Data processing contract / agreement;
- Informed consent;
- Protocol;
- Ethics Committee approval;
- Data register / Caderno de Registo de Dados, if applicable.

Response

<https://clipone.jmellosaude.pt/frontoffice/inbox/workflow/51797532>

10 DPO Approval

10.1 Is this clinical study or trial approved?

TO BE COMPLETED BY THE DPO TEAM

Response

Yes

Justification

None

Assessment Notes

APÊNDICES

APÊNDICE I-

Guião de Entrevista

Guião para entrevista

1. Como descreve o espaço onde a pessoa se movimenta em casa? Considera que esse espaço facilita ou dificulta a sua mobilidade?

2. Ao realizar atividades diárias, como levantar-se da cama ou ir à casa de banho, existem elementos na casa que, na sua opinião, podem dificultar ou aumentar o risco de queda? Se sim, quais?

3. Acha que o ambiente onde a pessoa se movimenta é seguro? O que considera adequado ou inadequado em termos de segurança? Pode dar exemplos?

4. Quando ajuda a pessoa a deslocar-se dentro de casa, há algum fator no ambiente que torna essa tarefa mais difícil ou perigosa? Pode explicar o porquê?

5. Na sua opinião, quais são os fatores mais preocupantes no ambiente domiciliário em relação à segurança e ao risco de quedas da pessoa que cuida?

6. A pessoa a quem presta cuidados já teve alguma queda? Se sim, pode descrever as circunstâncias da mesma, e o que acredita que contribuiu para tal ter acontecido?

7. Tem algo mais que queira acrescentar?

APÊNDICE II

Consentimento Informado



Autorização para Participação em Estudo Clínico

| | |
|--------------------------------|--|
| PROMOTOR | Escola Superior de Saúde Atlântica |
| RESPONSÁVEL PELO ESTUDO | Maria João das Neves do Nascimento |
| NOME DO ESTUDO: | Fatores ambientais percebidos pelos cuidadores informais como risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária |

Este documento complementa a informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a.

Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

INFORMAÇÃO GERAL

Com o presente estudo de investigação pretende-se identificar, na perspetiva dos cuidadores informais, quais são os fatores ambientais que estão associados ao risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária. O estudo surge no âmbito da elaboração de Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde Atlântica pela aluna Maria João das Neves do Nascimento e pela orientadora Professora Doutora Isabel Rabiais. O presente estudo de investigação tem como objetivos específicos:

- 1- Descrever a perceção dos cuidadores informais sobre como o espaço domiciliário afeta a mobilidade da pessoa cuidada;
- 2- Identificar elementos específicos no ambiente domiciliário que representam maior preocupação para os cuidadores informais quanto ao risco de quedas durante atividades de vida diárias;
- 3- Identificar, nas quedas relatadas pelos cuidadores informais, quais os fatores que contribuíram para a ocorrência.

O estudo decorrerá na Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital CUF Tejo e os participantes serão os cuidadores informais de clientes adultos em regime de hospitalização domiciliária.

Ao participar neste estudo, o seu testemunho será essencial para identificar possíveis melhorias no ambiente e, assim, contribuir para a segurança dos clientes adultos em hospitalização domiciliária. Nesse sentido, será convidado(a) a realizar uma entrevista individual presencial. Esta será gravada através da aplicação Dictfone, sendo o ficheiro de áudio (a sua voz) automaticamente guardado numa pasta específica de computador pessoal da investigadora dedicado exclusivamente à investigação, protegido por código de acesso.

QUAL A DURAÇÃO ESPERADA DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Caso aceite participar, será convidado(a) a realizar uma entrevista individual presencial, com duração estimada de 30 a 60 minutos. A entrevista abordará o ambiente onde presta cuidados e a sua perceção sobre a segurança e o risco de quedas. A entrevista será gravada em áudio para posterior análise, e as suas respostas serão



mantidas em sigilo. A entrevistadora usará a aplicação de gravação *Dictfone* que armazena automaticamente a gravação numa pasta no seu computador pessoal dedicado à investigação com acesso através de código.

QUAIS OS PROCEDIMENTOS DO ESTUDO EM QUE VOU PARTICIPAR?

A MINHA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com o Hospital CUF Tejo não será afetada.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

A sua participação irá contribuir para o estudo detalhado das variáveis obtidas e a sua influência na escolha de tratamento a ser aplicado, beneficiando no futuro outros doentes que venham a padecer deste problema. Embora não haja benefícios diretos para si, a sua participação poderá beneficiar futuros cuidadores e clientes de cuidados de saúde ao melhorar o conhecimento sobre a segurança e prevenção de risco de queda em Hospitalização Domiciliária.

QUAIS OS POSSÍVEIS RISCOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Não se esperam riscos físicos ou emocionais significativos, embora o tema possa causar algum desconforto. Pode interromper a entrevista ou recusar-se a responder a qualquer pergunta, em qualquer momento.

QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE, NO CASO DE UM EVENTO NEGATIVO?

Não há riscos que sejam conhecidos que resultem da sua participação neste estudo.

COMO É ASSEGURADA A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS?

Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial. Será realizada a ocultação da identidade dos participantes com código individual atribuído pela investigadora. Através deste código garante-se a pseudonimização dos dados.

Os Consentimentos Informados serão armazenados num armário fechado na Unidade de Hospitalização Domiciliária com acesso restrito à investigadora. A informação recolhida através das entrevistas será armazenada em pasta informática com acesso reservado e protegido por código de acesso, apenas acessível à investigadora. O seu nome e qualquer dado que permita identificá-lo(a) não serão divulgados em publicações ou relatórios. Em publicações ou apresentações, os dados serão apresentados de forma codificada, cada participante será reconhecido por 1 código que apenas a Investigadora será capaz de identificar. (Ex: 01; 02; 03;)

A confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas está absolutamente garantida.



O QUE ACONTECERÁ AOS DADOS QUANDO A INVESTIGAÇÃO TERMINAR?

Os dados serão eliminados findo o prazo de conservação terminar, que são 5 anos. Posteriormente, será destruída a lista de códigos que o relaciona à sua informação e os dados em papel serão destruídos numa destruidora de papel.

Nos termos da lei, é-lhe também garantido o direito de através de pedido escrito dirigido ao Investigador Principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas. Caso exerça o direito de retirar o seu consentimento, poderá solicitar que todos os dados recolhidos anteriormente e até ao momento da desistência sejam eliminados, mesmo que em prejuízo deste estudo clínico.

COMO IRÃO OS RESULTADOS DO ESTUDO SER DIVULGADOS E COM QUE FINALIDADES?

Os resultados deste estudo têm finalidade académica e serão apresentados para defesa com vista à obtenção do grau de mestre. No futuro, poderão ser divulgados em publicações científicas ou congressos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e a implementação de boas práticas na prevenção de quedas.

Como medida de garantia de confidencialidade o presente estudo garante a pseudonimização dos seus dados pessoais.

EM CASO DE DÚVIDAS, QUEM DEVO CONTACTAR?

O Hospital CUF Tejo é a entidade Subcontratante no âmbito do tratamento dos seus dados pessoais neste estudo clínico.

Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como acerca de quais são os seus direitos à luz da lei de da proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde CUF em <https://www.cuf.pt/clientes-e-acompanhantes/politica-de-privacidade-cuf> ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, através de formulário no site <https://www.cuf.pt/contactos> seleccionando o Assunto - Proteção de dados . Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de contacto com a Equipa de investigação ou com o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para a finalidade referida, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Assiste-lhe, ainda, o direito a apresentar uma reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso entenda que o tratamento dos seus dados pela Unidade CUF viola o regime legal em vigor a cada momento.

Poderá também ver esclarecidas todas as suas restantes dúvidas com a Equipa de Investigação, através de e-mail para nascimento.maria@cuf.pt ou telefone para 916494609.

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO ENSAIO CLÍNICO

Fatores Ambientais associados ao risco de queda, percebidos pelos cuidadores informais de clientes adultos em Hospitalização Domiciliária



Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no estudo com o título "Fatores ambientais percebidos pelos cuidadores informais como risco de quedas em clientes adultos em hospitalização domiciliária". Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento ou ao meu representante, devidamente assinado.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Data _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura do Investigador: _____

Data _____

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E
DE SAÚDE PÚBLICA**

