



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

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa –
No Caminho da Capacitação**

**REALIZADO POR:
Bruno Costa Pinto**

RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

APRESENTADO À ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA OBTENÇÃO DE
GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa – No Caminho da Capacitação

REALIZADO POR:

Bruno Costa Pinto

ORIENTADO POR:

Professor Ricardo Sousa Mestre

Dezembro 2025, Barcarena

O autor é o único responsável pelas
ideias expressas neste relatório.

Página deixada em branco propositadamente

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste processo, muitas foram as pessoas que me apoiaram e contribuíram para a concretização desta etapa. Assim exprimo o meu profundo Agradecimento:

À Equipa de Professores da Escola Superior de Saúde Atlântica pelos conhecimentos transmitidos;

Ao Professor orientador pela ajuda em todo este processo;

Às minhas colegas de curso, pela união, simpatia e apoio;

Às equipas dos locais de estágio pelo sincero acolhimento e oportunidades de aprendizagem;

Às Enfermeiras Supervisoras Clínicas pela simpatia, orientações e disponibilidade;

À minha entidade patronal, por todo o apoio disponibilizado;

Aos meus colegas de equipa pela motivação constante e compreensão;

Aos meus Queridos Pais e Irmão, pelo apoio e motivação constantes;

Aos meus Queridos Filhos, pela minha ausência nas brincadeiras e atividades que não foram concretizadas;

À minha Querida Esposa, pela compreensão, carinho, motivação e apoio.

RESUMO

Introdução: As quedas constituem um dos principais eventos adversos que afetam a população idosa, com repercussões físicas, psicológicas e sociais significativas. A capacitação dos cuidadores formais (CF) assume-se como uma estratégia essencial para minimizar riscos e reforçar a segurança das pessoas idosas, desempenhando um papel central na identificação dos fatores de risco, na implementação de medidas preventivas e na promoção de um ambiente seguro.

Objetivo: Promover a segurança da população idosa residente em três instituições da região metropolitana de Lisboa, através da capacitação das equipas de cuidadores formais.

Metodologia: O projeto seguiu a metodologia de Planeamento em Saúde. O diagnóstico de situação recorreu à Escala EPCEPQ para avaliar as práticas e comportamentos preventivos das equipas de cuidadores formais. As estratégias implementadas incluíram sessões formativas, elaboração de materiais educativos, criação de um programa institucional de gestão do risco de quedas, visitas às instalações com utilização de uma *checklist* ambiental e ações de educação dirigidas aos utentes. Todas as atividades foram desenvolvidas em parceria com as Direções Técnicas, valorizando a participação comunitária.

Resultados: As sessões formativas alcançaram níveis elevados de participação e satisfação (média de avaliação ≥ 5), com desempenho médio entre 98% e 100% nos instrumentos de avaliação de conhecimentos. Foram identificados e comunicados riscos ambientais às instituições, com sugestões de melhoria. As ações com utentes tiveram elevada adesão, reforçando a importância da atividade física. Foram produzidos documentos institucionais: procedimento de gestão do risco de quedas, formulários de avaliação e registo, posters e *flyers*. Previu-se ainda avaliação continuada através da aplicação futura do EPCEPQ para monitorizar a sustentabilidade das mudanças.

Conclusão: O projeto demonstrou impacto positivo na capacitação dos CF, na melhoria das práticas preventivas e na criação de uma cultura institucional de segurança. Contribuiu para ambientes mais seguros e para a qualificação dos cuidados prestados às pessoas idosas, reforçando o papel central do EEESCSP na promoção da saúde comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Idoso; Acidentes por Quedas; Capacitação; Gestão da Segurança

ABSTRACT

Introduction: Falls constitute one of the main adverse events affecting the elderly population, with significant physical, psychological, and social repercussions. The empowerment of formal caregivers is considered an essential strategy to minimise risks and reinforce the safety of older people, playing a central role in identifying risk factors, implementing preventive measures, and promoting a safe environment.

Objective: To promote the safety of older adults residing in three institutions in the metropolitan region of Lisbon by strengthening the competencies of formal caregiver teams.

Methodology: The project followed the stages of Health Planning: diagnosis, priority setting, strategy development, implementation, and evaluation. The situational diagnosis used the EPCEPQ Scale to assess the preventive practices and behaviors of FC teams. The strategies included training sessions, educational material development, implementation of an institutional fall-risk management program, on-site visits with an environmental checklist, and health education activities for residents. All activities were developed in partnership with the Technical Directors, valuing community participation.

Results: The training sessions achieved high levels of participation and satisfaction (average ratings \geq 5), with average knowledge assessment scores between 98% and 100%. Environmental risk factors were identified and communicated to the institutions, along with improvement suggestions. Activities with residents had high adherence, reinforcing the importance of physical exercise. Institutional documents were produced, including a fall-risk management procedure, assessment and incident report forms, posters, and flyers. Continued evaluation was also planned through future application of the EPCEPQ to monitor the sustainability of changes.

Conclusion: The project demonstrated a positive impact on the training of FC teams, improved preventive practices, and strengthened an institutional culture of safety. It contributed to safer environments and enhanced quality of care for older adults, reinforcing the central role of the Specialist Community Health Nurse in promoting community health.

Keywords: Community Health Nursing; Elderly; Accidental Falls; Empowerment; Safety Management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL.....	17
1.1. O Perfil Demográfico Atual	17
1.2. O Processo de Envelhecimento	19
1.3. A Problemática do Risco de Quedas na Pessoa Idosa.....	20
1.4. Cuidadores Formais	26
1.5. Promoção da Saúde	28
1.6. Prevenção da Ocorrência de Quedas na Pessoa Idosa	30
1.7. <i>The Community Nursing Practice Model</i>	32
1.8. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	37
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO E DO LOCAL DE INTERVENÇÃO	39
3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
3.1. Diagnóstico da Situação.....	43
3.1.1. População, amostra e critérios de inclusão	44
3.1.2. Instrumento de colheita de dados.....	45
3.1.3. Procedimento, apresentação e análise dos resultados	47
3.1.3.1. Instituição de apoio a pessoas idosas - 1.....	47
3.1.3.2. Instituição de apoio a pessoas idosas - 2.....	54
3.1.3.3. Instituição de apoio a pessoas idosas - 3.....	60
3.1.4. Problemas identificados e diagnósticos de Enfermagem	64
3.1.5. Limitações metodológicas e estratégias de mitigação.....	66
3.1.6. Considerações éticas.....	67
3.2. Definição de Prioridades.....	68
3.3. Definição de Objetivos.....	70
3.4. Seleção de Estratégias.....	72
3.5. Preparação e Execução do Projeto	74
3.6. Avaliação do Projeto	84
3.6.1. Adesão/Alcance	85
3.6.2. Aquisição de conhecimentos imediata	86
3.6.3. Mudança sustentada de práticas	87
4. ANÁLISE E REFLEXÃO.....	88
4.1. Discussão Crítica dos Resultados e Implicações para a Prática de Enfermagem	88
4.2. Problematização Metodológica	89

4.3. Contributo Disciplinar Específico da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	90
4.4. Limitações do Projeto	90
4.5. Competências Adquiridas	92
4.5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	92
4.5.2. Competências específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	96
4.5.3. Competências inerentes ao grau de mestre	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	i
ANEXO I.....	ii
ANEXO II.....	iv
ANEXO III.....	vi
ANEXO IV	viii
APÊNDICES.....	xii
APÊNDICE I.....	xiii
APÊNDICE II.....	xv
APÊNDICE III.....	xix
APÊNDICE IV	xxi
APÊNDICE V	xxiii
APÊNDICE VI	xxvi
APÊNDICE VII	xxx
APÊNDICE VIII	xxxii
APÊNDICE IX.....	xxxvi
APÊNDICE X.....	xxxviii
APÊNDICE XI.....	xliii
APÊNDICE XII	xlvii
APÊNDICE XIII	xliv
APÊNDICE XIV	li
APÊNDICE XV	lv
APÊNDICE XVI	lvii
APÊNDICE XVII	lix
APÊNDICE XVIII	lxix
APÊNDICE XIX	lxxii
APÊNDICE XX	lxxv

APÊNDICE XXI	lxxvii
APÊNDICE XXII	lxxxi
APÊNDICE XXIII	lxxxv
APÊNDICE XXIV	lxxxvii

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo lógico do projeto intervenção de acordo com o The Community Nursing Practice Model.....	35
Quadro 2 - Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda.....	46
Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados através do Método de Hanlon	70
Quadro 4 - Operacionalização do primeiro objetivo específico.....	76
Quadro 5 - Operacionalização do segundo e terceiro objetivo específico	78
Quadro 6 - Operacionalização do quarto objetivo específico.....	79
Quadro 7 - Operacionalização do quinto e sexto objetivo específico.....	83
Quadro 8 - Matriz de avaliação do projeto	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal segundo os Censos 2021 (Fonte: Pordata).....	17
Gráfico 2 - Pirâmide etária da População Portuguesa, por idade e sexo (Fonte: ONU).....	18
Gráfico 3 - Distribuição dos CF por Estado Civil na instituição 1.....	48
Gráfico 4 - Distribuição CF por Nacionalidade na instituição 1.....	48
Gráfico 5 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 1	49
Gráfico 6 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 1	49
Gráfico 7 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 1.....	50
Gráfico 8 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 1	51
Gráfico 9 – EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 1.....	51
Gráfico 10 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 1	52
Gráfico 11 - EPCEPQ - Distribuição das respostas ao Item 4 – instituição 1	52
Gráfico 12 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 1	53
Gráfico 13 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 1	53
Gráfico 14 - Distribuição CF por Estado Civil na instituição 2	54
Gráfico 15 - Distribuição CF por Nacionalidade na instituição 2.....	55
Gráfico 16 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 2	55
Gráfico 17 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 2.....	56
Gráfico 18 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 2.....	56
Gráfico 19 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 2	57
Gráfico 20 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 2	57
Gráfico 21 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 2	58
Gráfico 22 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 4 - instituição 2	58
Gráfico 23 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 2	59
Gráfico 24 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 2	59
Gráfico 25 - Distribuição CF por Estado Civil na instituição 3	60
Gráfico 26 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 3	60

Gráfico 27 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 3.....	61
Gráfico 28 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 3.....	61
Gráfico 29 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 3	62
Gráfico 30 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 3	62
Gráfico 31 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 3	62
Gráfico 32 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 4 - instituição 3	63
Gráfico 33 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 3	63
Gráfico 34 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 3	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - The Community Nursing Practice Model (retirado de Parker, Barry & King, 2015)	34
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CF - Cuidadores Formais

DALY - Disability-Adjusted Life Year

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EQM - Escala de Quedas de Morse

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EEESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EPEPQ - Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança dos Doentes

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

ULS - Unidade Local de Saúde

UN - United Nations

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório insere-se no plano de estudos da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório”, pertencente ao 1º semestre, 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). O documento descreve as atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento e aplicação do projeto de intervenção comunitária, refletindo sobre a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) e sobre os requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre, adquiridos no desenrolar deste mestrado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o envelhecimento da população mundial está a ocorrer a um ritmo mais acelerado do que no passado. Estima-se que, em 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 ou mais anos, o que fará aumentar este grupo etário de mil milhões, em 2020, para 1,4 mil milhões. Prevê-se ainda que, até 2050, a população com 60 ou mais anos duplique, alcançando 2,1 mil milhões. No mesmo período, projeta-se que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique, atingindo cerca de 426 milhões (WHO, 2022).

Assim como em muitos países ocidentais, Portugal está perante um duplo processo de envelhecimento populacional. Esse fenómeno resulta do aumento da esperança de vida e da redução da taxa de natalidade, provocando, ao longo das últimas décadas, uma mudança significativa na distribuição etária da população. Diante deste cenário, surgem desafios relevantes, tornando essencial a promoção de um envelhecimento ativo e saudável (DGS, 2022).

Está comprovado que os eventos de quedas são acontecimentos nocivos que ocorrem com frequência na população idosa (Salari et al., 2022). Na Europa, o número de óbitos e os anos de vida ajustados por incapacidade resultantes de quedas têm registado um aumento contínuo desde 1990 (Montero-Odasso, et al., 2022). A ocorrência de quedas na população idosa pode originar lesões graves, como fraturas e traumatismos cranianos, além de comprometer a autonomia e reduzir a sua qualidade de vida (Alsaad et al 2024; Nascimento et al 2022).

Face a esta realidade demográfica e epidemiológica, a prevenção de quedas assume particular relevância no cuidado de pessoas idosas, nomeadamente em instituições de longa permanência (Salari et al., 2022). Estes eventos constituem um dos principais desafios de saúde pública para esta população, devido aos impactos físicos, psicológicos e sociais que podem causar (Baixinho et al, 2020).

O EEESCSP tem um papel essencial na promoção da saúde, graças às suas competências especializadas. Através da metodologia de Planeamento em Saúde, é avaliado o estado de saúde da população, contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades e participando ativamente no desenvolvimento de projetos de saúde coletiva. Dessa forma, torna-se um elemento-chave na obtenção de ganhos em saúde, especialmente na qualificação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da pessoa idosa (Ordem dos Enfermeiros, 2015, 2018).

Na sua última versão, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, no “Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros”, estabelece como um de seus objetivos estratégicos a prevenção de quedas, através de medidas concretas para reduzir a incidência desses eventos em instituições de saúde (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021). Desta forma, a capacitação de cuidadores formais (CF) de instituições de apoio a pessoas idosas surge como uma estratégia essencial para reduzir os riscos e garantir a segurança desta população, uma vez que desempenham um papel fundamental na identificação dos fatores de risco, na implementação de medidas preventivas, na promoção de um ambiente seguro e acolhedor para os idosos e uma melhor qualidade de vida (Mamani et al., 2021; Baixinho et al., 2020).

Este projeto foi desenvolvido durante o ensino clínico inserido na presente unidade curricular, que teve o seu início a 16 de setembro e o seu término a 20 de dezembro de 2024, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região de Lisboa, em três instituições de apoio à pessoa idosa num concelho da região metropolitana de Lisboa. O público-alvo deste projeto foram as equipas de CF das referidas instituições, tendo como ponto de partida o diagnóstico de situação previamente realizado.

O instrumento utilizado para a realização do diagnóstico de situação foi a Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda (EPCEPQ), construído e validado para Portugal (Baixinho et al., 2017). Enquanto referencial teórico, este projeto baseou-se no *Community Nursing Practice Model*, concebido para guiar a prática de enfermagem em contextos comunitários e de saúde pública (Parker et al., 2015).

Este projeto teve como objetivo promover a segurança da população idosa residente em três instituições da região metropolitana de Lisboa, através da capacitação das equipas de cuidadores formais, fortalecendo as suas competências na identificação e fatores de risco, implementação de medidas preventivas e promoção de ambientes seguros.

Este documento detalha a concretização deste projeto de intervenção comunitária, e está estruturado segundo as normas de elaboração e apresentação de relatório final de estágio da ESSATLA.

Este está organizado em cinco capítulos fundamentais. Após a Introdução, é realizado o enquadramento teórico-concetual, no qual são abordados o envelhecimento populacional e os desafios relacionados, a problemática da ocorrência do episódio de queda na pessoa idosa, causas, consequências e medidas preventivas, interligando com a importância do exercício profissional dos CF na sua prevenção. Neste capítulo, são ainda abordados os referenciais teóricos de enfermagem, relacionados com a promoção de saúde e capacitação de grupos. O segundo capítulo refere-se à contextualização dos locais de estágio e o terceiro aborda a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de intervenção, seguindo a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1992), apresentando cada etapa do processo e finalizando com as implicações e recomendações para a prática clínica. No quarto capítulo, é realizada uma análise reflexiva da implementação deste projeto à luz das competências comuns e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e de mestre. Por fim, são tecidas algumas considerações finais sobre este trabalho, nomeadamente uma síntese de todo o trabalho realizado.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de escrita e referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

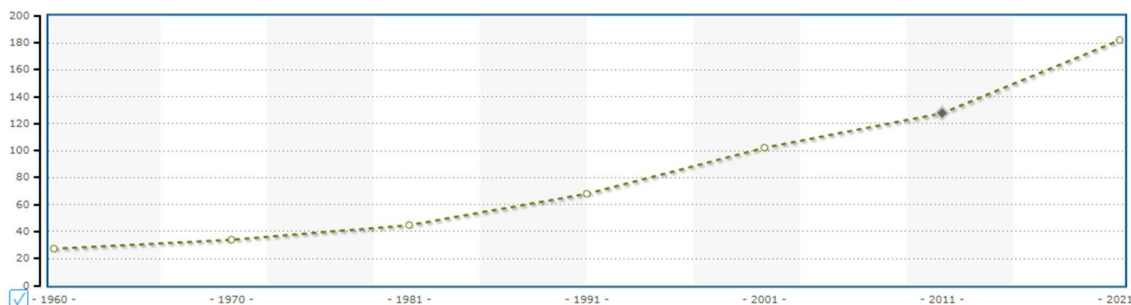
O presente enquadramento organiza-se da perspetiva macro para a perspetiva micro ou seja, do envelhecimento populacional à problemática de ocorrência de quedas, e destas às estratégias de capacitação e modelos que suportam a intervenção.

1.1. O Perfil Demográfico Atual

A esperança média de vida tem registado um incremento significativo a nível global, situando-se atualmente acima dos 60 anos na maioria dos países (WHO, 2022). Na União Europeia, este indicador aumentou aproximadamente uma década ao longo dos últimos cinquenta anos, sendo que, em 2019, a mediana da idade atingiu 43,7 anos, valor substancialmente superior ao observado no continente africano (Comissão Europeia, 2021). As projeções demográficas apontam para que, em 2030, uma em cada seis pessoas no mundo tenha 60 ou mais anos, estimando-se um crescimento de mil milhões em 2020 para 1,4 mil milhões em 2030, podendo alcançar 2,1 mil milhões em 2050 (WHO, 2022).

Portugal não é exceção a esta tendência e tem nas últimas décadas assistido a um aumento constante do Índice de Envelhecimento (DGS, 2022). Atualmente, existem 188 idosos para cada 100 jovens (Gráfico 1), colocando Portugal entre os países com um dos índices de envelhecimento mais acelerados do mundo, sendo exemplo disso, o facto de ser o segundo país da UE com valor mais elevado, só ultrapassado pela Itália (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2025).

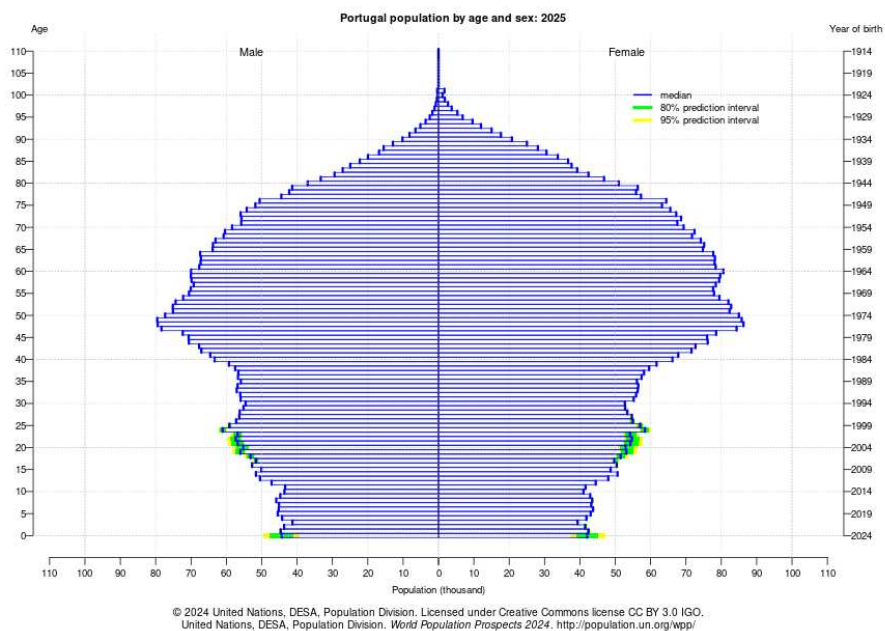
Gráfico 1 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal segundo os Censos 2021 (Fonte: Pordata)



Portugal enfrenta assim um fenómeno de duplo envelhecimento demográfico, caracterizado pela redução da base e pelo alargamento do topo da pirâmide etária, tendência que se tem acentuado

nas últimas décadas (Gráfico 2). Entre 2009 e 2019, o número de idosos (65 ou mais anos) aumentou em 350.028 pessoas, enquanto a população jovem diminuiu em 221.008 indivíduos. Simultaneamente, a população em idade ativa (15 a 64 anos) registou uma redução de 406.590 pessoas (UN, 2024; DGS, 2022;).

Gráfico 2 - Pirâmide etária da População Portuguesa, por idade e sexo (Fonte: ONU)



Tal como noutros países europeus, o perfil demográfico atual em Portugal, é resultado de diversas evoluções positivas, entre as quais a redução da mortalidade e o aumento da esperança de vida (Alves et al., 2024). Para responder a este novo cenário demográfico, é necessário redefinir as políticas de saúde, incluindo a melhoria dos apoios sociais destinados ao envelhecimento (Silva et al., 2023; Comissão Europeia, 2021). Mas, o envelhecimento da população tem impacto no crescimento económico, na sustentabilidade das finanças públicas, nos serviços de saúde e nos cuidados de longa duração. O recente episódio pandémico evidenciou os referidos desafios, ao revelar o seu impacto significativo na população idosa, especialmente nos setores da saúde e da assistência social. Diante disso, a Comissão Europeia passou a considerar o envelhecimento como uma das principais prioridades da agenda política da União Europeia (Comissão Europeia, 2021).

Esta prioridade política justifica-se porque o envelhecimento não é apenas uma tendência demográfica, mas traduz-se num conjunto de mudanças graduais que afetam capacidades funcionais, autonomia e necessidades de saúde, com repercussões diretas nos cuidados e na segurança.

1.2. O Processo de Envelhecimento

O envelhecimento faz parte do ciclo vital, e afeta globalmente a nossa vida, pelo que para compreender o fenómeno do envelhecimento humano de forma rigorosa, é essencial considerar os seus fundamentos biológicos, psicológicos e sociais, bem como os mecanismos que o sustentam (Comissão Europeia, 2021). Trata-se de um fenómeno gradual e progressivo, que resulta eventualmente num declínio funcional, aumentando a vulnerabilidade das pessoas e a predisposição para o desenvolvimento de doenças que comprometem a sua autonomia (Menezes et al., 2018).

Para que o envelhecimento seja saudável e ativo, é essencial adotar estilos de vida equilibrados, promovendo uma alimentação adequada, combatendo o sedentarismo e incentivando a participação social (Comissão Europeia, 2021). No entanto, a qualidade desse processo está fortemente ligada ao ambiente em que as pessoas vivem, trabalham e interagem. Dessa forma, torna-se fundamental a implementação de políticas de saúde que previnam, reduzam e retardem os desafios associados ao envelhecimento (Crispim, Albuquerque, & Guerra, 2022; Comissão Europeia, 2021).

Em Portugal, através da Resolução n.º 14/2024, que estabelece o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, foi delineado como objetivo, responder aos desafios decorrentes do envelhecimento populacional, assegurando qualidade de vida e dignidade na terceira idade, com base em seis pilares fundamentais:

- Saúde e bem-estar: promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças;
- Autonomia e vida independente: apoio à autonomia e independência dos idosos;
- Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida: incentivo à educação contínua;
- Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida: estímulo à participação no mercado de trabalho;
- Rendimentos e economia do envelhecimento: garantia de regimes de pensões adequados;
- Participação na sociedade: aprofundamento da solidariedade intergeracional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. Diário da República n.º 9, 2024).

No Pilar II – Autonomia e Vida Independente, especificamente no subpilar II–Ambientes Seguros, é dado enfoque à necessidade de eliminar barreiras à mobilidade, contribuindo para a redução do risco de quedas em espaços públicos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. Diário da República n.º 9, 2024).

Com efeito, as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, os impactos da polimedicação, bem como fatores psicológicos e condições de saúde (agudas ou crónicas), aumentam significativamente o risco de quedas e outros acidentes entre a população idosa (Alves et al., 2024).

Entre estes eventos adversos, as quedas assumem por isso particular relevância pela sua elevada frequência e pelas consequências clínicas, funcionais e sociais, especialmente quando ocorrem em contextos de maior fragilidade e dependência.

1.3. A Problemática do Risco de Quedas na Pessoa Idosa

Numa sociedade em progressivo envelhecimento, torna-se particularmente relevante, como já referido, a implementação de políticas de saúde pública que promovam a autonomia e independência da população idosa, com especial destaque para o envelhecimento ativo, entendido como a ausência de dependência, a segurança económica e social, e a participação plena na vida comunitária (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro de 2024; DGS, 2022). É neste enquadramento de autonomia e segurança que se torna necessário promover a ocorrência de quedas e compreender por que razão constituem um dos eventos adversos mais relevantes na população idosa.

O envelhecimento está intrinsecamente associado a alterações multifatoriais, que em conjunto, aumentam significativamente a vulnerabilidade da pessoa idosa a episódios de queda, sendo estes um dos mais comuns eventos adversos nesta população, constituindo um importante problema de saúde pública com implicações clínicas, funcionais e sociais, estimando-se que entre 28% e 35% das pessoas com mais de 65 anos sofram, anualmente, pelo menos um episódio de queda. No caso de indivíduos com mais de 70 anos, esta percentagem aumenta para valores entre os 32% e os 42% (Giovannini et al., 2022; Salari et al., 2022; Sousa et al., 2016).

Para além destas estimativas globais, também a análise de dados nacionais permite concretizar o impacto das quedas em diferentes geografias e reforçar a pertinência do problema.

Em Inglaterra, segundo dados de 2017-2018, houve registo de 220.160 admissões em serviços de urgência relacionados por queda em pessoas com 65 ou mais anos, sendo que 66% teriam 80 ou mais anos (Mehta et al., 2022).

Para além destas estimativas globais, também da análise de dados nacionais permite concretizar o impacto das quedas em diferentes geografias e reforçar a pertinência do problema.

Já em Portugal, ao longo de 2023, são conhecidos 40.842 episódios de queda em pessoas com 65 ou mais anos e com necessidade de recurso aos serviços de urgência, 31,4 % dos quais em pessoas com mais de 85 anos (Alves et al., 2024).

Estes números ganham particular significado quando analisados à luz das suas consequências clínicas, funcionais e económicas associadas, que elevam as quedas a prioridade de saúde pública.

Dadas as consequências que uma queda pode ter na saúde e bem-estar da pessoa idosa, este fenómeno é considerado um problema de saúde pública, não só pelas elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas, mas também pelo seu impacto económico e social (Santos et al., 2018), e são consideradas como sendo a segunda causa de morte por acidente seguida dos acidentes rodoviários (Alves et al., 2024).

Para sustentar uma abordagem rigorosa da prevenção, importa clarificar o conceito de queda e enquadrá-lo como evento adverso com determinantes múltiplos. Entende-se por queda um evento inesperado em que o indivíduo cai inadvertidamente no solo ou para um nível inferior, podendo resultar em consequências significativas, como hospitalização, perda de funcionalidade e, em casos mais graves, morte (Montero-Odasso et al., 2022). Este tipo de evento adverso resulta de uma interação complexa entre múltiplos fatores de risco, nomeadamente a diminuição da força muscular, alterações da acuidade visual e auditiva, défices de equilíbrio, alterações da marcha, presença de artrite, défice cognitivo e a toma simultânea de quatro ou mais medicamentos (polimedicação), entre outros fatores de natureza biológica, ambiental, comportamental e social, que podem ser classificados como intrínsecos ou extrínsecos. Esta classificação é particularmente útil porque orienta a intervenção, uma vez que permite distinguir o que depende sobretudo de condições intrínsecas da pessoa idosa do que é modificável no ambiente e nas rotinas institucionais:

- Fatores intrínsecos – relacionados com características individuais da pessoa idosa, como a incapacidade de manter ou recuperar o equilíbrio perante alterações súbitas do centro de gravidade, frequentemente associadas ao envelhecimento fisiológico, presença de doenças agudas, fraqueza muscular, alterações da marcha e o sexo feminino;
- Fatores extrínsecos – associados ao ambiente físico envolvente, incluindo pisos escorregadios, tapetes soltos, objetos espalhados nas zonas de circulação, ausência de barras de apoio e corrimões, mobiliário instável e iluminação deficiente (Santos et al., 2018; Sousa et al., 2016).

Assim, independentemente do tipo de fator predominante, a relevância clínica das quedas decorre do seu potencial para gerar lesões, perda de autonomia e aumento do consumo de recursos de saúde.

As quedas constituem um evento adverso com potencial para gerar lesões de natureza fatal ou não fatal, implicando uma redução significativa da qualidade de vida e um incremento substancial nos custos associados aos cuidados de saúde (Salari et al., 2022). A evidência científica evidencia que, com o envelhecimento populacional, a incidência e a gravidade das quedas, bem como os encargos económicos correlacionados, têm apresentado uma tendência de crescimento acentuado em escala global (Giovannini et al., 2022).

Porém, para além do impacto macro, é essencial compreender como a queda afeta a trajetória funcional individual, frequentemente desencadeando incapacidade e alterações psicológicas persistentes.

De facto, as quedas em pessoas idosas constituem uma das principais causas de incapacidade, sendo frequente que os indivíduos afetados não recuperem o seu nível funcional prévio. Para além das lesões físicas, as quedas têm repercussões psicológicas significativas. O medo de cair, comum após um primeiro episódio, conduz frequentemente à restrição da mobilidade, o que pode desencadear um ciclo de declínio funcional, incluindo o desenvolvimento de úlceras de pressão, rabdomiólise, pneumonia, fraqueza muscular e, paradoxalmente, um aumento do risco de novas quedas (Salari et al., 2022). Observa-se assim que este declínio funcional é assim agravado quando a queda resulta em lesões graves, em particular fraturas, que podem comprometer de forma prolongada a mobilidade e a independência.

As lesões graves associadas a quedas incluem, sobretudo, fraturas — com destaque para as fraturas da bacia e do fémur. De facto, a bibliografia afirma que 87% das fraturas ósseas nesta população têm a sua origem em episódios de queda (Giovannini et al., 2022). A maioria das lesões ocorre nos membros inferiores, membros superiores, cabeça e tronco, sendo predominantes as contusões, lacerações, fraturas e luxações. Estima-se que cerca de 5% das quedas resultem em fraturas, enquanto entre 5 a 10% originam outros tipos de lesões (Salari et al., 2022).

Com a progressão do envelhecimento populacional e o aumento de comorbilidades e polimedicação, é expectável que a carga associada às quedas se intensifique, exigindo respostas preventivas mais estruturadas.

Considerando assim o envelhecimento da população, a bibliografia prevê que o número de ocorrência de quedas nesta população tenda a aumentar, também influenciada pelas comorbilidades que advêm do aumento da idade, da polimedicação e à fragilidade relacionada com o próprio processo de envelhecimento (Alves et al., 2024; Mehta et al., 2022).

Apesar de as quedas poderem ocorrer em diferentes cenários, a literatura evidencia que determinados contextos concentram maior incidência e risco, sendo crucial analisar o caso das instituições de longa permanência.

Embora as quedas possam ocorrer em qualquer contexto de cuidados de saúde, é nos lares e instituições de longa duração que se verifica a maior taxa de incidência. Nestes ambientes, os idosos apresentam um risco acrescido de queda, frequentemente relacionado com a idade avançada, o declínio cognitivo, a presença simultânea de múltiplas patologias, a diminuição da capacidade de autocuidado e o enfraquecimento das redes de apoio familiar e social (Shao et al., 2023).

A evidência científica refere que a incidência de quedas em instituições de longa permanência é aproximadamente o dobro da verificada na comunidade em geral. Estima-se uma média de 1,7 quedas por residente por ano, com uma variação entre 3 e 13 quedas por cada 1000 dias de internamento (Shao et al., 2023). No seu artigo, Shao e colaboradores (2023) verificaram que a incidência combinada de quedas entre idosos residentes em lares atingiu os 43% (IC 95%: 38%–49%), um valor significativamente superior ao reportado numa revisão sistemática recente, que indicou uma incidência de 27,0% entre idosos a viver na comunidade. Este dado evidencia que os idosos institucionalizados apresentam um risco substancialmente mais elevado de sofrer quedas, quando comparados com os seus pares que vivem em contexto domiciliário (Shao et al., 2023).

Esta diferença entre contextos reforça a necessidade de identificar precocemente quem está em maior risco e de reconhecer que os fatores determinantes podem variar entre o contexto domiciliário e institucional.

Neste sentido, torna-se imperativo identificar precocemente os idosos com maior risco de queda, assim como identificar quais os fatores de risco de queda, uma vez que estes podem variar entre ambientes comunitários e institucionais devido a diferentes características ambientais e demográficas, de modo a implementar estratégias preventivas e definir intervenções adequadas (Shao et al., 2023; Baixinho et al., 2020; Nunan & Wilson, 2018).

Entre os vários domínios de risco, importa destacar quais os componentes menos visíveis na prática quotidiana, como os fatores psicológicos, que podem atuar como precipitantes e perpetuadores do risco.

Entre os fatores psicológicos, a depressão foi identificada como um fator de risco para quedas, que associada à fragilidade, ao isolamento social, à redução da mobilidade e por isso diminuição da função física, podem contribuir para a ocorrência de quedas. Além da depressão, o medo de cair também é um fator psicológico típico relacionado com quedas (Zakaria et al., 2024; Shao et al., 2023).

Para além destes aspetos emocionais e comportamentais, determinadas condições clínicas e neurológicas aumentam o risco por estarem relacionados com a mobilidade, a atenção e o equilíbrio. Assim, relativamente aos fatores de risco associados a doenças, verificou-se que a demência, a doença de Parkinson, a insónia e as vertigens são todos fatores que contribuem para quedas, uma vez que as pessoas idosas com demência concomitantemente padecem de problemas de mobilidade, que a par de alterações mentais e comportamentais, podem levar diretamente à ocorrência de quedas. Por outro lado, doentes com doença de Parkinson apresentam instabilidade postural, alterações da marcha e défice de atenção, potenciando também o risco de quedas. A insónia é também forte fator preditivo de risco para quedas, porque a insónia crónica pode provocar lesões no córtex parietal posterior, uma área que pode afetar os reflexos vestibulares e o equilíbrio postural (Shao et al., 2023; Salari et al., 2022).

Um elemento transversal a múltiplas condições e frequentemente presente em populações institucionalizadas é a polimedicação, que pode potenciar instabilidade, sedação e alterações do equilíbrio. Esta é outro dos fatores que mais contribui para o risco de ocorrência de quedas, especialmente quando lhes são administrados antidepressivos, ansiolíticos, benzodiazepinas e outros fármacos psicotrópicos (Alves et al., 2024; Giovannini et al., 2022).

Para além de fatores presentes no momento da ocorrência do episódio de queda, também ocorrências anteriores deste incidente potencia o risco, sendo o historial de quedas um marcador importante de recorrência, uma vez que após o primeiro episódio, esta tende a desencadear medo de cair, limitando assim as suas atividades diárias e a capacidade funcional, contribuindo, a longo prazo, para um aumento do risco de novas quedas. Embora a idade avançada esteja geralmente associada a uma maior incidência de quedas entre idosos que vivem na comunidade, Shao e colaboradores (2023) não evidenciaram uma relação significativa entre a idade e a ocorrência de quedas em residentes de lares, talvez devido ao facto de a idade média dos idosos institucionalizados já ser, por si só, bastante elevada (Shao et al., 2023).

Face a determinantes nem sempre modificáveis (idade, doença, historial), os fatores ambientais assumem especial interesse por serem mais passíveis de intervenção estruturada, sobretudo em contexto institucional.

Os fatores ambientais estão entre os fatores de risco mais fáceis de modificar, especialmente em lares de idosos, onde existem normas claras para a gestão das instalações e diretrizes de segurança estruturais. Devido à sua idade avançada, fragilidade e à elevada prevalência de comorbilidades, as pessoas idosas residentes em lares são particularmente suscetíveis a estes perigos. Assim, é de extrema importância criar um ambiente seguro, confortável e amigável do idoso de forma a prevenir a ocorrência de quedas, garantindo segurança ambiental através de uma iluminação adequada, presença de dispositivos de chamada, piso antiderrapante e remoção de tapetes e barreiras no soalho. A disponibilidade de equipamentos de apoio como a utilização de barreiras de cama pode facilitar as pessoas mais frágeis a entrar e sair da cama de forma mais estável e segura, contribuindo assim também para a redução de quedas. Segundo a bibliografia, os riscos ambientais foram responsáveis por 20% das diferenças na ocorrência de quedas entre diferentes estabelecimentos de apoio a pessoas idosas (Giovannini et al., 2022; Shao et al., 2023). Contudo, para que a intervenção ambiental seja eficaz, ela precisa de ser acompanhada por práticas institucionais consistentes de comunicação, registo e monitorização, áreas em que o conhecimento e a implementação podem ser heterogéneos.

Em Portugal, segundo Baixinho e Dixie (2017) o conhecimento disponível sobre as práticas institucionais relacionadas com a gestão de quedas, nomeadamente no que diz respeito à comunicação, ao registo e à monitorização dos idosos após o incidente, é ainda bastante limitado (Baixinho & Dixie, 2017). Torna-se, por isso, essencial desenvolver estratégias de intervenção que considerem não apenas a interação entre profissionais e utentes, mas também uma abordagem mais abrangente à pessoa idosa. Esta necessidade é reforçada quando se observa que, em alguns contextos, a introdução de medidas preventivas tende a ocorrer de forma reativa, apenas após a ocorrência de um primeiro episódio. Segundo Colón-Emeric (2017), citada por Baixinho (2020), num estudo conduzido em dezasseis ERPI americanas, observou-se que a probabilidade de introdução de medidas preventivas ocorre quando a pessoa idosa já terá sofrido uma queda anterior (Baixinho & Dixie, 2020).

Embora a evidência aponte para uma incidência de quedas significativamente superior em instituições de longa permanência quando comparada com a comunidade, importa reconhecer que este fenómeno não pode ser interpretado apenas como consequência “natural” do envelhecimento, mas antes como resultado de uma interação complexa entre fragilidade, comorbilidades, declínio cognitivo, polimedicação e características do ambiente físico e organizacional. A literatura sugere que,

em contexto institucional, fatores extrínsecos são particularmente relevantes por serem potencialmente modificáveis, mas a sua modificação exige mais do que correções pontuais: requer rotinas, responsabilidades definidas, mecanismos de comunicação e monitorização sistemática para reduzir a variabilidade das práticas. Acresce que, em Portugal, permanece limitada a informação sobre práticas institucionais de gestão de quedas (comunicação, registo, monitorização pós-evento), o que pode favorecer abordagens reativas (isto é, a implementação de medidas sobretudo após a ocorrência de uma queda), em detrimento de uma cultura preventiva estruturada. Assim, a análise crítica desta problemática aponta para a necessidade de intervenções multifacetadas que integrem avaliação de risco, adaptação ambiental e institucionalização de procedimentos, evitando reduzir a prevenção de quedas a um conjunto de ações isoladas e dependentes da iniciativa individual.

A capacitação dos CF, através de programas de formação baseados em evidência, representa assim uma medida essencial para reduzir a incidência de quedas, reforçar a segurança e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. Neste sentido, torna-se necessário clarificar quem são os CF, quais as suas funções no quotidiano institucional e por que motivo constituem um grupo estratégico para a implementação de práticas preventivas consistente.

1.4. Cuidadores Formais

No contexto institucional, o cuidador formal (CF) é o profissional que, no âmbito de uma relação contratual com uma instituição de apoio a pessoas idosas, presta cuidados de natureza assistencial, preventiva e de apoio àqueles cuja condição física e/ou cognitiva compromete a realização autónoma das atividades da vida diária e do autocuidado. A sua atuação visa promover a manutenção da funcionalidade, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada, assegurando um cuidado continuado, ético e humanizado (Guerra et al., 2019).

As suas funções incluem a execução, supervisão e monitorização das tarefas essenciais à vida quotidiana, nomeadamente a alimentação, a higiene pessoal, a mobilização, a administração da terapêutica prescrita e o acompanhamento a serviços de saúde ou a outros recursos comunitários necessários à integração e participação social da pessoa idosa (Diniz et al., 2018).

Para além destas atividades, o cuidador formal pode colaborar na observação e avaliação do estado de saúde, participar na implementação dos planos de cuidados delineados por profissionais de

saúde e contribuir para a elaboração de registos e documentação de suporte à continuidade dos cuidados (Silva, Almeida, & Barbosa, 2023).

O exercício desta função requer preparação académica e formação profissional adequada, que permitam ao cuidador formal intervir com competência técnica, sensibilidade relacional e capacidade de resposta às necessidades específicas das pessoas em situação de dependência. A análise da literatura revela uma expressiva representação do sexo feminino no perfil socioprofissional dos CF, realidade que se encontra intrinsecamente relacionada com determinantes históricos e socioculturais que moldaram o ato de cuidar (Silva, Almeida, & Barbosa, 2023). Tal prevalência decorre da tradicional atribuição às mulheres do papel de responsáveis pela socialização primária e pela criação dos filhos, função considerada como a matriz originária do cuidado e da expressão afetiva no âmbito da espécie humana (Silva, Almeida, & Barbosa, 2023).

Pela natureza da sua atividade profissional, o CF, responsável pela prestação de cuidados a uma população numerosa, deverá possuir formação específica na área, compreender as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, com formação e capacitação, incentivando a sua diferenciação e assim contribuir para uma melhor prestação de cuidados (Guerra et al., 2019).

Assim, a formação contínua dos CF assume um papel central na promoção da qualidade dos cuidados prestados à população idosa. A aposta na capacitação técnica e humana destes profissionais revela-se essencial, sobretudo no que respeita à prestação regular de cuidados e à eficácia da comunicação com os utentes (Giovannini et al., 2022; Guerra et al.; 2019).

Neste contexto, torna-se imperativo investir na valorização da profissão, através de programas de formação adequados e reconhecidos, que permitam não só o desenvolvimento de competências específicas, como também o reforço da dignidade e reconhecimento social da função de cuidador. Esta abordagem contribui diretamente para a melhoria dos serviços de apoio à pessoa idosa, assegurando padrões elevados de segurança, respeito e bem-estar (Guerra et al., 2019; Diniz et al., 2018).

No contexto específico da prevenção de quedas, o cuidador formal assume um papel central na vigilância contínua, na identificação precoce de alterações do estado funcional, na gestão dos fatores de risco ambientais e na implementação de práticas seguras de mobilização e transferência. Assim, a capacitação destes profissionais representa uma condição essencial para reduzir a incidência de quedas em instituições de longa permanência e para garantir a segurança, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. A centralidade atribuída aos CF na prevenção de quedas é empiricamente plausível, dado o contacto contínuo com a pessoa idosa e o seu papel direto em mobilizações, transferências, vigilância e identificação de riscos ambientais. Para que esta capacitação não se limite

à transmissão de informação, importa enquadrá-la num referencial que valorize não só o desenvolvimento de competências, mas também a participação e a criação de condições favoráveis à mudança, dimensões que são centrais da promoção da saúde.

1.5. Promoção da Saúde

Segundo Soares (2022), promoção da saúde é definido como sendo um processo intersectorial de capacitação do indivíduo e da comunidade, fomentando o seu bem-estar e tornando-os ativos nos processos de saúde, estimulando o autocuidado e intervenções nos determinantes sociais da saúde (Soares, et al., 2022).

A promoção da saúde é basilar no seu contributo para a saúde comunitária e neste sentido, pode ser percebida como o fortalecimento da capacidade de resposta positiva aos desafios ambientais e sociais, e pode manifestar-se em duas vertentes: a nível individual, através da preservação dos recursos pessoais de saúde e do desenvolvimento das competências para lidar com o stress biológico e psicológico; e a nível comunitário, reduzindo as desigualdades, melhoria dos indicadores coletivos de mortalidade e morbidade e diminuição dos riscos associados às condições ambientais (Santos, et al., 2018; Silva L. F., 2010; Kulbok, Laffrey, & Chitthathairatt, 2011).

Assim, é fundamental o envolvimento dos indivíduos e comunidades, constituindo este o principal método para atingir os objetivos referidos, orientando-se para o empoderamento das populações. Este, é entendido como o reforço da autonomia individual no controlo da própria saúde e o fortalecimento da cidadania através da intervenção coletiva na definição das prioridades da micropolítica. A Carta de *Ottawa* complementa esta perspetiva ao conceber a promoção da saúde como um conjunto de estratégias de intervenção a nível individual e comunitário, integrando: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de apoio, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde, o que implica adotar uma perspetiva que vá além de uma perspetiva curativa, estimulando uma abordagem multissetorial que apoie as transformações sociais e estimule a participação ativa de indivíduos e grupos (Soares, et al., 2022; Silva L. F., 2010).

A promoção da saúde coloca deste modo o foco no empoderamento respetivo nos agentes individuais e coletivos, com o objetivo de os dotar de uma maior capacidade de escolher e decidir, apoiando o desenvolvimento pessoal e social pela transmissão de informação e educação para a

saúde, fomentando o desenvolvimento de competências e aumentando as opções disponíveis para um maior controlo sobre a sua saúde (pessoal e ambiental/da comunidade). Assim, o indivíduo é dotado de competências para tomar decisões sobre a sua vida pessoal, enquanto a nível comunitário, uma atuação em conjunto dos diversos indivíduos visa atingir uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e qualidade de vida (Pisco & Pinto, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Silva, 2010).

A promoção de estilos de vida saudáveis, materializada por via da implementação de programas de saúde orientados à população, reveste-se de importância estratégica no cumprimento dos objetivos de saúde em níveis macro. A promoção da saúde constitui um alicerce essencial da prática de enfermagem, orientando-se por intervenções positivas que incluem a educação de indivíduos em situação de saúde e a configuração de ambientes que favoreçam o bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Artigo 80.º) sublinha a responsabilidade do enfermeiro na promoção da saúde comunitária, através do dever de conhecer as necessidades da população (alínea a) e de colaborar com outros profissionais em programas que respondam a essas necessidades (alínea c) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A promoção da saúde constitui um referencial sólido para enquadrar intervenções preventivas, ao valorizar capacitação, desenvolvimento de competências e criação de ambientes favoráveis; todavia, em contexto institucional, exige uma aplicação crítica que vá além da educação para a saúde entendida como mera transmissão de informação. Na prática, a prevenção de quedas implica atuar simultaneamente sobre determinantes individuais (fragilidade, medo de cair, comportamentos), ambientais (barreiras, iluminação, dispositivos de apoio) e organizacionais (comunicação, registo, avaliação periódica do risco), sob pena de se produzir uma “responsabilização individual” desajustada a um problema que é inerentemente sistémico e multifatorial. Neste sentido, a promoção da saúde deve ser operacionalizada como processo participativo e contínuo que integra *empowerment* e corresponsabilização, mas também reorientação de práticas e serviços, por exemplo, através de protocolos e ferramentas que padronizam procedimentos e tornam a prevenção menos dependente de decisões casuísticas. Esta leitura reforça assim a coerência entre o enfoque na capacitação dos CF, a criação de condições organizacionais para a sustentabilidade e a articulação em linha com prioridades nacionais de segurança do doente e prevenção de riscos, posicionando a intervenção como mudança estrutural e não apenas como ação formativa pontual.

1.6. Prevenção da Ocorrência de Quedas na Pessoa Idosa

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, verificou-se um agravamento dos indicadores de saúde relacionados com quedas, nomeadamente em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), entre 2009 e 2019, em ambos os sexos. A Direção-Geral da Saúde (DGS), através da Norma n.º 008/2019 e do Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026, recomenda a avaliação sistemática do risco de queda em todas as pessoas em internamento hospitalar, incluindo centros de reabilitação, com recurso a instrumentos validados e abordagens multifatoriais (DGS, 2019; DGS, 2022).

A nível internacional, a OMS refere que cerca de 28 a 35% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem quedas anualmente, aumentando para 32 a 42% após os 70 anos. Assim, a OMS propõe uma abordagem global de prevenção da ocorrência de quedas, que inclui educação, avaliação multifatorial, intervenções personalizadas e adaptação às realidades locais (Montero-Odasso, et al., 2022; Salari et al., 2022). Assim, a identificação precoce de pessoas com risco de ocorrência de queda é essencial como estratégia para a sua mitigação (Zakaria, Ahmad, & Yusof, 2024).

Em média, ocorrem 1,5 episódios de queda por ano e por cama em instituições de longa permanência de pessoas idosas (Salarie et al., 2022), incidência três vezes mais frequente quando comparado com a comunidade (Baixinho & Dixe, 2020), e destas, entre um quarto a um terço originam algum tipo de lesão, resultando em declínio funcional por incapacidade, aumento da dependência e dessa forma diminuição da qualidade de vida (Panneman et al., 2021).

A avaliação deve incidir sobre as condições em que ocorreu a queda, o historial clínico completo da pessoa e a identificação de possíveis fatores de risco. Uma das estratégias mais eficazes para a prevenção de quedas consiste em intervenções multifatoriais, centradas na identificação dos fatores de risco, na realização de exercícios de fortalecimento muscular com treino de equilíbrio e na suspensão do consumo de medicamentos psicotrópicos sempre que aplicável e após avaliação clínica (Panneman, et al., 2021).

Por outro lado, também os ambientes inseguros constituem um fator de risco significativo para a ocorrência de quedas, especialmente entre pessoas idosas com alterações na marcha ou défices visuais. A presença de obstáculos físicos como degraus, rampas e superfícies irregulares ou escorregadias, iluminação inadequada, calçado impróprio e mobiliário mal posicionado pode comprometer a segurança e aumentar a probabilidade da ocorrência de queda (Giovannini et al., 2022; Sousa et al., 2016). Assim, a queda, é frequentemente o resultado da interação complexa entre fatores

intrínsecos, como alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, polimedicação, doenças crônicas ou défices sensoriais, e fatores extrínsecos, relacionados com o ambiente físico e social (Santos, et al., 2018).

Ainda assim, é referido na literatura, que o desenvolvimento de programas de intervenção focados em apenas num dos fatores de risco, já contribui para a diminuição de ocorrência de queda (Araújo, et al., 2018).

Mas abordar a problemática da ocorrência de quedas na pessoa idosa vai para além da mitigação dos riscos de quedas; reduz também o medo de cair, melhora o funcionamento físico e a qualidade de vida, mantendo a autonomia e independência das pessoas idosas (Soh et al., 2025).

Assim, uma vez que o enfermeiro tem um papel importantíssimo na prevenção, a identificação precoce de pessoas idosas com maior risco de queda, deve assim ser uma prioridade. A prevenção da ocorrência de quedas começa com a avaliação e iniciativas de educação para a saúde, assumindo um papel central, integrando-se na esfera da prevenção primária. Esta abordagem visa capacitar os indivíduos e as comunidades para adotarem comportamentos seguros e saudáveis, antes da ocorrência de qualquer evento adverso. A promoção da saúde e a prevenção da doença são conceitos interdependentes que sustentam esta intervenção, orientando-se para a consciencialização da população sobre os riscos associados às quedas e sobre as estratégias eficazes para as evitar (Zakaria, Ahmad, & Yusof, 2024; Kulbok, Laffrey, & Chitthathairatt, 2011).

Esta intervenção educativa não se limita à transmissão de informação, mas envolve um processo participativo e contínuo, que visa fortalecer a literacia em saúde, promover a autonomia dos cidadãos e fomentar ambientes favoráveis à saúde. Ao mobilizar conhecimentos científicos, competências comunicacionais e uma abordagem centrada na pessoa e na comunidade, o EEESCSP contribui para a construção de uma cultura de prevenção e de promoção da saúde sustentada em evidência e em políticas públicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste contexto, as instituições de longa permanência constituem um ambiente privilegiado para a implementação de intervenções preventivas estruturadas. Dado o contacto direto e contínuo com a pessoa idosa, os cuidadores formais assumem um papel estratégico na identificação de riscos, monitorização de mudanças no estado funcional e execução de práticas seguras. Assim, a capacitação destes profissionais, através de programas de formação baseados em evidência, representa uma medida essencial para reduzir a incidência de quedas, reforçar a segurança e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

Considerando que esta intervenção envolve simultaneamente a pessoa idosa, a equipa de CF e o ambiente institucional, torna-se pertinente adotar um referencial teórico que integre a participação, a parceria e a capacitação como princípios orientadores da prática em contexto comunitário.

1.7. *The Community Nursing Practice Model*

O referencial teórico de enfermagem selecionado para a concretização e sustentação deste projeto foi o *Community Nursing Practice Model*, desenvolvido pelas teóricas de enfermagem Marilyn E. Parker, Charlotte D. Barry e Beth M. King. Este modelo distingue-se por integrar dimensões ideais e práticas para a prática de enfermagem de âmbito comunitário.

O *Community Nursing Practice Model* propõe uma abordagem abrangente dos cuidados, centrada na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de condições agudas e crónicas no contexto comunitário. Reconhece a relevância da competência cultural, do envolvimento da comunidade e da colaboração interdisciplinar como elementos fundamentais para alcançar resultados positivos em saúde. O modelo assenta nos seguintes valores essenciais ou transcendentais:

- O respeito pelas pessoas;
- O cuidar, entendido como a essência da enfermagem;
- A integridade das pessoas, sempre ligadas entre si no seio familiar e comunitário (Parker, Barry, & King, 2015).

Estes valores estão presentes em todos os focos de enfermagem, enquanto outros valores, designados por valores atualizadores, orientam a prática em contextos específicos. Os princípios dos cuidados de saúde primários da Organização Mundial da Saúde, emergentes da Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), constituem os valores atualizadores. Estes incluem: (1) acesso, (2) essencialidade, (3) participação comunitária, (4) capacitação e (5) colaboração intersectorial.

O modelo enfatiza estes valores e conceitos através de quatro dimensões inter-relacionadas: enfermagem, pessoa, comunidade e ambiente, apoiados por uma estrutura de serviços, atividades e parcerias comunitárias, interligadas e influenciadas por uma ampla gama de determinantes de saúde:

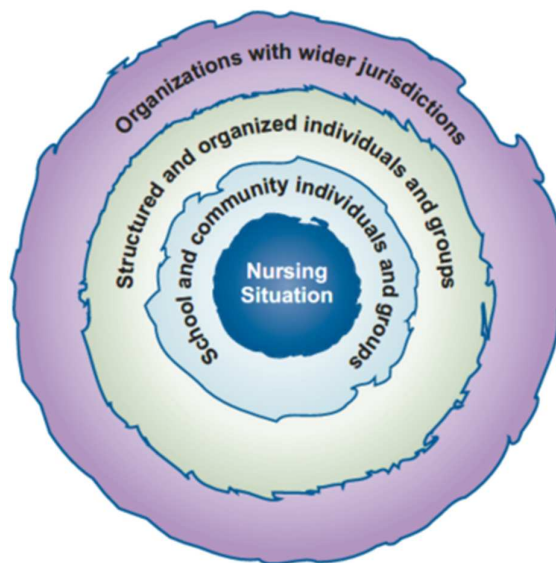
- Enfermagem – O foco central da enfermagem consiste em nutrir a integridade das pessoas e dos ambientes no âmbito dos cuidados;

- Pessoa – O respeito pela pessoa está presente em todos os aspetos da prática de enfermagem, quer com os clientes, quer com os membros da comunidade e colegas. A pessoa é compreendida como um ser íntegro, relacional e o foco principal dos cuidados. A capacitação decorre da compreensão das escolhas e das formas de viver com essas mesmas escolhas. O respeito e a prestação de cuidados de enfermagem implicam a participação ativa das pessoas, famílias e comunidades na avaliação, conceção e monitorização dos serviços. Neste âmbito, é utilizado um método de grupo de inquérito para a avaliação contínua dos serviços, definido como uma “via de conhecimento” e “uma via para novas questões”, permitindo conhecer as necessidades essenciais das pessoas e famílias, bem como conceber, disponibilizar e avaliar os cuidados;
- Comunidade – De acordo com Smith & Maurer (1995), uma comunidade é definida pelos seus membros e caracteriza-se por valores partilhados. Esta visão alargada de comunidade ultrapassa a noção de território físico, incluindo grupos autodefinidos que partilham interesses, preocupações e interações comuns. Assim, compreender o outro no contexto das suas comunidades (familiares, escolares, laborais, religiosas ou de lazer), permite reconhecer a complexidade do seu contexto de vida e compreender melhor o seu lugar na comunidade (Parker, Barry, & King, 2015).

Na prática, os valores transcendentais de respeito e cuidado constituem a base do método de grupo de inquérito utilizado por este modelo, com o objetivo de identificar preocupações de saúde, recursos e ativos comunitários. Diversos estudos têm evidenciado a utilidade deste método como ferramenta valiosa não apenas para recolher as perspetivas dos residentes e parceiros comunitários na identificação das necessidades de saúde, mas também para apoiar a resolução de problemas. Além disso, este método tem sido associado a uma maior aceitação das mudanças por parte das comunidades, em virtude do seu envolvimento ativo em todo o processo (Parker, Barry, & King, 2015).

O modelo “*The Community Nursing Practice Model*” pode ser representado em círculos concêntricos em torno de um núcleo, destacando a fluidez e criatividade da prática de enfermagem em diversos níveis da sociedade, tendo como core os cuidados de enfermagem que visam promover o bem-estar integral através do cuidar, respeitando práticas culturais e de autocuidado, convidando à participação e ouvir as histórias de saúde e bem-estar das pessoas e comunidade; prestar cuidados essenciais ao outro; apoiar o cuidado de si, da família e da comunidade; oferecer cuidados culturalmente competentes; e colaborar com outros para cuidar. A falta de estrutura rígida permite respostas únicas às necessidades do cuidado, promovendo ambientes que favorecem o bem-estar (Parker, Barry, & King, 2015).

Figura 1 - *The Community Nursing Practice Model* (retirado de Parker, Barry & King, 2015)



O método dos grupos de inquérito utilizado e suportado pelo *The Community Nursing Practice Model*, para identificar que preocupações de saúde a comunidade sente como presentes, tem a sua utilidade sido amplamente defendida na evidência científica, como uma ferramenta valiosa não só para recolher perspetivas de residentes e parceiros comunitários, compreender e identificar necessidades e serviços de saúde, mas também para resolver problemas. Assim, este modelo, baseando-se em valores de respeito, cuidado, participação e colaboração para identificar quais são as necessidades e recursos comunitários através do método dos grupos de inquérito, promove um envolvimento ativo dos parceiros comunitários, pela compreensão das necessidades de saúde e resolução de problemas; promovendo a aceitação de mudanças pela comunidade e valorizando a voz comunitária e a inclusão na tomada de decisões (Parker, Barry, & King, 2015).

A escolha deste modelo para este projeto de intervenção comunitária fundamenta-se na sua abordagem centrada na comunidade e na promoção da saúde, alinhando-se diretamente com o objetivo geral de promover a segurança da população idosa residente em três instituições da região metropolitana de Lisboa, através da capacitação das equipas de CF. Este, privilegia uma abordagem de parceria entre enfermeiros, comunidade e instituições, reconhecendo que a saúde é influenciada por fatores sociais, culturais e ambientais. Dessa forma e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- Capacitação/empoderamento, enfatizando o desenvolvimento de competências nos CF, permitindo-lhes atuar de forma segura e eficaz, reduzindo riscos e prevenindo eventos adversos, como a ocorrência de quedas, assim contribuindo para a satisfação do cliente;

- Promoção da saúde e prevenção de riscos, integrando estratégias educativas e participativas, o modelo contribui para criar ambientes mais seguros para a população idosa;
- Intervenção baseada em necessidades reais da comunidade, valorizando a avaliação contextual e a adaptação das intervenções às características específicas das instituições e da população idosa, garantindo relevância e impacto;
- Sustentabilidade das ações, ao envolver as equipas de CF como agentes ativos, promove-se a continuidade das práticas seguras, mesmo após a conclusão do projeto, promovendo um sistema de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Parker, Barry, & King, 2015).

A operacionalização deste modelo no presente projeto refletiu-se na escolha de estratégias participativas, na valorização do conhecimento prévio dos cuidadores formais, na construção conjunta de soluções e na priorização de práticas preventivas culturalmente adequadas ao contexto institucional. Este permitiu orientar o processo não apenas como uma intervenção educativa, mas como uma ação comunitária colaborativa, sustentada em *empowerment*, parceria e respeito pelos saberes da comunidade profissional. É precisamente nesta lógica de liderança colaborativa e de capacitação de grupos que se evidencia o contributo do EEESCSP, enquanto agente de planeamento, implementação e avaliação de intervenções orientadas para ganhos em saúde.

De forma a tornar mais explícita a forma de como o *Community Nursing Practice Model* estrutura esta intervenção, apresenta-se de seguida um modelo lógico da respetiva operacionalização (Quadro 1), que sintetiza a teoria de mudança subjacente ao planeamento: os recursos mobilizados (*inputs*) sustentam atividades alinhadas com as dimensões pessoa, comunidade, ambiente e enfermagem, gerando produtos imediatos (*outputs*) e resultados esperados a curto, médio e longo prazo (*outcomes*), visando a segurança e qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Quadro 1 - Modelo lógico do projeto intervenção de acordo com o *The Community Nursing Practice Model*

Componentes	Descrição no projeto (síntese estruturada)	<i>Community Nursing Practice Model</i> (dimensões mobilizadas)
Inputs (recursos/ condições)	<p>Recursos humanos/parcerias: mestrando (liderança e planeamento), Direções Técnicas (parceiros institucionais), equipas de CF (público-alvo e co-implementadores), colaboração pontual de Enf.ª de Reabilitação;</p> <p>Recursos técnico-científicos: EPCEPQ (diagnóstico de práticas), <i>checklist</i> ambiental (concebida no projeto), EQM (avaliação do risco de queda), orientações/normas aplicáveis;</p> <p>Recursos materiais/logísticos: instalações, materiais pedagógicos, impressão, auxiliares de marcha (andarrilhos/canadianas), tempo de implementação e cronograma de atividades.</p>	<p>Enfermagem: liderança, planeamento e avaliação;</p> <p>Comunidade: parceria com instituições;</p> <p>Ambiente: condições e recursos organizacionais;</p> <p>Pessoa: CF e idosos como destinatários/participantes.</p>

Atividades (intervensões)	<p>A1 Diagnóstico participativo: aplicação de questionário + EPCEPQ e devolução/discussão com Direções Técnicas.</p> <p>A2 Ambiente seguro: criação/aplicação de <i>checklist</i> (visita com Direção Técnica e com CF) e devolução estruturada dos achados.</p> <p>A3 Capacitação CF: sessões formativas (fragilidade, uso de auxiliares, transferências seguras), demonstração prática e avaliação (conhecimentos/satisfação).</p> <p>A4 Intervenção com idosos: educação para a saúde + demonstrações e exercícios de fortalecimento/coordenação; distribuição de materiais educativos.</p> <p>A5 Programa formal: elaboração de procedimento e formulários (EQM e registo de queda); formação em serviço e reforço comunicacional (poster).</p>	<p>Pessoa: capacitação CF e educação/atividade com idosos;</p> <p>Ambiente: intervenção no risco extrínseco e criação de suportes procedimentais;</p> <p>Comunidade: envolvimento e corresponsabilização institucional;</p> <p>Enfermagem: condução do processo (diagnóstico→planeamento→intervenção→avaliação), coerente com o modelo.</p>
Outputs (produtos imediatos)	<p><i>Checklist</i> preenchida e devoluções por instituição; materiais pedagógicos (planos/slides); <i>flyers</i> e poster; certificados;</p> <p>Programa formal de gestão do risco de quedas (procedimento operacional + formulários EQM + registo de episódios).</p>	<p>Ambiente (organizacional): “memória institucional” (procedimento, formulários, registos);</p> <p>Comunidade: instrumentos partilhados e apropriados pela instituição;</p> <p>Enfermagem: produção de instrumentos orientadores da prática.</p>
Outcomes (resultados esperados)	<p>Curto prazo (0–3 meses): aumento de conhecimentos/competências dos CF; maior consciencialização do risco; identificação/correção de riscos ambientais.</p> <p>Médio prazo (3–12 meses): melhoria das práticas de equipa (comunicação, discussão e decisão), maior consistência na avaliação e registo do risco (EQM e formulários) e uniformização de procedimentos.</p> <p>Longo prazo (≥12 meses): redução de quedas/lesões e consolidação de práticas preventivas sustentáveis.</p>	<p>Pessoa: ganhos em competência e comportamento seguro;</p> <p>Comunidade: fortalecimento de cultura de segurança;</p> <p>Ambiente: redução de riscos extrínsecos e rotinas estruturadas;</p> <p>Enfermagem: melhoria contínua e monitorização.</p>
Impacto (ganhos em saúde esperados)	<p>Aumento da segurança e qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada; consolidação de um sistema institucional de prevenção/gestão do risco de quedas (menos dependente da iniciativa individual), com capacidade de monitorização e melhoria contínua.</p>	<p>Comunidade + Ambiente: sistema e cultura de segurança;</p> <p>Enfermagem: sustentabilidade e governação clínica da prevenção;</p> <p>Pessoa: preservação de autonomia/segurança.</p>

Fonte: Elaboração própria (com base na operacionalização do projeto e no referencial *The Community Nursing Practice Model*)

Em síntese, o modelo lógico evidencia que a prevenção de quedas, enquanto fenómeno multifatorial, exige uma intervenção igualmente integrada: capacitação dos cuidadores formais (pessoa), envolvimento institucional e parceria (comunidade), modificação de riscos extrínsecos e

criação de suportes procedimentais (ambiente), conduzidos por liderança e avaliação contínua em enfermagem (enfermagem). Este encadeamento sustenta a opção por estratégias participativas e por um programa formal de gestão do risco, reforçando a coerência entre o referencial teórico adotado e a intervenção desenvolvida.

1.8. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Considerando que segundo a Ordem dos Enfermeiros “(...) os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.”, e que o “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), a enfermagem tem vindo a assumir uma importância relevante, exigindo uma combinação de conhecimentos atuais e padrões rigorosos, acompanhado de um corpo de conhecimentos próprios (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2021).

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública constitui uma área de especialização que visa responder às necessidades de saúde das populações, promovendo o bem-estar coletivo através de intervenções centradas na prevenção da doença, promoção da saúde e gestão de cuidados orientada para a comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Williams & Stanhope, 2011). O EEESCSP assume assim um papel estratégico na articulação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para a melhoria dos indicadores de saúde pública (Cunha, Costa, & Henriques, 2019).

Neste enquadramento, e tendo em consideração a problemática específica das quedas em pessoas idosas institucionalizadas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública assume um papel central na condução de intervenções estruturadas, sustentadas em evidência científica e orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A sua intervenção traduz-se na avaliação sistemática dos fatores de risco, no desenvolvimento de estratégias educativas participativas e na capacitação das equipas de cuidadores formais, promovendo práticas seguras, consistentes e ajustadas ao contexto real dos cuidados. Paralelamente, o EEESCSP contribui para o fortalecimento da literacia organizacional em segurança, assegurando a implementação de medidas de prevenção, a monitorização de resultados e a adaptação contínua das intervenções às necessidades

identificadas. Assim, a sua atuação ultrapassa o domínio estritamente clínico, assumindo uma dimensão transformadora, promotora de ambientes mais seguros, da redução de eventos adversos e da preservação da autonomia, dignidade e qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada, assegurando a sustentabilidade das práticas preventivas no âmbito comunitário.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO E DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

Considerando o plano de estudos do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, existiram 2 momentos de ensino clínico: Estágio I e Estágio II.

O Estágio I, que decorreu de dezasseis de maio a vinte e seis de julho de 2024, correu em contexto de Unidade de Saúde Pública (USP), integrada numa ULS pertencente à Região Metropolitana de Lisboa, decorrente da reorganização operacional do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, com vista a um modelo de prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, com enfoque nos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

Esta estrutura tem como missão contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde da população da sua área geodemográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da articulação com instituições públicas e privadas relevantes para a saúde, através da partilha e divulgação de informação e conhecimento em prol da saúde da comunidade.

A área de abrangência da referida USP engloba uma área geográfica de 5 concelhos, ocupando uma superfície de 1482,7 km², com uma população residente estimada em cerca de 247.115 habitantes e com uma densidade populacional de 166,6 km², de acordo com os dados dos Censos 2021. Assim, motivada pela grande dispersão geográfica, a USP dispõe em cada concelho um Polo, localizados em edifícios de unidades de saúde.

Enquanto equipa multidisciplinar, integram esta USP 6 médicos de saúde pública, quatro enfermeiras EEESCSP, uma enfermeira generalista (afetas a cada um dos cinco polos da unidade), sete técnicos superiores de saúde ambiental e seis Secretários Clínicos (de Manual de Acolhimento da USP). De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, em cada USP deve ser observado, de forma indicativa e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, o rácio de 1 enfermeiro especialista/30.000 habitantes, verificando-se assim o défice de quatro enfermeiros especialistas na área.

Enquadrado no Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, atualizado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro e pela Declaração de Retificação n.º 52/2013, de 4 de dezembro, a USP tem como ações de intervenção a observação do estado de saúde e bem-estar da população, através

do diagnóstico e monitorização da situação de saúde, bem como da análise de riscos ambientais. Segue-se a vigilância epidemiológica e resposta a emergências em Saúde Pública, passando pela caracterização de surtos, elaboração de planos de contingência, investigação de Doenças Transmissíveis de Notificação Obrigatória.

Também a proteção da saúde é da sua competência, pela gestão e monitorização da situação vacinal relativamente ao Programa Nacional de Vacinação, Qualidade e Segurança Alimentar (Programa Nacional de Alimentação Saudável), Saúde Ocupacional Externa (no âmbito do Programa Nacional de Saúde Ocupacional), vigilância sanitária das águas (consumo humano, piscinas, balneares e engarrafadas), vigilância de controlo de vetores (Programa REVIVE), vigilância, prevenção e controlo da bactéria *Legionella* em unidades de saúde, vigilância de estruturas de apoio social, vigilância de riscos do ambiente escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar), resíduos e qualidade do ar.

A promoção da saúde passa pela gestão de programas nacionais, como o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, iniciativas de literacia e educação para estilos de vida e ambientes saudáveis. Na governação para a saúde e bem-estar, destacam-se o planeamento local (elaboração do Plano Local de -Saúde) e a sua disponibilização e divulgação à população.

A prevenção da doença contempla programas nacionais considerados prioritários, como o da tuberculose e saúde mental. A função de autoridade de saúde envolve emissão de atestados médicos, pareceres e determinações, verificação de óbitos e atuação perante riscos iminentes. Existem também serviços assistenciais e não assistenciais, como atendimento ao utente, identificação de necessidades de saúde de cidadãos deslocados e realização de atividades de governação clínica na sua ULS.

A formação interna e externa é assegurada por ações dirigidas a profissionais e internos, enquanto a investigação em saúde pública passa pela concretização de estudos, elaboração de artigos e participação em conferências. Inclui a implementação de Processos de melhoria contínua da qualidade, por exemplo na elaboração e divulgação do Manual de Acolhimento do Utente, Folhetos Informativos e do Regulamento Interno.

O Estágio II decorreu em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente à mesma ULS, e teve o seu início a treze de setembro de e seu término a vinte de dezembro de 2024. Esta tem como missão garantir cuidados de saúde acessíveis, globais e contínuos, com qualidade e eficiência, sempre em tempo útil, assegurando acessibilidade e continuidade dos cuidados, ser uma referência na satisfação dos cidadãos e dos profissionais, inovando e respondendo às necessidades da

comunidade, em equipa com dinamismo e rigor, comprometida com a excelência, interagindo com a comunidade e valorizando o investimento pessoal e profissional.

Propõem-se assim melhorar o estado de saúde da população, através de cuidados de proximidade no domicílio, na comunidade, nas escolas e locais de trabalho, com especial atenção a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, sempre baseados em padrões técnico-científicos.

Tem como área de abrangência um concelho na área metropolitana de Lisboa, o qual possui uma área de cerca de 304,2 Km², repartido por 11 freguesias. A população residente neste concelho encontra-se dispersa por diversos aglomerados, na sua maioria de pequena dimensão, verificando-se um significativo contraste interno, nomeadamente pela existência de uma zona urbana centrada em três freguesias, e uma outra zona marcadamente rural. A prestação de cuidados incide sobre a totalidade dos utentes inscritos, totalizando 42.000 utentes. Destes, segundo os dados da Pordata (Fundação Manuel dos Santos, 2022), cerca de 23,4% são constituídos por pessoas com 65 ou mais anos (média em Portugal = 23,8%), apresentando um índice de envelhecimento (idosos por cada 100 jovens) de 180 (média em Portugal = 183), com maior expressão populacional nos grupos etários dos 40-49 e dos 50-59 anos, sendo o número de mulheres superior ao dos homens nos grupos etários acima de 60 anos, caracterizando um concelho com uma população em envelhecimento. Relativamente ao índice de dependência de idosos, constata-se um aumento ao longo da última década, sendo o valor de 31,0% em 2010 e 36,3% em 2023 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023).

A equipa multidisciplinar integra: uma Enfermeira Coordenadora (especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública), 4 enfermeiras especialistas (uma em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, uma em Saúde Infantil, uma em Enfermagem de Reabilitação e uma em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e três Enfermeiros de Cuidados Gerais. Conta ainda com quatro Assistentes Operacionais, uma psicóloga clínica e uma Assistente Social, e ainda por outros profissionais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e da Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) que integram os programas e projetos da UCC a tempo parcial.

De acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, atualizado pela Declaração de Retificação n.º 20/2008 de 22 de abril, a equipa da UCC, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde e na integração em redes de apoio a família e comunidade. Assim, a UCC tem na sua carteira de serviços os seguintes programas:

Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde Oral; Intervenção Comunitária com indivíduos dependentes e famílias, através de cuidados continuados de saúde e numa intervenção multidisciplinar ao nível da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Intervenção de enfermagem de reabilitação, incidente nos cuidados de reabilitação de saúde e numa intervenção multidisciplinar ao nível da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e da UCC; Intervenção a criança e adolescente de risco/vulnerabilidade.

3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

Para que a promoção da saúde e a prevenção da doença sejam eficazes, torna-se imprescindível recorrer à metodologia de planeamento. O conceito de Planeamento em Saúde tem origem no modelo administrativo, integrando funções como planear, organizar, dirigir e controlar (Melo, 2020). A reconhecida limitação de recursos no setor da saúde exige assim uma atuação racional e eficiente, orientada para as causas dos problemas de saúde e sustentada na definição criteriosa de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com Tavares (1992), o Planeamento em Saúde visa, em última instância, alcançar um estado de saúde ideal, através da sua promoção, da prevenção da doença, da cura e da reabilitação, incluindo transformações nos comportamentos das populações.

Como base metodológica para o presente trabalho, foi adotado o modelo de Planeamento em Saúde proposto por Imperatori e Giraldes, que caracteriza este processo como contínuo e dinâmico, composto por sete etapas fundamentais: diagnóstico da situação, definição de prioridades, estabelecimento de objetivos, seleção de estratégias, desenvolvimento de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação.

Neste contexto, de forma a operacionalizar as ações previstas, em consonância com os objetivos definidos foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice I).

3.1. Diagnóstico da Situação

O Diagnóstico da Situação constitui a primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde e deve responder às necessidades reais das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1992), o diagnóstico deve apresentar características específicas: ser suficientemente abrangente, aprofundado, claro, conciso e realizado com celeridade, garantindo uma base sólida para as etapas subsequentes do planeamento.

Relativamente ao **local de intervenção**, este projeto foi efetivado em três instituições de apoio à pessoa idosa, num concelho da região metropolitana de Lisboa, em contexto de envelhecimento demográfico.

O Plano Local de Saúde (PLS) em vigor à data do projeto tinha identificado sete principais problemas de saúde: Hipertensão Arterial, Depressão/Ansiedade, Diabetes *Mellitus*, Neoplasias malignas, Doenças do aparelho circulatório (doença isquémica cardíaca e doença cerebrovascular).

No início do período de ensino clínico, foi realizada uma reunião com os parceiros da comunidade, nomeadamente com as Direções Técnicas de várias Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) do concelho, considerando o acentuado envelhecimento da população do concelho, evidente nos dados epidemiológicos deste trabalho, e a experiência da enfermeira supervisora clínica, que mantém contacto regular com estas instituições e tem um conhecimento profundo dos problemas de saúde dos idosos locais. Assim, segundo as necessidades expressadas pelas Direções Técnicas, e no âmbito da atividade de capacitação de grupos, foi proposta pela enfermeira supervisora clínica, a realização de atividades de capacitação a Cuidadores Formais nas ERPI no âmbito da prevenção de quedas na pessoa idosa, elementos que se revelaram cruciais para a definição da área prioritária a ser abordada no diagnóstico de situação, indo de encontro ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2021), uma vez que da avaliação do PNSD 2015-2020 constatou-se que algumas áreas como a segurança da comunicação e a notificação de incidentes, entre outros, continuam a carecer da implementação de ações, no âmbito dos objetivos estratégicos e de (re)definição de metas respetivas, nomeadamente sobre a implementação de medidas de segurança em instituições prestadoras de cuidados de saúde em Portugal, para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.

O processo de seleção das instituições teve em conta os recursos disponíveis, a inexistência de apoio permanente de enfermagem, a ausência de um programa formal de gestão do risco de quedas e o interesse demonstrado pela relevância desta temática. Após esta seleção, realizada em conjunto com a enfermeira supervisora clínica e precedida de um contacto inicial, foi proposta a realização de atividades de capacitação dirigidas a CF e aos utentes em duas ERPI e uma IPSS, com foco na prevenção de ocorrência de episódios de quedas, implementação de um programa de vigilância do risco de queda na pessoa idosa.

3.1.1. População, amostra e critérios de inclusão

Para um planeamento eficaz em saúde, é fundamental definir a população-alvo, sendo logo há partida um requisito e que pode ser abordado de diferentes perspetivas, em função de uma instituição

e em função de grupos sociais específicos, e que poderá participar tanto na elaboração como na implementação dos projetos que lhe são destinados (Tavares, 1992).

No contexto da prevenção de quedas em pessoas idosas institucionalizadas, a intervenção mais eficiente passa pela sensibilização e formação dos profissionais que prestam cuidados diretos e mantêm contacto próximo e regular com estas pessoas nas instituições (Baixinho & Dixe, 2020), os CF dessas instituições, nomeadamente em capacitação acerca do risco de quedas nas pessoas idosas, reforçado pelo facto de a literatura referir que a ocorrência do risco de queda é três vezes mais frequente nas instituições de longa permanência quando comparado com a comunidade (Baixinho, Bernardes, & Henriques, 2020). Também no domicílio, é importante que práticas de prevenção do risco de queda sejam realizadas pela própria pessoa idosa ou, no caso de ser dependente, realizada pelo seu cuidador com o intuito de mitigar a mortalidade e a morbilidade provocadas por este evento (Mamani, et al., 2021), aumentando assim a probabilidade de ganhos em saúde.

Assim, para este projeto de intervenção comunitária, pela sua proximidade com os utentes, a população alvo selecionada foram os CF. A seleção da amostra será constituída pela técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão definidos foram: ser CF nas respetivas instituições de apoio a pessoas idosas há pelo menos 3 meses (independente do vínculo laboral), ser fluente na língua Portuguesa (falada e escrita) e ter assinado o consentimento informado, livre e esclarecido. Como critérios de exclusão, foram excluídas as chefias e as direções técnicas das instituições.

3.1.2. Instrumento de colheita de dados

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a qualidade do diagnóstico de situação dependerá da qualidade da informação recolhida.

Após pesquisa bibliográfica, foi identificado um instrumento de avaliação destinado a compreender as práticas e comportamentos das equipas relativamente à gestão do risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas. Este instrumento, denominado Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda (EPCEPQ), foi desenvolvido e validado para a população portuguesa por Baixinho e Dixe no ano de 2017.

Esta escala tem como objetivo avaliar as práticas e comportamentos face ao risco de queda em idosos institucionalizados:

- **Construção e Validação:** a escala foi desenvolvida com base na revisão da literatura e na observação do trabalho das equipas em instituições de longa permanência para idosos; foi submetida a análise de conteúdo e à verificação da concordância dos itens iniciais por nove juízes;
- **Características Psicométricas:** trata-se de uma escala unidimensional composta por seis itens (quadro 1); apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,918, indicando elevada consistência interna; a pontuação varia entre 6 e 30 pontos;
- **Conteúdo dos Itens:** a escala aborda práticas como a transmissão de informação sobre fatores de risco e a discussão em equipa sobre medidas preventivas; contudo, estas práticas nem sempre são mantidas, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados e a individualização das medidas de acordo com o risco identificado (Baixinho & Dixe, 2017).

Quadro 2 - Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda

Itens	1	2	3	4	5
A equipa discute os factores de risco para a queda dos diferentes idosos					
A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso					
Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso					
A comunicação é essencial para prevenir quedas					
Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas.					
Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas					

(1) = nunca | (2) – poucas vezes – 25% | (3) – às vezes – 50% | (4) – muitas vezes – 75% | (5) sempre.

Para compreender a gestão do risco de queda pelas equipas de CF nas ERPIs, considerou-se adequada a seleção deste instrumento, com o objetivo de avaliar as práticas e comportamentos das equipas na gestão desse risco em pessoas idosas, bem como perceber a perceção dos cuidadores formais relativamente a esta problemática.

Nesse sentido, foi elaborado um questionário composto por duas secções:

- Primeira secção: inclui uma breve caracterização sociodemográfica, com o objetivo de descrever esta população de CF e identificar a existência prévia de conhecimentos sobre a problemática;
- Segunda secção: corresponde à aplicação da EPCEPQ, destinada a avaliar a gestão do risco de queda pela equipa de cuidadores formais e a identificar necessidades de formação; é constituída por seis itens, respondidos numa escala de 1 a 5, onde (1) = nunca | (2) – poucas vezes – 25% | (3) – às vezes – 50% | (4) – muitas vezes –75% | (5) sempre” , indicando a frequência com que cada atividade é realizada.

Este questionário é de autopreenchimento e apresenta um tempo médio de resposta de cerca de cinco minutos (Apêndice II).

3.1.3. Procedimento, apresentação e análise dos resultados

Assim, após a primeira visita às instituições selecionadas, foi agendada a distribuição dos questionários entre os dias dez a vinte e quatro de julho de 2024. Para cada instituição, foram deixadas duas pastas de documentos: a primeira com os questionários e a segunda com os termos de Consentimento Livre e Informado. Os questionários foram deixados pelo investigador para serem preenchidos sem a sua presença, de forma a minimizar interferências nas respostas dadas.

A aplicação decorreu por autopreenchimento, com um tempo médio de cerca de cinco minutos, permitindo assim caracterizar a população de CF e avaliar a gestão do risco de queda realizada às pessoas idosas institucionalizadas.

A gestão e tratamento dos dados ocorreu utilizando a aplicação Microsoft Excel® 365. Os dados são apresentados isoladamente por instituição.

3.1.3.1. Instituição de apoio a pessoas idosas – 1

A instituição em análise integra a tipologia de ERPI, acolhendo uma população residente constituída por 26 pessoas idosas. Destes, 24 (92%) são do sexo feminino, apresentando uma idade média de 90 anos. A prevalência de polimedicação, operacionalizada como a toma concomitante de quatro ou mais fármacos — é observada em 23 utentes (88%). As patologias mais frequentemente

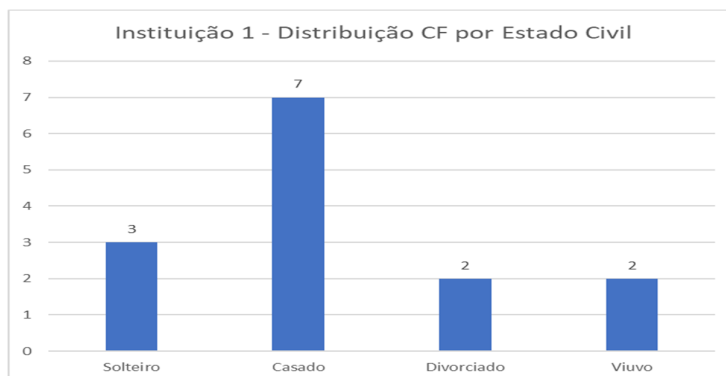
diagnosticadas situam-se nos domínios cardiovascular e osteoarticular, refletindo o perfil clínico típico de populações institucionalizadas em idade avançada.

Na instituição 1, verificou-se que no último ano, ocorreram aproximadamente vinte episódios de queda, indicador que sublinha a pertinência e urgência de estratégias de intervenção orientadas para a prevenção deste fenómeno.

No que concerne aos recursos humanos, a esta dispunha, à data da recolha de dados, de um total de 18 CF. Contudo, dois encontravam-se ausentes e um exercia funções na instituição há menos de três meses, o que determinou a constituição de uma amostra final de 15 CF. A totalidade destes (100%) respondeu ao instrumento de recolha de dados aplicado.

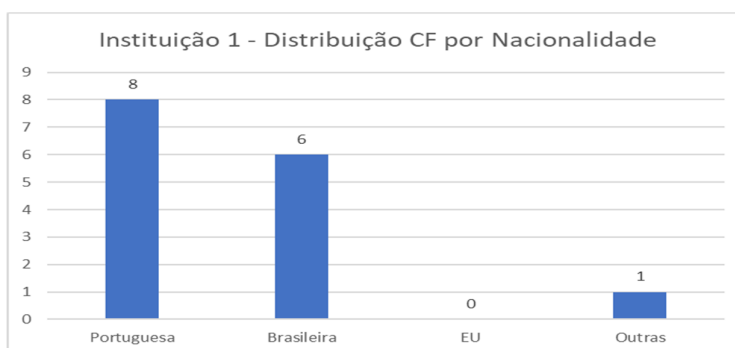
A média de idades dos CF é de 46,3 (\pm 13,6) anos, 13 (87%) são do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, verifica-se que o grupo é maioritariamente composto por indivíduos casados (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos CF por Estado Civil na instituição 1



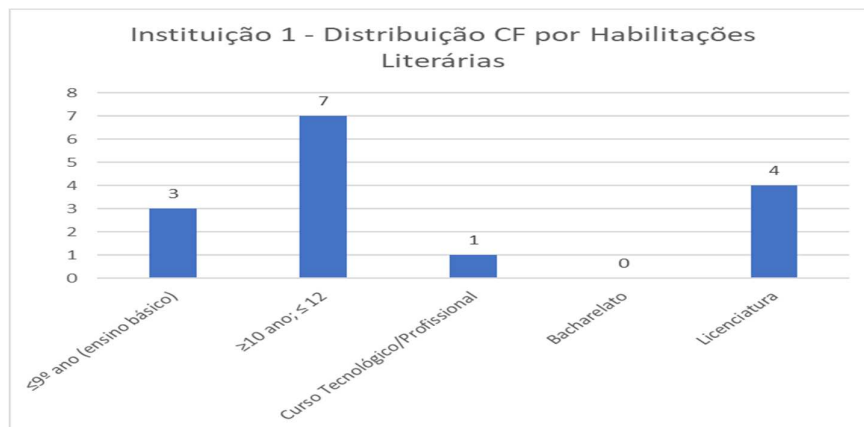
Relativamente à nacionalidade, a maioria tem nacionalidade portuguesa, seguido de muito perto de CF de nacionalidade brasileira (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição CF por Nacionalidade na instituição 1



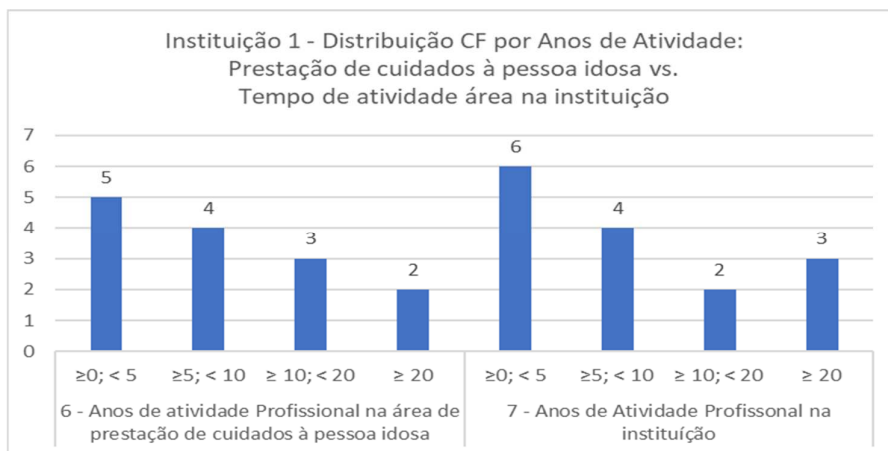
A maioria dos CF, sete (47%) possui o 12º ano de escolaridade e quatro (27%) possuem uma licenciatura, três CF (20%) possuem o 9º ano ou menos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 1



Ao proceder à análise quer do tempo de experiência profissional na área de prestação de cuidados à pessoa idosa, quer do período de exercício dessas funções no contexto institucional, observa-se que, apesar de os CF apresentarem uma idade média de 46,3 anos (mediana = 46), a maioria detém menos de 10 anos de prática profissional na área (Gráfico 6).

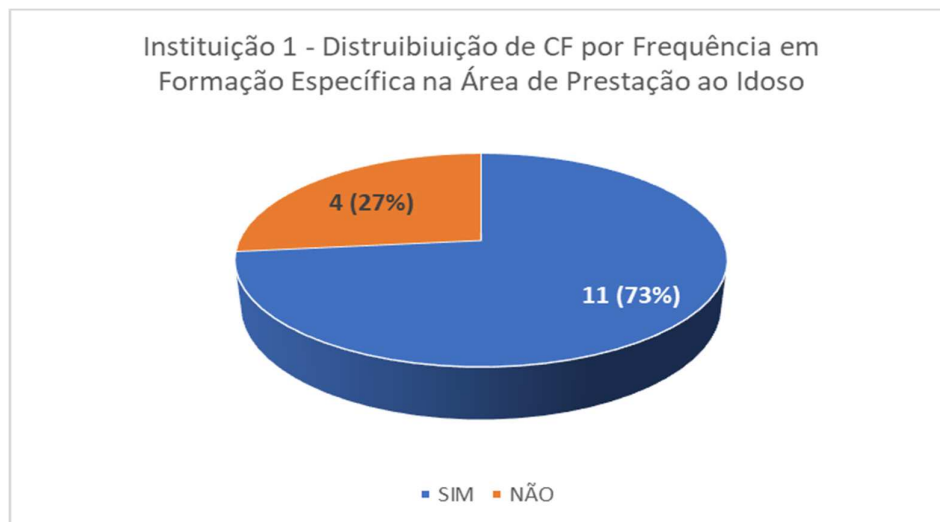
Gráfico 6 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 1



No que concerne à frequência de formação específica na área de prestação de cuidados à pessoa idosa, constata-se que 10 CF (67%) não detinham qualquer formação especializada antes de iniciarem funções nesta instituição. Todavia, após o início da atividade profissional, verifica-se uma inversão deste cenário, passando 67% dos CF a deter ações de formação específicas na área. No

entanto, quatro CF (27%) nunca frequentaram qualquer tipo de formação neste domínio (Gráfico 7). Entre estes, dois CF (13%) exercem funções nesta instituição entre 5 e 10 anos.

Gráfico 7 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 1



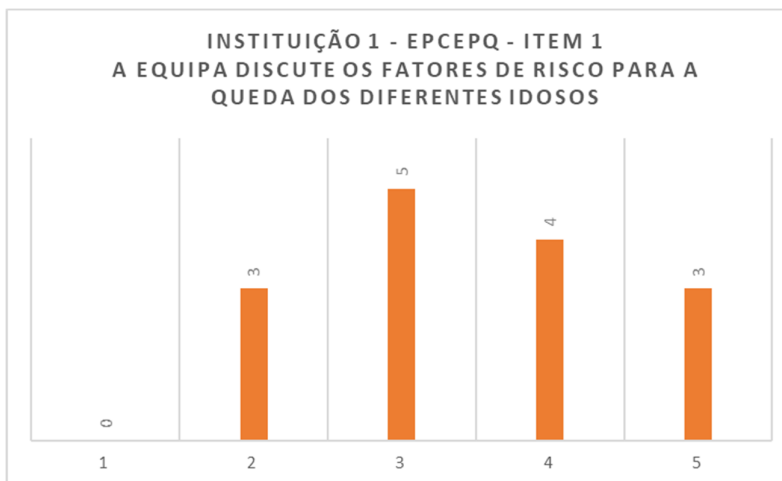
No que concerne às temáticas abordadas nas ações de formação, verifica-se que a maioria dos CF recebeu formação relativa aos fatores de risco associados ao aumento da incidência de quedas, bem como às medidas de prevenção orientadas para a redução da sua ocorrência. Importa destacar que o tópico “Avaliação do risco de queda” foi identificado em nove situações, ao passo que o tema “Documentação dos episódios de queda” foi referido apenas em oito.

Estes dados evidenciam a existência de uma lacuna significativa no âmbito da gestão do risco de queda, lacuna essa agravada pela ausência de um programa formal de gestão deste risco na ERPI em estudo.

Relativamente aos resultados obtidos pela EPCEPQ, para a instituição 1, estes são apresentados de seguida para cada item.

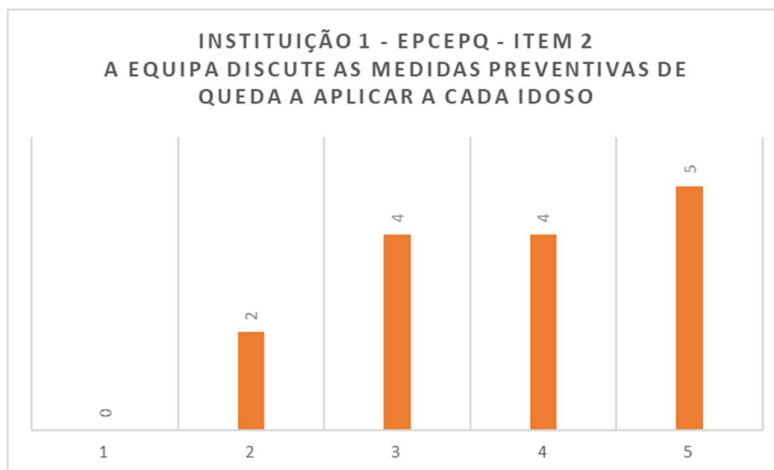
No que respeita ao item 1 – “A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos”, constata-se que cinco cuidadores (33%) consideram que a equipa apenas discute estes fatores ocasionalmente, enquanto apenas três (20%) referem que essa discussão ocorre efetivamente. Importa salientar que nenhum participante selecionou a opção “1 – nunca”. Observa-se, assim, alguma dispersão nas respostas (Gráfico 8).

Gráfico 8 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 1



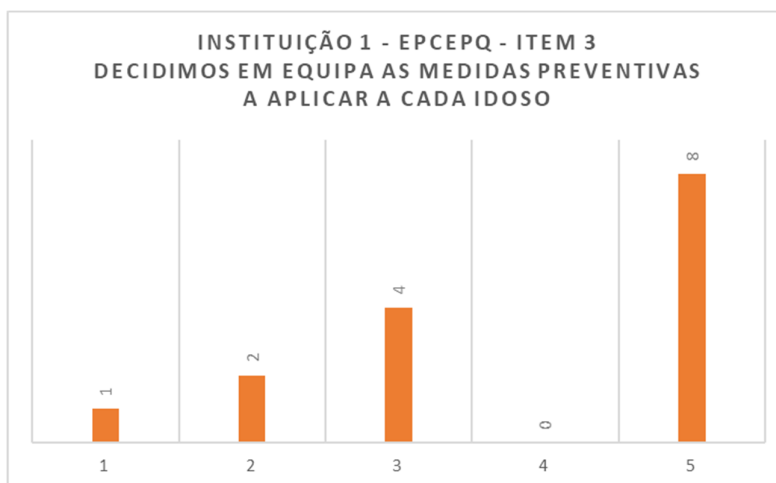
Sobre o Item 2 – “A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso”, verifica-se que cinco CF (33%) selecionou “Sempre” e quatro (27%) “Muitas Vezes”. Ninguém respondeu “Nunca” (Gráfico 9).

Gráfico 9 – EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 1



Relativamente ao item 3 – “Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso”, observa-se que oito CF (53%) referem que a definição das medidas preventivas individualizadas é sempre realizada em equipa. Nenhum dos participantes selecionou a opção “Muitas vezes” e apenas um CF (7%) assinalou a opção “Nunca” (Gráfico 10).

Gráfico 10 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 1



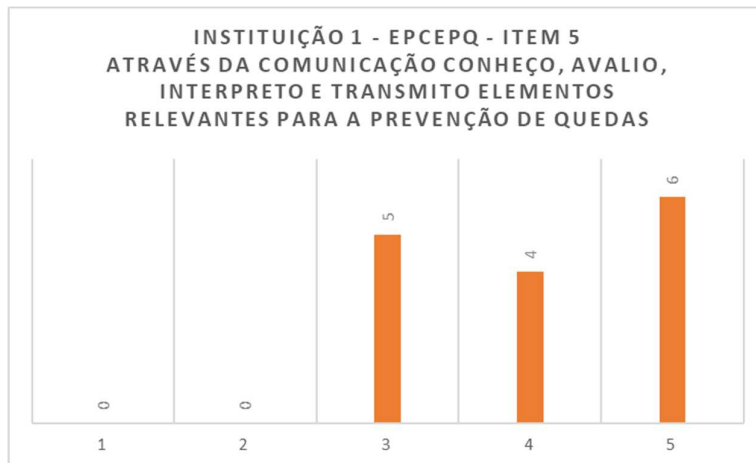
Na análise das respostas ao item 4 – “A comunicação é essencial para prevenir quedas”, verificou-se que 10 CF (67%) respondeu “Sempre” e três (20%) “Muitas Vezes”, conforme ilustrado no Gráfico 11.”

Gráfico 11 - EPCEPQ - Distribuição das respostas ao Item 4 – instituição 1



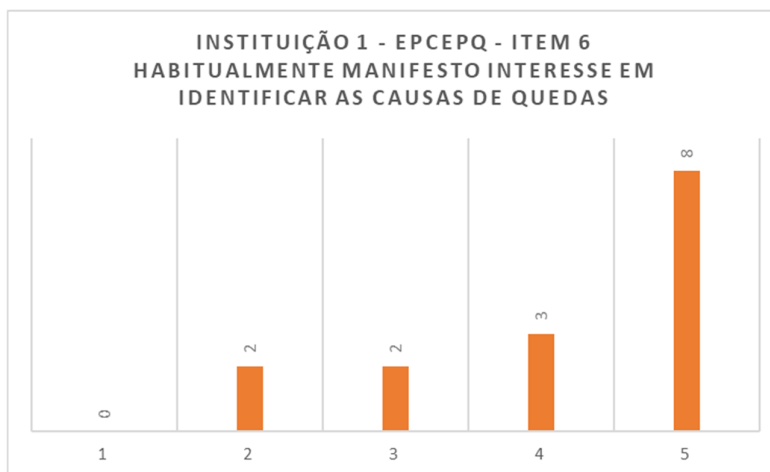
Relativamente ao item 5 – “Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas”, verificou-se que a quatro CF (27%) respondeu “Muitas vezes” e seis (40%) “Sempre”. Não foram registadas respostas nas opções “Nunca” ou “Poucas vezes”, o que evidencia a relevância atribuída à comunicação pela equipa (Gráfico 12).”

Gráfico 12 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 1



Relativamente ao item 6 – “Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas”, verificou-se que oito CF (53%) respondeu “Sempre” e 3 (20%) “Muitas vezes”. Não foram registadas respostas na opção “Nunca”, o que demonstra uma atitude positiva na identificação das causas das quedas (Gráfico 13).

Gráfico 13 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 1



De forma global, a análise das respostas aos itens da EPCEPQII evidencia alguma divergência relativamente à discussão em equipa sobre fatores de risco e medidas preventivas, sugerindo a necessidade de reforçar esta prática.

3.1.3.2. Instituição de apoio a pessoas idosas - 2

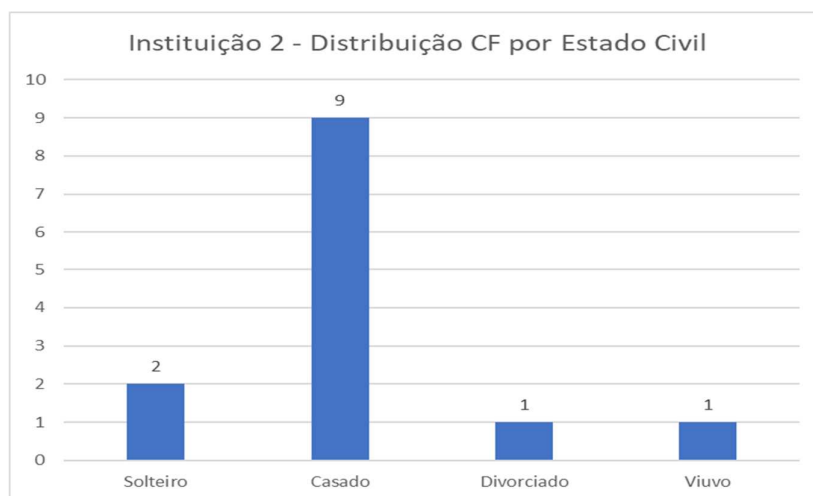
A segunda instituição selecionada é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que disponibiliza respostas sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário. O Centro de Dia funciona no edifício sede, de segunda a sexta-feira, entre as 9h00 e as 18h00, assegurando serviços como transporte, alimentação (almoço, lanche e jantar), higiene e conforto pessoal, assistência médica e medicamentosa, apoio social e atividades socioculturais.

O Serviço de Apoio Domiciliário presta cuidados e serviços a pessoas em situação de dependência física e/ou psíquica, que não conseguem satisfazer autonomamente as suas necessidades básicas e não dispõem de apoio familiar.

Atualmente, a instituição acompanha 73 utentes, dos quais 18 frequentam o Centro de Dia e 55 beneficiam do Apoio Domiciliário. A idade média é de cerca de 80 anos, predominando o sexo feminino (64%). Verificou-se que 55% dos utentes apresentam polimedicação, sendo a demência a patologia mais frequente. No último ano, ocorreram quatro episódios de queda na instituição.

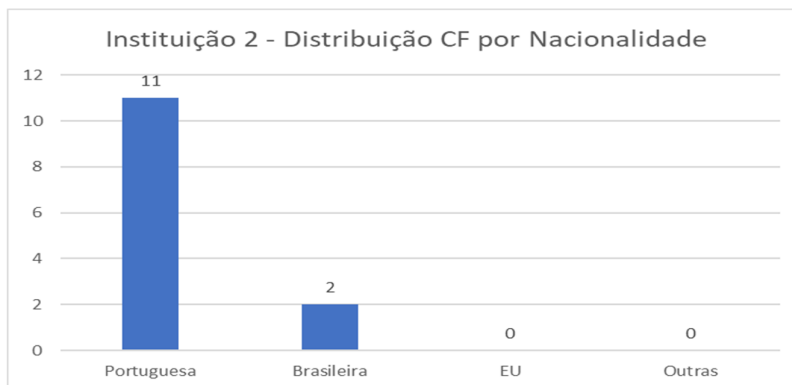
A equipa de CF é composta por 13 elementos, com taxa de resposta de 100%. A idade média é de 50,5 ($\pm 11,4$) anos, sendo todas do sexo feminino e maioritariamente casadas (9 - 69%) (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição CF por Estado Civil na instituição 2



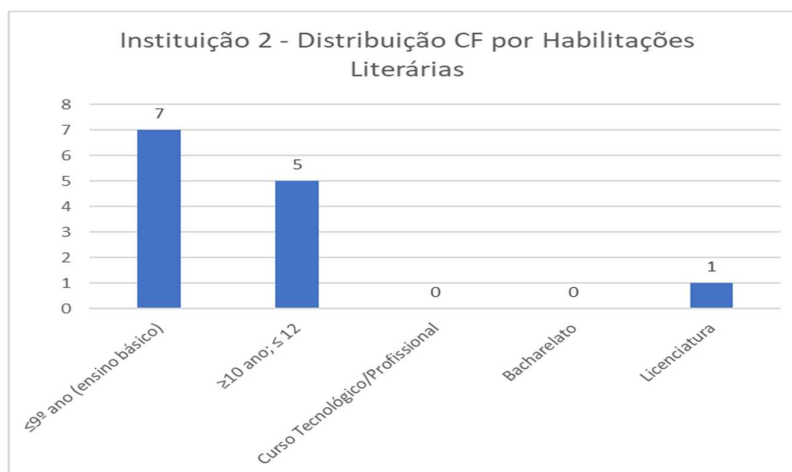
A maioria possui nacionalidade portuguesa, com duas profissionais de nacionalidade brasileira (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição CF por Nacionalidade na instituição 2



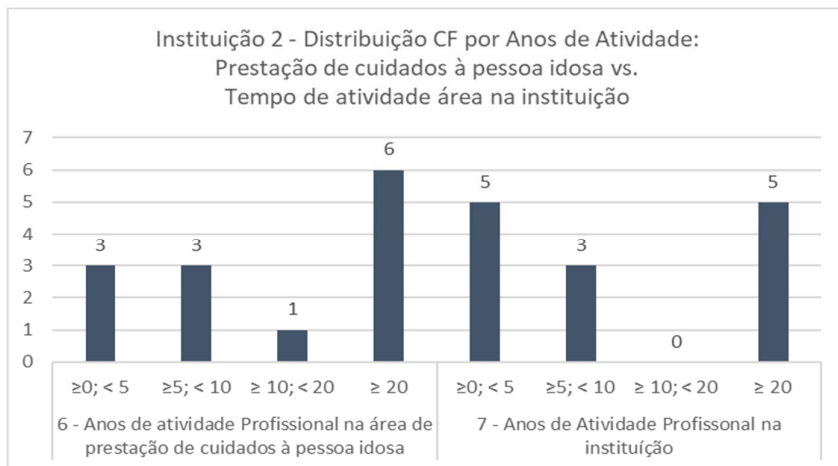
Quanto às habilitações literárias, apenas uma CF possui licenciatura, enquanto (7 - 54%) tem o 9.º ano ou menos (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 2



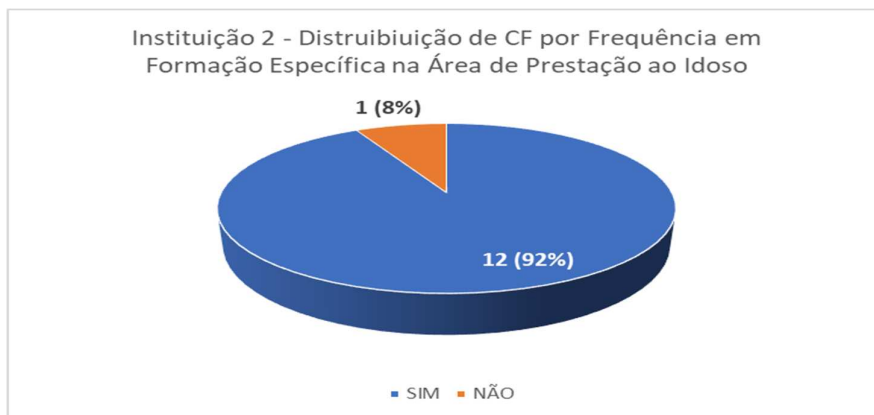
Relativamente à experiência profissional, seis CF (46%) têm 20 ou mais anos de atividade, embora cinco (39%) estejam na instituição há menos de cinco anos (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 2



No que respeita à formação específica na área de cuidados à pessoa idosa, 12 CF (92%) receberam formação, mas 10 (77%) não tiveram qualquer formação previamente ao início de funções na instituição (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 2

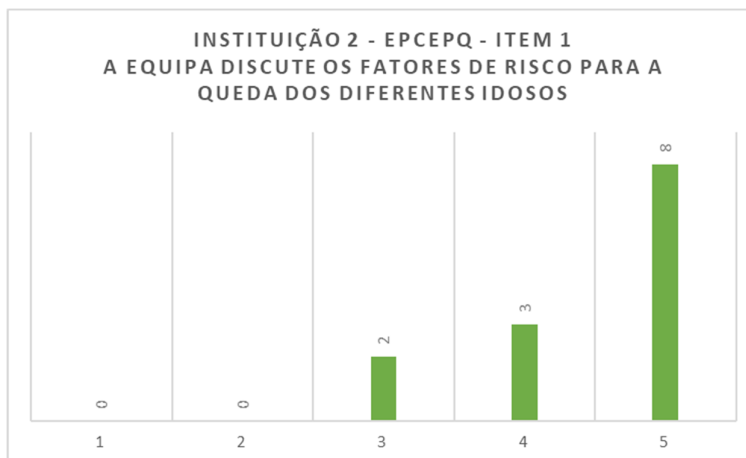


No âmbito das temáticas abordadas, 11 CF (85%) receberam formação sobre fatores de risco, avaliação do risco de queda e medidas preventivas. Além disso, 10 (77%) tiveram formação sobre cuidados a idosos, vítimas de queda e documentação dos episódios, apesar de não existir um programa formal de gestão do risco de quedas. Este reforço formativo poderá estar associado à natureza da instituição.

Na secção B do questionário (EPCPQ), os resultados foram os seguintes:

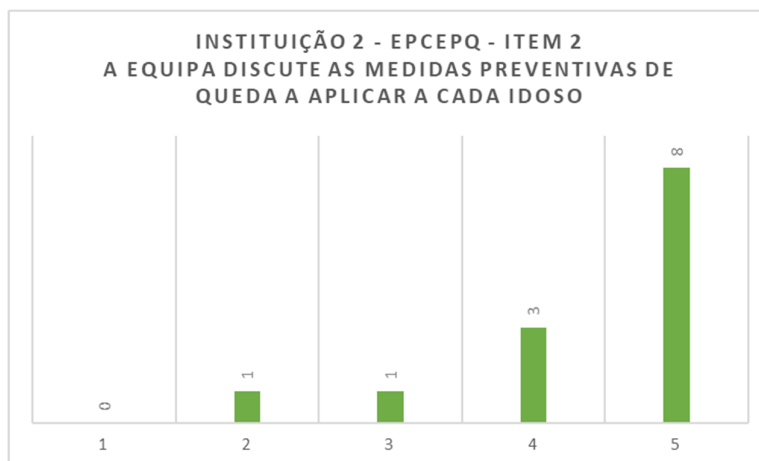
- Item 1: oito (62%) das CF afirmaram que a equipa discute os fatores de risco para quedas, não havendo respostas em “Nunca” ou “Poucas vezes” (Gráfico 19);

Gráfico 19 - EPCPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 2



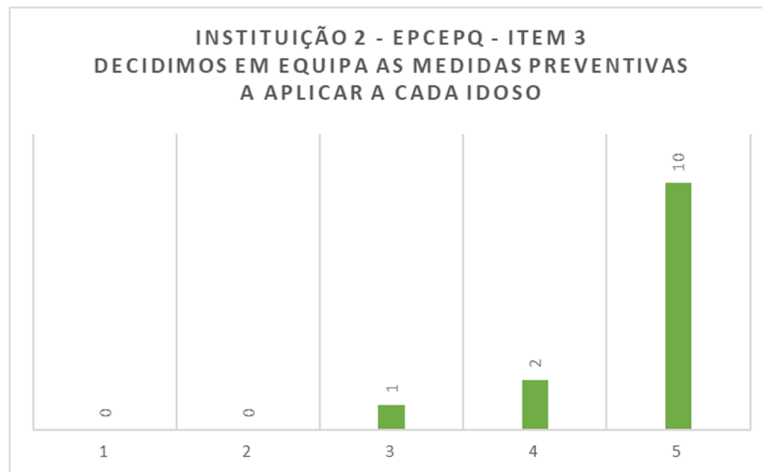
- Item 2: oito (62%) referiram que a equipa discute as medidas preventivas a aplicar, sem respostas em “Nunca” (Gráfico 20);

Gráfico 20 - EPCPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 2



- Item 3: 10 CF (77%) responderam “Sempre” e apenas 2 (15%) “Muitas vezes” quanto à decisão em equipa das medidas preventivas (Gráfico 21);

Gráfico 21 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 2



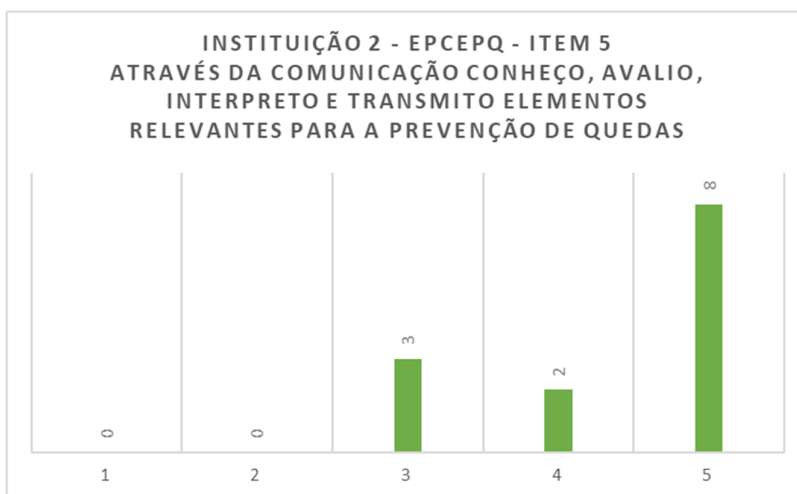
- Item 4: nesta instituição observou-se que 11 CF (85%) responderam “Sempre” e 2 (15%) responderam “Muitas Vezes”, (Gráfico 22);

Gráfico 22 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 4 - instituição 2



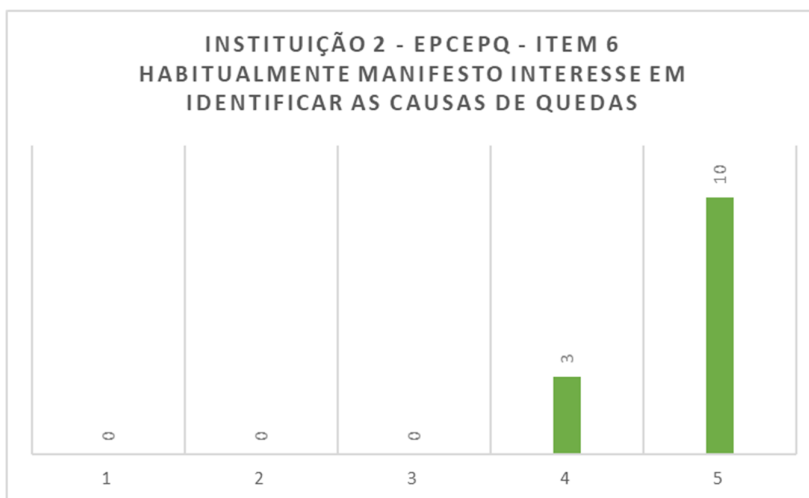
- Item 5: neste item, oito CF (62%) responderam “Sempre” e dois CF (15%) “Muitas Vezes” relativamente à importância da comunicação para conhecer, avaliar e transmitir elementos relevantes (Gráfico 23);

Gráfico 23 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 2



- Item 6: 10 (77%) CF afirmaram “Sempre” manifestar interesse em identificar as causas das quedas, com três (23%) responderem “Muitas vezes” (Gráfico 24).

Gráfico 24 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 2



Assim, de forma global, os resultados evidenciam que a equipa valoriza a comunicação na gestão do risco de quedas, embora se observe alguma dispersão no item relativo à discussão das medidas preventivas. A instituição apresenta pontos fortes ao nível da formação e da consciência da equipa sobre a relevância da comunicação, mas carece da implementação de um programa formal de gestão do risco de quedas, que permita uniformizar procedimentos e garantir maior consistência na prevenção.

3.1.3.3. Instituição de apoio a pessoas idosas – 3

A terceira instituição selecionada para este projeto é uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) de pequena dimensão, com nove utentes residentes e idade média de 87 anos. À semelhança das restantes instituições, a maioria é do sexo feminino (7 - 78%) e 5 (56%) apresentam polimedicação, sendo as patologias cardiovasculares as mais frequentes. No último ano, não se registaram episódios de queda.

A equipa de CF é composta por 5 elementos, com taxa de resposta de 100%. A idade média é de 54 ($\pm 8,0$) anos, a mais elevada entre as três instituições, sendo 4 (80%) do sexo feminino. A maioria (3 - 60%) é casada (Gráfico 25) e todos os elementos possuem nacionalidade portuguesa. Quanto às habilitações literárias, três (60%) têm o 9.º ano ou menos (Gráfico 26).

Gráfico 25 - Distribuição CF por Estado Civil na instituição 3

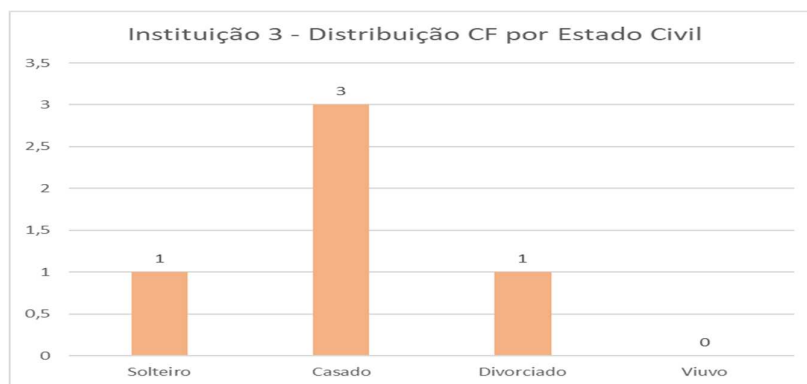
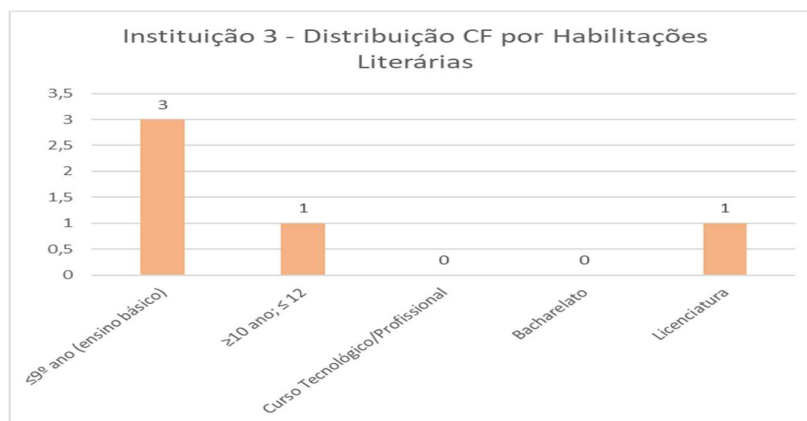
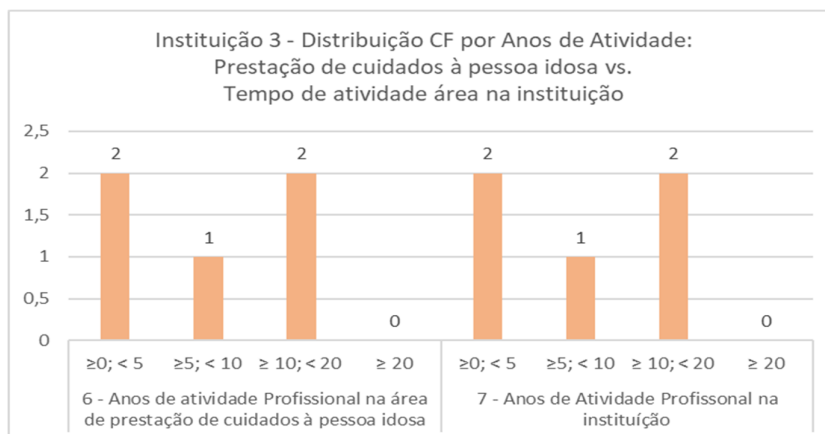


Gráfico 26 - Distribuição CF por Habilitações Literárias na instituição 3



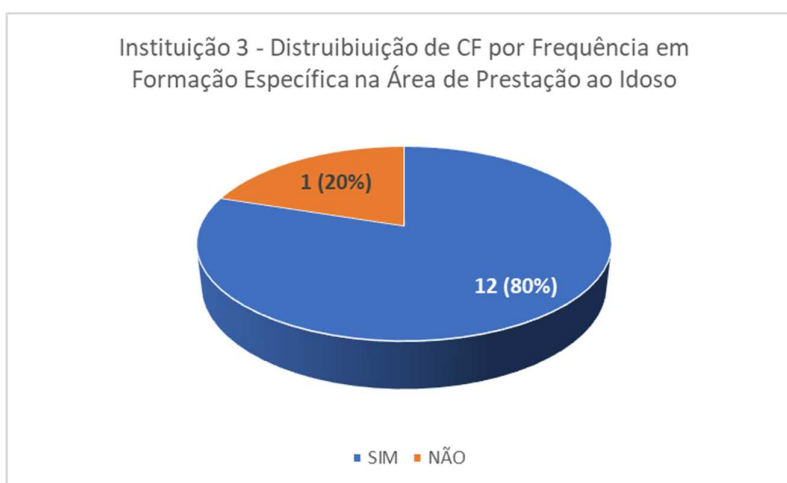
Sobre o tempo de atividade profissional, apesar da idade média elevada, nenhum elemento está na instituição há mais de 20 anos. Observa-se que dois CF (40%) têm menos de 5 anos de vínculo e outros dois (40%) entre 10 e 20 anos (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Distribuição CF por Anos de Atividade: Prestação de cuidados à pessoa idosa vs. Tempo de atividade área na instituição na instituição 3



No que respeita à formação específica na área de cuidados à pessoa idosa, quatro CF (80%) não tiveram formação antes do ingresso na instituição e uma (20%) nunca receberam qualquer formação. Entre os que tiveram formação, foram abordadas temáticas como fatores de risco, avaliação do risco de queda, medidas preventivas, cuidados após queda e importância da documentação dos episódios (Gráfico 28).

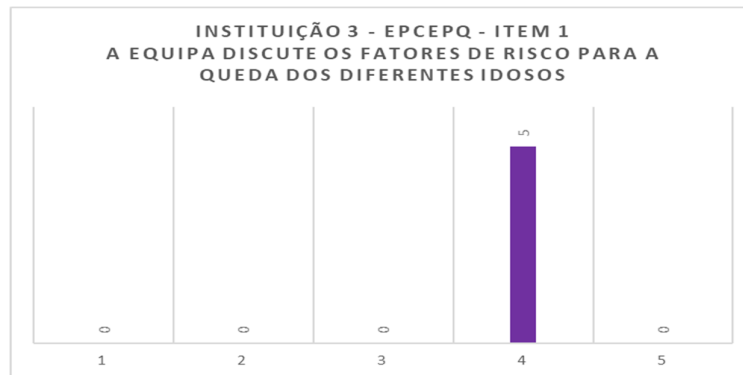
Gráfico 28 - Distribuição CF por frequência em formação específica na área de prestação ao idoso na instituição 3



Na secção B do questionário (EPCEPQ), verificou-se uma distribuição homogénea das respostas, possivelmente relacionada com o número reduzido de CF. Os resultados foram:

- Item 1: 100% responderam “Muitas vezes” quanto à discussão dos fatores de risco (Gráfico 29);

Gráfico 29 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 1 - instituição 3



- Item 2: três CF (60%) responderam “Muitas vezes” e dois CF (40%) “Sempre” sobre a discussão das medidas preventivas (Gráfico 30);

Gráfico 30 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 2 - instituição 3



- Item 3: quatro CF (80%) indicaram “Muitas vezes” na decisão das medidas preventivas Gráfico 31);

Gráfico 31 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 3 - instituição 3



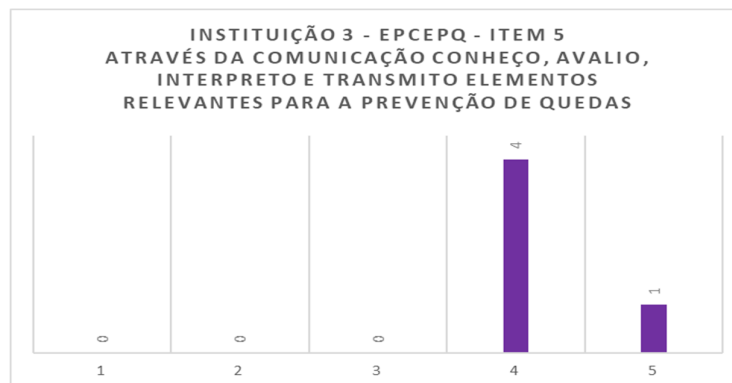
- Item 4: três CF (60%) responderam “Muitas vezes” e dois CF (40%) “Sempre” sobre a importância da comunicação (Gráfico 32);

Gráfico 32 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 4 - instituição 3



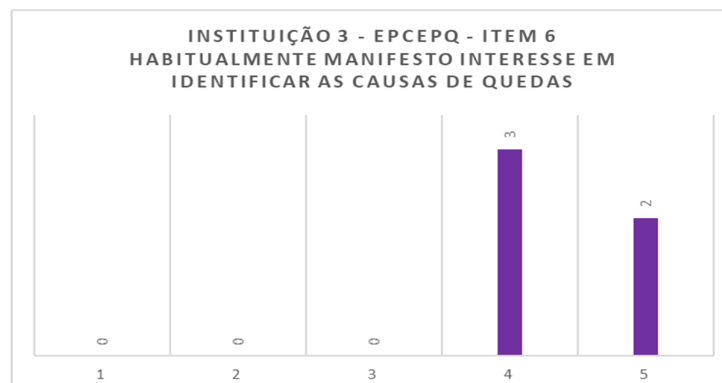
- Item 5: quatro CF (80%) responderam “Muitas vezes” e um CF (20%) “Sempre” relativamente à comunicação para prevenção de quedas (Gráfico 33);

Gráfico 33 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 5 - instituição 3



- Item 6: três CF (60%) responderam “Muitas vezes” e dois (40%) “Sempre” quanto ao interesse em identificar causas de quedas (Gráfico 34).

Gráfico 34 - EPCEPQ – Distribuição das respostas ao Item 6 - instituição 3



De forma geral, os resultados demonstram que a equipa valoriza a comunicação e a discussão das medidas preventivas, embora com menor frequência do que nas outras instituições, o que poderá estar associado à dimensão reduzida da estrutura. Esta instituição apresenta como pontos fortes a ausência de quedas no último ano e a consciência da importância da comunicação na prevenção. Contudo, a falta de formação estruturada e a menor consistência na aplicação das medidas preventivas indicam a necessidade de implementar estratégias formais de gestão do risco de quedas e reforçar a capacitação da equipa.

3.1.4. Problemas identificados e diagnósticos de Enfermagem

A fase final do Diagnóstico de Situação diz respeito à definição dos problemas de saúde da população, entendidos como estados de saúde considerados deficientes (Tavares, 1992). Para tal, é essencial identificar as necessidades sentidas e referidas pelos cidadãos, não apenas para o diagnóstico, mas também para a definição de prioridades e organização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com base nos dados recolhidos, observou-se que nas três instituições respetivamente apenas cinco (33%), um (8%) e um (20%), possuíam enquanto grau de habilitações literárias um Curso Tecnológico ou superior, e que na instituição dois, sete CF (54%) e na instituição três, três CF (60%), apenas possuem o 9 ano, o que evidencia a baixo grau de escolaridade deste grupo de CF. Referir também que nas três instituições, se verificou que antes de início de funções a maioria não tinha frequentado nenhum curso de formação antes de iniciar a atividade profissional, na área de prestação de cuidados à pessoa idosa, respetivamente 10 CF (67%), 10 (77%) e quatro CF (80%).

Ao analisarmos as respostas à EPCEPO, os itens com pontuação mais baixa foram respetivamente “A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos”, e “A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso”, evidenciando que não existem medidas concertadas preventivas nas equipas de CF.

Foram realizadas reuniões que envolveram as Direções Técnicas de cada instituição, juntamente com a Enfermeira Supervisora Clínica, tendo sido discutido e analisado os resultados obtidos, e considerando as lacunas expressas pelas Direções Técnicas, foi identificado que os utentes dessas

instituições apresentavam um elevado risco de quedas, associado a fatores de risco e à necessidade de medidas preventivas, à falta de programas formais de gestão do risco de quedas e à necessidade de maior sistematização na discussão e implementação das medidas preventivas.

A análise revelou também lacunas na capacitação dos cuidadores formais (CF) nesta área, justificando a definição de diagnósticos de enfermagem.

Para a formulação destes diagnósticos, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), tendo sido definidos os seguintes diagnósticos aplicáveis à problemática identificada:

- Risco de queda aumentado:
 - Foco: Queda;
 - Juízo: Risco aumentado;
 - Situação em que a pessoa idosa apresenta fatores que aumentam a probabilidade de queda (ex.: mobilidade reduzida, polimedicação, défice cognitivo);
- Conhecimento insuficiente sobre medidas preventivas de queda:
 - Foco: Conhecimento sobre prevenção de quedas;
 - Juízo: Insuficiente;
 - Lacunas no conhecimento dos CF relativamente às estratégias para prevenir quedas;
- Capacidade funcional diminuída:
 - Foco: Capacidade funcional;
 - Juízo: Diminuída;
 - Limitação na realização de atividades de vida diária, aumentando o risco de queda;
- Ambiente inseguro para prevenção de quedas:
 - Foco: Ambiente físico;
 - Juízo: Inseguro;
 - Presença de barreiras arquitetónicas ou ausência de adaptações que aumentam o risco de quedas, inexistência de um programa de gestão do risco de quedas.

Relativamente à aplicação do *The Community Nursing Practice Model* no contexto deste projeto, fica assim evidente a forma como os diagnósticos CIPE® foram definidos e relacionados com as necessidades da população idosa institucionalizada. Este modelo defende que a prática de enfermagem deve ser planeada com base na evidência, orientada para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvida em parceria com a comunidade. Nesse sentido, relacionando os Diagnósticos CIPE® e este modelo:

- Risco de queda aumentado:
 - *The Community Nursing Practice Model*: corresponde à dimensão da prevenção da doença, pois identifica um fator que compromete a segurança e bem-estar da pessoa idosa, permitindo planejar intervenções preventivas, com vista à prevenção da ocorrência de queda na pessoa idosa.
- Conhecimento insuficiente sobre medidas preventivas de queda:
 - *The Community Nursing Practice Model*: relaciona-se com a capacitação dos CF, promovendo formação contínua e desenvolvimento de competências para reduzir riscos da ocorrência de queda;
- Capacidade funcional diminuída:
 - *The Community Nursing Practice Model*: insere-se no domínio da promoção da saúde, através da implementação de estratégias que preservem a autonomia e previnam complicações associadas à imobilidade;
- Ambiente inseguro para prevenção de quedas:
 - *The Community Nursing Practice Model*: articula-se com a intervenção centrada na comunidade, ao envolver a instituição na adaptação do espaço físico e instituindo um programa de gestão do risco de quedas., favorecendo a criação de ambientes seguros de forma a mitigar a sua ocorrência.

Assim, considerando a forma de como o *The Community Nursing Practice Model* orienta o plano de intervenção (Diagnóstico → Planeamento → Intervenção → Avaliação), cada diagnóstico deve conduzir a ações concretas, como:

- Formação dos cuidadores formais (capacitação);
- Implementação de protocolos de prevenção de quedas (promoção da saúde);
- Adaptação do ambiente físico (intervenção comunitária);
- Monitorização contínua dos resultados (avaliação participativa).

3.1.5. Limitações metodológicas e estratégias de mitigação

Apesar de recorrer a um instrumento validado (EPCEPQ), este assenta em autorrelato, podendo por isso refletir perceções pessoais e não a prática observada. Acresce que a amostragem por conveniência nas diferentes instituições pode limitar a generalização. Assim, de forma a mitigar

estes constrangimentos, foi garantido o autopreenchimento anónimo do questionário, complementado pela consulta documental (registos de ocorrência de quedas, procedimentos após cada episódio, existência ou não de procedimentos internos) das diversas instituições e pela realização de observação do contexto (procedimentos existentes, rotinas de registo e criação de *checklist* ambiental), reforçando a interpretação dos resultados como base para a elaboração do diagnóstico de situação.

3.1.6. Considerações éticas

Durante todas as etapas de execução do projeto, foi assegurada a confidencialidade dos dados dos participantes através da sua anonimização, em conformidade com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2024), as orientações da Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2025), o Regulamento (UE) n.º 536/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho (2014), a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, e o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Todos os dados recolhidos foram processados e tratados em computador próprio, protegido com palavra-chave, sendo estes eliminados após a conclusão do mestrado.

Considerando que este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no âmbito de um projeto já em curso na ULS, não se revelou necessária a solicitação de autorização ao respetivo Conselho de Administração da ULS. Esta decisão fundamenta-se no princípio da autonomia institucional, uma vez que o projeto decorreu em alinhamento com atividades previamente aprovadas e integradas na prática assistencial. Contudo, considerando os princípios éticos da investigação e da prática profissional, nomeadamente a beneficência, a não maleficência, a justiça e a confidencialidade, foram elaborados os seguintes documentos e solicitações de autorização, todos com resposta positiva:

- Pedido de autorização e colaboração às Direções Técnicas das respetivas instituições de apoio à pessoa idosa selecionadas (Apêndice III);
- Pedido de autorização de uso às autoras da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda (EPCEPQ) (Apêndice IV);
- Consentimento Informado livre e esclarecido, entregue a todos os participantes (Apêndice V);
- Pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA) (Apêndice VI).

Este projeto obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA (Anexo I), bem como de todas as instituições envolvidas (Anexo II). Recebeu-se, igualmente, uma resposta positiva por parte das autoras da EPCEPQ para a utilização da referida escala (Anexo III).

3.2. Definição de Prioridades

A etapa de definição de prioridades no Planeamento em Saúde, constitui um momento crucial, considerando a sua importância na gestão dos recursos disponíveis de forma a responder às necessidades das populações. A rigorosa priorização dos Diagnósticos de Enfermagem pode tornar-se difícil, considerando os que requerem uma maior urgência de intervenção (Melo, 2020). Esta fase corresponde à segunda etapa do processo de planeamento, sucedendo ao diagnóstico de situação, onde são identificados os problemas de saúde. Após essa identificação, procede-se à sua hierarquização, de forma criteriosa e com rigor, definindo quais devem ser alvo prioritário de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

A definição de prioridades visa equilibrar duas dimensões fundamentais: o tempo e os recursos disponíveis, dado que não é possível satisfazer todas as necessidades identificadas. Para tal, é necessário recorrer a critérios bem definidos que orientem a seleção (Imperatori & Giraldes, 1993). Contudo, por se tratar de critérios com alguma subjetividade, recomenda-se a obtenção de consenso em grupo, para reduzir essa subjetividade (Tavares, 1992). Assim, foi solicitada a participação da Enfermeira Supervisora Clínica em conjunto com as respetivas Direções Técnicas, constituindo um grupo de peritos.

Entre os métodos utilizados para estabelecer prioridades, destaca-se o método de Hanlon, que se baseia em quatro critérios: (A) amplitude do problema (ou diagnóstico); (B) gravidade do problema; (C) eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema); (D) exequibilidade do projeto ou intervenção, que inclui cinco componentes (pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, recursos disponíveis e legalidade-PEARL). A ordenação é feita através da fórmula $(A+B).C \times D$ (Melo, 2020; Tavares, 1992).

A aplicação do método de Hanlon implica explicitar as escalas adotadas e os critérios utilizados em cada componente (A, B, C e D/PEARL), uma vez que parte da pontuação atribuída resulta de consenso de grupo. Por esse motivo, a atribuição de valores foi realizada por consenso entre os elementos envolvidos (Enfermeira Supervisora Clínica e Direções Técnicas), sendo a componente D

tratada como exequibilidade no tempo e recursos disponíveis, assumindo função de ‘filtro’ para problemas demasiado abrangentes considerando o contexto temporal do estágio.

Para aferir a Amplitude dos problemas, foi tido em consideração a prevalência da sua ocorrência na população idosa que frequentam estas instituições e o número de ocorrências de quedas. Nesse sentido, considerando os diagnósticos levantados, considerou-se como tendo valor de 10 para Amplitude o diagnóstico de “Risco de queda aumentado”, pela sua abrangência relativa à população idosa com risco de queda. Ao diagnóstico “Conhecimento insuficiente sobre medidas preventivas de queda” foi atribuído o valor de 8, uma vez que da aplicação da EPCEPQ, as dimensões com pontuação mais baixa foram "A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos" e "A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso", considerando a pontuação máxima que estas dimensões poderiam ter. Ao diagnóstico “Ambiente inseguro para prevenção de quedas”, foi também atribuído o valor de 10, uma vez que pela promoção de um ambiente seguro e ausência de um programa de gestão do risco de queda, teria uma abrangência elevada à população idosa com risco de queda.

Relativamente à Gravidade, foi atribuído aos primeiro e quarto problemas (Risco de queda & Ambiente inseguro) a maior valor, pelas consequências das quedas nesta população, considerando, o risco de incapacidade, os custos sociais, o impacto funcional e o risco de morte.

Sobre a Eficácia, foi tida em consideração a exequibilidade técnica. Assim, como maior complexidade e por isso de mais difícil resolução o terceiro problema (Capacidade funcional diminuída), pela ausência de um Enfermeiro Especialista em Reabilitação com disponibilidade nas equipas.

Sobre a Exequibilidade, foi atribuído valor de zero ao primeiro diagnóstico (Pertinência = 1; Exequibilidade Económica = 1; Aceitabilidade = 1; Recursos = 0; Legalidade = 1) considerando a sua amplitude, tendo sido operacionalizado indiretamente através de diagnósticos mais acionáveis (conhecimento insuficiente; ambiente inseguro), que têm maior exequibilidade estimando o tempo de estágio (recursos temporais).

De seguida no quadro 1, é disponibilizada a lista de problemas identificados, priorizados em consonância com o Método de Hanlon.

Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados através do Método de Hanlon

Diagnósticos	Amplitude	Gravidade	Eficácia	Exequibilidade	Resultado (A+B).CxD
Risco de queda aumentado	10	10	1	0	0
Conhecimento insuficiente sobre medidas preventivas de queda	8	7	1,5	1	22,5
Capacidade funcional diminuída	5	6	0,5	1	5,5
Ambiente inseguro para prevenção de quedas	10	8	1	1	18

3.3. Definição de Objetivos

A definição de objetivos constitui a terceira etapa do planeamento em saúde. Um objetivo operacional, ou meta, corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, traduzido em termos de indicadores que permitam avaliar a sua concretização. Estes objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

Os objetivos podem ser classificados como gerais, quando descrevem de forma ampla a situação que se pretende alcançar, ou específicos, quando são formulados de forma detalhada (Tavares, 1992). Na sua definição, é essencial indicar os respetivos indicadores que permitirão medir se foram atingidos (Melo, 2020). Segundo Tavares (1992) e Donabedian (2003, citado por Melo, 2020), destacam-se: os indicadores de processo, que refletem os cuidados de saúde prestados, os indicadores de resultado ou de impacto, que quantificam as alterações verificadas num problema ou o impacto dos cuidados e os indicadores de estrutura, que representam os fatores que influenciam os cuidados.

Assim, após priorização dos diagnósticos, considerando a complexidade dos fatores do risco de queda e a promoção de um ambiente seguro para a pessoa idosa, é necessária uma abordagem mais abrangente. Assim, o projeto aposta numa intervenção integrada, sem descurar as áreas prioritárias, com projeção até ao final do período de ensino clínico do plano curricular.

Neste sentido, foi estabelecido enquanto **objetivo geral** deste projeto e respetivos indicadores:

- Promover a segurança da população idosa residente em três instituições da região metropolitana de Lisboa, através da capacitação das equipas de cuidadores formais, entre setembro e dezembro 2024.

Indicador de Processo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de ações de intervenção realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Ações de intervenção previstas}} \times 100$

Meta: realizar 90% atividades planeadas até ao final do período do ensino clínico (setembro a dezembro 2024).

Indicador de Resultado: $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total dos itens da EPCEPQ com aumento de pontuação}}{\text{N}^\circ \text{ Total dos itens da EPCEPQ avaliados}} \times 100$

Meta: Subida de pontuação dos itens da EPCEPQ em cerca de 10% até ao final de 1 ano após implementação.

Como objetivos específicos e operacionais:

- Identificar e reduzir fatores de risco ambientais presentes nas instituições;
- Munir os CF de conhecimentos sobre os fatores de risco de ocorrência de queda na pessoa idosa e sua prevenção;
- Consciencializar os CF para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras;
- Promover comportamentos seguros junto das pessoas idosas através de ações de sensibilização;
- Produzir materiais educativos dirigidos a cuidadores e pessoas idosas;
- Envolver as instituições na construção de procedimentos internos para vigilância do risco de quedas.

De forma a avaliar estes objetivos, foram criados os seguintes indicadores:

- **Indicador de Estrutura:**
 - Existência de sala, materiais e equipamentos necessários para as sessões (sim/não);
 - Existência de autorização institucional e apoio logístico (sim/não);
- **Indicadores de Processo:**
 1. $\frac{\text{Número de Cuidadores Formais intervencionados}}{\text{Número de Total de Cuidadores Formais previstos}} \times 100$
 2. $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Total de sessões previstas}} \times 100$
 3. $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de material educativo elaborado}}{\text{N}^\circ \text{ Total de material educativo previsto}} \times 100$
 4. $\frac{\text{N}^\circ \text{ Pessoas idosas que assistiram à sessão de educação sobre fatores de risco de queda}}{\text{N}^\circ \text{ Pessoas idosas que frequentam a Instituição de Apoio à Pessoa Idosa}} \times 100$

$$5. \frac{\text{N.º Pessoas idosas que aderiram à sessão de fortalecimento muscular}}{\text{N.º Pessoas idosas que frequentam a Instituição de Apoio à Pessoa Idosa}} \times 100$$

Indicadores de Resultado:

1. $\frac{\text{N.º de Cuidadores Formais satisfeitos com a formação } (\geq 4)}{\text{N.º de Cuidadores Formais intervencionados}} \times 100$
2. $\frac{\text{N.º Total de idosos com avaliação do risco de queda atualizado, 1 ano após o início das intervenções}}{\text{N.º Total de idosos que frequentam a Instituição de Apoio à Pessoa Idosa}} \times 100$
4. N. Total de riscos ambientais identificados, por *checklist*, antes e após a intervenção

3.4. Seleção de Estratégias

A quarta etapa do planeamento em saúde corresponde à seleção de estratégias, entendida como a escolha de um conjunto coerente de técnicas organizadas para alcançar objetivos previamente definidos, contribuindo para a redução de problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta seleção deve considerar parâmetros como custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes (Tavares, 1992). Estes foram previamente discutidos em conjunto com a Enfermeira Supervisora Clínica, o Enfermeiro Orientador e com as Direções Técnicas, tendo sido considerados o tempo disponível e os recursos materiais necessários para a implementação das estratégias propostas. Relativamente aos custos para a execução das estratégias, estes foram totalmente suportados pelo mestrando, que englobaram o material de impressão, aquisição de material didático e viagens.

No âmbito do *The Community Nursing Practice Model*, que privilegia uma abordagem holística e centrada na comunidade, foram realizadas reuniões com as Direções Técnicas das instituições envolvidas, onde se apresentaram os resultados do diagnóstico, a sua análise e interpretação, garantindo que as estratégias propostas respondem às necessidades previamente identificadas. Assim, ao envolver as direções técnicas, promove-se a consciencialização e o compromisso institucional, fatores essenciais para a sustentabilidade das práticas preventivas.

Tendo em vista a promoção e manutenção de um ambiente seguro nas instituições (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. Diário da República n.º 9, 2024), e em consonância com os objetivos definidos, a primeira estratégia consistiu em sensibilizar as direções técnicas e as equipas de CF para a relevância de implementar uma cultura institucional de segurança. Esta abordagem visa garantir um ambiente seguro, orientado para a prevenção da ocorrência de quedas, considerando os

riscos extrínsecos que afetam a população idosa (Correia, et al., 2022). A escolha desta estratégia justifica-se pelo seu carácter estruturante, uma vez que a criação de um ambiente seguro é fundamental para a implementação eficaz de medidas preventivas, assim como o fator ambiental está identificado como um dos principais motivos de ocorrência de quedas nas pessoas idosos, tendo sido destacado pela bibliografia a importância de garantir um ambiente livre de perigos para prevenir este tipo de incidentes (Zakaria, Ahmad, & Yusof, 2024).

Considerando o segundo e terceiro objetivos, que se debruçam sobre a sensibilização e capacitação das equipas de CF, a segunda estratégia passa pela implementação da realização de sessões de educação para a saúde dirigidas às equipas de CF das instituições. Estas tiveram como finalidade, abordar os principais fatores de risco associados às quedas em pessoas idosas institucionalizadas e apresentar medidas preventivas que possam ser aplicadas no contexto institucional em três domínios prioritários: identificação de sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso correto de auxiliares de marcha e prática de transferências seguras. A escolha desta estratégia justifica-se pelo seu impacto direto na capacitação das equipas de CF, permitindo-lhes adquirir conhecimentos essenciais para a prevenção de quedas, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em idosos institucionalizados. A evidência científica demonstra que intervenções educativas dirigidas a profissionais de saúde e CF são eficazes na redução do risco de quedas (Maduro & Figueiredo, 2021). As *World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults* recomendam a implementação de estratégias educativas como parte de uma abordagem abrangente, envolvendo formação das equipas e promoção de ambientes seguros (Montero-Odasso, et al., 2022).

Outra estratégia, com vista a maximizar os ganhos em saúde, passou pelo envolvimento das pessoas idosas das respetivas instituições, promovendo o seu envolvimento nos cuidados, influenciar positivamente as suas tomadas de decisão e assim preservar o seu estado funcional (Maduro & Figueiredo, 2021). Nesse sentido, passou pela sensibilização da pessoa idosa sobre os riscos comportamentais que potenciem o risco de queda, através de sessões de educação para a saúde dirigidas a esta população. Por outro lado, com a evolução das estruturas residenciais para idosos, aliada a uma maior consciencialização e à implementação de programas preventivos eficazes (como o treino de força e equilíbrio e o recurso a auxiliares de marcha), resultou numa diminuição da prevalência de quedas nestas instituições (Shao, et al., 2023). Assim, a importância de melhorar o equilíbrio e a mobilidade desta população é segundo a bibliografia, um método eficaz na prevenção de quedas entre os idosos em lares de idosos (Alsaad et al., 2024; Salari et al., 2022).

Por último, em cumprimento dos objetivos definidos, a estratégia final passou pela criação de um programa formal de gestão do risco de queda, para cada uma das instituições. Este programa inclui

documentação em suporte papel para consulta, com orientações práticas que visam apoiar a tomada de decisões informadas e reduzir os riscos para a saúde das pessoas idosas institucionalizadas. Este encontra-se alinhado com as principais orientações nacionais e normativas que visam a promoção da segurança e qualidade dos cuidados, respondendo à necessidade de reduzir a incidência de quedas. O PNS 2030 define como prioridade estratégica a promoção da saúde e a prevenção de riscos, salientando a importância da criação de ambientes seguros e da adoção de práticas baseadas na evidência para reduzir a morbidade e mortalidade associadas a eventos adversos, incluindo a ocorrência de quedas (DGS, 2022). O PNSD 2015-2020 identifica a prevenção de quedas como um objetivo essencial, recomendando que as instituições implementem planos específicos para gestão do risco, incluindo avaliação sistemática, medidas preventivas e monitorização contínua. Este plano reforça que as quedas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos, exigindo uma abordagem institucional integrada (Ministério da Saúde, 2015).

As estratégias delineadas visam assim concretizar os objetivos específicos, orientados para a prevenção de quedas na pessoa idosa e para a promoção de um ambiente seguro na instituição, refletindo os princípios do modelo *The Community Nursing Practice Model*, que valoriza a interação entre pessoa, família, comunidade e ambiente, promovendo cuidados preventivos e integrados. A intervenção proposta procura não apenas atuar sobre fatores imediatos, mas também criar condições sustentáveis para reduzir a incidência de quedas, reforçando a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa (Parker, Barry, & King, 2015).

3.5. Preparação e Execução do Projeto

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa do planeamento em saúde visa a materialização das estratégias através da definição de atividades, tratando-se de um processo dinâmico e passível de reajustes ao longo do tempo. O foco recai na operacionalização da intervenção, detalhando-se as ações a desenvolver em consonância com os objetivos traçados (Tavares, 1992). Nesse sentido, para assegurar o alcance das metas propostas, foram estipuladas atividades específicas para cada objetivo, as quais acarretam custos considerados irrelevantes (Tavares, 1992).

Um projeto consiste num conjunto de atividades ou tarefas implementadas num período delimitado, com vista à obtenção de um resultado específico, contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1992). A preparação da execução do projeto deve incluir uma lista detalhada das atividades, a forma como serão realizadas, os recursos temporais necessários e a definição dos

responsáveis (Imperatori & Giraldes, 1993). O planeamento operacional responde ao planeamento estratégico, sendo de carácter imediato e a curto prazo, com o objetivo de otimizar resultados e recursos (Tavares, 1992).

Para a concretização deste projeto, foi levado em consideração o tempo, os recursos disponíveis e as limitações identificadas. O orçamento relativo aos recursos utilizados encontra-se detalhado no Apêndice VII. Seguidamente, apresenta-se de forma cronológica a descrição da execução de todas as atividades.

As respetivas metas serão detalhadas de seguida nas respetivas atividades.

Sobre o objetivo identificação de Identificar e reduzir fatores de risco ambientais presentes nas instituições, foram realizadas duas atividades:

1. Criação de uma *Checklist* de Verificação de Risco de Queda Ambiental.

Foi concebida uma lista de verificação, com a finalidade de identificar possíveis fatores ambientais que poderão potenciar o risco de queda na pessoa idosa, abrangendo várias áreas do percurso do utente, nomeadamente no ambiente em geral, nos quartos e nos WC (Apêndice VIII).

2. Realização de visita às instalações de cada instituição, percorrendo o percurso dos utentes de cada instituição.

Esta atividade decorreu em dois momentos distintos: um primeiro momento apenas com as direções técnicas de cada instituição, percorrendo as respetivas instalações e passando pelos diversos pontos da *checklist*. Este teve como objetivo criar consciencialização e compromisso institucional, fatores essenciais para a sustentabilidade das práticas preventivas. Num segundo momento, o mesmo percurso foi realizado em conjunto com as equipas de CF, também munidos com a *checklist*, de forma a criar consciencialização e capacitá-los para os riscos extrínsecos do risco de queda e identificação de locais de maior risco. As visitas demoraram em média vinte minutos com as Direções Técnicas e cerca de trinta minutos com as equipas de CF. Posteriormente, ocorreu um momento de reflexão e troca de ideias com as equipas de CF, acerca dos pontos assinalados na *checklist*. Este momento foi bastante participativo pelos elementos presentes, com vários *feedbacks* positivos sobre a pertinência deste projeto e da atividade.

3. Envio de email para cada Direção Técnica com um pequeno resumo dos principais achados e sugestões de implementação.

Após a realização das visitas, foi enviada para cada Direção Técnica, a *checklist* preenchida em conjunto durante as visitas, com os principais achados e sugestões de melhoria. Este envio foi previamente combinado e foi muito bem acatado nas três instituições.

No quadro 4, é apresentada a operacionalização para estas atividades.

Quadro 4 - Operacionalização do primeiro objetivo específico

Objetivo Específico	Estratégia	Intervenções	Metas
- Identificar e reduzir fatores de risco ambientais presentes nas instituições.	- Sensibilizar as direções técnicas e as equipas de CF para a relevância de implementar uma cultura institucional de segurança, visando garantir um ambiente seguro, orientado para a prevenção da ocorrência de quedas, considerando os riscos extrínsecos que afetam a população idosa.	1. Criação de uma <i>checklist</i> de Verificação de Risco de Queda Ambiental; 2. Realização de visita às instalações de cada instituição, percorrendo o percurso dos utentes de cada instituição; 3. Envio para cada Direção Técnica email com resumo dos achados das visitas e sugestões de melhoria.	- Elaboração de uma <i>checklist</i> até 31/10/2024; - Realização 100% das visitas às instalações até 15/11/2024; - 100% das Direções Técnicas participem na realização da realização das visitas; - 50% dos CF de cada instituição participem na realização da visita; - Envio de email com o resumo de cada visita para as Direções Técnicas até 18/11/2024.

Relativamente ao segundo e terceiro objetivos específicos: munir os CF de conhecimentos sobre os fatores de risco de ocorrência de queda na pessoa idosa e sua prevenção; e consciencializar os CF para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras, foram realizadas duas etapas:

1. Realização de uma sessão formativa dirigida à equipa de cuidadoras formais (CF) da instituição, organizada em diferentes momentos.

Para esta etapa, foi realizado o respetivo Plano de Sessão (Apêndice IX) e uma apresentação em slides, de formato *PowerPoint*[®] (Apêndice X), tendo sido abordada a importância de identificar sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso correto de auxiliares de marcha e práticas de transferências seguras, contribuindo assim para a redução de ocorrência de quedas durante destes eventos. A marcação e a convocação para esta atividade foram executadas em articulação com as respetivas Direções Técnicas.

A sessão iniciou-se com a apresentação de todos os intervenientes e algumas questões dirigidas sobre a temática, momento que permitiu estabelecer um ambiente de proximidade. Durante a atividade, os diversos grupos de CF demonstraram interesse, mantendo-se atentos e participativos, com colocação de questões pertinentes.

2. Demonstração prática para o uso correto de certos auxiliares de marcha, nomeadamente andarilhos e canadianas.

No final da sessão, houve demonstração prática para o uso correto de certos auxiliares de marcha, nomeadamente andarilhos e canadianas, reforçando assim os conhecimentos dos CF participantes, promovendo a aprendizagem ativa e a reflexão sobre práticas no desempenho profissional.

Para avaliar a eficácia da sessão, foi elaborado um questionário dedicado, permitindo assim apreciar os conhecimentos adquiridos por parte dos CF, e a perceção das participantes relativamente à pertinência da formação (Apêndice XI). Na instituição 1, os participantes atribuíram à sessão uma pontuação média de cinco, com feedback positivo como conteúdo da formação adequado. No instrumento de avaliação de conhecimentos, os participantes obtiveram uma média de 98,3%. Na instituição 2, foi também atribuído à sessão uma pontuação média de cinco, tendo os participantes obtido uma pontuação média de 100%. Relativamente à instituição 3, foi igualmente atribuída a pontuação média de cinco pelos participantes, assim como a obtenção de uma pontuação de 100% no instrumento de avaliação de conhecimentos.

Adicionalmente, foi preparado um certificado de presença (Apêndice XII), entregue a todos os CF participantes, como forma de reconhecimento e valorização da sua participação.

No quadro 5, é apresentada a operacionalização para estas atividades.

Quadro 5 - Operacionalização do segundo e terceiro objetivo específico

Objetivo Específico	Estratégia	Intervenções	Metas
<p>- Munir os CF de conhecimentos sobre os fatores de risco de ocorrência de queda na pessoa idosa e sua prevenção.</p> <p>- Consciencializar os CF para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras</p>	- Desenvolver sessões de educação para a saúde sobre identificação de sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso correto de auxiliares de marcha e prática de transferências seguras, para as equipas de CF de cada instituição.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agendamento das sessões formativas destinadas às equipas de CF sobre sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso de auxiliares de marcha e transferências seguras; 2. Planeamento das sessões formativas a realizar em cada instituição; 3. Preparação das sessões formativas; 4. Mobilização dos recursos necessários, nomeadamente dois andarilhos (simples e com rodas) e 1 par de canadianas; 5. Avaliação de cada sessão de formativa. 	<p>- Elaboração dos agendamentos até 31/10/2024;</p> <p>- Realização de 100% das sessões formativas até 10/12/2024;</p> <p>- 50% dos CF de cada instituição participem na sessão formativa;</p> <p>- 70% dos CF intervenientes na sessão formativa obtenham uma pontuação $\geq 75\%$.</p> <p>- 80% dos CF avaliem a sessão formativa com pontuação ≥ 4.</p>

Relativamente ao quarto objetivo específico - Promover comportamentos seguros junto das pessoas idosas através de ações de sensibilização, com vista à maximização de ganhos em saúde dos utentes das instituições, foram também desenvolvidas estratégias junto a esta população das respetivas instituições, que se desenrolaram em duas etapas.

1. Realização de sessões de educação para saúde destinadas aos utentes das três instituições para a identificação de fatores risco de queda e sobre o uso correto de auxiliares de marcha através de demonstração.

Para a concretização desta atividade, foi desenvolvida uma sessão com 2 momentos distintos. Em cada instituição, com a colaboração das respetivas Direções Técnicas, foi agendada a respetiva marcação. Foi realizado o respetivo Plano de Sessão (Apêndice XIII) e uma apresentação em slides, de formato *PowerPoint*® (Apêndice XIV). Houve uma adesão acima de 80 % em todas as instituições, com exceção das pessoas que por motivos de saúde não puderam comparecer. Inicialmente, foi percebido um ambiente muito expectante, que se desvaneceu após a abordagem inicial e apresentação de todos os presentes. Posteriormente, houve lugar a uma pequena conversa e apresentação do tema, o que muitas pessoas manifestaram agrado com o mesmo. As sessões contaram também com demonstração prática sobre o uso correto de auxiliares de marcha e com ajuda de alguns intervenientes, com bastante agrado. Houve grande interação dos participantes ao longo da sessão.

2. Realização de sessões de exercícios de fortalecimento muscular e coordenação motora com os idosos em colaboração com a animadora/enfermeiro (sempre que se aplique).

Após um curto intervalo, foi realizada uma sessão de fortalecimento muscular, em colaboração com os profissionais de animação e/ou enfermeiro (sempre que possível), na perspetiva de capacitação dos utentes. Esta atividade contou com uma sequência de 6 exercícios. A concretização desta sequência de exercícios contou com o apoio de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação da equipa da UCC.

A adesão aos exercícios foi de igual forma muito elevada em todas as instituições. No final, em todas as instituições, praticamente todos participantes agradeceram e mencionaram que foi uma atividade muito agradável de realizar. No final, foram ainda distribuídos os *flyers* n.º 1 & 2 a todos os participantes, com sobrantes em quantidade para deixar nas instituições (Apêndice XV & XVI).

No quadro 6, é descrita a operacionalização para estas atividades.

Quadro 6 - Operacionalização do quarto objetivo específico

Objetivo Específico	Estratégia	Intervenções	Metas
- Promover comportamentos seguros junto das pessoas idosas	- Realizar sessões de educação para saúde destinadas aos utentes das três instituições para a identificação de fatores risco de queda e sobre o	1. Agendamento das sessões formativas destinadas aos utentes das três instituições para a identificação de fatores risco de queda e sobre o	- Elaboração dos agendamentos até 15/11/2024;

<p>através de ações de sensibilização;</p>	<p>uso correto de auxiliares de marcha através de demonstração;</p> <p>- Promover momentos de atividade física direcionados a pessoas idosas.</p>	<p>uso correto de auxiliares de marcha através de demonstração;</p> <p>2. Planeamento das sessões de educação para a saúde a realizar em cada instituição;</p> <p>3. Preparação das sessões formativas;</p> <p>4. Elaboração de dois <i>flyers</i> informativos sobre riscos de queda e sobre a importância da atividade física, com exemplos de exercícios físicos dedicados a esta população;</p> <p>5. Mobilização dos recursos necessários, nomeadamente dois andarilhos (simples e com rodas), 1 par de canadianas e cadeiras;</p> <p>6. Distribuição dos <i>flyers</i> a todos os participantes.</p>	<p>- Realização da pesquisa bibliográfica até 31/10/2024;</p> <p>- Realização dos <i>flyers</i> até 08/11/2024;</p> <p>- Realização de 100% das sessões de educação para a saúde até 10/12/2024;</p> <p>-60% dos utentes de cada instituição assistam à sessão de educação para a saúde;</p> <p>50% dos utentes de cada instituição adiram às sessões de fortalecimento muscular.</p>
---	---	--	---

Por último, relativamente ao quinto e sexto objetivo operacional - Produzir materiais educativos dirigidos a cuidadores e pessoas idosas e envolver as instituições na construção de procedimentos internos para vigilância do risco de quedas, foi tema nas várias reuniões ocorridas com as Direções Técnicas das três instituições, culminando em sessões formativas que incluíam as Direções Técnicas e os profissionais considerados como elementos-chave para conhecimento do programa e posterior implementação e dinamização interna do mesmo.

Foram elaborados alguns documentos de suporte ao programa, nomeadamente:

- Procedimento Operacional, no qual são abordadas as responsabilidades dos intervenientes, as precauções básicas relativas à prevenção do risco de queda, operacionaliza a avaliação do risco de queda, a documentação do evento de queda e os respetivos registos, e teve como objetivos:
 - descrever as precauções básicas de prevenção do risco de queda;
 - uniformizar o procedimento de avaliação do risco de queda;
 - uniformizar o procedimento de gestão da ocorrência de queda;
 - capacitar os profissionais para a prevenção da ocorrência de queda;
 - melhorar a segurança do utente (Apêndice XVII).

Para este protocolo foi selecionado enquanto instrumento avaliador do risco da ocorrência de quedas a Escala de Quedas de Morse (EQM), validada para Portugal por Costa-Dias e colegas (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014). Esta, originalmente criada para ambiente hospitalar, classifica os doentes em categorias de risco de queda baixo, médio e elevado. Esta avaliação pondera o histórico de quedas (nos últimos três meses), a presença de diagnósticos secundários, necessidade de ajuda para caminhar, terapia endovenosa, postura no andar e estado mental. A cada resposta é atribuída uma cotação específica. O somatório dos valores obtidos nos seis parâmetros resulta numa pontuação final que determina o risco de queda, variando numa escala de 0 a 125 pontos. Foi demonstrado que esta escala apresenta uma sensibilidade de 73,2% e uma especificidade de 75,1%, e tem um tempo de preenchimento inferior a três minutos (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014). Assim, considerando a sua relativa facilidade de preenchimento, ser o instrumento recomendado pela DGS, na norma da DGS número 008/2019 (Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde, 2019), e considerando que segundo a literatura esta apresenta uma boa especificidade relativamente à avaliação do risco de queda na população idosa institucionalizada, foi este o instrumento selecionado para este projeto, que será posteriormente assumido pela equipa de enfermagem de cada instituição. (Baixinho, Bernardes, & Henriques, 2020);

- Formulário de avaliação do Risco de Queda, baseado na EQM (Apêndice XVIII);
- Formulário de registo de episódio de Queda (Apêndice XIX).

Em cada instituição, foi planeada e agendada uma sessão de formação em serviço, considerando as precauções básicas de prevenção sobre o risco de queda na pessoa idosa e uniformização de procedimentos nas instituições. Para o efeito, foi efetuado o respetivo Plano de Sessão (Apêndice XX) e uma apresentação em slides, de formato *PowerPoint*[®] (Apêndice XXI). Foram

abordados os documentos integrantes deste projeto, com especial incidência sobre a avaliação do risco de queda através da EQM com exemplos práticos.

De referir que durante estas sessões de formação, os participantes estiveram atentos, e durante o período de interação relativamente aos casos práticos, a participação foi elevada. Foram distribuídos exemplos de todos os documentos aos participantes e às Direções Técnicas presentes, respetivamente em cada instituição.

No final, foram elaborados e entregues aos participantes dois instrumentos de avaliação, de forma a aferir o nível de conhecimentos adquirido ao longo de todo o percurso decorrido neste projeto, e a sua perceção sobre a sua implementação (Apêndice XXII). Em todas as instituições, os formulários de avaliação de conhecimentos foram corrigidos em grupo, facilitando assim o esclarecimento de dúvidas. Na instituição 1, no instrumento de avaliação do projeto (onde 1 corresponde a “Menos positivo, fraco” e 5 corresponde a “Mais positivo, excelente”) os participantes atribuíam ao projeto uma média de “5”, com *feedback* oral muito positivo e comentários de agradecimento. No instrumento de avaliação de conhecimentos, os participantes obtiveram uma pontuação média de 97%. Na instituição 2, foi também atribuída uma pontuação da implementação deste projeto uma pontuação média de 5, também com *feedback* oral muito positivo. Acerca do instrumento de avaliação de conhecimentos, também aqui foi atingida uma pontuação média elevada (99%). Os participantes da instituição 3, atribuíram de igual forma uma média de 5 à implementação deste projeto, tendo conseguido também uma elevada pontuação média no instrumento de avaliação de conhecimentos (96%).

No final, com o objetivo de aumentar o conhecimento das equipas de CF, utentes, familiares e restantes profissionais das instituições relativamente a medidas que podem contribuir para a prevenção da ocorrência de episódios de quedas, foi ainda disponibilizado em todas as instituições um poster informativo sobre prevenção de quedas nas pessoas idosas e fatores de risco. Foram entregues às respetivas Direções Técnicas vários exemplares, tendo ficado expostos em locais chave de passagem dos utentes (Apêndice XXIII).

No quadro 7, é apresentada a operacionalização para estas atividades.

Quadro 7 - Operacionalização do quinto e sexto objetivo específico

Objetivo Específico	Estratégia	Intervenções	Metas
<p>- Produzir materiais educativos dirigidos a cuidadores e pessoas idosas;</p> <p>- Envolver as instituições na construção de procedimentos internos para vigilância do risco de quedas;</p>	<p>- Desenvolver um programa formal de gestão do risco de queda para cada uma das instituições;</p>	<p>1. Agendamento das sessões formativas destinadas às equipas de CF e Direções Técnicas de cada instituição sobre os componentes e documentos do Programa de Gestão de Quedas;</p> <p>2. Planeamento das sessões formativas a realizar em cada instituição;</p> <p>3. Preparação das sessões formativas;</p> <p>4. Elaboração dos documentos integrantes do programa (Procedimento do Programa de Gestão do Risco de Quedas, Formulário de Avaliação do Risco de Queda e Formulário de Registo de Registo de Episódio de Queda);</p> <p>5. Preparação do poster informativo sobre os riscos de queda;</p> <p>6. Mobilização dos recursos necessários</p>	<p>- Elaboração dos agendamentos até 30/11/2024;</p> <p>- Elaboração dos documentos até 15/11/2024;</p> <p>- Elaboração do poster até 22/11/2024;</p> <p>- Realização de 100% das sessões formativas até 20/12/2024;</p> <p>- 100% das Direções Técnicas participem na sessão formativa;</p> <p>-50% dos CF de cada instituição assistam à sessão formativa sobre a implementação do programa;</p> <p>- 70% dos CF intervenientes na sessão formativa obtenham uma pontuação $\geq 75\%$.</p> <p>- 80% dos CF avaliem a sessão formativa com pontuação ≥ 4.</p>

		<p>para a formação (impressão dos documentos)</p> <p>7. Distribuição de porta documentos com os documentos do programa a cada Direção Técnica;</p> <p>8. Entrega dos pósteres a cada Direção Técnica.</p>	
--	--	---	--

3.6. Avaliação do Projeto

A avaliação constitui a última etapa do planeamento em saúde e tem como finalidade melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos, permitindo corrigir ou aperfeiçoar atividades em curso ou planear de forma mais eficaz. Frequentemente, esta etapa conduz à reformulação de objetivos, indicadores, estratégias e projetos (Imperatori & Giraldes, 1993). Trata-se de um processo que exige reflexão, para que as conclusões obtidas sejam pertinentes e úteis. Implica a comparação entre uma situação anterior e a atual, procurando identificar oportunidades de melhoria e permite determinar o valor das intervenções, sendo essencial a definição prévia de objetivos e indicadores quantificados para aferir os resultados de um plano (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das metodologias mais difundidas é o Modelo de Kirkpatrick, desenvolvido originalmente por Donald Kirkpatrick na década de 1950. Este modelo propõe uma estrutura hierárquica dividida em quatro níveis, permitindo que sejam analisadas desde a satisfação imediata dos participantes, até o impacto das medidas implementadas (Kirkpatrick, 1994).

Assim, a avaliação do projeto foi organizada em níveis: adesão/alcance, aprendizagem imediata e mudança sustentada de práticas. No período de estágio foi possível medir sobretudo adesão, satisfação e aprendizagem imediata (T1). A evidência de mudanças posteriores de forma sustentada (T2 – aos 6 meses e T3 – 12 meses) será aferida por reaplicação da EPCEPQ e verificação da implementação do programa de gestão de quedas (avaliação do risco de queda, registos e medidas

implementadas), alinhando a avaliação com os níveis de comportamento/implementação e manutenção.

3.6.1. Adesão/Alcance

Com base nos objetivos específicos e operacionais definidos, verificou-se que:

- Identificação de potenciais riscos ambientais/extrínsecos para a ocorrência de queda:
 - Foi atingida a meta de participação de 100% das Direções Técnicas na realização das visitas às instalações através da *checklist*;
 - Foi atingida a meta de participação de 50% dos CF em todas as instituições na realização das visitas às instalações através da *checklist*;
- Munir os CF de conhecimentos sobre os fatores de risco de ocorrência de queda na pessoa idosa e sua prevenção e consciencializar os CF para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras:
 - Foi atingida a meta de participação de 50 % dos CF nas instituições 1 e 3, não tendo sido possível na instituição 2 por ausência de alguns profissionais, tendo sido disponibilizados os conteúdos formativos;
- Promover comportamentos seguros junto das pessoas idosas através de ações de sensibilização:
 - Foi atingida a meta de participação de 60% dos utentes de cada instituição nas sessões de educação para a saúde;
 - Foi atingida a meta de adesão de 50% dos utentes de cada instituição às sessões de fortalecimento muscular;
- Produzir materiais educativos dirigidos a cuidadores e pessoas idosas e envolver as instituições na construção de procedimentos internos para vigilância do risco de quedas:
 - Foi atingida a meta de participação de 100% das Direções Técnicas nas sessões formativas sobre a fundamentação do programa de gestão de quedas;
 - Foi atingida a meta de participação de 50% dos CF de cada instituição nas sessões formativas sobre a fundamentação do programa de gestão de quedas.

3.6.2. Aquisição de conhecimentos imediata

Considerando a aquisição imediata de conhecimentos e a satisfação (*reaction*) por parte dos participantes, para os diversos objetivos:

- Identificação de potenciais riscos ambientais/extrínsecos para a ocorrência de queda:
 - Considerando as atividades concretizadas e o objetivo, a avaliação de conhecimentos foi sendo conduzida através de *feedback* das equipas ao longo da realização das visitas, complementada pelo envio de *email* para as Direções Técnicas com o resumo de cada visita realizada;
- Munir os CF de conhecimentos sobre os fatores de risco de ocorrência de queda na pessoa idosa e sua prevenção e consciencializar os CF para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras:
 - Nas três instituições, conseguiu-se atingir no instrumento de avaliação de conhecimentos uma pontuação superior a 75% na avaliação de conhecimentos para estes objetivos (98,3%, 100%; 100%);
 - Considerando o uso seguro de auxiliares de marcha e transferências seguras, para além das demonstrações práticas, foi solicitada a cooperação dos participantes que através de observação foi providenciado *feedback* sobre as práticas;
 - A avaliação da sessão formativa pelos participantes nas três instituições, assegurada pelo instrumento, obteve uma pontuação foi superior a 4 (em 5).
- Promover comportamentos seguros junto das pessoas idosas através de ações de sensibilização:
 - Considerando as atividades concretizadas e o objetivo, a avaliação foi realizada através da observação da participação e envolvimento dos grupos, e por via da realização de perguntas e respostas e *feedback* ao longo das sessões;
- Produzir materiais educativos dirigidos a cuidadores e pessoas idosas e envolver as instituições na construção de procedimentos internos para vigilância do risco de quedas:
 - No instrumento de avaliação, nas três instituições foi ultrapassada a meta de pontuação no instrumento de avaliação de conhecimentos (97%, 99%, 96% respetivamente);
 - Nas três instituições os participantes atribuíram na pontuação média de “5”, salientando-se aqui a importância desta problemática atribuída pelos intervenientes em *feedback* oral e escrito.

3.6.3. Mudança sustentada de práticas

Conforme já abordado, ao longo da implementação deste projeto (limitado ao período de ensino clínico), foi possível medir sobretudo em T1 (adesão, satisfação, aprendizagem/competência).

Para avaliar a implementação sustentada de mudança, são necessários momentos de avaliação posteriores (T2 – aos 6 meses e T3 – 12 meses), pela reaplicação do instrumento de EPCEPQ e realização de visitas de *follow-up* às instituições com vista à implementação do programa de gestão de quedas, nomeadamente através da verificação dos registos da avaliação do risco de queda (EQM) e eventuais registos da ocorrência de queda, permitindo assim evidenciar mudança de práticas, grau de implementação e manutenção do programa.

No quadro seguinte (Quadro 8), é apresentada a matriz de avaliação deste projeto.

Quadro 8 - Matriz de avaliação do projeto

Dimensão	Pergunta-chave	Indicador(es) (resumo)	Fonte / instrumento	Momento
1. Alcance / Adesão	Quem participou?	% CF participantes (por inst.)	Presenças	T1
2. Adoção organizacional	A instituição assumiu?	Programa entregue/aceite (S/N); DT envolvida (S/N); responsável interno (S/N)	Evidência documental + registo	T1
3. Satisfação	Foi relevante/útil?	Média (1–5); % ≥ 4	Questionário pós-sessão	T1
4. Aprendizagem imediata	Aprenderam?	% com $\geq 75\%$; média teste	Teste conhecimentos	T1
5. Competência (demonstração)	“Mostra como”?	Observação e <i>feedback</i> (transferências/auxiliares)	Grelha observação (prática)	T1
6. Mudança de prática	Mudou rotina?	Δ EPCEPQ (itens e score) T0→T2/T3	EPCEPQ	T0/T2/T3
7. Implementação / Fidelidade	Está a ser usado?	% EQM atualizadas; % registos de queda completos	Auditoria formulários	T2/T3
8. Sustentabilidade	Mantém-se no tempo?	Programa ativo (S/N); reforço formativo (S/N); auditoria em curso (S/N)	Verificação + entrevista Direções Técnicas	T3

Fonte: Elaboração própria, com base na operacionalização do projeto com base na metodologia de avaliação/implementação (Kirkpatrick)

4. ANÁLISE E REFLEXÃO

4.1. Discussão Crítica dos Resultados e Implicações para a Prática de Enfermagem

A leitura dos resultados deste projeto deve distinguir, de forma explícita, entre indicadores de adesão e de aquisição imediata de conhecimentos, e evidência de mudança sustentada de práticas e com vista à promoção de um ambiente seguro nas instituições. Esta distinção é central em modelos de avaliação da formação e da implementação, que diferenciam níveis de reação/aprendizagem (mais imediatos) de níveis de comportamento, resultados e manutenção (que exigem observação no tempo e métricas organizacionais).

Assim, do ponto de vista dos resultados imediatos, da implementação deste projeto, ficou evidente de forma robusta logo à partida a aceitação deste projeto, e a aprendizagem pelas pontuações elevadas de satisfação e os desempenhos muito altos nos instrumentos aplicados após as sessões, direcionando para a adequação dos conteúdos e eficácia pedagógica no imediato.

Porém, estas medidas de avaliação, por si só, não permitem deduzir se o conhecimento adquirido teve efeito na alteração efetiva do desempenho profissional dos CF, nem que essa alteração se manteve após o término do período de ensino clínico. Em processos avaliativos de formação, este é um risco frequente: “bons resultados” nos níveis iniciais (reação/aprendizagem) podem coexistir com baixa transferência para a prática (nível comportamental), sobretudo quando faltam processos institucionais sustentáveis de suporte, rotinas e monitorização.

Assim, o contributo mais robusto e defensável deste projeto situa-se na capacidade de favorecer condições de mudança através de:

- reforço de conhecimentos e competências práticas em temas críticos (transferências seguras e uso seguro de auxiliares de marcha);
- identificação sistematizada de riscos extrínsecos através da criação da *checklist* ambiental;
- criação de um programa formal de gestão do risco de quedas (procedimento e documentos de suporte) que, se efetivamente apropriado pelas instituições, reduz a dependência de iniciativas individuais e promove maior consistência de práticas pelos CF.

Esta leitura desloca o foco do “efeito imediato da formação” para a construção de um sistema local de segurança, coerente com o entendimento de que a prevenção de quedas é multifatorial e exige intervenções em diversos níveis (pessoa–equipa–organização–ambiente) (Montero-Odasso et al., 2022).

Porém, é necessário reconhecer uma limitação crítica: a mudança sustentada de práticas não ficou demonstrada de forma robusta no horizonte temporal do ensino clínico, porque verificar a sua efetividade é necessária avaliação em tempos posteriores (p. ex., reaplicação da EPCEPQ, auditorias de registos e monitorização do uso do procedimento). Esta lacuna não invalida o projeto, mas condiciona o tipo de conclusão possível: os dados suportam com maior segurança a eficácia imediata da capacitação e a implementação de ferramentas, mas suportam com menor robustez ilações sobre a manutenção de comportamentos e impacto final na ocorrência de quedas.

Do ponto de vista para a prática de enfermagem, a implicação é evidente: intervenções educativas devem ser integradas em estratégias de implementação e manutenção, por exemplo, na avaliação periódica do risco de queda (EQM), no registo padronizado de episódios de ocorrência de queda, e em momentos formais de discussão em equipa e ciclos de auditoria/devolução, de forma potenciar a probabilidade de transferência e sustentabilidade do programa. Este princípio aproxima a intervenção do domínio da melhoria contínua da qualidade e da segurança, e afasta-a de uma conceção “pontual” de formação.

4.2. Problematização Metodológica

A interpretação dos resultados deve ser contextualizada à luz das escolhas metodológicas inerentes a projetos de intervenção em contexto comunitário. Em primeiro lugar, o diagnóstico recorreu predominantemente a autorrelato (EPCEPQ), instrumento útil para mapear perceções e práticas reportadas, mas sujeito a viés de desejabilidade social e discrepância entre o “dito” e o “feito”. Em segundo lugar, a amostragem por conveniência e a heterogeneidade institucional limitam a validade externa, recomendando prudência na generalização para outras ERPI, ainda que os achados sejam suficientemente plausíveis para orientar a intervenção local.

4.3. Contributo Disciplinar Específico da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

O contributo específico neste projeto de intervenção comunitário da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública não se esgota na realização de sessões educativas. Manifesta-se sobretudo na capacidade de conduzir o ciclo completo de planeamento em saúde enquanto instrumento metodológico de racionalização de recursos e de transformação de um contexto. Esta abordagem corresponde a uma visão do planeamento como processo permanente, assente no diagnóstico de situação, definição de prioridades, definição de objetivos, execução e avaliação integradas, orientadas para melhoria do estado de saúde e para otimização de recursos.

Por outro lado, o EEESCSP atua numa lógica multiprofissional e baseada em determinantes: ao reconhecer que as quedas decorrem da interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, o projeto mobilizou simultaneamente intervenção educativa (pessoa/equipa), intervenção no ambiente (*checklist* e medidas corretivas) e intervenção organizacional (procedimentos e documentos de suporte). Esta articulação corresponde a uma leitura sistémica do risco e aproxima-se de uma cultura de segurança, na qual práticas seguras são institucionalizadas por rotinas, documentação e monitorização, reduzindo variabilidade e dependência da iniciativa individual.

Por fim, o contributo do EEESCSP evidencia-se também no enfoque da sustentabilidade do programa pela adoção institucional. Ao criar um programa formal de gestão do risco de quedas e ao envolver as Direções Técnicas como parceiros ativos, a intervenção desloca-se da eficácia pontual para a implementação e manutenção de práticas ao nível institucional, condição crítica para que ganhos em saúde sejam consolidados.

4.4. Limitações do Projeto

Durante o desenvolvimento deste projeto, foram identificadas algumas limitações que condicionaram a sua implementação. Em primeiro lugar, o segundo período de estágio decorreu num concelho diferente daquele onde se realizou o primeiro estágio, ficando fora do âmbito geográfico da UCC responsável pelo segundo estágio. Esta situação constituiu um desafio significativo para a orientação e acompanhamento por parte da enfermeira supervisora clínica, que não se deslocou aos locais de intervenção, originando constrangimentos na supervisão direta. Esta limitação foi mitigada

através de uma comunicação próxima e constante entre o mestrando e a supervisora, permitindo o alinhamento das ações ao longo do projeto.

Adicionalmente, a implementação do projeto em três instituições distintas trouxe dificuldades pontuais relacionadas com especificidades locais, que foram sendo ultrapassadas de forma gradual. A distância física entre o local de estágio e as instituições, situadas em concelhos diferentes, representou também um desafio logístico, exigindo uma gestão rigorosa do tempo e dos recursos disponíveis.

Outra limitação relevante foi o reduzido período temporal do estágio, que condicionou a execução de algumas atividades inicialmente previstas, incluindo ações relacionadas com a divulgação científica do projeto. Esta restrição temporal reforça a necessidade de um planeamento ainda mais otimizado para garantir a concretização das estratégias propostas.

Assim, para projetos desta natureza, recomenda-se que, após a realização do diagnóstico de situação, ambos os períodos de estágio decorram no mesmo âmbito geográfico. Esta medida facilitaria a continuidade das intervenções, reduziria constrangimentos logísticos e permitiria um acompanhamento mais próximo, potenciando o desenvolvimento de projetos comunitários com maior impacto. Assim, de forma a dar continuidade ao projeto e às intervenções instituídas, o volume documental produzido durante a sua implementação foi exaustivo.

Para além das limitações logísticas, importa reconhecer limitações metodológicas que condicionam a interpretação dos resultados. O diagnóstico baseou-se em autorrelato (EPCEPQ) e em dados institucionais com potencial heterogeneidade de registo, o que limita a inferência sobre práticas observadas e sobre taxas reais de quedas. Acresce que o horizonte temporal do estágio favorece a medição de adesão e aprendizagem imediata, mas é insuficiente para demonstrar, com robustez, manutenção de comportamento e impacto em resultados de segurança. Assim, as conclusões devem ser formuladas com prudência, valorizando a implementação de ferramentas e a capacitação imediata, e assumindo como etapa subsequente a avaliação longitudinal da mudança sustentada (reaplicação EPCEPQ e auditorias de registos/procedimentos). À luz desta distinção entre resultados imediatos e mudança sustentada, a matriz de avaliação (Quadro 8) organiza os níveis de evidência e clarifica o que foi medido no período de estágio (T1) e o que requer *follow-up* (T2/T3), reforçando a coerência entre metodologia, avaliação e contributo disciplinar.

4.5. Competências Adquiridas

Após todo um processo de aprendizagem contínua e de reflexão durante a frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem da Saúde Comunitária e Saúde Pública da ESSATLA, torna-se de extrema importância analisar as competências adquiridas através da experiência, identificando áreas de melhoria e desenvolvimento pessoal e profissional.

4.5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O regulamento nº 140/2019 do Diário da República nº 26 de 6 de fevereiro, foca as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista como um conjunto de conhecimentos e capacidades adquiridas, com o objetivo de atuar nos vários contextos e fases da vida. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o “(...) enfermeiro especialista é aquele a que se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo de todo o período de ensino clínico, foi assegurada uma postura rigorosamente adequada, fundamentada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional da enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades inerentes à profissão. Este domínio integra competências que orientam a tomada de decisão, respeitando princípios e normas deontológicas, bem como os direitos humanos, na seleção das estratégias mais adequadas para a resolução de problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao longo dos dois períodos de ensino clínico, o meu exercício profissional em contexto de USP e UCC, prestei cuidados ao utente/família, sempre de acordo com os princípios éticos e deontológicos, conforme estipulados pela OE, respeitando em todas as circunstâncias e sua individualidade e tomada de decisão livre e esclarecida, observado, por exemplo no processo vacinal.

No desempenho das suas funções, os enfermeiros lidam diariamente com questões ético-legais que podem gerar frustração e impotência. A necessidade constante de definir prioridades e tomar decisões complexas obriga à reflexão sobre responsabilidades e dilemas éticos.

O Código Deontológico de Enfermagem estabelece princípios gerais, direitos e deveres que orientam a prática profissional, baseada em valores universais como igualdade, liberdade responsável, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e desenvolvimento contínuo. Assim, a atuação do enfermeiro especialista deve respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no respeito pelos valores costumes e crenças espirituais dos indivíduos e grupos. A realização dos dois períodos de ensino clínico, pelos diferentes contextos, possibilitou-me uma visão diferenciada, respeitando sempre a segurança das informações transmitidas aos utentes, família e cuidadores, com profissionalismo e responsabilidade.

Relativamente ao desenvolvimento do projeto, foram escrupulosamente observadas todas as diretrizes que regulam um processo de investigação, nomeadamente: pedido de parecer à Comissão de Ética da ESSATLA, a solicitação de autorização para uso do instrumento de colheita de dados às autoras, solicitação de autorização às respetivas Direções Técnicas das instituições intervencionadas; a obtenção dos consentimentos informados dos participantes e a garantia do anonimato das instituições e dos participantes.

No que refere à competência da melhoria contínua da qualidade, em todos os momentos dos períodos de ensino clínico, foi garantido um ambiente promotor de segurança e proteção dos clientes, sustentando a intervenção na melhor evidência científica e nos programas nacionais e locais à data em vigor. O Despacho n.º 9390-2021, qua aprova o PNS 2021-2026, refere que o “(...) SNS, na sua atuação, deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade (...) importa por isso dar a devida e atual relevância à qualidade à segurança na saúde (...)” (pag. 96). É referido ainda que:

“a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde (...). (pag. 96).

Assim, a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e contínuo de todas as partes envolvidas, através de uma abordagem sistémica que incentive a cultura de segurança, baseada numa lógica não punitiva e orientada para a melhoria permanente. A qualidade dos cuidados

centra-se nas pessoas: utentes e profissionais. Durante os dois períodos de estágio, no domínio da melhoria contínua da qualidade, foi possível participar em diversas atividades de partilha de experiências em sala de aula, assim como em reuniões com as várias direções técnicas das várias ERPI no âmbito geográfico da USP, e em sede multidisciplinar em reunião do Grupo de Intervenção Precoce a Crianças com Necessidade Especial em UCC.

Relativamente ao próprio desenvolvimento do projeto, pela promoção de cultura de segurança institucional sobre o risco de queda, várias foram as intervenções realizadas para a prevenção do risco de queda, tendo sido definidos indicadores para a sua monitorização.

Sobre a competência de gestão de cuidados, pelas conhecidas limitações de recursos na área da saúde, observado em ambos os contextos de ensino clínico, nomeadamente de recursos humanos, financeiros e materiais, é imperioso um planeamento rigoroso, acompanhado de uma afetação rigorosa de recursos e priorização de cuidados. A gestão dos cuidados com qualidade e de forma eficiente é necessária. Assim, durante os períodos de ensino clínico, desempenhei sempre as minhas funções de forma autónoma e dinâmica, colaborando com a equipa multidisciplinar e participando na tomada de decisões, com foco na otimização dos recursos e na criação de um ambiente favorável à prática de cuidados. Demonstrei capacidade para trabalhar em equipa, ajustando liderança e gestão de recursos conforme as necessidades, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados.

A gestão de cuidados revelou-se um desafio, tornando o trabalho em equipa essencial para alcançar a excelência, observado por exemplo pela partilha de recursos humanos por diferentes serviços no mesmo edifício. Procurei otimizar recursos materiais e equipamentos, mostrando disponibilidade, iniciativa e criatividade, bem como desenvolvendo estratégias individuais que reforçaram a colaboração com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Relativamente à implementação deste projeto, foi necessária uma correta planificação, com priorização de problemas e um cuidadoso planeamento de estratégias a implementar, com vista à maximização de eficiência e eficácia em termos de recursos. Todo este processo implicou assumir um papel ativo, liderando o meu projeto e gerindo os contactos em articulação com todos os intervenientes para concretizar as intervenções. Estas atividades reforçaram a consciência de que a gestão envolve também a priorização das necessidades dos utentes e a garantia da sua segurança. Assim, destaco a minha capacidade de estabelecer prioridades na tomada de decisão, integrar atividades e gerir eficazmente o tempo, conciliando responsabilidades pessoais, profissionais e académicas ao longo do projeto.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a atuação do enfermeiro especialista deve ser baseada na evidência científica. A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nas diversas funções da enfermagem são fundamentais para garantir cuidados de qualidade ao utente, família, grupo ou comunidade, promovendo uma compreensão mais ampla da pessoa num ambiente seguro. Só assim é possível responder de forma organizada, eficaz e eficiente às suas necessidades. No domínio das aprendizagens profissionais, tive oportunidade de desenvolver autoconhecimento, autoconfiança e autoestima, sempre com base em modelos de referência e evidência científica. Este domínio é essencial para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, visando a melhoria contínua da prestação de cuidados.

Para alcançar esta competência, foram fundamentais os vários períodos reflexivos realizados, individualmente, com a enfermeira supervisora clínica, com a equipa de enfermagem e com o enfermeiro orientador, partindo do princípio de que o desenvolvimento profissional só é possível através da reflexão entre pares e da autorreflexão. Este processo resultou numa transformação pessoal, tornando-me um profissional mais refletivo no meu desempenho profissional.

O desenvolvimento profissional em enfermagem assenta em normas baseadas na investigação e é essencial para garantir a qualidade dos resultados obtidos pelos utentes e pela própria instituição de saúde. Assim, todas as oportunidades de formação foram atendidas ao longo deste curso de mestrado, tendo frequentado diversos momentos formativos, quer enquanto participante, quer enquanto palestrante, com três apresentações orais (Anexo IV). Ao longo da implementação do projeto, foram também diagnosticadas necessidades formativas e foram disponibilizados diversos momentos formativos.

Concluo que as competências adquiridas não resultaram apenas da acumulação de conhecimentos e capacidades, mas também da minha aptidão para os aplicar e transferir, como demonstrado na capacitação das equipas de CF. A aquisição de conhecimentos e competências deve ser entendida como um processo contínuo ao longo da vida profissional, e não como algo que se concretiza num único momento. Estou consciente de que as competências e conhecimentos desenvolvidos no decorrer dos ensinamentos clínicos exigem atualização permanente.

4.5.2. Competências específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

As Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, descritas no regulamento nº 428/2018 16 de julho, contempla os seguintes pontos:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estas competências conferem ao EEESCSP ferramentas que lhe permitem evoluir na forma como compreende e desempenha as suas funções, através da aquisição de novos conhecimentos e capacidades. Este, pelas qualificações que adquire, deve atuar com espírito crítico, contribuir para a resolução de problemas e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente, família e comunidade. O EEESCSP torna-se assim um elemento fulcral para que as USP e UCC deem resposta ao seu desígnio, que é o de proteger e melhorar o estado de saúde da população residente na respetiva área geográfica de abrangência.

Assim, considerando a primeira competência, compete ao EEESCSP em avaliar o estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde. Esta implica a elaboração de um diagnóstico de saúde, a identificação e priorização das necessidades, bem como a formulação de objetivos e estratégias que promovam mudanças efetivas e orientem a intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste contexto, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária que percorreu todas as etapas inerentes ao Planeamento em Saúde. Iniciou-se pela avaliação da população e construção do diagnóstico de saúde, face ao observado em contexto de ensino clínico em USP, ou seja, avaliar o grau de práticas de equipas de CF em instituições de apoio à pessoa idosa, face ao risco de queda. Posteriormente ocorreu a definição das prioridades, a formulação de objetivos e a escolha das estratégias adequadas, culminando nas intervenções concretizadas, previamente descritas neste documento. A relevância desta competência é evidente, uma vez que permite uma utilização eficiente

dos recursos disponíveis, frequentemente limitados, garantindo que as ações implementadas respondem de forma adequada às necessidades identificadas na comunidade.

A segunda competência do EEESCSP consiste em contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, liderando processos comunitários, promovendo a cidadania ativa e integrando conhecimentos de diferentes disciplinas, bem como gerindo informação em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, no âmbito desta competência, em contexto de UCC, colaborou-se em iniciativas de promoção e educação para a saúde, nomeadamente na comemoração do Dia Mundial da Diabetes, com a produção de um vídeo exibido nas salas de espera da UCC sobre a importância da leitura de rótulos alimentares, e na dinamização de uma sessão formativa dirigida a profissionais de uma escola de ensino básico sobre alergias alimentares (Apêndice XXIV). Esta formação revelou-se extremamente relevante, dado que crianças e jovens sofrem com o impacto da doença no quotidiano, tal como os seus familiares, que vivem preocupados com possíveis contaminações cruzadas ou acidentes na escola. Estes riscos não se devem apenas à exposição, mas sobretudo à falta de conhecimento e preparação da comunidade escolar sobre o tema. Cabe à equipa de saúde escolar implementar intervenções que capacitem a comunidade educativa, promovendo a literacia em saúde e aumentando o conhecimento dos profissionais sobre alergias alimentares. O objetivo é garantir que mais pessoas estejam informadas, reconheçam rapidamente sinais e sintomas sugestivos de reação alérgica e saibam agir de forma imediata.

A implementação do projeto, centrado na criação de um ambiente mais seguro para a população idosa, envolveu atividades orientadas para a capacitação de um grupo profissional, promovendo a prevenção de quedas em pessoas idosas e reforçando a educação para a saúde como eixo fundamental da intervenção. O Regulamento nº 348/2015, que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, refere que

o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte. (p.16481).

Assim, e em complementaridade com a metodologia de Planeamento em Saúde, após o diagnóstico de situação, este tipo de intervenções tem cada vez maior relevância, numa sociedade com diversas alterações sociodemográficas, como o aumento da esperança média de vida e a presença de comorbilidades associadas e por isso, associado ao aumento do risco de queda nesta população.

A terceira competência específica do EEESCSP diz respeito à integração e coordenação de programas de saúde no âmbito comunitário, garantindo a resposta aos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A aquisição desta competência foi reforçada através da participação em reuniões no âmbito da saúde escolar e da colaboração em atividades relacionadas com programas de vacinação, não só no interior das instalações da UCC, mas também nas instalações de diversas ERPI. Colaborei em conjunto com a equipa da UCC em intervenções realizadas em sede de Universidade Sénior, pertencente ao concelho de referência da UCC, onde foram abordados diversos temas como o risco de queda e medidas preventivas e alimentação saudável para esta população.

As Universidades Sénior desempenham um papel essencial na promoção do envelhecimento ativo e saudável, oferecendo oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, socialização e participação comunitária. Estas instituições contribuem para a manutenção da autonomia, prevenção do isolamento e melhoria da qualidade de vida, alinhando-se com os princípios definidos pela Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável e pelo Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que destacam a educação contínua como um dos pilares para envelhecer com saúde e dignidade (DGS, 2022). A promoção de hábitos alimentares adequados é essencial para prevenir doenças crónicas e manter a funcionalidade. A DGS, através do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), recomenda a adoção da Dieta Mediterrânica, rica em frutas, hortícolas, leguminosas, cereais integrais e azeite, com redução do sal e do açúcar. Estas orientações são particularmente relevantes para a população idosa, visando prevenir obesidade, hipertensão e diabetes, e garantir um estado nutricional adequado para um envelhecimento saudável (DGS, 2024).

Relativamente à implementação deste projeto enquadra-se igualmente nesta competência, ao alinhar-se com o Plano Nacional de Saúde 20-30, com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, com as recomendações do Grupo de Trabalho Colaborativo para a elaboração de um referencial de boas práticas nas ERPI. Este projeto procura contribuir para um dos objetivos estratégicos centrais destes referenciais: a prevenção da ocorrência de quedas, promovendo a segurança dos doentes e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, todas as atividades realizadas estão em conformidade com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, abrangendo os seus quatro eixos estratégicos. Esta competência foi desenvolvida através da integração do processo de vacinação na UCC, da implementação do projeto dirigido aos cuidadores formais e da participação nos programas da carteira de serviços da UCC, garantindo uma atuação transversal e alinhada com as metas nacionais.

A quarta competência do EEESCSP refere-se à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença, implicando a capacidade de identificar riscos, recolher e tratar dados epidemiológicos e intervir de forma adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No âmbito do projeto desenvolvido, esta competência foi aplicada através da identificação de fatores de risco e da implementação de estratégias de intervenção dirigidas à sua mitigação. Paralelamente, durante o primeiro período de ensino clínico em contexto de USP, foi possível acompanhar diversas atividades de vigilância epidemiológica, nomeadamente a pesquisa do Bacilo de Koch em múltiplos contextos.

Adicionalmente, foi também colaborando na referenciação de utentes na plataforma SINAVE, um procedimento de elevada relevância para o controlo e monitorização de doenças de notificação obrigatória. Enquanto instrumento de vigilância epidemiológica, o SINAVE dedica-se à deteção de ameaças e à gestão integral (recolha, análise e difusão) de informações sobre patologias transmissíveis e outros perigos sanitários. Paralelamente, é responsável pela elaboração de estratégias de resposta para cenários de emergência. Estas experiências contribuíram para o reforço das competências associadas à vigilância epidemiológica e para a compreensão da sua importância na promoção da saúde pública.

A realização destes ensinamentos clínicos permitiu-me consolidar e desenvolver competências em diferentes contextos. Assim, estou convicto de que alcancei um nível mais aprofundado de conhecimento, maior capacidade de raciocínio e juízo clínico para a prestação de cuidados especializados em EEESCSP, bem como uma motivação acrescida para continuar a adquirir e aperfeiçoar competências específicas. Procurei articular os conhecimentos teóricos com a prática, exprimindo dúvidas e acolhendo orientações e críticas construtivas. Mantive sempre a iniciativa e abertura à aprendizagem, considerando cada oportunidade como um momento de crescimento pessoal e profissional.

Refletindo sobre este percurso, reconheço que possibilitou ampliar domínios como a tomada de decisão, favorecendo a continuidade dos cuidados, a autonomia profissional e a prática baseada na evidência. Este processo contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional e, sobretudo, para

a melhoria dos cuidados de saúde prestados, com especial enfoque na capacitação dos cuidadores formais.

4.5.3. Competências inerentes ao grau de mestre

Por fim, as competências inerentes ao grau de mestre exigem a capacidade de integrar conhecimentos, resolver problemas em contextos complexos e refletir criticamente sobre as implicações éticas e sociais das decisões tomadas, recorrendo a abordagens multidisciplinares. O mestre deve ainda ser capaz de comunicar conclusões de forma clara e fundamentada, explicitando os raciocínios que as sustentam. Assim, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, atualizado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve garantir ao estudante uma especialização de natureza académica, sustentada pela investigação, pela inovação ou pelo aprofundamento de competências profissionais. Neste sentido, o desenvolvimento do projeto de intervenção implicou o recurso a técnicas de investigação, a análise de dados, a integração e aplicação de conhecimentos, e o planeamento sistemático das intervenções, com avaliação e adaptação contínuas perante os desafios vivenciados ao longo dos estágios. Ao longo de todo este percurso, as diversas oportunidades proporcionadas contribuíram para o fortalecimento destas competências, permitindo igualmente o aprofundamento profissional e científico, nomeadamente através de comunicações em eventos científicos e da colaboração na redação de um artigo científico atualmente em fase de revisão.

Assim, as experiências acumuladas durante os estágios e no desenvolvimento do projeto foram profundamente enriquecedoras, culminando na aquisição das competências comuns, das competências de EEESCSP, e das competências de mestre. No entanto, reconhece-se a importância da aprendizagem contínua, mantendo o compromisso de continuar a desenvolver novos conhecimentos e competências orientadas para a melhoria da prestação de cuidados e da saúde da população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste documento, pretendeu-se sumarizar as atividades desenvolvidas no decorrer dos períodos de ensino clínico. A integração nas respetivas equipas revelaram-se particularmente enriquecedoras. O acolhimento, a colaboração e o ambiente de trabalho favorável em cada uma das unidades contribuíram para um desenvolvimento sólido de competências, permitindo compreender as diferentes responsabilidades do enfermeiro especialista e reconhecer os desafios inerentes à escassez de recursos humanos. As aprendizagens realizadas, bem como as relações profissionais e humanas construídas, constituem um legado duradouro para o meu percurso pessoal e profissional.

A concretização deste projeto de intervenção comunitária permitiu não apenas sistematizar o conjunto de atividades realizadas, mas também compreender, de forma aprofundada, os desafios e potencialidades associados à promoção da segurança da população idosa institucionalizada. Ao longo de todo o processo, foi possível articular o conhecimento teórico adquirido nas unidades curriculares com a prática desenvolvida no terreno, adotando uma postura crítica, reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta articulação revelou-se essencial para consolidar competências especializadas e reforçar a importância de fundamentar as intervenções em evidência científica atualizada, bem como em normas e protocolos que orientam uma prática segura e uniformizada.

O diagnóstico rigoroso das necessidades dos CF constituiu uma etapa-chave deste projeto, exigindo sensibilidade para reconhecer a complexidade do seu papel e a multiplicidade de responsabilidades que assumem no contexto institucional. Conhecer os seus desafios, limitações, expectativas e receios permitiu identificar lacunas formativas e reconhecer a importância de proporcionar oportunidades de capacitação contínua. Os CF, enquanto parceiros fundamentais no processo de cuidar, desempenham um papel central na promoção da segurança da pessoa idosa, sendo imprescindível que disponham de conhecimentos atualizados, estratégias eficazes e recursos adequados para prevenir riscos, nomeadamente a ocorrência de quedas, um dos eventos adversos mais prevalentes e impactantes na população idosa.

O enfermeiro, em especial o EEESCSP, é assim determinante na promoção da autonomia, segurança e bem-estar das pessoas idosas, bem como na capacitação dos grupos e comunidades que integra. A proximidade à população e o conhecimento aprofundado dos seus recursos e necessidades

conferem ao EEESCSP uma posição privilegiada para conceber, implementar e avaliar projetos de intervenção comunitária ajustados à realidade dos CF e das organizações.

O planeamento em saúde demonstrou ser uma ferramenta indispensável na construção de intervenções estruturadas, direcionadas e adaptadas às necessidades identificadas. O desenvolvimento das ações de formação e de sensibilização permitiu reforçar a autonomia, a confiança e a capacidade crítica dos CF, promovendo práticas sistematizadas e centradas na segurança da pessoa idosa.

A conceção e desenvolvimento deste projeto foram fortemente orientados pelos princípios da promoção da saúde, sustentando-se numa análise rigorosa das necessidades formativas dos CF e na aplicação da metodologia de planeamento em saúde. Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, permitindo melhorar o nível de conhecimentos dos participantes e promover a criação de uma cultura de segurança nestas instituições. Paralelamente, a execução do projeto possibilitou o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do EEESCSP, tal como descrito ao longo do presente relatório.

O enquadramento conceptual proporcionado pelo *The Community Nursing Practice Model* foi determinante para o desenvolvimento deste projeto. A sua abordagem centrada na comunidade, assente em valores de respeito, participação e colaboração, permitiu integrar os CF como parceiros ativos no processo de mudança. Ao dar a possibilidade às instituições de expressarem quais as suas maiores lacunas, enquanto estratégia de diagnóstico participativo, reforçou a importância de escutar a voz da comunidade, compreender a realidade vivenciada no quotidiano institucional e promover soluções construídas coletivamente. Este modelo mostrou-se plenamente alinhado com o objetivo central do projeto, ao valorizar a inclusão, o diálogo e a corresponsabilização como pilares da intervenção em saúde comunitária.

As conclusões devem ser interpretadas à luz do horizonte temporal do ensino clínico, sendo mais robustas para resultados imediatos (adesão e aprendizagem) do que para mudança sustentada e impacto em indicadores de saúde, que exigem avaliação longitudinal.

Em síntese, este projeto permitiu implementar uma intervenção multifacetada orientada para a prevenção de quedas nas três instituições intervencionadas, com evidência mais robusta ao nível da adesão/participação e da aquisição imediata de conhecimentos e competências por parte das equipas de cuidadores formais. Paralelamente, foram desenvolvidos e disponibilizados instrumentos e suportes organizacionais (procedimento, formulários e instrumentos de verificação) suscetíveis de favorecer a uniformização de práticas e a monitorização do risco. Não obstante, não é possível, com

os dados recolhidos no período de estágio, afirmar de forma conclusiva a existência de mudança sustentada de práticas nem impacto em indicadores de saúde (p. ex., redução da ocorrência de quedas), dimensões que requerem avaliação longitudinal e métricas específicas de implementação e manutenção.

Ainda assim, o trabalho realizado constitui um contributo relevante para orientar a prevenção de quedas e para reforçar condições institucionais de segurança, valorizando o papel das equipas de CF e promovendo contextos progressivamente mais seguros e indo de encontro às necessidades da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alsaad, S. M., Alabdulwahed, M., Rabea, N. M., Tharkar, S., & Alodhayani, A. A. (2024). Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses toward Risk Factors and Prevention of Falls in Older Adult Patients in a Large-Sized Tertiary Care Setting. *Healthcare, 12*(4), 472. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare12040472>
- Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2024). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. (I. N. Jorge, Ed.) *Boletim Epidemiológico Observações, 13*(35), 91-96.
- Araújo, M., Caldevilla, N. N., Maciel, C., Malheiro, F., Rodrigues-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2018). Registro das circunstâncias das quedas no âmbito comunitário: perspectiva na Península Ibérica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26*(e2977). doi:10.1590/1518-8345.2373.2977
- Baixinho, C. L., & Dixe, M. (2017). Práticas das Equipas na Prevenção de Queda nos Idosos Institucionalizados: Construção e Validação de Escala. *Texto Contexto Enfermagem, 26*(3). doi:10.1590/0104-07072017002310016
- Baixinho, C. L., & Dixe, M. (2020). Quais as práticas dos cuidadores para prevenir as quedas nos idosos institucionalizados? *Revista Baiana de Enfermagem, 34*. doi:10.18471/rbe.v34.37491
- Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Henriques, M. A. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? *Revista Baiana de Enfermagem, 34*. doi:10.18471/rbe.v34.34861
- Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing and Health Sciences, 14*(4), 452-457. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x
- Cheng, P., Tan, L., Ning, P., Li, L., Gao, Y., Wu, Y., . . . Hu, G. (2018). Comparative Effectiveness of Published Interventions for Elderly Fall Prevention: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 15*(3), 498. doi:10.3390/ijerph15030498
- Comissão Europeia. (27 de janeiro de 2021). *Livro Verde Sobre o Envelhecimento*. Obtido em 02 de julho de 2024, de União Europeia: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® - Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, E. S., Dias, H., Pascoal, M., Revez, A. P., Caetano, C., Santos, V., . . . Cordeiro, T. (26 de outubro de 2022). *Manuais e ferramentas*. Obtido de IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde: https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI_Referencial_de_Boas_Praticas_VFinal.pdf
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(2), 7-17. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>

- Crispim, R., Albuquerque, C. P., & Guerra, J. V. (2022). Envelhecimento ativo em estruturas residenciais para pessoas idosas. Contributo para uma reflexão crítica. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 2, 58-70. doi:<https://doi.org/10.61415/riage.31>
- Cunha, C., Costa, A., & Henriques, M. A. (2019). Competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública: uma revisão de literatura. (E. S. Lisboa, Ed.) 2, 361-370.
- Declaração de Rectificação n.º 20/2008, de 22 de abril. Diário da República n.º 79, 1ª série. (2008). *Rectifica o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro. Diário da República n.º 215, 1ª série. (2023). *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 07 de outubro. Diário da República n.º 193, 1ª série. (2013). *Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do SNS e, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38, 1ª série. (2008). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República n.º 157, 1ª série. (2018). *Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República n.º 60, 1ª série. (2006). *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 02 de abril. Diário da República n.º 65, 1ª série. (2009). *Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde*. Lisboa.
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187, 2ª série. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026)*. Lisboa.
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido em 27 de 02 de 2025, de Direção Geral de Saúde: <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>
- Diniz, M. A., Melo, B. R., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C., & Gratão, A. C. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3789-3798.
- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09 de dezembro. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (10 de julho de 2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2024). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS). Obtido de <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>

Fletcher, K. R. (2011). Saúde do Idoso. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7 ed.). Loures: Lusodidacta.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023). *Pordata>Municípios>População>População Residente>Índice de dependência de idosos*. Obtido em 15 de 07 de 2024, de Pordata - Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (31 de outubro de 2024). *População*. Obtido em 02 de dezembro de 2024, de Pordata: [https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao?f\[0\]=theme%3A287&_gl=1*1gi24rt*_up*MQ..*_ga*NDM1MTc2ODAzLjE3MzM2MDk0MDg.*_ga_HL9EXBCVBZ*MTczMzYwOTQwNy4xLjEuMTczMzYwOTgyOC4wLjAuMA..](https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao?f[0]=theme%3A287&_gl=1*1gi24rt*_up*MQ..*_ga*NDM1MTc2ODAzLjE3MzM2MDk0MDg.*_ga_HL9EXBCVBZ*MTczMzYwOTQwNy4xLjEuMTczMzYwOTgyOC4wLjAuMA..)

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (25 de março de 2025). *PORDATA - Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Obtido em 27 de março de 2025, de PORDATA: https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de?_gl=1*3umrch*_up*MQ..*_ga*MTMzOTQ1ODU1NC4xNzMyNzkwMzg4*_ga_HL9EXBCVBZ*MTczMjc5MDM4OC4xLjEuMTczMjc5MDQ0OC4wLjAuMA

Fundação Manuel dos Santos. (2021). *Pordata>Portugal>População>População Residente*. Obtido em 29 de junho de 2024, de Pordata - Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+env elhecimento+segundo+os+censos-525>

Giovannini, S., Brau, F., Galluzzo, V., Santagada, D. A., Loreti, C., Biscotti, L., . . . Bernabei, R. (2022). Falls among Older Adults: Screening, Identification, Rehabilitation, and Management. *Applied Sciences*, 12(15). doi:<https://doi.org/10.3390/app12157934>

Guerra, M., Martins, I., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*(27), 291-313. doi:<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais* (3ª ed.). Lisboa: Obras Avulsas.

Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. (7 de setembro de 2023). Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+env elhecimento-526>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*. Obtido em 27 de 05 de 2024, de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21

Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. Berrett-Koehler Publishers

- Kulbok, P. A., Laffrey, S. C., & Chitthathairatt, S. (2011). Integração de Abordagens de Múltiplos Níveis para Promover a Saúde da Comunidade. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (pp. 331-354). Loures: Lusodidacta.
- Lei n.º 21/2014, de 16 de abril. Diário da República, 1ª série. (2014). *Aprova a lei da investigação clínica*. Lisboa.
- Locklear, T., Kontos, J., Brock, C. A., Holland, A. B., Hemsath, R., Deal, A., . . . Biswas, S. (2024). Inpatient Falls: Epidemiology, Risk Assessment, and Prevention Measures. A Narrative Review. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 5(5), 517-525. doi:<https://doi.org/10.36518/2689-0216.1982>
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23-31. doi:10.1016/j.rpsp.2013.03.001
- Maduro, Â., & Figueiredo, M. C. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção de queda dos idosos: Uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1), 274-290. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- Mamani, A. R., Reiners, A. A., Azevedo, R. C., Vechia, A. D., Segri, N. J., & Cardoso, J. D. (2021). Práticas de prevenção de quedas realizadas por cuidadores de idosos. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(35), 257-266. doi:10.24276/rrecien2021.11.35.257-266
- Mehta, J., Czanner, G., Harding, S., Newsham, D., & Robinson, J. (2022). Visual risk factors for falls in older adults: a case-control study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 134. doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02784-3>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Menezes, J. N., Costa, M. d., Iwata, A. C., Araujo, P. M., Oliveira, L. G., Souza, C. G., & Fernandes, P. H. (12 de 2018). A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, 18(35), 8-12. doi:<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.8-12>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 28, 2ª série. *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa.
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, R., . . . Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults :a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9), 1-36. doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Nascimento, M. d., Gouveia, É. R., Gouveia, B. R., Marques, A., Martins, F., Przednowek, K., . . . Ihle, A. (2022). Associations of Gait Speed, Cadence, Gait Stability Ratio, and Body Balance with Falls in Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph192113926>
- Nunan, S., Wilson, C. B., Henwood, T., & Parker, D. (March de 2018). Fall risk assessment tools for use among older adults in long-term care settings: A systematic review of the literature. *Australasian journal on ageing*, 37(1), 23-33. doi:10.1111/ajag.12476
- Ordem dos Enfermeiros. (agosto de 2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho. Diário da República n.º 118, 2ª série. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135, 2ª série. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de de Saúde Familiar*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26, 2ª série. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Diário da República n.º 184, 2ª série. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem (por área de especialidade)*. Obtido em 02 de dezembro de 2024, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/programa-formativo-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-por-%C3%A1rea-de-especialidade/>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). *UNESDOC - Digital Library*. Obtido em 14 de 01 de 2024, de Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organização Mundial da Saúde. (2025). *Orientações de melhores práticas para ensaios clínicos*. Obtido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/66595/9789275729731_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Panneman, M. J., Sterke, C. S., Eilering, M. J., Blatter, B. M., Polinder, S., & Van Beeck, E. F. (2021). Costs and benefits of multifactorial falls prevention in nursing homes in the Netherlands. *Experimental Gerontology, 143*(111173).
- Parker, M. E., Barry, C. D., & King, B. (2015). The Community Nursing Practice Model. Em M. C. Smith, & M. E. Parker, *Nursing Theories & Nursing Practice* (4 ed., pp. 435-447). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(4), 1197-1204. doi:10.1590/1413-81232020254.31222019
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentos de Enfermagem* (9 ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Regulamento (UE) n.º 536/2014, de 16 de abril. Jornal Oficial da União Europeia. (2014). *Relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano e que revoga a Diretiva 2001/20/CE*.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 de 12 de janeiro. Diário da República n.º 9, 1ª série. (2024). *Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*.

- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res*, 17(1), 334. doi:<https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Santos, J. S., Morais, C. S., Fontes, F. L., Coelho, I. A., Costa, J. K., Avelino, J. T., . . . Santos, T. L. (2018). Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família: prevenir para não cair. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23(1), 32-38. Obtido em 31 de 05 de 2024, de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_085620.pdf
- Shao, L., Shi, Y., Xie, X.-Y., Wang, Z., Wang, Z.-A., & Zhang, J.-E. (2023). Incidence and Risk Factors of Falls Among Older People in Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(11), 1708-1717. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.06.002>
- Silva, A. M., Almeida, J. L., & Barbosa, P. (2023). Perfil de cuidadores de idosos dependentes em contexto de pandemia: impactos na saúde e no trabalho de quem cuida em Portugal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 15, e-12080. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12080
- Silva, L. F. (2010). Saúde comunitária: riscos e potencialidades da participação. *Alicerces*, III(3), 65-78.
- Soares, J. P., Lourenço, M. P., Spigolon, D. N., Labegalini, C. M., Costa, M. A., & Baldissera, V. D. (2022). Promoção da saúde e prevenção de doenças: perspectivas de enfermeiros da atenção básica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 12(4388). doi:<http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4388>
- Soh, S. H., Ting, H. T., Ho, J., Tan, S., Kayambu, G., Koh, K. C., . . . Tan, C. Y. (2025). Assessing Falls Efficacy in Seniors: Important Insights in Hospital and Community Settings. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 10(1), 48-53. doi:10.22540/JFSF-10-048
- Sousa, L. M., Marque-Vieira, C., Caldevilla, M. N., Henriques, C. M., Severino, S. S., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermería Global*, 15(2), 490-505.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2 ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- United Nations. (julho de 2024). *Department of Economic and Social Affairs - Population Division*. Obtido em 5 de fevereiro de 2025, de United Nations: <https://population.un.org/wpp/graphs?loc=620&type=Demographic%20Profiles&category=Population%20Pyramids&year=2025>
- WHO. (1978). *Institutional Repository for Information Sharing (IRIS)*. Obtido em 13 de janeiro de 2025, de World Health Organization: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf
- WHO. (2019). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- WHO. (01 de outubro de 2022). *Ageing and health*. Obtido em 01 de julho de 2024, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Williams, C. A., & Stanhope, M. (2011). Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde*

Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População (7 ed., pp. 2-21). Loures: Lusodidacta.

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. Obtido de World Medical Association: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Zakaria, B., Ahmad, A., & Yusof, P. (2024). The effect of nurse led educational programme towards knowledge, attitude and practice of fall assessment among registered nurses in a private elderly care centre in Kuala Lumpur. *Jornal of Engineering and Health Sciences*, 8(1), 157-176.

ANEXOS

ANEXO I
Avale da Comissão de Ética da ESSATLA

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

Assunto: Projeto de Estágio 1, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública_ Projeto de Intervenção Comunitária em Estruturas Residenciais para Idosos.

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, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se 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, 09 de julho de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Num. de Identificação: 08540466
Data: 2024.07.09 10:46:57+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

ANEXO II
Resposta por parte das Direções Técnicas das
Instituições de Apoio à Pessoa Idosa Seleccionadas

04/07/2024, 11:39 ☆ 😊 ↶ ⋮

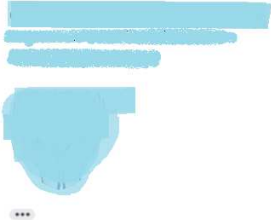
para mim ▾

Bom dia Caro Enfermeiro Bruno

Desde já agradecemos o interesse em implementar o projeto mencionado na nossa instituição, que certamente será uma mais valia para todos. Da nossa parte não existe nenhum inconveniente.
Até breve!

Com os melhores cumprimentos,

Assistente Social / Diretora Técnica



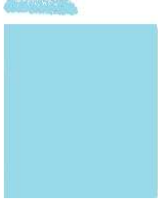
sexta, 4/10/2024, 13:27 ☆ 😊 ↶ ⋮

para [redacted]

Boa tarde enfermeiro Bruno Pinto,

Creio que temos condições para dar resposta à sua solicitação. Poderemos, posteriormente, agendar uma reunião para esclarecer melhor alguns detalhes! Muito obrigada.

Atentamente,



Autorização para acção de formação. Caixa de entrada x

🖨️ 📧



quarta, 3/07, 23:13 ☆ 😊 ↶ ⋮

para mim ▾

Exmo. Sr. Enfermeiro Bruno Pinto.

Eu, [redacted] venho por este meio, na qualidade de Director Técnico do [redacted] autorizar e manifestar toda a nossa disponibilidade para dar continuidade ao projecto "[redacted]" que visa a literacia em saúde, na temática "Risco de queda na pessoa idosa".

Grato pela atenção.

Cumprimentos:
[redacted]

↶ Responder

↷ Encaminhar



ANEXO III
Resposta positiva por parte das autoras da
Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos
Institucionalizados, para o uso da mesma

Re: Solicitação de utilização da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho <crbaixinho@esel.pt>

qua, 12/06/2024 11:17

Para:2023013 <2023013@academia.uatlantica.pt>

Cc:Susana Valido <svalido@uatlantica.pt>;Pedro Parda <pparda@uatlantica.pt>

📎 1 anexos (51 KB)

Escalas equipa.doc;

Caro Bruno Pinto:

Agradeço o seu contacto.

Em anexo segue a escala

Infra o link de acesso ao artigo com a determinação das propriedades psicométricas da mesma.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/SyFzS9pzP676TWcJFsgk8Jg/>

Alguma coisa disponha

Cristina Lavareda Baixinho, PhD

Professor

Rehabilitation Nurse Department

Nursing School of Lisbon

Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa

+351 217 913 400 |

www.esel.pt | [Facebook](#) | [Instagram](#)



ANEXO IV
Certificados de formações assistidas



CERTIFICADO

Certifica-se que Bruno Miguel Redinha Cort Porto participou nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema “Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação”, realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica, com a duração de 8h.

Helena José

Presidente da Comissão Científica

Helga Oliveira

Presidente da Comissão Organizadora



CERTIFICADO

Certifica-se que **Bruno Pinto** apresentou a Comunicação Oral intitulada: **Comunicação em Saúde na comunidade: intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública**, da autoria de Bruno Pinto, Catarina Lajes, Luís Sousa, Sandrine Matias e Susana Valido, nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema “Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação”, realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica.

Helena José

P'la Comissão Científica

Helga Oliveira

P'la Comissão Organizadora



CERTIFICADO

Certifica-se que **Daniela Costa** apresentou o ePoster intitulado: **Os fluxos migratórios e prevenção de doenças infecciosas – a perspetiva do enfermeiro especialista**, da autoria de Ana Araújo, Bruno Pinto, Daniela Costa, Luís Sousa e Susana Valido, nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema “Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação”, realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica.


Helena José
P'la Comissão Científica


Helga Oliveira
P'la Comissão Organizadora



CERTIFICADO

A comunicação oral com o título

Doença renal crónica e sustentabilidade em saúde: uma reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista na comunidade

elaborada por

Bruno Costa Pinto (1); Sara Pereira (2); Susana Valido (2); João Fazendeiro Matos (1)
(1) - Fresenius Medical Care, Porto, Portugal
(2) - Universidade Atlântica, Oeiras, Portugal

foi apresentada por
Bruno Costa Pinto

no XXXVIII CONGRESSO DA APEDT
que decorreu nos dias 14, 15 e 16 novembro de 2024
no Centro de Congressos da Madeira.


LUIS FERNANDES
Presidente do XXXVIII
Congresso da APEDT


FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVIII CONGRESSO
PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA

SINERGIO PT

XXXVIII CONGRESSO
APEDT

APEDT PT

CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICAMOS QUE

ESTEVE PRESENTE NO I CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NO ENVELHECIMENTO, QUE DECORREU EM FORMATO ONLINE NOS DIAS 23 E 24 DE JANEIRO.



Associação Nacional de Gerontologia Social

PROFESSOR DOUTOR RICARDO POCINHO
PRESIDENTE DA ANGES



CERTIFICADO

DE COMUNICAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICAMOS QUE

Bruno Pinto, Ricardo Mestre, Maria Costa

APRESENTARAM A COMUNICAÇÃO INTITULADA **Projeto de Intervenção Comunitária: Capacitação de Cuidadores Formais para a Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa** NO I CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NO ENVELHECIMENTO, REALIZADO EM FORMATO ONLINE NOS DIAS 23 E 24 DE JANEIRO.

POMBAL, 25 DE JANEIRO DE 2025



Associação Nacional de Gerontologia Social

PROFESSOR DOUTOR RICARDO POCINHO
PRESIDENTE DA ANGES



APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de atividades

Cronograma de Atividades - 2024-2025

Meses	mai/24	jun/24	jul/24	Pausa Letiva					set/24	out/24	nov/24	dez/24	jan/25	fev/25	mar/25
	Estágio em contexto de USP	X	X	X											
Integração na equipa de Enfermagem	X														
Integração nos programas, projetos e respetivas atividades em vigor na USP	X	X	X												
Consulta dos planos de saúde locais de saúde em curso e/ou prioritários para a Unidade	X														
Discussão e seleção das áreas prioritárias a abordar - Reunião com os parceiros (Instituições de apoio à Pessoa Idosa)	X														
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa e seleção de instrumento validado a aplicar	X	X													
Pedido de autorização às autoras do instrumento de colheita de dados para o seu uso		X													
Pedido de consentimento para Comissão de Ética para a Saúde da ESSATLA		X													
Pedidos de autorização às Direções Técnicas das Instituições de Apoio à Pessoa Idosa		X													
Visitas às Instituições de apoio à Pessoa Idosa		X	X												
Pedidos de Consentimentos para aplicação de questionários aos cuidadores formais das Instituições de Apoio à Pessoa Idosa		X													
Caraterização da população das Instituições de Apoio à Pessoa Idosa		X													
Aplicação do Instrumento de colheita de dados		X	X												
Realização de sessões de ações de educação para a saúde		X	X												
Tratamento de dados			X												
Elaboração do Diagnóstico de Situação			X												
Estágio em contexto de UCC									X	X	X	X			
Integração na equipa de Enfermagem									X						
Integração nos programas, projetos e respetivas atividades em vigor na UCC									X	X	X	X			
Definição de Prioridades e Objetivos									X						
Seleção de Estratégias									X	X					
Preparação para a Execução do Projeto										X					
Reunião com as Direções Técnicas das Instituições de apoio à Pessoa Idosa										X					
Execução das atividades previstas										X	X	X	X		
Avaliação da implementação do projeto															
Realização do Relatório final													X	X	X

APÊNDICE II
Instrumento de colheita de dados - Questionário

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Este questionário tem como finalidade de conhecer melhor a problemática do risco de queda da pessoa idosa. A sua opinião é muito importante. O questionário é constituído por 2 seções: 1ª seção diz respeito a uma breve caracterização sociodemográfica; a 2ª seção é de seleção de 1 a 5, para cada opção.

O seu preenchimento demora aproximadamente 5 minutos. Não há respostas certas ou erradas e o questionário é totalmente anónimo. A sua colaboração é essencial pelo que solicitamos que responda às questões colocadas.

Nas questões com duas opções, por favor seleccione “SIM” ou “NÃO”.

Secção A – Dados Sociodemográficos

1 – Idade _____ anos

2 – Sexo M

F

3 - Estado Civil: _____

4 – Nacionalidade: _____

5 – Habilitações Literárias: _____

6 – Anos de Atividade Profissional na área de prestação de cuidados à pessoa idosa _____ anos

7 – Anos de atividade profissional nesta Instituição _____ anos

8 – Frequentou algum curso de formação antes de iniciar a atividade profissional, na área de prestação de cuidados à pessoa idosa: Sim
 Não

9 - Frequentou algum curso de formação durante a atual atividade profissional, na área de prestação de cuidados à pessoa idosa:

- Sim
 Não

Se respondeu "SIM" nas questões 8 e/ou 9, Por Favor responda à pergunta 10, na pag. 02

10 – Se respondeu "SIM" nas questões 8 e/ou 9, por Favor responda à seguinte questão.

Na formação que frequentou foram abordadas as seguintes temáticas:

	Sim	Não
Fatores de risco que contribuem para o aumento do n.º de quedas		
Avaliação do risco de queda nos idosos		
Medidas preventivas da queda		
Cuidados ao idoso que sofreu queda		
Documentação (registo) dos episódios de queda		
Outros assuntos relacionados com as quedas dos idosos		
Se sim, quais?		

Secção B – Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos idosos institucionalizados

As questões seguintes, dizem respeito ao trabalho em equipa relativamente ao risco de queda na pessoa idosa.

Em função do seu grau de concordância, assinale o campo correspondente, sendo que:

(1) = nunca | (2) – poucas vezes – 25% | (3) – às vezes – 50% | (4) – muitas vezes –75% |

(5) sempre.

Itens	1	2	3	4	5
A equipa discute os factores de risco para a queda dos diferentes idosos					
A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso					
Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso					
A comunicação é essencial para prevenir quedas					
Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas.					
Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas					

Escala por elaborada por: Dra. Cristina Lavareda Baixinho, Doutora em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Dra. Maria dos Anjos Dixe, Doutora em Psicologia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Muito Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE III

Pedido de autorização e colaboração às Direções Técnicas das respectivas Instituições de apoio à pessoa idosa selecionadas



Bruno Pinto <bruno.pinto.fme@gmail.com>
para d.tecnica, [redacted]

quinta, 3/10/2024, 16:28 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exma. Sra. Dra. [redacted], Diretora Técnica [redacted]

Bom Dia

Eu, Bruno Miguel Madeira Costa Pinto, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, encontro-me neste momento a realizar ensino clínico na Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted], sob orientação da Sra. Enfermeira Supervisora Clínica [redacted].

Dando continuidade ao trabalho realizado na vossa instituição com a realização do diagnóstico de situação, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para o desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre a temática "Risco de Queda na Pessoa Idosa", através de atividades de capacitação para os Cuidadores Formais e realização de uma sessão de educação para a saúde junto dos utentes, promovendo um ambiente saudável e seguro na vossa instituição, nomeadamente otimizando a segurança das pessoas institucionalizadas. Os objetivos, estratégias e intervenções a implementar neste projeto, serão definidos sempre em parceria com a vossa instituição, respeitando as políticas e regras institucionais.

Assim, de acordo com o calendário académico, o projeto decorrerá entre outubro e dezembro de 2024. O agendamento de intervenções a realizar na vossa instituição, será em consonância com as datas previamente acordadas.

Na concretização deste projeto, serão acauteladas todas as considerações éticas, nomeadamente o respeito pela confidencialidade de todos dados recolhidos e atividades realizadas.

Desde já, deixo os meus Agradecimentos pela atenção prestada, ficando a aguardar resposta.

Com os meus Cumprimentos

Bruno Pinto

(Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - Escola Superior de Saúde Atlântica)



Bruno Pinto <bruno.pinto.fme@gmail.com>
para [redacted]

quinta, 3/10/2024, 10:15 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exma. Sra. Dra. [redacted], Diretora Técnica do [redacted]

Bom Dia

Eu, Bruno Miguel Madeira Costa Pinto, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, encontro-me neste momento a realizar ensino clínico na Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted], sob orientação da Sra. Enfermeira Supervisora Clínica [redacted].

Dando continuidade ao trabalho realizado na vossa instituição com a realização do diagnóstico de situação, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para o desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre a temática "Risco de Queda na Pessoa Idosa", através de atividades de capacitação para os Cuidadores Formais e realização de uma sessão de educação para a saúde junto dos utentes, promovendo um ambiente saudável e seguro na vossa instituição, nomeadamente otimizando a segurança das pessoas institucionalizadas. Os objetivos, estratégias e intervenções a implementar neste projeto, serão definidos sempre em parceria com a vossa instituição, respeitando as políticas e regras institucionais.

Assim, de acordo com o calendário académico, o projeto decorrerá entre outubro e dezembro de 2024. O agendamento de intervenções a realizar na vossa instituição, será em consonância com as datas previamente acordadas.

Na concretização deste projeto, serão acauteladas todas as considerações éticas, nomeadamente o respeito pela confidencialidade de todos dados recolhidos e atividades realizadas.

Desde já, deixo os meus Agradecimentos pela atenção prestada, ficando a aguardar resposta.

Com os meus Cumprimentos

Bruno Pinto

(Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - Escola Superior de Saúde Atlântica)



Bruno Pinto <bruno.pinto.fme@gmail.com>
para [redacted]

quinta, 3/10/2024, 10:19 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exmo. Sr. Dr. [redacted], Diretor Técnico [redacted]

Bom Dia

Eu, Bruno Miguel Madeira Costa Pinto, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermaem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, encontro-me neste momento a realizar ensino clínico na Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted], sob orientação da Sra. Enfermeira Supervisora Clínica [redacted].

Dando continuidade ao trabalho realizado na vossa instituição com a realização do diagnóstico de situação, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para o desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre a temática "Risco de Queda na Pessoa Idosa", através de atividades de capacitação para os Cuidadores Formais e realização de uma sessão de educação para a saúde junto dos utentes, promovendo um ambiente saudável e seguro na vossa instituição, nomeadamente otimizando a segurança das pessoas institucionalizadas. Os objetivos, estratégias e intervenções a implementar neste projeto, serão definidos sempre em parceria com a vossa instituição, respeitando as políticas e regras institucionais.

Assim, de acordo com o calendário académico, o projeto decorrerá entre outubro e dezembro de 2024. O agendamento de intervenções a realizar na vossa instituição, será em consonância com as datas previamente acordadas.

Na concretização deste projeto, serão acauteladas todas as considerações éticas, nomeadamente o respeito pela confidencialidade de todos dados recolhidos e atividades realizadas.

Desde já, deixo os meus Agradecimentos pela atenção prestada, ficando a aguardar resposta.

Com os meus Cumprimentos

Bruno Pinto

(Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - Escola Superior de Saúde Atlântica)

APÊNDICE IV

**Pedido de autorização de uso às autoras da Escala de Práticas e Comportamentos da
Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados**

De: 2023013 <2023013@academia.uatlantica.pt>

Data: sexta-feira, 7 de junho de 2024, 20:15

Para: Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho <crbaixinho@esel.pt>

CC: [REDACTED]

Assunto: Solicitação de utilização da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados

Não costuma receber e-mails de 2023013@academia.uatlantica.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Boa Tarde Dra. Cristina Baixinho

O meu nome é Bruno Miguel Costa Pinto, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA).

No âmbito do Plano Curricular do Estágio 1, estou a desenvolver um trabalho académico de capacitação a cuidadores formais, inserido num projeto de intervenção comunitária em Estruturas de Residências para Idosos.

Após pesquisa bibliográfica, encontrei o seu artigo acerca da construção e validação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados. Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para a sua aplicação.

Coloco aqui em conhecimento o Prof. Orientador de estágio Enf.º [REDACTED] a Prof.ª [REDACTED], coordenadora de Mestrado da (ESSATLA).

Desde já, os meus agradecimentos pela sua atenção e disponibilidade, agradecendo também a sua sensibilidade para uma resposta célere, motivado pelo tempo de estágio.

Muito Obrigado

Com os Meus Agradecimentos

Bruno Costa Pinto

APÊNDICE V

Consentimento Informado, de livre preenchimento, a entregue a todos os participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Eu, Bruno Miguel Madeira Costa Pinto, enfermeiro, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção de quedas nas pessoas idosas em Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), sob a orientação científica do Professor [REDACTED] e da supervisora clínica Enfermeira Especialista [REDACTED].

Este tem como objetivo contribuir para prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas e surge enquadrado no projeto "[REDACTED]", já implementado pela Unidade de Saúde Pública [REDACTED], no Município [REDACTED] em parceria com as ERPIs do referido concelho, nomeadamente o [REDACTED].

A sua colaboração neste estudo tem especial importância, na medida em que permitira conhecer melhor a problemática do risco de queda da pessoa idosa.

Para tal, convidamo-lo (a) a participar neste estudo, através do preenchimento de um único questionário em formato de papel, cujo preenchimento dura aproximadamente 5 minutos. O questionário tem perguntas sobre a caracterização sociodemográfica do participante e é solicitado o preenchimento da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipe para a Prevenção da Queda nos idosos institucionalizados, validado para o português de Portugal.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, pelo que pode negá-la ou decidir interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento, se assim o entender, sem que seja necessário justificar, sem prejuízos, assistenciais ou outras, bastando abandonar o preenchimento do questionário. Os aspetos éticos são salvaguardados a todo o momento, nomeadamente a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos. Estes destinam-se exclusivamente para fins académicos.

O estudo não é financiado. Os participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Em caso de dúvida ou questão sobre a participação no presente estudo, estarei disponível para qualquer contacto, através do telemóvel 96 831 76 71 ou do endereço eletrónico bruno.pinto.fme@gmail.com.

Declaro ter sido informado/a sobre o âmbito nome estudo, inserido no âmbito do Projeto "_____".

Fui informado/a de que a participação no estudo responde ao objetivo de conhecer melhor a problemática do risco de queda da pessoa idosa.

Declaro ainda que:

- Entendi as explicações fornecidas pelo investigador.
- Dispus de tempo suficiente para tomar a minha decisão.
- Aceito participar voluntariamente no estudo, podendo desistir a qualquer momento e sem quaisquer consequências.
- Dou o consentimento para a recolha e o tratamento de dados sob anonimato, para fins académicos e futuras publicações científicas.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Mestrando/Enfermeiro: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias: uma para incluir como anexo no citado projeto e outra para ficar na posse do participante.

APÊNDICE VI
Pedido de parecer à Comissão de Ética da ESSATLA

Exma.(a) Sra. Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA, Professora [REDACTED]

No âmbito da unidade curricular (UC) Estágio 1, 2º semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, a decorrer na Unidade Local de Saúde (ULS) do [REDACTED], Unidade de Saúde Pública (USP) [REDACTED], eu, Bruno Miguel Madeira Costa Pinto, estudante n.º 2023013, venho solicitar parecer à Comissão de Ética para a realização de um estudo de investigação, no âmbito da elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade.

O referido ensino clínico tem a duração de 10 semanas (de 20 de maio a 28 de junho de 2024) e tem como supervisão local a Sra.ª Enfermeira [REDACTED], orientado pelo Sr. Professor da ESSATLA [REDACTED] e Sra. Professora [REDACTED]. Dando resposta a um dos objetivos gerais desta UC, nomeadamente o de desenvolver competências para a construção de um projeto profissional em contexto clínico de Enfermagem comunitária e de saúde pública, foi-me proposto integrar um projeto já em curso na referida USP de capacitação a cuidadores formais.

Este projeto, designado “[REDACTED]” decorre no município [REDACTED], tendo como parceiros Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), e tem como objetivo geral a criação de grupos de trabalho como uma resposta direcionada para a população dos municípios que pertencem à área de intervenção da ULS, incidindo sobre dois eixos fundamentais em saúde mental: a prevenção, literacia e combate ao estigma, e a intervenção social.

Assim, considerando este projeto e indo de encontro aos objetivos deste ensino clínico, foi proposto pela Sra. Enf.ª Supervisora Clínica [REDACTED], a integração neste projeto. Face ao cariz da população alvo das ERPIs, gostaria de desenvolver um trabalho de investigação considerando a problemática do risco de queda na Pessoa Idosa, a desenvolver nas instituições [REDACTED], localizados no concelho [REDACTED], com a finalidade de avaliar as práticas e comportamentos dos cuidadores formais (CF) que desempenham funções nesta ERPI relativamente à problemática do risco de queda. Numa fase posterior, perante o diagnóstico de situação realizado, desenvolver atividades de capacitação para os CF, com sessões de educação e promoção de saúde sobre o risco de queda. Após reunião com a Sra. Enf.ª Supervisora [REDACTED], foi já proposto às referidas ERPIs, tendo sido aceite informalmente pelas mesmas.

Apresentação do Problema

A população de Portugal, tal como em muitos países ocidentais, encontra-se num processo acelerado de envelhecimento. Motivado pelo aumento da esperança de vida e diminuição da taxa de natalidade, tem-se observado nas últimas décadas uma transformação bastante significativa na estrutura etária do país. Este envelhecimento da população acarreta desafios importantes, sendo por isso necessário a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

A prevenção de quedas é uma questão crucial no cuidado de pessoas idosas, especialmente em instituições de longa permanência. As quedas representam um dos principais problemas de saúde pública nessa população, devido às suas consequências físicas, psicológicas e sociais. A ocorrência de quedas pode levar a lesões graves,

como fraturas e traumatismos cranianos, além de promover a perda de independência e a redução da qualidade de vida dos idosos. Neste contexto, a capacitação de cuidadores formais torna-se uma estratégia essencial para minimizar os riscos e promover a segurança dos residentes. Os cuidadores desempenham um papel fundamental na identificação dos fatores de risco, na implementação de medidas preventivas e na promoção de um ambiente seguro e acolhedor para os idosos.

Assim, perante o descrito, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), pelas suas competências acrescidas, ao avaliar o estado de saúde de uma população através da metodologia de Planeamento em Saúde e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, é um elemento fundamental no processo de ganhos em saúde, nomeadamente na capacitação dos cuidadores formais, no acompanhamento da pessoa idosa.

Pergunta de Investigação

Qual o nível de conhecimentos que os cuidadores formais que desempenham funções no Lar de Idosos Universal – Azambuja, apresentam sobre o risco de queda na pessoa idosa.

Objetivos

Objetivo Geral

- Empoderar os cuidadores formais do Lar de [REDACTED], [REDACTED] sobre os fatores que originam risco de queda na pessoa idosa, consequências e medidas de prevenção.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a comunidade de cuidadores formais do [REDACTED], [REDACTED];
- Avaliar o risco de queda dos utentes do [REDACTED], [REDACTED];
- Identificar o nível de conhecimentos por parte do CF acerca do risco de queda na pessoa idosa;
- Capacitar os CF do [REDACTED], [REDACTED] acerca dos fatores de risco de queda;
- Promover a adesão de pelo menos 50% dos da população alvo às sessões de educação e promoção de saúde sobre o risco de quedas, até ao final do ensino clínico;
- Assegurar a adesão à avaliação e documentação do risco de quedas dos utentes do [REDACTED], [REDACTED].

Metodologia

Será mobilizada a Metodologia de Planeamento em Saúde, de Imperatori e Giraldes (Imperatori & Giraldes, 1982), que defende o benefício de planear em saúde, considerando a importância de intervir nas causas diretas do problema identificado.

A população alvo serão os CF do [REDACTED], [REDACTED]. Quanto à seleção da amostra esta será constituída pela técnica de amostragem não

probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão definidos foram: ser CF [REDACTED], [REDACTED] há pelo menos 3 meses há data da caracterização da ERPI e ser fluente na língua Portuguesa (falada e escrita) e ter assinado o consentimento informado.

Para a recolha de dados, serão usados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico do CF [REDACTED], [REDACTED];
- Aplicação da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados (escala construída e validada por investigadoras Portuguesas).

Estes instrumentos serão aplicados em suporte papel.

Considerações Éticas

Em todos os momentos serão garantidos a confidencialidade dos dados de todos os participantes pela anonimização dos dados, em conformidade com a Declaração de Helsínquia, da OMS, da Comunidade Europeia e da Lei N.º 21/2014 de 16 de abril.

Irá ser disponibilizado um consentimento informado a todos os participantes que aceitem integrar este estudo, no qual se assegura o anonimato e confidencialidade de todos os dados, assim como os objetivos de estudo, assim como a possibilidade de desistir do estudo (remoção do consentimento em qualquer altura deste estudo).

Os dados serão armazenados no computador do investigador, em disco codificado, e apenas se destinam para a realização deste estudo, dando resposta aos objetivos académicos e desenvolvimento de competências.

Foi solicitada autorização às autoras da Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa para a Prevenção da Queda nos Idosos Institucionalizados para uso da respetiva escala e às direções técnicas da ERPIs ([REDACTED], [REDACTED]) autorização para realização deste trabalho.

Desde já, os meus Agradecimentos pela atenção dispensada.

Envio Cumprimentos

Bruno Costa Pinto

Estudante n.º 2023013

APÊNDICE VII
Recursos e orçamento do projeto

Recursos		Previsão de Recursos Necessários	Preço
Humanos	Enfermeiro responsável pelo Projeto	1	Ao encargo do mesmo
	Enfermeira Supervisora Clínica	1	Ao encargo da mesma
	Enfermeiro Docente Orientador	1	Ao encargo da ESSATLA
	Profissionais das instituições	-	Ao encargo das instituições
Físicos	Instalações próprias das instituições	-	Ao encargo das instituições
	Biblioteca da ESSATLA	-	Ao encargo da ESSATLA
Materiais	Computador	1	Já existente
	Projeter	1	Já existente
	Aplicações Microsoft Office ®	1	Já existente
	Acesso Internet	1	Já existente
	Impressora jato de tinta	1	Já existente
	Tinteiros para impressora	4	244,00 €
	Resma folhas A4	1	5,00 €
	Resma folhas A3	1	15,00 €
	Folhas Cartolina Branca	15	27,00 €
	Canetas	10	Já existente
	Material didático alusivo ao tema	50	50,00 €
	Bolas de material leve, +- 15 cm Ø	5	Já existente
	Capa porta documentos	5	5,00 €
	Meio de transporte (carro)	1	Já existente
	Combustível (Gasolina 95)	1110 Km	100,00 €
Total			446,00 €

APÊNDICE VIII
Checklist de Verificação de Risco de Queda Ambiental

Checklist de Verificação de Risco de Queda Ambiental

A avaliação do Risco de Queda Ambiental numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é importantíssimo para a prevenção da ocorrência de quedas. Esta checklist tem a finalidade de identificar fatores ambientais associados ao risco de queda na pessoa idosa. Abrange as várias áreas do percurso do utente.

Data de verificação: ____/____/____	Ambiente Geral		Quartos		WC		Observações
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
1 - Iluminação natural adequada (cortinas leves nas janelas).							
2 - Iluminação artificial adequada, com luzes de presença.							
3 - Acessibilidade aos interruptores de luz (considerar a instalação de sensores de movimento).							
4 - Presença de apoios laterais nas cadeiras e cadeirões/sofas.							
5 - Cadeiras e cadeirões/sofas com altura adequada.							
6 - Altura adequada da cama.							
7 - Presença de grades de proteção nas camas.							
8 - Móveis comquinas arredondadas ou com protetores de embate.							
9 - Presença de móveis instáveis ou degradados.							
10 - Gavetas fechadas, de fácil abertura.							
11 - Tapetes soltos.							
12 - Espaços de circulação amplos e sem objetos soltos no chão (fios eléctricos, pequenos móveis).							

Data de verificação: / /	Ambiente Geral		Quartos		WC		Observações
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
13 - Tiras antiderrapantes em rampas de acesso (espaçadas a cada 10/15 cm).							
14 - Corrimões de ambos os lados em rampas de acesso e escadas.							
15 - Piso escorregadio no circuito do utente.							
16 - Sinalética de piso molhado, sempre que se verifique (ex: no âmbito da higienização do pavimento).							
17 - Presença de desníveis no piso, que possam conduzir a uma queda.							
18 - Sistema de abertura externo das portas.							
19 - Presença de tapetes antiderrapantes no chuveiro (verificar regularmente a sua eficácia).							
20 - Presença de banco basculante com cantos arredondados/cadeira de duche.							
21 - Presença de barras de apoio junto da sanita (altura 0,7 m, rebatíveis se adjacentes à zona livre) e chuveiros.							
22 - Altura adequada da sanita (do piso ao bordo superior do assento da sanita deve ser de 0,45 m).							
23 - Presença de pavimento antiderrapante.							
24 - Sistema de alarme acessível (com alerta luminoso e sonoro), colocados a uma altura do piso entre 0,4 m e 0,6 m.							
25 - Presença de lavatórios com zona livre e altura adequada (do piso ao bordo superior do lavatório deve ser de 0,8 m).							

NB:

- A altura ideal das **camas e cadeirões** para os utentes deve permitir que as suas pernas fiquem num ângulo de aproximadamente 90 graus quando sentado e com os pés pousados no chão (+- 55 a 65 cm) do pavimento).
- Recomenda-se **camas de altura ajustáveis**.

- Na acessibilidade de interruptores de luz, inclui-se a presença de fontes de luz à cabeceira da cama.
- Nas rampas de acesso, o corrimão deve ser duplo, a uma altura entre 0,7 m e 0,75 m e outro a uma altura entre 0,9 m e 0,95 m, bilateral.
- Nas escadas, o corrimão deve ser bilateral com uma altura do piso compreendida entre 0,85 m e 0,9 m.
- O uso de escadas deve ser desencorajado para os utentes. Estas devem ter piso antiderrapante ou faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0,04 m e encastrados junto à extremidade dos degraus.

Legenda:  = N/A

Adaptado de:

- BVS - Ministério da Saúde - Dicas em Saúde. (2009). *Bvsmis.saude.gov.br*. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosas.html
- CUIDADOS À PESSOA DEPENDENTE GUIA PRÁTICO ILUSTRADO Aumentar a sua qualidade de vida e da pessoa dependente também! REDE REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS S MANUAL DO CUIDADOR. (n.d.). Retrieved October 15, 2024, from https://www.azores.gov.pt/nur/rdonlyres/DE989DA2-2C7D-4754-9584-05783001003A/932096/NIS_idosa_dependente_SITE.pdf
- Decreto-Lei n.º 163/2006 de 08 de agosto. Diário da República n.º 152, 1.ª série. (2006). Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. Lisboa
- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09 de dezembro. Prevenção e intervenção na queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa. Obtida de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Santos, J. S., Morais, C. S., Fontes, F. L., Coelho, I. A., Costa, J. K., Avelino, J. T., ... Santos, T. L. (2018). Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família preventiv para não cair. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23(1), 32-38. Obtida em 31 de 05 de 2024, de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_085620.pdf

Realizado por:
Bruno Pinto

Orientado por:

Prof.  Prof. 

APÊNDICE IX

Plano da Sessão n.º 1 - Sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso de auxiliares de marcha e transferências seguras

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO

TEMA:	Sinais de fragilidade na pessoa idosa, uso de auxiliares de marcha e transferências seguras	FORMADOR:	Bruno Costa Pinto
POPULAÇÃO ALVO:	Enfermeiros e Auxiliares de Lar (Cuidadores formais – CF)	DURAÇÃO:	60 minutos
LOCAL:		DATA:	
SESSÃO Nº:	01	HORA:	

Objetivo(s) Geral(is)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os formandos para a prevenção de quedas, incentivando a adoção de práticas seguras; Promover a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências importantes na prevenção de quedas. 					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais de fragilidade na Pessoa Idosa; Demonstrar o uso correto de auxiliares de marcha (canadianas, bangalas e pirâmide, e andarilho); Demonstrar práticas seguras na transferência de utentes entre a cama e o cadeirão ou cadeira de rodas; Explicar a importância de demonstrar segurança durante a execução das suas tarefas. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador; - Verificar junto dos formandos qual o seu conhecimento sobre o tema. - Pontos Chave sobre fragilidade no idoso, a importância dos auxiliares de marcha e técnicas de transferência em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo - Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de quebra-gelo (apresentação de todos os intervenientes, e perguntas e respostas sobre a temática) 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) 	5 minutos	Avaliação formativa (observação da participação e envolvimento do grupo)

1

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de fragilidade que indicam maior risco de queda na Pessoa Idosa; - Uso correto de auxiliares de marcha; - Tipos de auxiliares de marcha; - Demonstração do uso de canadianas, bangalas e pirâmide, e andarilho; - Importância de realizar transferências seguras; - Transferência da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão; - Transferência da cadeira de rodas ou cadeirão para a cama. 	Expositivo Demonstrativo	Exposição oral Identificação de sinais de fragilidades da pessoa idosa, com perguntas tipo "Que sinais vocês poderão encontrar nas idoso que cuidam?" Demonstração do uso correto de via <i>live demo</i> dos auxiliares de marcha e transferências seguras por visualização de vídeos.	<ul style="list-style-type: none"> - Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) Auxiliares de Marcha (Canadiana e andarilho) 	45 minutos	Avaliação formativa (observação da participação e envolvimento do grupo)
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese Final; - Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Exposição oral <i>Debriefing</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) 	10 minutos	Avaliação da sessão por questionário Avaliação de conteúdos por questionário.

2

APÊNDICE X
Apresentação da Sessão n.º 1

SINAIS DE FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA, USO DE AUXILIARES DE MARCHA E TRANSFERÊNCIAS SEGURAS

ELABORADO POR: BRUNO PINTO
ORIENTADO POR: PROF. _____

DEZEMBRO 2024

ESSATLA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

1

AGENDA

- 1 Introdução
- 2 Identificação de sinais de fragilidade na Pessoa Idosa
- 3 Uso Correto de Auxiliares de Marcha
- 4 Transferências Seguras
- 5 Conclusão

2

1 - Introdução

- A prevenção de quedas é uma área de especial relevância no âmbito da prestação de cuidados a pessoas idosas.
- Em 2023, foram registados em Portugal 40.842 episódios de queda que necessitaram de atendimento de urgência para pessoas com 65 ou mais anos (Alves, T et al. 2024);
- De forma a prevenir um episódio de queda, é importante que todos os profissionais que prestam cuidados à Pessoa Idosa saibam identificar sinais de fragilidade;
- A fragilidade está associada a um aumento do risco de quedas;
- Por fragilidade entende-se como sendo um estado de maior vulnerabilidade física, geralmente associado à redução da força muscular, perda de equilíbrio, diminuição da massa óssea e alterações no sistema nervoso (Montero-Odasso, M et al. 2022);

3

1 - Introdução

- Quando num estado de maior fragilidade, a pessoa idosa tem uma menor capacidade de responder a fatores estressantes, como distúrbios ou traumas, aumentando o risco de quedas, hospitalização e perda de independência.
- O processo de envelhecimento está associado a um declínio gradual das capacidades funcionais, sendo os idosos considerados como frágeis aqueles que mais estão em alto risco de declínio;
- Os auxiliares de marcha desempenham um papel crucial na mobilidade e segurança das pessoas idosas;
- Permitem a locomoção com mais autonomia, sem depender de outras pessoas para a realização das atividades de vida diárias;
- As técnicas de transferências, quando executadas, devem garantir segurança, tanto de quem executa, assim como da pessoa a transferir;

4

2 - Identificação de sinais de fragilidade na Pessoa Idosa

- Entre os sinais de fragilidade que indicam maior risco de queda estão:
 - perda de peso;
 - a perda de força muscular (nas mãos e pernas);
 - a redução do equilíbrio;
 - a lentidão na marcha;
 - a cansaço fácil;
 - dificuldade em realizar atividades diárias;
- Esses fatores podem ser intensificados por doenças crónicas, como a osteoporose e a diabetes, além da toma de múltiplos medicamentos.

5

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

- Existem vários equipamentos que podem auxiliar uma pessoa a deambular;
- Alguns Cuidados a ter:
 - Os Auxiliares de Marcha não devem ser partilhados, porque as características físicas mudam de pessoa para pessoa;
 - Atenção aos pisos escorregadios ou molhados;
 - Verificar a segurança do ambiente: piso limpo e seco, sem barreiras que dificultem a deambulação e se as borrachas dos auxiliares de marcha se apresentarem intactas;
 - A pessoa deve usar calçado fechado, bem adaptado ao pé, e com solas antiderrapantes.

6

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

- Os tipos de auxiliares de marcha, mais comuns são:
 - muleta (axilar e canadiana);
 - bengala;
 - pirâmide (tripé e quadripé);
 - andariço.

7

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.1 – Uso de canadianas:

- O ajuste das canadianas ao tamanho da pessoa é de extrema importância para que o apoio seja efetivo:
 - O suporte da canadiana deve ficar abaixo do cotovelo (3 cm).
 - O apoio para a mão deve ficar ao nível da anca, de forma que o braço fique ligeiramente dobrado.

8

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.1 – Uso de canadianas (com uma canadiana):

- A canadiana deve ser utilizada do lado da perna "boa" (que tem mais força);
- O primeiro passo é realizado com a perna lesionada ou com menos força e a canadiana em simultâneo.



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

9

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.1 – Uso de canadianas (com uma canadiana):

Escadas:

- Na presença de um corrimão, a pessoa deve-se apoiar no corrimão e na canadiana.



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

10

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.1 – Uso de canadianas (com uma canadiana):

Para subir um lance de escadas:

- Iniciar a subida com a perna "boa";
- Subir com a perna lesionada e a canadiana em simultâneo.



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

11

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.1 – Uso de canadianas (com uma canadiana):

Para descer um lance de escadas:

- Iniciar a descida com a perna lesionada ou com menos força e a canadiana em simultâneo;
- Descer com a perna "boa".




© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

12

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.2 – Uso de bengalas e pirâmide:

- A bengala apresenta apenas um ponto de contacto com o chão, ao contrário das pirâmides (trípé e quadrípé), que têm a base de apoio mais larga;
- Devem usadas do lado da perna "boa" (que tem mais força).



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

13

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.3 – Uso de bengalas e pirâmide:

Sequência do movimento:

- a) Iniciar o avanço com o auxiliar de marcha;
- b) Iniciar pela perna lesionada ou com menos força muscular até ao local onde se encontra o aux. de marcha (suportar o peso na perna com menor força e no aux. de marcha);
- c) Deslocar a perna com maior força muscular.



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

14

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.4 – Uso de andariho:

- Os andarilhos permitem maior estabilidade e existem em diversos formatos - simples (A), articulado (B), com rodas (C);
- A utilização do andariho está indicado para os idosos em situações de fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores, casos de artrite, fratura da anca e doenças neuromusculares.



A – Para pessoas com alguma força de braços;
 B – Para pessoas com menos força (não é necessário levantar o andariho);
 C – Não é aconselhável a pessoas com maior desorientação

© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

15

3 - Uso Correto de Auxiliares de Marcha

3.4 – Uso de andariho:

Sequência do movimento:

- a) Verificar se o andariho está ao nível correto (a parte superior deve estar alinhada ao nível da anca);
- b) Deslocar o andariho para a frente;
- c) Dar um passo em frente com a perna afetada ou sem força;
- d) A seguir dar um passo com a perna boa ou com mais força, sem ultrapassar a base do andariho.



© 2014 por John Toner e/ou outros colaboradores de acordo com as licenças de

16

4 – Transferências Seguras

- A técnica de transferência deve ser realizada com **segurança**, tanto para quem a realiza, assim como para a pessoa a transferir;
- É importante avaliar as necessidades e capacidades dos utentes sobre a sua dependência, tamanho e peso, capacidade em compreender orientações e vontade em colaborar;
- A técnica a utilizar depende da colaboração que o utente possa dar;
- A escolha do método de transferência tem ainda que estar também de acordo com as suas condições de saúde;
- Para a mobilização dos utentes, o ideal é sempre que possível, usar os meios auxiliares específicos que facilitem a transferência, tais como: elevadores mecânicos, tabuas de transferência, cintos com pegas, granchas ou resguardos.

17

17

4 – Transferências Seguras

4.1 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão:

1. Colocar as mãos do utente no abdómen;
2. Partindo do decúbito dorsal, pedir ao utente para deve dobrar e/ou ajustar a dobrar os joelhos;
3. Colocar uma mão por baixo do ombro e outra nos joelhos (ou na anca) e rodar a pessoa para o nosso lado;
4. Ajudar na elevação do tronco com uma mão e ao mesmo tempo fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando a sentar-se sem movimento coordenado;
5. Deixar a cama (se for o caso) até que os pés fiquem assentes no chão e assegurar que a pessoa está calçada (ou meias antiderrapantes);

19

19

4 – Transferências Seguras

4.1 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão:

- Preparar previamente todo o material necessário (ex. cadeira de rodas ou cadeirão, e os meios auxiliares);
- **Explicar ao utente** o que vai fazer;
- **Para posicionar o rio, é crucial e fundamental** que a pessoa a transferir esteja **ajustada e calçada**, de forma apropriada (recomenda-se o uso de **calçado fechado e antiderrapante**);
- Preparar a **cadeira de rodas**:
 - Colocar a cadeira de rodas ou cadeirão perpendicular à cama e do lado da perna boa ou com mais força;
 - Tirar as rodas;
 - Alvar ou retirar a correia de braços mais próximo da cama;
 - Afetar as pedais.

18

18

4 – Transferências Seguras

4.1 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão (Pessoa mais Dependente):

6. Depois de estar sentado na cama, perguntar ao utente "se está bem", ou se sente algum desconforto (ex.: tonturas);
7. Colocar as nossas mãos a meio das costas do utente;
8. Pedir ao utente para inclinar ligeiramente o tronco para a frente a fim de transferir o peso, para que possa colocar-se de pé;
9. Contar até 3, e colocar o utente de pé;

20

20

4 – Transferências Seguras

4.1 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão (Pessoa menos Dependente):

10. Colocar a mão na anca do utente do lado oposto de onde se encontra a cadeira e orientar até à cadeira;
11. Encaminhar o utente até que a parte de trás das suas pernas se encontrem à cadeira, e sentar o utente (atenção à nossa postura, para não se fazer força excessiva);
12. Verificar que o utente se encontre bem sentado, com as costas bem encostadas;
13. Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho até 90º.

Sempre que o utente esteja na cadeira de rodas, esta deve estar sempre travada

21

21

4 – Transferências Seguras

4.1 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão (Pessoa mais Dependente):

10. Contar até 3, e colocar o utente de pé;
11. Manter as mãos nas omoplatas do utente, e controle a sua força mantendo a força nos joelhos e pernas;
12. Encaminhar o utente até que a parte de trás das suas pernas se encontrem à cadeira, e sentar o utente (atenção à nossa postura, para não se fazer força excessiva);
13. Verificar que o utente se encontre bem sentado, com as costas bem encostadas;
14. Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90º, e colocar o apoio de braços.

Transferência: entre Cama e Cadeira de Rodas (fase dependente)

Sempre que o utente esteja na cadeira de rodas, esta deve estar sempre travada

23

23

4 – Transferências Seguras

4.2 - Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão (Pessoa mais Dependente):

6. Depois de estar sentado na cama, perguntar ao utente "se está bem", ou se sente algum desconforto (ex.: tonturas);
7. Colocar os joelhos do utente no meio dos nossos joelhos (aumentar a estabilidade);
8. Colocar as nossas mãos nas omoplatas (envolvendo a pessoa);
9. Pedir ao utente para inclinar ligeiramente o tronco para a frente a fim de transferir o peso, para que possa colocar-se de pé;

Transferência: entre Cama e Cadeira de Rodas (fase dependente)

22

22

4 – Transferências Seguras

4.2 - Transferência do utente da cadeira de rodas para a cama:

- Para efetuar **transferência da cadeira para a cama** realiza-se o procedimento pela ordem inversa;
- Explicar o procedimento e sempre que possível, pedir ajuda ao utente;
- Colocar a cadeira de rodas de forma que a cama fique do lado da perna boa ou com mais força.

24

24

APÊNDICE XI
Avaliação da Sessão n.º 1

Questionário para Avaliação do Nível de Compreensão da Sessão Formativa “Sinais de Fragilidade na Pessoa Idosa, Uso de Auxiliares de Marcha e Transferências Seguras”

Nome da Instituição: _____ Iniciais do Colaborador: _____

Data: ____/____/____

Resultado: _____

1. A Fragilidade é uma condição norma na Pessoa Idosa e por isso não aumenta o risco de queda:

- a. Verdadeiro
- b. Falso

2. As técnicas de transferências, quando executadas, devem garantir segurança, tanto de quem executa, assim como da pessoa a transferir:

- a. Verdadeiro
- b. Falso

3. Entre os sinais de fragilidade que indicam maior risco de queda estão (Por Favor selecione as opções VERDADEIRAS):

- a. Ganho de peso;
- b. Perda de força muscular (nas mãos e pernas);
- c. Redução do equilíbrio;
- d. Lentidão na marcha;
- e. Cansaço fácil;
- f. Dificuldade em realizar atividades diárias.

4. Os Auxiliares de Marcha podem ser partilhados por várias pessoas, porque as características físicas não mudam de pessoa para pessoa:

- a. Verdadeiro
- b. Falso

5. As borrachas dos Auxiliares de Marcha têm de se apresentar intactas.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

6. No ajuste da canadiana, o apoio para a mão deve ficar ao nível da anca, de forma que o braço fique ligeiramente dobrado.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

7. A canadiana deve ser utilizada do lado da perna “boa” (que tem mais força).

- a. Verdadeiro
- b. Falso

8. A ordem de marcha com andarilho é: 1) deslocar o andarilho para a frente; 2) dar um passo em frente com a perna afetada ou sem força; 3) dar um passo com a perna saudável ou com mais força, sem ultrapassar a base do andarilho. Esta sequência está:

- a. Verdadeiro
- b. Falso

9. Para a realização da Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas ou cadeirão, é necessário travar as rodas da cadeira de rodas.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

10. Sempre que o utente esteja na cadeira de rodas, esta deve estar sempre travada.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

Muito Obrigado

Folha de Avaliação da Formação

Título da Formação: Sinais de Fragilidade na Pessoa Idosa, Uso de Auxiliares de Marcha e Transferências Seguras

Local: _____

Data da Formação: ____ / ____ / ____

A sua opinião é muito importante. Por Favor, responda às seguintes questões, de forma a avaliar esta sessão formativa, para identificar aspetos de melhoria.

Marque com um (X) à frente de cada um dos seguintes itens, numa escala de 1 a 5, sendo que 1 significa “menos positivo, fraco” e 5 “mais positivo, excelente”.

Muito Obrigado

ITENS		1	2	3	4	5
Conteúdo	Duração do curso					
	O conteúdo da formação foi adequado					
	Interesse dos tópicos abordados para a função desempenhada					
	A formação permitiu aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática					

Formador	Identificou os objetivos da formação					
	Motivou os formandos					
	Permitiu a fácil comunicação entre formador e formandos					
	Permitiu e desenvolveu a dinâmica entre os formandos					
	Esclareceu as dúvidas apresentadas					
	Foi claro na exposição das matérias					
	Apresentou as matérias ao nível dos formandos					
	Domínio das matérias apresentadas					

Comentários e sugestões:

APÊNDICE XII
Certificado de Presença da Sessão n.º 1



CERTIFICA-SE que _____ esteve presente na sessão de educação para saúde com o tema “SINAIS DE FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA, USO DE AUXILIARES DE MARCHA E TRANSFERÊNCIAS SEGURAS”, com a duração de 60 minutos, no âmbito do Projeto de Intervenção na Comunidade, ministrado pelo Enfermeiro Bruno Costa Pinto, estagiário do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Sra. Enf.ª _____ e do Prof. _____.

_____ *Enf.º Bruno Costa Pinto* _____ *Enf.ª* _____

Data: 2024/___/___ Data: 2024/___/___

APÊNDICE XIII

**Plano da Sessão n.º 2 - Uso de auxiliares de marcha com Segurança na Pessoa Idosa e
Exercícios de Fortalecimento Muscular**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO						
TEMA:	Risco de Queda na Pessoa Idosa: Uso de auxiliares de marcha com Segurança e Exercícios de Fortalecimento Muscular	FORMADOR:	Bruno Costa Pinto			
POPULAÇÃO ALVO:	Pessoas Idosas – utentes ERPI	DURAÇÃO:	50 minutos			
LOCAL:		DATA:				
SESSÃO Nº:	02	HORA:				
Objetivo(s) Geral(is)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar as pessoas idosas para a prevenção de quedas; Promover a segurança na marcha e reduzir o risco de queda nos utentes. 					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar pessoas idosas para a identificação de fatores de risco de queda; Demonstrar o uso correto de auxiliares de marcha (canadianas, bangalas ou pirâmide, e andarilho); Reforçar posturas seguras na marcha; Estimular o fortalecimento muscular dos membros inferiores. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador; - Apresentação da atividade; - Verificar junto dos formados qual o seu conhecimento sobre o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo - Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de todos os intervenientes; - Apresentar a atividade referindo: “As quedas são frequentes na idade avançada, mas podemos preveni-las com pequenas ações diárias: caminhar corretamente, saber usar o auxiliar de marcha e fortalecer as pernas. Hoje vamos treinar estas três áreas para aumentar a confiança e segurança.” 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor - Cadeiras; 	10 minutos	Avaliação formativa (observação da participação e envolvimento do grupo)

1

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Geradores de queda mais frequentes, relacionados com a mobilidade; - Postura correta com auxiliar de marcha; - Sequência de 6 exercícios de fortalecimento muscular; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Demonstrativo - Demonstrativo Ativo - Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os idosos sobre: <ul style="list-style-type: none"> - <u>iluminação</u> do ambiente; - <u>piso molhado</u>; - <u>uso</u> de calçado adequado; - <u>levantar</u> da cama; - Demonstrar a postura correta: costas direitas, olhar em frente, pés afastados à largura da bacia; - Cuidados gerais a ter com os auxiliares de marcha; - Orientar os utentes a colocar o auxiliar à distância adequada; - Demonstrar a utilização do equipamento de modo seguro; - Solicitar a colaboração da audiência; - Realizar exercícios simples: <ul style="list-style-type: none"> - Sentar e levantar sem se apoiar (8 vezes); - Sentado, levantar a perna até à altura da cintura (6 a 8 vezes); - Apoiado na cadeira, dobrar/esticar o joelho alternando perna direita e perna esquerda (10 vezes); - Apoiado na cadeira, subir e descer, ficando em pontas dos pés (10 vezes); - Apoiado na cadeira estender uma das pernas para trás, tirando o pé do chão (10 vezes cada perna); - Caminhar sobre uma linha reta imaginária – 10 passos (com ou sem apoio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador (Apresentação em PowerPoint) - Projetor - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras); - Auxiliares de Marcha (Canadiana e andarilho); - Cadeiras. 	30 minutos	Avaliação formativa (observação da participação e envolvimento do grupo);
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese Final; - Esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Debriefing</u>. - Reforçar mensagens-chave: “cuidados para evitar a queda, postura correta, marcha segura e músculos fortes ajudam a prevenir quedas.” 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) 	10 minutos	Avaliação sumativa (satisfação, perguntas, perceção de utilidade)

2

APÊNDICE XIV
Apresentação da Sessão n.º 2

**RISCO DE QUEDA NA PESSOA IDOSA:
USO DE AUXILIARES DE MARCHA COM SEGURANÇA E
EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR**

ELABORADO POR: BRUNO PINTO
ORIENTADO POR: PROF. _____
DEZEMBRO
2014

ESSATLA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE ANTERA

1


Introdução

Riscos de Quedas

- As quedas são comuns entre pessoas idosas, mas muitas podem ser prevenidas.
- Causam ferimentos, perda de confiança e dificuldade para se movimentar.
- É Muito Importante ter atenção ao ambiente onde estamos para ajudar a evitar acidentes (ex.: piso molhado).

Uso de bengalas e andarilhos

- As bengalas e andarilhos podem ajudar a caminhar com mais segurança.
- É importante usar o equipamento certo e ajustado à sua altura.
- É importante não partilhá-los uns com os outros



2

Introdução

Importância da Atividade Física

- A atividade física fortalece os músculos e melhora o equilíbrio.
- Atividades leves, como caminhar ou alongar, já fazem diferença.
- Ajuda a prevenir quedas e mantém o corpo ativo e saudável



3

Riscos de Queda

**De Noite,
Ligue Sempre
a Luz**



4

Riscos de Queda

**MUITA
ATENÇÃO
ao Piso
Molhado**

Via Leticia Settor



5

Riscos de Queda

**Use Calçado
Justo, Fácil de
Usar/Calçar e
com Sola
Antiderrapante**



6

Levantar da Cama


**1. Levantar da
cama devagar**



7

Levantar da Cama

**2. Colocar as
pernas do lado de
fora da cama e
aguardar um pouco**



8

Levantar da Cama



3. Calçar os pés com sapatos fechados com sola de borracha e levantar-se com cuidado

9

Uso de Canianas, Bengala e Andarilho

- As Canianas e os Andarilhos não devem ser partilhados
- Atenção aos pisos escorregadios ou molhados;
- Verificar as borrachas dos auxiliares de marcha se apresentam intactas;
- Usar sapatos fechados, bem adaptado ao pé, e com solas de borracha, antiderrapantes (**Não andar de meias ou com sapatos abertos**).




Gráfico de: Adaptação da marcha com o uso de auxiliares de marcha

10

Uso de Canianas, Bengala e Andarilho

Uso de canianas:

- Ajustar a altura das canianas:

- O suporte da caniana deve ficar abaixo do cotovelo (3 cm).
- O apoio para a mão deve ficar ao nível da anca, de forma que o braço fique ligeiramente dobrado.




Gráfico de: Adaptação da marcha com o uso de canianas

11

Uso de Canianas, Bengala e Andarilho

Uso de bengalas e pirâmide:

- Usar do lado da perna "boa" ou com mais força.



Perna BOA

12

Exercícios de Fortalecimento Muscular

E Agora aos Exercícios...

13

Exercícios de Fortalecimento Muscular

1 - Sentar-se e levantar-se sem se apoiar (8 vezes):



14

Exercícios de Fortalecimento Muscular

2 - Sentado, levantar a perna até à altura da cintura (6 a 8 vezes):



15

Exercícios de Fortalecimento Muscular

3 - Apoiado na cadeira, dobrar/esticar o joelho alternando perna direita e perna esquerda (10 vezes):



16

APÊNDICE XV
Flyer n.º 1

Você Sabia que...

As quedas são uma preocupação crescente para a saúde e bem-estar dos idosos. Com o avançar da idade, o risco de quedas e as consequências destas podem aumentar bastante, afetando a qualidade de vida e a realização das suas atividades. Por isso, é **MUITO IMPORTANTE** prever as quedas.

Nas instituições de apoio às Pessoas Idosas, a segurança dos utentes é prioridade máxima. As quedas representam um dos maiores riscos para a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Este tríptico oferece informações valiosas e práticas para criar um ambiente mais seguro e criar hábitos que ajudam a reduzir os riscos, garantindo uma vida mais segura e ativa para todos.

Brochura elaborado por Bruno Costa Pinto, mestrando do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Srs. Enf.ª [redacted] e do Sr. Prof. [redacted]

Dezembro
2024

Menos Quedas, Mais Qualidade de Vida: Proteja a Sua Saúde



Previna Quedas, Ganhe Saúde

O que pode fazer para PREVENIR a QUEDA?



**Cuidado com
Objetos
Espalhados
no Chão**



**Use Calçado
Justo, Fácil de
Usar/Calçar e
com Sola
Antiderrapante**



**De Noite,
Ligue Sempre
a Luz**



**MUITA
ATENÇÃO
ao Piso
Molhado**



**Nas Escadas,
use Sempre o
Corrimão**



**Faça
Exercício
Físico e
Caminhadas**

Para se levantar da cama com segurança:



**1. Levante-se
devagar**



**2. Coloque as
pernas do lado de
fora da cama e
aguarde um pouco**



**3. Calce os pés com
sapatos fechados,
sola de borracha e
levante-se com
cuidado**

APÊNDICE XVI
Flyer n.º 2

Você Sabia que o Exercício Físico ...

Ajuda a melhorar o tempo de reação, a força, o equilíbrio e a flexibilidade.

Ajuda a prevenir a ocorrência de queda.

Brochura elaborada por Bruno Costa Pinto, mestrando do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Sra. Enf.ª [redacted] Sr. Prof. [redacted]

Dezembro
2024

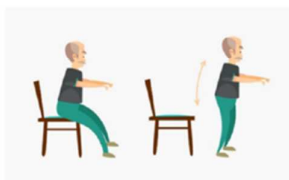
Menos Quedas, Mais Qualidade de Vida: >> Proteja a Sua Saúde



Previna Quedas, Faça Atividade Física

Alguns Exercícios que poderá fazer para melhorar a sua força muscular:

1—Sentar-se e levantar-se sem se apoiar (8 vezes):



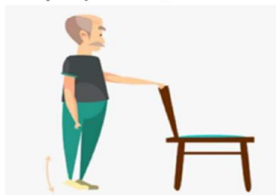
2—Sentado, levantar a perna até à altura da cintura (6 a 8 vezes):



3—Apoiado na cadeira, dobrar/esticar o joelho, alternando perna direita e perna esquerda (10 vezes):



4—Apoiado na cadeira, subir e descer, ficando em pontas dos pés (10 vezes):



5—Apoiado na cadeira estender uma das pernas para trás, tirando o pé do chão (10 vezes cada perna):



6—Caminhar sobre uma linha reta imaginária – 10 passos (com ou sem apoio):



Se algum dos exercícios provocar dor ou desconforto não deverá ser realizado.

APÊNDICE XVII
Procedimento Operacional

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
	Número: 1	Vigência a partir de: __/__/__	Edição: 01 Página: 1/10

0. LISTA DE SIGLAS/ACRÓNIMOS

DGS – Direção Geral de Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

POP - Procedimento Operacional Padrão

1. FINALIDADE E OBJETIVOS

A prevenção de quedas é uma área de especial relevância no âmbito da prestação de cuidados a pessoas idosas, especialmente em instituições de longa permanência. As quedas representam um dos principais problemas de saúde pública nessa população, devido às suas consequências físicas, psicológicas e sociais (Santos et al., 2018). De facto, está bastante demonstrado que as quedas são eventos adversos que afetam frequentemente os idosos (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012).

A ocorrência de quedas pode levar a lesões graves, como fraturas e traumatismos cranianos, além de promover a perda de independência e a redução da qualidade de vida dos idosos (Santos et al., 2018).

Assim, torna-se de importância elevada a criação de um programa de gestão de risco de queda na pessoa idosa numa instituição de apoio à pessoa idosa, padronizando o processo de avaliação do risco de queda e caso ocorra, o seu registo.

Neste documento são abordadas as responsabilidades dos intervenientes, as precauções básicas relativas à prevenção do risco de queda, operacionaliza a avaliação do risco de queda, a documentação do evento de queda e os respetivos registos.

Objetivos:

- Descrever as precauções básicas de prevenção do risco de queda;
- Uniformizar o procedimento de avaliação do risco de queda;
- Uniformizar o procedimento de gestão da ocorrência de queda;
- Capacitar os profissionais para a prevenção da ocorrência de queda;
- Melhorar a segurança do utente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/____	Edição: 01	Página: 2/10

2. ÂMBITO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a toda a instituição. Os agentes diretos são os Enfermeiros e os Cuidadores Formais.

3. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Documentos Internos Relacionados

- *Check list* de Verificação de Risco de Queda Ambiental
- Registo de Avaliação do Risco de Queda
- Registo de Ocorrência de Queda

Documentos Externos Relacionados

- Norma DGS n.º 008/2019 de 09 de dezembro. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026)
- Referencial de Boas Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - Grupo de Trabalho Colaborativo

4. DEFINIÇÕES

Conceitos

Queda - é um evento inesperado no qual uma pessoa cai inadvertidamente no pavimento ou para um nível inferior, que pode ter várias repercussões, como a hospitalização, perda de funcionalidade e mesmo a morte (Montero-Odasso, et al., 2022).

Prevenção – refere-se ao conjunto de medidas e ações tomadas com o objetivo de evitar ou minimizar riscos, problemas e danos futuros (Círculo de Leitores, 2001).

Idoso - pessoas com 65 ou mais anos (DGS, 2022).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/__	Edição: 01	Página: 3/10

5. PROCEDIMENTOS

5.1 Precauções Básicas

A prevenção de quedas dos utentes exige um esforço coordenado e planeado que tem início no momento do acolhimento do utente na instituição, através da sensibilização e educação do utente e acompanhante/cuidador, com enfoque em fatores de risco de quedas, precauções básicas e medidas específicas, utilizando uma linguagem apropriada ao nível de literacia dos envolvidos. No momento do acolhimento, deve ser realizado ao utente e acompanhante/cuidador, uma visita de orientação relativamente ao ambiente da instituição, nomeadamente áreas de permanência/espera, percursos/áreas de circulação, instalações sanitárias, entre outros (Correia, E. S et al., 2022).

No interior da instituição, tem de ser criado um ambiente seguro, mitigando os riscos ambientais e infraestruturais, e definir um conjunto de precauções básicas, aplicáveis a todas os utentes, independentemente do risco de queda:

- Para a deambulação ou permanência dos utentes, devem ser implementadas medidas corretivas sempre que necessário com vista à prevenção da queda (ex.: corrimões em locais de circulação, iluminação adequada, cadeiras e cadeirões/sofás com apoios laterais, proteção de quinas de móveis);
- Tem de ser assegurado que todos os percursos dos utentes estejam livres de obstáculos de qualquer tipo;
- Todos os pavimentos devem estar secos e em bom estado, estruturalmente sem danos e sem desníveis (caso existam desníveis têm de ser devidamente sinalizados);
- Os pisos momentaneamente molhados/escorregadios têm de ser sempre assinalados através de sinalética adequada e sempre que ocorrerem derrames deve haver intervenção imediata;
- Todos os sistemas auxiliares de marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) devem de estar estruturalmente íntegros, devendo ser instituída uma revisão regular do seu estado de conservação;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/____	Edição: 01	Página: 4/10

- Todas as cadeiras de rodas da instituição têm de ter todos os seus componentes montados e funcionais (nomeadamente apoios de pés, apoios de braços, travões, etc.), pelo que deve ser instituída uma revisão regular do seu estado de conservação;
- Devem existir cadeiras de rodas da instituição dedicadas a utentes bi-amputados, dotadas de sistema anti volteio;
- As cadeiras de rodas com utentes devem ser sempre travadas quando não se encontrem em movimento;
- Durante as transferências, travar sempre a cadeira de rodas e remover os descansos de pés;
- As cadeiras de rodas utilizadas em utentes sonolentos, desorientados ou agitados têm de possuir cinto de segurança de modo a facilitar a prevenção de eventuais quedas (Correia, E. S et al., 2022; DGS, 2019).

Deve ser criada a figura de Pessoa Responsável pela Monitorização da implementação do Programa de Gestão do Risco de Quedas, para que todos os pressupostos deste programa sejam cumpridos, nomeadamente o agendamento regular da avaliação do risco de queda aos utentes.

5.2 **Avaliação do Risco de Queda**

Deve ser efetuada a todos os utentes da instituição, uma avaliação dos fatores de risco de queda de acordo com a Escala de Quedas de Morse, reconhecida pela DGS (ver imagem abaixo) e documentada em formulário próprio.

Esta avaliação **deve ser realizada**:

- No acolhimento do utente;
- A cada 3 meses;
- Após qualquer alteração notória dos fatores de risco, como agravamento do estado de saúde, alteração da medicação;
- Após um episódio de hospitalização (incluindo uma ida ao Serviço de Urgência);
- Após uma queda.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/____	Edição: 01	Página: 5/10

Os resultados dessa avaliação têm de ser comunicados aos profissionais que prestam cuidados na instituição, de modo a ajustar as precauções e níveis de alerta ao grau de risco identificado, bem como aos próprios utentes, familiares ou cuidadores, e documentar em conformidade, arquivando cópia em local dedicado (ex.: processo do utente).

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

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

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

Fig. 1 – Escala de Quedas de Morse, versão Portuguesa

A Escala de Quedas de Morse é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um, correspondendo uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada, a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda, podendo variar de 0 a 125 pontos, sendo que:

- Sem Risco (0 e ≤ 24) pontos;
- Baixo Risco (≥ 25 e ≤ 50);
- Alto Risco (≥ 51 pontos) (DGS, 2019; Costa-Dias et al., 2014).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/____	Edição: 01	Página: 6/10


O seu preenchimento tem um tempo estimado inferior a 3 minutos (instruções de preenchimento no Anexo I).

5.3 Ocorrência de Queda

Apesar de todas as medidas preventivas, a queda accidental pode ocorrer e nestas circunstâncias deve ser realizada uma avaliação sumária da situação, nomeadamente:

- Local de ocorrência da queda;
- Consequências da queda (avaliar o utente):
 - o verificar se está consciente ou não, perguntando pelo nome e de seguida que descreva sucintamente o episódio de queda;
 - o verificar qual o tipo de lesão;
 - o se o utente se queixa de dor intensa localizada;
- Se o utente **não apresentar queixas**, tente sentar o idoso no chão;
- Coloque uma cadeira perto;
- Ajude-o a levantar-se colocando-se por trás e segurando com as duas mãos no cinto das calças ou cós das calças;
- Sente-o na cadeira para descansar e adquirir alguma tranquilidade;
- Se o idoso tiver uma dor muito intensa, localizada e não conseguir mexer-se **NÃO SE DEVE MOBILIZÁ-LO**; nesta situação o idoso deve ser quente (com ajuda de um cobertor ou similar) até chegar ajuda;
- **Contactar os serviços de emergência** (INEM), em caso de necessidade de assistência externa;
- Comunicação do incidente à família/cuidador, após a implementação das medidas de suporte/correção e estabilização/encaminhamento do utente;
- Registar o incidente de queda no formulário dedicado para o efeito.

Após a ocorrência de qualquer episódio de queda, deve ser realizada uma análise da causa, com vista à tomada de ações de melhoria do programa e/ou corretivas medidas, sempre que aplicável (Diogo, A.R., n.d).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/__	Edição: 01	Página: 7/10

6. ANEXOS

Anexo I - Instruções de Preenchimento da Escala de Quedas de Morse.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, P., Carvalho, A. L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Retrieved from https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing and Health Sciences*, 14(4), 452-457. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x
- Círculo de Leitores (2001). Nova Enciclopédia Larousse. 3903ª Ed. (Vol. 18, pp. 5704). Rio de Mouro
- Correia, E. S., Dias, H., Pascoal, M., Revez, A. P., Caetano, C., Santos, V., ... & Cordeiro, T. (2022). Referencial de Boas Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Grupo de Trabalho Colaborativo. Lisboa. Obtido de [https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI Referencial de Boas Praticas VFinal.pdf](https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI%20Referencial%20de%20Boas%20Praticas%20VFinal.pdf)
- Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7-17.
- Despacho n.º1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 28, 2ª série. (2015). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa
- Despacho n.º9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República n.º 187, 2ª série. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026)*. Lisboa
- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 de 09 de dezembro. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido em 29 de junho de 2024, de Direção Geral de Saúde: https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf#page=14.09
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, R., Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9), 1-36. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Título Programa de Gestão do Risco de Quedas	
Número: 1	Vigência a partir de: __/__/__	Edição: 01	Página: 8/10

Nogueira, I. S., Ulbinski, N. F., Jaques, A. E., & Baldissera, V. D. A. (2021). Riscos ambientais de quedas em idosos atendidos pela equipe de Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*, 22:e60796. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260796>

Diogo, A.R., Moura, Margarida, Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio - Guia Prático Ilustrado. Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados - 3 Manual do Cuidados. (n.d.). *Direção Regional da Solidariedade Social*. Obtido em 14 de 10 de 2024 de: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quebras.pdf

Santos, J. S., Morais, C. S., Fontes, F. L., Coelho, I. A., Costa, J. K., Avelino, J. T., . Santos, T. L. (2018). Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família: prevenir para não cair. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23(1), 32-38. Obtido em 31 de 05 de 2024, de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_085620.pdf

Elaborado por: Bruno Pinto	Aprovado por:
Orientado por; Enf.ª Supervisora Clínica: [REDACTED] Professor: [REDACTED]	

Anexo I - Instruções de Preenchimento da Escala de Quedas de Morse.

Item	Possibilidade Respostas	Pontuação	Racional
1. Historial de quedas últimos 3 meses	Não	0	Sem queda.
	Sim	25	Com queda.
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	0	Utentes que apresentam condições de saúde tais como: hipotensão, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como "Diagnósticos Secundários".
	Sim	15	
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador/acamado/cadeira de rodas	0	Deambulam sozinhos ou transportados em cadeira de rodas.
	Muletas/canadianas/bengala/andariço	15	Semi-dependentes, que se movimentam com ajuda de algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andariço).
	Apoia-se no mobiliário para andar	30	Deambulam sozinhos, mas que requerem apoio em superfícies, como corrimões e outras, apoiando-se na mobília ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair).
4. Terapia intravenosa	Não	0	O utente não se encontra com terapia endovenosa (administração de medicamentos, soros) diretamente na corrente sanguínea.
	Sim	20	O utente apenas se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa. Portanto, se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, considera-se "SIM".

i

5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0	Utentes que deambulem sozinhos sem dificuldade, com a cabeça erguida e os braços balançando livremente ao lado do corpo, passos largos e sem hesitação. Os utentes acamados e imóveis também são considerados neste ponto
	Debilidado	10	Utentes que apresentem alterações da marcha, que caminhem com o olhar dividido entre o chão e o horizonte, com passos curtos e por vezes vacilantes e que por vezes podem necessitar de apoio para se deslocarem, agarrando-se à mobília ou a pessoas. Neste ponto são considerados todos os utentes que se desloquem de cadeiras de rodas e que necessitam de pouca ajuda para executarem a transferência.
	Dependente de ajuda	15	Utentes em cadeira de rodas que necessitam de ajuda na transferência, e que não se conseguem locomover e necessitam de ajuda. Quando ajudados é perceptível o agarrar e o peso do utente. Incluem-se todos os utentes que se deslocam em cadeira de rodas que necessitem de ajuda.
6. Estado mental	Consciente das suas capacidades	0	Quando questionado sobre o que consegue ou não executar, o utente responde de acordo com o seu estado e capacidade. Tem consciência do risco de queda e pede ajuda quando necessário e aceita as indicações dos cuidadores.
	Esquece-se das suas limitações	15	Quando questionado sobre o que consegue ou não executar o utente responde de forma incongruente com o seu estado e capacidade. Não cumpre as indicações dos cuidadores relativamente ao risco de queda. Incluem os utentes em cadeira de rodas que têm alterações cognitivas e/ou que tentam levantar-se ou movimentar-se sozinhos. Utentes confusos não estão conscientes das suas limitações (incluindo-se os estados de confusão aguda, crónica ou intermitente).

ii

APÊNDICE XVIII
Registro de Avaliação do Risco de Queda

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Identificação do Utente			
Nome:			Avaliação Inicial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N.º Utente			Nível de Risco Prévio:
Data de Nascimento:	_/_/	Idade:	_/_/

(dd/mm/aaaa)

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE (Versão Portuguesa)			Data da Avaliação
			//
1. Historial de quedas últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	0	
	Sim	15	
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador/ acamado/cadeira de rodas	0	
	Bastão/canadianas/ bengala/andarilho	15	
	Apoia-se no mobiliário para andar	30	
4. Terapia intravenosa	Não	0	
	Sim	20	
5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/móvel	0	
	Debitado	10	
	Dependente de ajuda	20	
6. Estado mental	Consciente das suas capacidades	0	
	Esquece-se das suas limitações	15	
Total			

Níveis de Risco	
Sem Risco	0 e ≤ 24
Baixo Risco	≥ 25 e ≤ 50
Alto Risco	≥ 51

Risco

[Redacted]

Comentários/Observações

Assinatura

Adaptado de:

- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2018) Norma n.º 006/2018 de 09 de dezembro. Prevenção e intervenção na Guarda do Adulto em Unidades Hospitalares. Lisboa. Obtido de <https://normas.dgs.mn.gov.pt/wp-content/uploads/2018/12/prevencao-e-intervencao-na-guarda-do-adulto-em-unidades-hospitalares.pdf>

- Costa-Oliveira, M. J. M., Ferreira, F. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7-17

Realizado por:

Bruno Pinto

Orientado por:

[Redacted]

APÊNDICE XIX
Registro de Episódio de Queda

REGISTO DE EPISÓDIO DE QUEDA

Identificação do Utente			
Nome:		Idade:	
Nível de risco na altura da queda:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Nascimento:	__/__/____		
<i>(dd/mm/aaaa)</i>			
Incidente de Queda:			
Data da Queda:	__/__/____	Hora da Queda:	__:__
Local de ocorrência da Queda (ex.: na casa de banho):			
<input type="checkbox"/> Não presenciada <input type="checkbox"/> Presenciada		Por quem: _____	
Descrição da Queda (ex.: local exato da queda; descrição do motivo):			
Motivo da Queda: (selecionar apenas uma opção)		<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<i>A - Fatores Intrínsecos – quedas relacionadas com o próprio utente (ex.: alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, presença de doenças agudas, fraqueza muscular e alterações da marcha)</i>			
<i>B - Fatores Extrínsecos – quedas relacionadas com o ambiente físico no qual o utente se encontra (ex.: piso escorregadio, tapetes soltos, objetos nas áreas de circulação, ausência de barras de apoio e corrimãos, móveis instáveis e iluminação inadequada)</i>			
C - Outras causas – razões não contempladas em A ou B			
Se assinalou C, indique a(s) causa(s):			
Consequências da Queda: (selecionar apenas uma opção)		Grau de Dano: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
1. <i>Nenhum Dano:</i> Queda que não tenha provocado nenhum dano evidente.			
2. <i>Dano Leve:</i> Queda que tenha exigido uma observação extra; que tenha causado sintomas mínimos, perda de função ou lesão limitada.			
3. <i>Dano Grave:</i> Queda que tenha resultado numa referência à urgência hospitalar, hospitalização e/ou intervenção cirúrgica, que levou ao cancelamento ou interrupção súbita do tratamento.			
4. <i>Morte:</i> Queda que tenha provocado a morte da pessoa.			
Local ou locais das lesões aparentes:			
Tipo de lesão: <input type="checkbox"/> Pele Ferida <input type="checkbox"/> Hêmata Negro <input checked="" type="checkbox"/> Traumatismo <input checked="" type="checkbox"/> Dor Intensa Localizada <input type="checkbox"/> Outros			
Se assinalou 'Outro', por favor especificar:			
Necessidade de assistência:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se 'Sim': <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa	

Medidas implementadas (ações, pessoas contactadas):	
Comunicação à família/cuidador:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se "Sim":	Data : ___/___/___ Hora: ___:___ Por quem: _____
Assinaturas:	

Cuidador(a) do utente	Diretor(a) Técnico(a)

Adaptado de:

- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde. (2016). Norma n.º 006/2016 de 29 de dezembro. Prevenção e intervenção na Qualidade do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa. Obtido de <https://normas.dgs.mn.saude.pt/leg-content/uploads/2016/12/prevencao-e-intervencao-na-qualidade-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Correia, E. S., Dias, H., Paçóval, M., Neves, A. P., Cortes, C., Santos, V., ... & Cordeiro, T. (2022). Referencial de Boas Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Grupo de Trabalho Colaborativo. Lisboa. Obtido de https://www.dgs.mn.saude.pt/leg-content/uploads/2022/05/ERP_Referencial_de_Boas_Praticas_vFinal.pdf

Revisado por:
Bruna Pinto

Orientado por:
[Redacted]

APÊNDICE XX

Plano de Sessão n.º 3 - Formação Documental - Programa de Gestão de Quedas

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO

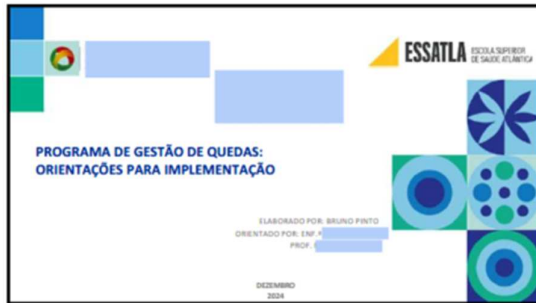
TEMA:	Formação documental - Programa de Gestão de Quedas		FORMADOR:	Bruno Costa Pinto		
POPULAÇÃO ALVO:	Cuidadores Formais e Direção Técnica		DURAÇÃO:	55 minutos		
LOCAL:			DATA:			
SESSÃO Nº:	03		HORA:			
Objetivo(s) Geral(is)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os cuidadores formais e direção técnica para a importância da implementação estruturada de um Programa de Gestão de Quedas. Contribuir para a redução do risco de queda através da adoção de práticas preventivas baseadas em evidência. 					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar as fases, componentes e documentos do Programa de Gestão de Quedas; Reforçar orientações práticas para a implementação e monitorização do programa; Promover a reflexão sobre o papel dos cuidadores e da direção técnica na gestão integrada do risco de queda. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Apresentação do formador e temática; - Justificação da importância do tema.	- Interrogativo - Ativo	- Apresentação do formador (em caso de novos profissionais); - Passagem da assinatura de folha de presenças; - Questionar sobre a temática, considerando as anteriores atividades.	- Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor; - Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) - Canetas; - Folhas;	5 minutos	Diagnóstico oral
Desenvolvimento	- Apresentação dos componentes do Programa de Gestão de Quedas:	Expositivo/exposição Interrogativo/discussão	- Exposição dos conteúdos em PowerPoint; - Interação com questões como:	- Computador (Apresentação em Powerpoint) - Projetor;	40 minutos	Avaliação formativa (observação da participação e

1

	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação inicial e periódica do risco de queda pela Escala de Quedas de Morse (EQM); Intervenções preventivas multidimensionais Registo e análise de incidentes; Importância da Comunicação e articulação entre equipas; Orientações práticas para implementação do programa. 		<ul style="list-style-type: none"> "Quais são os fatores de risco mais frequentes observados na instituição?" "Como poderá a equipa melhorar o processo de comunicação após a ocorrência de uma queda?" Apresentação da Escala de Quedas de Morse (EQM); Explicação do preenchimento da EQM; Aplicação em exemplos práticos da EQM; Apresentação do formulário de Registo de Episódio de Queda; Exposição sobre o procedimento a adotar na eventualidade da necessidade de chamar os serviços de emergência hospitalar, 	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) Canetas; Folhas; Documentos do programa impressos. 		envolvimento do grupo);
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese Final; Importância da aplicação prática do programa; Reforço do papel da equipa Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo/exposição Interrogativo/questionário	<ul style="list-style-type: none"> Debriefing; Reforço dos principais pontos abordados; Aplicação de questionário de avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Projetor Mobiliário (Mesa para equipamentos cadeiras) Instrumentos de avaliação sumativa. 	10 minutos	Avaliação sumativa (questionário avaliação)

2

APÊNDICE XXI
Apresentação da Sessão n.º 3



1

1 – Introdução

- A prevenção de quedas é uma área de especial relevância no âmbito da prestação de cuidados a pessoas idosas;
- O processo de envelhecimento acarreta consigo alterações anatómicas e fisiológicas que contribuem para o aumento do risco de queda na pessoa idosa;
- Evitar a ocorrência de queda é hoje considerado fundamental em instituições de apoio à pessoa idosa, sendo considerado um dos indicadores de qualidade;
- Da necessidade de se desenvolverem estratégias para diminuir o número de quedas, surge a necessidade de se identificarem corretamente os utentes com risco de queda, pela criação de um programa de gestão de risco de queda na pessoa idosa.

3

2 – Objetivos

- Descrever as precauções básicas de prevenção do risco de queda;
- Uniformizar o procedimento de avaliação do risco de queda;
- Uniformizar o procedimento de gestão da ocorrência de queda;
- Capacitar os profissionais para a prevenção da ocorrência de queda;
- Melhorar a segurança do utente.

4

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional Avaliação do Risco de Queda Registo do Risco de Queda

5

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional

- Neste documento são abordadas:
 - As responsabilidades dos intervenientes;
 - As precauções básicas relativas à prevenção do risco de queda;
 - Operacionaliza a avaliação do risco de queda, e documentação do evento de queda e os respetivos registos;
 - Instruções de Preenchimento da Escala de Quedas de Morse.

6

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional

- Conjunto de precauções básicas, aplicáveis a todas os utentes, independentemente do risco de queda:
 - Medidas corretivas sempre que necessário com vista à prevenção da queda (ex.: corrimões em locais de circulação, iluminação adequada, cadeiras e cadeirões/rolas com apoios laterais, proteção de quinas de móveis);
 - Todos os percursos dos utentes estejam livres de obstáculos de qualquer tipo;
 - Todos os pavimentos devem estar secos e em bom estado, estruturalmente sem danos e sem desníveis (caso existam desníveis têm de ser devidamente sinalizados);

7

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional

- Conjunto de precauções básicas, aplicáveis a todas os utentes, independentemente do risco de queda:
 - Os pisos momentaneamente molhados/escorregadios têm de ser sempre assinalados através de sinalética adequada e sempre que ocorrerem derrames deve haver intervenção imediata;
 - Todas os sistemas auxiliares de marcha devem de estar estruturalmente íntegros, devendo ser instituída uma revisão regular do seu estado de conservação;
 - Todas as cadeiras de rodas da instituição têm de ter todos os seus componentes montados e funcionais (revisão regular do seu estado de conservação)

8

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional

- Conjunto de precauções básicas, aplicáveis a todas os utentes, independentemente do risco de queda:
 - Devem existir cadeiras de rodas da instituição dedicadas a utentes bi-amputados, dotadas de sistema anti-voiteio;
 - Durante as transferências, travar sempre a cadeira de rodas e remover os descansos de pés;
 - As cadeiras de rodas utilizadas em utentes sonolentos, desorientados ou agitados têm de possuir cinto de segurança de modo a facilitar a prevenção de eventuais quedas;

Deve ser criada a figura de Pessoa Responsável pela Monitorização da Implementação do Programa de Gestão do Risco de Quedas

9

3 – Organização Documental

Procedimento Operacional

- Avaliação do Risco de Queda (Escala de Quedas de Morse):
 - Deve ser efetuada a todos os utentes da instituição:
 - No acolhimento do utente;
 - A cada 3 meses;
 - Após qualquer alteração notória dos fatores de risco, como agravamento do estado de saúde, alteração da medicação;
 - Após um episódio de hospitalização (incluindo uma ida ao Serviço de Urgência);
 - Após uma queda.

10

3 – Organização Documental

Registo de Avaliação do Risco de Queda

- Escala de Quedas de Morse:
 - É constituída por seis itens:
 1. Historial de Quedas (nos últimos 3 meses);
 2. Diagnóstico(s) Secundário(s);
 3. Ajuda para Caminhar;
 4. Terapia Intravenosa;
 5. Postura no Andar e na Transferência;
 6. Estado Mental;
 - A soma das pontuações obtidas resulta num score:

Níveis de Risco	
Sem Risco	0 a 1 24
Baixo Risco	25 a 50
Alto Risco	≥ 51

11

3 – Organização Documental

Registo da Ocorrência de Queda

REGISTO DE EPISÓDIO DE QUEDA

Identificação do Idoso

Nome: _____ Idade: _____
 Nº de identificação: _____ Sexo: M F
 Data de Nascimento: _____
 Nome do Idoso: _____
 Data da Queda: _____ Hora da Queda: _____
 Local de ocorrência de Queda em: na casa de banho
 Não presencial: Presencial: Par: _____

22

3 – Organização Documental

Registo da Ocorrência de Queda

Descrição da Queda em: Incidência da queda (descrição do episódio)

Motivo da Queda (selecione apenas uma opção): A B C

A - Pessoa Inestável - queda relacionada com o estado clínico do indivíduo (patologias relacionadas com o desenvolvimento cerebral de origem aguda, traumas mecânicos e alterações de marcha)
 B - Pessoa Instável - queda relacionada com o acidente físico (no caso a queda se enquadra por: não acompanhado, roupa enfiada, objeto no chão de construção, ausência de barras de apoio e corrimão, mobiliário não está corretamente montado)
 C - Outras causas - queda não contemplada em A ou B

De acordo com o ítem 6, indique A ou B

23

22

23

3 – Organização Documental

Registo da Ocorrência de Queda

Consequências da Queda (selecione apenas uma opção): A B C D

A - Sem lesões - queda que não tenha provocado qualquer dano anatómico
 B - Lesões ligeiras - queda que tenha exigido uma observação clínica que tenha causado sintomas mínimos, porém de curta duração
 C - Lesões moderadas - queda que tenha ocasionado alguma alteração de vigilância, hemorragia, fratura ou lesão em membros superiores, que tenha exigido tratamento ou internamento clínico de emergência
 D - Lesões graves - queda que tenha provocado a morte do paciente

Local de lesão dos tecidos moles:

Tipo de lesão: Pele Furtiva Hêmia torçã Traumatismo Dor intensa localizada Queda

Se existirem "Quedas" por favor registá-las:

Necessidade de assistência: Não Sim Se "Sim": Interna Externa

24

3 – Organização Documental

Registo da Ocorrência de Queda

Medidas implementadas (verba, prescrição, encaminhamento): _____

Comunicação e encaminhamento: Não Sim

Se "Sim": Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____ Por quem: _____

Assinatura: _____

Carimbo de saúde: _____

25

24

25

3 – Organização Documental

Registo da Ocorrência de Queda

- Na necessidade de chamar os serviços de emergência hospitalar:
 - Identificação de quem liga - Quem sou;
 - Qual o tipo de emergência médica - Queda;
 - O que observo (hemorragia; alteração do estado de consciência, ...);
 - Quem (pessoa x, com y idade);
 - Onde estou (sempre possível com pontos de referência);
 - Contacto telefónico (móvel);

26

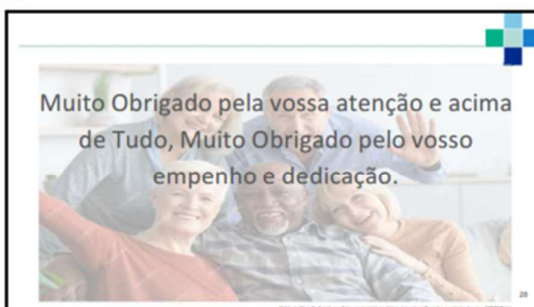
5 - Conclusão

- A prevenção de quedas nas Pessoas Idosas requer um esforço coordenado e planeado de equipa;
- Deve começar logo no momento do acolhimento, nomeadamente através de sensibilização e educação do idoso e acompanhante;
- Enfoque em fatores de risco de quedas, precauções básicas e medidas específicas, utilizando uma linguagem simples e apropriada ao nível de literacia dos envolvidos;
- O programa deve ser contínuo e monitorizado;
- A comunicação é essencial para o sucesso;
- A formação e prática são fundamentais.

27

26

27



Referências Bibliográficas

- Alves, V., Silva, S., Dias, F., Almeida, C., Mendes, R., & Dias, C. M. (2016). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2013 do sistema ISTAT. *Revista Epidemiológica e Saúde*, 13(2), 91-96.
- Carra, A., Simões, V., Sampaio, A. M., & Fernandes, H. (2016). A análise da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. In *Atas de Gerontologia (Congresso Português de Análise e Intervenção em Gerontologia Social)* (Vol. 2, pp. 1-11). Actas de Gerontologia, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- DSF. (2022). *Condições: notas sobre os procedimentos*. Consultado em 20 de outubro. Disponível em <https://www.dsf.gov.pt/pt/pt/condicoes/condicoes.html>.
- Inspeção Geral de Saúde (2022). *Conteúdo essencial a uma família entre si e entre si e o cuidado de saúde (sejam menor dependência)* [Web]. YouTube. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=3D0f3e3e3e3e>.
- Inspeção Geral de Saúde (2022). *Mapa 4) Cuidar together e uma família entre si e entre si e o cuidado de saúde (sejam menor dependência)* [Web]. YouTube. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=3D0f3e3e3e3e>.
- Oliver, J. (2016). *Guia de Orientação de Boas Práticas - Guia de Orientação de Boas Práticas - Guia de Orientação de Boas Práticas - Guia de Orientação de Boas Práticas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

29

28

29

ESSATLA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

Programa de Gestão de Quedas: Orientações para implementação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

30

APÊNDICE XXII
Avaliação da Sessão n.º 3

Questionário para Avaliação do Nível de Compreensão do Projeto de Intervenção Comunitário – “PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA – NO CAMINHO DA CAPACITAÇÃO”

Nome da Instituição: _____ Data: ____/____/____

Resultado: _____

1. A Fragilidade é uma condição normal na Pessoa Idosa e por isso não aumenta o risco de queda:

- a. Verdadeiro
 b. Falso

2. A avaliação do Risco de Queda pela Escala de Quedas de Morse, deve ser realizada nos seguintes momentos: no acolhimento do utente, a cada 6 meses, após qualquer alteração do estado de saúde do utente, após um episódio de hospitalização (incluindo ida à urgência) e após uma queda.

- a. Verdadeiro
 b. Falso

3. “Queda” pode ser definido quando uma pessoa cai inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, sem lesão.

- a. Verdadeiro
 b. Falso

4. “Depressão” e “ansiedade” não são consequências da ocorrência de quedas.

- a. Verdadeiro
 b. Falso

5. As pessoas idosas devem sempre ligar a luz ao levantar.

- a. Verdadeiro
 b. Falso

6. As técnicas de transferências, quando executadas, devem garantir segurança, tanto de quem executa, assim como da pessoa a transferir:

- a. Verdadeiro
 b. Falso

7. Os Auxiliares de Marcha podem ser partilhados por várias pessoas, porque as características físicas não mudam de pessoa para pessoa:

- a. Verdadeiro
 b. Falso

8. Piso molhado não constitui um problema para a ocorrência de queda.

- a. Verdadeiro
 b. Falso

9. Na Escala de Quedas de Morse, uma pontuação de 45 é considerada como “Sem Risco”.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

10. As pessoas idosas são mais frágeis e por isso não devem fazer atividade física.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

11. As Pessoas Idosas devem usar calçado justo, fácil de usar/calçar e com sola antiderrapante.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

12. No ajuste da canadiana, o apoio para a mão deve ficar ao nível da anca, de forma que o braço fique ligeiramente dobrado.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

13. A canadiana deve ser utilizada do lado da perna “boa” (que tem mais força).

- a. Verdadeiro
- b. Falso

14. A ordem de marcha com andarilho é: 1) deslocar o andarilho para a frente; 2) dar um passo em frente com a perna afetada ou sem força; 3) dar um passo com a perna saudável ou com mais força, sem ultrapassar a base do andarilho. Esta sequência está:

- a. Verdadeiro
- b. Falso

15. Para a realização da Transferência do utente da cama para a cadeira de rodas, é necessário travar as rodas da cadeira de rodas.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

16. Sempre que o utente esteja na cadeira de rodas, esta deve estar sempre travada.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

17. Sempre que seja necessário chamar os serviços de emergência médica, devemos informar: “Quem sou”; “Qual o tipo de emergência médica”; “O que observo”; “Quem”; “Onde estou”; “Contato telefónico”.

- a. Verdadeiro
- b. Falso

Muito Obrigado 2

Folha de Avaliação da Formação
 Questionário para Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária –
 “PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA – NO CAMINHO DA
 CAPACITAÇÃO”

Local: _____

Data da Formação: ____/____/____

A sua opinião é muito importante. Por Favor, responda às seguintes questões, de forma a avaliar esta sessão formativa, para identificar aspetos de melhoria.

Marque com um (X) à frente de cada um dos seguintes itens, numa escala de 1 a 5, sendo que 1 significa “menos positivo, fraco” e 5 “mais positivo, excelente”.

Muito Obrigado

ITENS		1	2	3	4	5
Conteúdo	Duração do curso					
	O conteúdo da formação foi adequado					
	Interesse dos tópicos abordados para a função desempenhada					
	As formações permitiram aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática					

Formador	Identificou os objetivos das formações					
	Motivou os formandos					
	Permitiu a fácil comunicação entre formador e formandos					
	Permitiu e desenvolveu a dinâmica entre os formandos					
	Esclareceu as dúvidas apresentadas					
	Foi claro na exposição das matérias					
	Apresentou as matérias ao nível dos formandos					
	Domínio das matérias apresentadas					
De forma geral, como classifica os resultados alcançados neste curso?						

Comentários e sugestões:

APÊNDICE XXIII


Poster Informativo Sobre Medidas de Prevenção da Ocorrência de Queda

Menos Quedas, Mais Qualidade de Vida: Proteja a Sua Saúde



APÊNDICE XXIV

Apresentação da sessão formativa direcionada a profissionais de uma escola de ensino básico



ALERGIA ALIMENTAR NA CRIANÇA: O QUE É E COMO ATUAR

ELABORADO POR: BRUNO PINTO
ORIENTADO POR:

1

AGENDA

- 1 Alergia Alimentar, o que é?
- 2 Diferenças entre Alergia e Intolerância Alimentar
- 3 Quais os Principais Alimentos que Provocam Alergia Alimentar
- 4 Evicção Alimentar e Interpretação de Rótulos
- 5 Contaminação Cruzada
- 6 Sinais e Sintomas da Ocorrência de Alergia Alimentar
- 7 Reação Anafilática: o que é?
- 8 Administração de Adrenalina

2

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

1. Alergia Alimentar, o que é?

- Segundo a DGS, Alergia Alimentar é uma reação adversa para a saúde, que resulta de uma resposta específica e reproduzível do sistema imunológico, ao reconhecer erradamente um alimento como um elemento agressor ao nosso organismo;
- Esta reação alérgica alimentar pode acontecer na sequência da exposição ao alimento por diferentes vias:
 - Ingestão;
 - Contato com a pele ou mucosas;
 - Injeção de contaminação dos alimentos;
- Pensa-se que pelo menos 5 em cada 100 crianças sofrem de alergia alimentar, e que nos adultos a prevalência seja mais baixa, entre 3 a 4%.



3

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

2. Diferenças entre Alergia e Intolerância Alimentar

Intolerância Alimentar:

- É uma reação adversa, reproduzível, que ocorre logo após a exposição a um determinado alimento, mas que não envolve o sistema imunológico e NÃO causa anafilaxia;
- A intolerância alimentar está relacionada, por exemplo, com a **digestão** ou **transformação** dos alimentos no organismo (ex.: intolerância à lactose - incapacidade do organismo de digerir a lactose, um açúcar naturalmente presente no leite).



4

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

2. Diferenças entre Alergia e intolerância Alimentar

Intolerância Alimentar:

- Sinais e Sintomas:
 - diarreia, flatulência, dor ou desconforto abdominal;
 - dor de cabeça;
 - fadiga e mal estar;
 - dorres articulares;
- Geralmente as reações de intolerância alimentar dependem da quantidade ingerida e não têm um mau prognóstico embora tenham um significativo impacto negativo na qualidade de vida;
- Não colocam a vida da pessoa em risco.




5

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

3. Quais os Principais Alimentos que Provocam Alergia Alimentar

- Qualquer alimento poderá desencadear alergia alimentar. No entanto, esta ocorrência varia com a idade das pessoas e com os hábitos alimentares familiares, que estão muito relacionados com o país e cultura;
- Tal como na generalidade dos países desenvolvidos, em Portugal, as alergias alimentares são cada vez mais frequentes e graves, com especial incidência na idade pediátrica;
- As alergias alimentares mais comuns são:
 - Peixe;
 - Marisco;
 - Leite de vaca;
 - Ovo;
 - Amendoim e frutos de casca rija, como as nozes (conhecidos por "frutos secos");
 - Trigo e soja.
- São responsáveis por 90% das reações.




6

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

3. Quais os Principais Alimentos que Provocam Alergia Alimentar

- Em algumas situações, para além dos alimentos diretamente implicados nas reações alérgicas, ocorrem manifestações perante a exposição a outros alérgenos alimentares ou mesmo a aeroalérgenos;
- Este fenómeno designa-se por "reatividade cruzada" e surge devido às semelhanças estruturais moleculares entre os alérgenos ex.:
 - a alergia ao marisco, nomeadamente ao camarão, está associada à alergia à amêijoia;
 - a alergia ao pólen de gramináceas pode estar associada à sensibilização ao tomate;
- A gravidade das reações alérgicas alimentares está muitas vezes relacionado com o alimento implicado;
- Por outro lado, o mesmo alimento pode conter uma grande variedade de alérgenos e a gravidade das reações pode variar consoante o tipo de alérgenos a que as crianças estão sensibilizadas.




7

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

4. Evicção Alimentar e Interpretação de Rótulos

- De forma a prevenir a ocorrência de uma reação alérgica, é necessário não só restringir os alimentos que diretamente causam a alergia, mas também os alimentos que possam conter a substância alérgica na sua composição;
- Evicção Alimentar consiste em retirar todos os alimentos diretamente responsáveis pela alergia e todos os alimentos e preparações culinárias que contenham ou possam conter os alérgenos responsáveis por causar a alergia alimentar;
- É necessário ter em atenção que os alimentos processados também podem incluir alérgenos, nem sempre evidentes (ex.: presença de frutos secos num chocolate de leite).



8

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

4. Evicção Alimentar e Interpretação de Rótulos

Exemplos de alimentos que devem ser excluídos da alimentação, por alérgico, em caso de diagnóstico médico de alergia alimentar

Alergia ao PEIXE:

Alimentos a evitar	Peixe branco: pescada, linguado, galo negro, chame, cavalo, garoupa Peixe azul: atum, sardinha, frito, salmão, arenque, cavala, enguiça
Preparações culinárias/receitas	Caldo de peixe, massa de peixe, arroz de marisco, bolinhos , farinha de peixe com peixe, molhos e salsas com peixe
Alimentos processados que podem conter a alergia	Arroz com leite Doçados, doces, bolinhos de biscoitos Molhos, sopas de distribuidor, pasta
Ingredientes no rotulagem	Farinha de peixe, proteína

9

ALERGIA ALIMENTAR: O QUE É E COMO ATUAR

4. Evicção Alimentar e Interpretação de Rótulos

Exemplos de alimentos que devem ser excluídos da alimentação, por alérgico, em caso de diagnóstico médico de alergia alimentar

Alergia a MARISCO (CRUSTÁCEOS) e a MOLUSCOS:

Alimentos a evitar	Caranguejo Lagosta Camarão Mexilão Ostras Amêijoas Lula Polvo Chocos
Preparações culinárias/receitas	Molho de frutos secos , arroz de marisco, receitas de peixe com molho de marisco, arroz de peixe, caldeirada de peixe, massa de peixe, pasta
Alimentos processados que podem conter a alergia	Molho de frutos secos , arroz de marisco, receitas de peixe com molho de marisco, arroz de peixe, caldeirada de peixe, massa de peixe, pasta

10

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

