



Capacitação da Pessoa Idosa na Prevenção de Acidentes Domésticos

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre na especialidade de Enfermagem Comunitária**

Catarina Sofia Baptista Ângelo

**Professora Doutora Maria Irene
Mendes Santos Pedro**

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto deve-se ao apoio e envolvimento de diversas pessoas que acreditaram e ajudaram a torná-lo possível, entre as quais saliento e agradeço:

À Sr^a Prof^a Dr^a Irene Santos pela orientação e reflexões partilhadas, também pela disponibilidade.

A toda a equipa da UCC de Torres Vedras, especialmente à enfermeira Ana Espírito Santo e ao enfermeiro Ricardo Abrantes pela total disponibilidade, apoio, incentivo, partilha de reflexões e orientação sempre na hora certa. Sempre insubstituíveis! Foi uma honra trabalhar convosco.

Às diretoras técnicas e Técnicas de Serviço Social das IPSS's do Pólo Maxial, bem como ao Núcleo do Idoso em Segurança da GNR Torres Vedras, por acreditarem no projeto e aceitarem despende mais do vosso tempo, trabalhando em conjunto em prol da melhoria de saúde, segurança e qualidade de vida das pessoas idosas.

Às pessoas idosas e ajudantes de ação direta que participaram no Projeto, pela disponibilidade em colaborar, pela partilha de experiências e vivências, pelas aprendizagens proporcionadas e pelo trabalho em equipa. Foi um privilégio trabalhar convosco.

À colega de mestrado e amiga Filipa Nascimento pela partilha, apoio e incentivo, por todas as vivências, companheirismo e amizade, mensagens de força e conversas infinitas. Obrigada!

Aos amigos “do peito” (em especial à Deonilde Pina), pelo incentivo, apoio e dicas, carinho e amizade, e ainda, por nunca me deixarem desistir.

À família, particularmente ao Gonçalo, pelo incentivo, apoio e amor incondicional e insubstituível. Ainda pela tolerância e compreensão de todas as horas roubadas para a concretização deste trabalho. Obrigada. Sem ti não seria possível.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AAD – Ajudante(s) de Ação Direta

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADELIA - **A**cidente **D**oméstico **E** de **L**azer - Informação **A**dequada

ADL - **A**cidente **D**oméstico **E** de **L**azer

ASASMatacões – Associação Solidariedade e Ação Social de Matacões

ASFCarvoeira – Associação de Socorros da Freguesia da Carvoeira

ASOut. Cab^a – Associação de Socorros de Outeiro da Cabeça

ASSSCampelos – Associação de Solidariedade Social de Campelos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

C.D. – Centro de Dia

CATUS - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes

Cf. – Conforme

Cit - Citado

CMPLEEC – Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária

CPFRamalhal – Casa do Povo da Freguesia do Ramalhal

CPRuna – Casa do Povo de Runa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSTV – Centro de Saúde de Torres Vedras

DGS – Direção Geral de Saúde

DGEFP – Direção Geral do Emprego e Formação Profissional

DM – Diabetes Mellitus

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Enf.^s – Enfermeiros

EpS – Educação para a Saúde

EUNESE - European Network for Safety among Elderly

GNR – Guarda Nacional Republicana

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PBE – Prática Baseada na Evidência
PCC/CA – Projeto de Cuidados Continuados de Saúde/ Cuidados Articulados
PNPA – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
PNS – Plano Nacional de Saúde
PS – Promoção de Saúde
RSL – Revisão Sistemática de Literatura
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
Sr. – Senhor
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
USP – Unidade de Saúde Pública
VD – Visita Domiciliária
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

RESUMO

Capacitação da Pessoa Idosa na Prevenção de Acidentes Domésticos - Uma Abordagem Sistémica -

Os acidentes domésticos são um grave problema de saúde pública, em Portugal e no Mundo, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social mas, também, com consequências importantes na vida pessoal e familiar das vítimas.

Existem, atualmente, estratégias preventivas que comprovaram ser eficazes na redução do número e do impacto dos acidentes, tornando-os, em grande parte, evitáveis.

A enfermagem comunitária assume um papel fundamental na capacitação das pessoas idosas para o desenvolvimento de competências de autocuidado na prevenção de acidentes domésticos.

A intervenção de enfermagem comunitária foi desenvolvida na Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial, no período de Fevereiro a Julho de 2012, com um grupo de 112 pessoas idosas, com a finalidade de obter ganhos em saúde pela capacitação das mesmas na prevenção de acidentes domésticos. Foi, assim, dada continuidade ao estágio I através da intervenção num diagnóstico de enfermagem, priorizado do diagnóstico de saúde da comunidade do Ramalhal.

Como metodologia seguiu-se o Planeamento em Saúde, segundo IMPERATORI, GIRALDES e TAVARES, e como referenciais teóricos, o Modelo de Sistemas de NEUMAN e a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de OREM. Foi também utilizada a revisão sistemática de literatura como suporte à prática baseada na evidência.

Foram desenvolvidas estratégias de formação e educação para a saúde dirigidas a grupos, monitorização do risco de queda e visitas domiciliárias preventivas, por meio de parcerias intersetoriais, com resultados sensíveis à ação de enfermagem.

A intervenção comunitária desenvolvida contribuiu para o reconhecimento da importância da educação para a saúde e do estabelecimento de parcerias no processo de capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos, possibilitando o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Acidentes domésticos, Pessoas Idosas, Capacitação, Educação para a Saúde, Parcerias, Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

Empowering Older People in Preventing Domestic Accidents: A Systemic Approach

Home accidents are a serious public health problem in Portugal and worldwide, with great impact on health systems and social protection but also with important consequences in personal and family life of victims.

Currently, there are preventive strategies that have proven to be effective in reducing the number and impact of accidents, making them largely preventable.

The community nursing plays a key role in enabling older people to develop skills of self-care in the prevention of domestic accidents.

Community nursing intervention was developed in the Community Care Unit of Torres Vedras - Pole Maxial, in the period February to July 2012, with a group of 112 elderly people, in order to obtain health gains by training them on the prevention of domestic accidents. Was given continuity to stage I through intervention in a nursing diagnosis, prioritized from the diagnosing community health in Ramalhal.

The methodology followed was Health Planning, according IMPERATORI, GIRALDES and TAVARES, and the as theoretical model, the Model of Systems by NEUMAN and Nursing Theory of Self-Care Deficit, by OREM. It was also used a systematic review of the literature as supporting evidence-based practice.

Strategies have been developed for training and health education directed at groups, monitoring fall risk and preventive home visits, through intersectorial partnerships, with sensitive results to nursing action.

The community intervention developed has contributed to the recognition of the importance of health education and the establishment of partnerships in the training/empowering of the elderly in the prevention of domestic accidents, enabling the development of expertise within the nursing community.

Keywords: Domestic accidents, Older People, empowerment, Health Education, Partnerships, Community Nursing.

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO CONCEPTUAL	15
1.1. SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, LITERACIA EM SAÚDE	15
1.2. EMPOWERMENT/CAPACITAÇÃO	18
1.3. PARCERIAS EM SAÚDE.....	20
1.4. VULNERABILIDADE/ FRAGILIDADE	22
1.5. ENVELHECIMENTO E PESSOAS IDOSAS.....	23
1.6. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS	25
1.7. GANHOS EM SAÚDE	29
2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO E PROTOCOLO DE PESQUISA	31
3. «DO PLANEAMENTO À AÇÃO»: OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	36
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
5. CONCLUSÃO	56
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
7. ANEXOS	71
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO.....	72
ANEXO II – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS CIENTÍFICOS	95
ANEXO III – QUADRO COM PALAVRAS-CHAVE.....	97
ANEXO IV – PESQUISA EM BASES DE DADOS CIENTÍFICAS COM AS PALAVRAS-CHAVE: NURS*, AGED, HEALTH EDUCATION, EMPOWERMENT E ACCIDENT PREVENTION.	99
ANEXO V – FICHAS DE LEITURA DOS ARTIGOS	102
ANEXO VI - FOLHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO BIOLÓGICO DE QUEDA: ESCALA DE MORSE.....	121
ANEXO VII - FOLHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DO PCC/PA (UCC)	124

ANEXO VIII – AVALIAÇÃO DO RISCO AMBIENTAL DE QUEDA: LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA HABITAÇÃO	127
ANEXO IX – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO AOS AAD.....	132
ANEXO X – PLANOS DE SESSÃO DA FORMAÇÃO AOS AAD.....	140
ANEXO XI – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	156
ANEXO XII – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS DA FORMAÇÃO AOS AAD, DEFINIDOS À PRIORI PELO GRUPO DE PERITOS DA TÉCNICA NOMINAL E À POSTERIOR PELAS AAD	158
ANEXO XIII – FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E FINAL DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO	160
ANEXO XIV – FICHA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	166
ANEXO XV – PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE EPS ÀS PESSOAS IDOSAS.....	170
ANEXO XVI – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE EPS ÀS PESSOAS IDOSAS.....	175
ANEXO XVII – MANUAIS INFORMATIVOS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS COM PESSOAS IDOSAS – VERSÃO PARA PESSOAS ANALFABETAS E VERSÃO PARA PESSOAS LITERADAS	179
ANEXO XVIII – JOGO PEDAGÓGICO DE AVALIAÇÃO FINAL DA SESSÃO DE EPS ÀS PESSOAS IDOSAS	193
ANEXO XIX – FICHA DE LIGAÇÃO ENTRE PARCEIROS COMUNITARIOS: UCC/GNR/IPSS's.....	203

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Síntese dos fatores determinantes de acidentes domésticos com pessoas idosas ..	18
Quadro 2: Caracterização geral dos grupos alvo da intervenção: AAD e pessoas idosas	23
Quadro 3: Apresentação esquemática dos objetivos gerais e específicos	30
Quadro 4: Apresentação esquemática dos indicadores de avaliação delineados	31
Quadro 5: Resumo dos resultados obtidos com as pessoas idosas: Monitorização do risco de queda (IPSS's e UCC) e sessão de EpS sobre prevenção de acidentes domésticos	40
Quadro 6: Resumo da avaliação de satisfação da formação aos AAD	45

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.º semestre, do 2.º CMPLEEC da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi proposta a frequência da unidade curricular: estágio e relatório. Para a concretização dos objetivos sugeridos na mesma, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária e um relatório crítico face às intervenções desenvolvidas durante o estágio.

O relatório tem como base o projeto de estágio, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e a revisão sistemática de literatura como suporte à prática baseada na evidência.

O estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial, do ACES Oeste Sul, no âmbito do Programa de Cuidados Continuados/Cuidados Articulados, no período de Fevereiro a Julho de 2012. Foi dada continuidade ao estágio I através da intervenção num diagnóstico de enfermagem priorizado do diagnóstico de saúde da comunidade da freguesia do Ramalhal: “bem-estar¹ da comunidade comprometido pelo risco de acidentes domésticos, manifestado pela existência de tapetes soltos na habitação (82%) e chão escorregadio (23%)”, sendo a **Capacitação da pessoa idosa na Prevenção de Acidentes Domésticos** o tema escolhido, como foco de intervenção de enfermagem a nível da prevenção primária.

Conceptualiza-se prevenção primária, no contexto do Modelo Sistémico de Betty Neuman, como a implementação de práticas de enfermagem que visam o fortalecimento das linhas de defesa (capacitação) de modo a que os stressores (fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, de acidentes domésticos) não possam provocar reação; ou interferir com os stressores de modo a eliminá-los.

Cumpru-se, assim, um dos pressupostos da Promoção de Saúde defendida na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em OTTAWA:

“A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.” (OMS, 1986, p.6).

No contexto da promoção da cidadania em saúde como estratégia para a saúde, surge a recomendação de capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2012).

É no âmbito do elevado envelhecimento populacional, suas consequências na mobilidade e da promoção de cuidados de saúde às pessoas idosas, nos seus domicílios, que se considera

¹ De acordo com Neuman citada por TOMEY, ALLIGOOD (2004, p.339), a saúde é “um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. O bem-estar ou a estabilidade optimal indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas (...)”

o domicílio e o ambiente exterior potencialmente perigosos e propícios à ocorrência de acidentes domésticos.

Assim, o ponto de partida à realização do estágio teve por base o seguinte questionamento: Qual a relação entre promoção de saúde e capacitação de pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos? E Quais as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa na prevenção de acidentes domésticos? Que resultados sensíveis à ação?

De acordo com o Programa Nacional de Saúde de Pessoas Idosas (2004), as alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade, determinaram novas necessidades em saúde, colocando aos governos, às famílias e à sociedade em geral, novos desafios.

Um desses desafios é a população idosa que vive sozinha no domicílio, pois estão sujeitos a maior fragilidade, tanto relativa à saúde, como à sua segurança, decorrente do facto de viver só e das limitações físicas, cognitivas e psico-emocionais próprias do envelhecimento. Dados dos Censos de 2011 demonstram que, a população idosa (com 65 ou mais anos) residente em Portugal, é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Destes, 60% vive só (400 964 idosos) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década (INE, 2012).

No diagnóstico de saúde da comunidade acima referido, a amostra foi constituída por 15,8% de idosos, valores proporcionais que se aproximam aos dos resultados dos CENSOS (2011) que indicam 695 idosos residentes na freguesia do Ramalhal (314 do sexo masculino e 381 do sexo feminino), o que corresponde a cerca de 20% da população total residente na freguesia (3472).

Ao associar-se a estes números, o índice de dependência dos idosos que é 31 para a freguesia do Ramalhal, (superior ao índice de dependência dos idosos em Portugal – 29 [INE, 2012]), verifica-se o acréscimo do risco para saúde deste grupo populacional com a associação entre: viver só (ou exclusivamente com outra pessoa idosa) e índice de dependência do idosos.

Envelhecer com **saúde, autonomia e independência**, o mais tempo possível, constitui, atualmente, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. No entanto, a realidade mostra-nos que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004).

Reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo capital de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência (DGS, 2004), emerge a necessidade de intervir junto do grupo populacional dos idosos, por forma a capacitá-los na prevenção de acidentes domésticos. Para tal, foram levadas a cabo as seguintes estratégias de intervenção: monitorização do risco de queda e consequente

sensibilização e ações de educação para a saúde dirigidas às pessoas idosas, também ações de formação às ajudantes de ação direta e ainda visitas domiciliares preventivas, através de uma intervenção comunitária transdisciplinar, promovida por meio de parcerias com as IPSS's e GNR (núcleo do idoso em segurança).

Assim, e tendo em consideração a diversidade de pessoas idosas, considera-se que merecem especial atenção as Pessoas idosas frágeis que vivem sós (ou em companhia exclusiva de outra pessoa idosa) no domicílio².

Para melhor responder à proposta de promover a capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos, o foco do modelo sistémico de Betty Neuman na identificação de fatores de stress (vulnerabilidade e fragilidade do idoso) e das linhas de resistência, parece ser uma estrutura útil para organizar uma apreciação de enfermagem, porque as populações vulneráveis têm fatores de stress múltiplos e sobrepostos (STANHOPE, 2011).

Também a Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem de OREM deu suporte à prática, através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem (principalmente o sistema de apoio-educação), uma vez que o papel do enfermeiro passa por promover a pessoa como agente de autocuidado, incentivando-a e facilitando a sua tomada de decisão, no controlo do comportamento e na aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam gerir a sua saúde.

Segundo OREM (2001) o modo como a pessoa satisfaz as suas necessidades de autocuidado não é intuitiva, tratando-se de um comportamento aprendido. Como tal, considera-se pertinente o recurso ao método de ajuda, pelo sistema de apoio-educação, no processo de capacitação da pessoa idosa na prevenção de acidentes domésticos.

Assim, delineou-se como estratégias de fortalecimento das linhas de resistência do grupo populacional idosos:

1) estabelecimento de parcerias com a GNR (núcleo do idoso em segurança) e IPSS's para intervenção comunitária junto de pessoas idosas que vivem sós, por meio de visita domiciliar;

2) estabelecimento de parceria com as IPSS's para monitorização do risco de queda dos idosos em programas de ambulatório e desenvolvimento de ações de educação para a saúde aos mesmos sobre fatores de risco e medidas preventivas de acidentes domésticos;

3) estabelecimento de parceria com as IPSS's para desenvolvimento de ações de formação com cuidadores formais³ (AAD) sobre prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas e prestação segura de tarefas relativas a cuidados básicos com pessoas idosas.

De modo a conhecer melhor a realidade local e os recursos em saúde, foi desenvolvida uma integração nos vários programas e projetos da UCC (Saúde Escolar, Infantil, da Mulher, do Adulto/Idoso), durante os meses de Fevereiro e Março de 2012, participando pelo menos

² De acordo com o Código Civil, no seu Artigo 82.º. alínea 1) "A pessoa tem domicílio no lugar da sua residência habitual; se residir alternadamente em diversos lugares, tem-se por domiciliada em qualquer deles".

³ A expressão "*cuidador formal*", também utilizada pela equipa da UCC, foi por mim referida ao longo deste trabalho para designar as Ajudantes de Ação Direta (AAD), funcionárias das IPSS's parceiras de cuidados, uma vez que estas prestam cuidados formais às pessoas idosas, os quais, segundo JIMÉNEZ-MARTÍN e PRIETO (2008), são definidos como: «Formal care is defined as paid or free of charge attention provided by public or private institutions and non profit-making organizations». A carreira de *ajudante de ação direta* foi criada nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, e os conteúdos funcionais da carreira constam do mapa II anexo ao DECRETO-LEI n.º 414/99, de 15 de Outubro.

um dia em cada um dos programas, acompanhada pelo respetivo enfermeiro responsável, sendo que foi dedicado mais tempo à integração no projeto de Cuidados Continuados de Saúde/ Cuidados Articulados por ser o projeto da UCC no qual se integra o projeto de estágio desenvolvido (ver cronograma de atividades no projeto de estágio – anexo 1).

Desta integração e participação na dinâmica de funcionamento da UCC resulta um conhecimento mais consciente da realidade do Centro de Saúde de Torres Vedras (CSTV), que sendo composto, para além da Sede, por 20 extensões de saúde, numa área de 407 Km², tem um total de inscritos com cartão de utente de 100.903 (dados fornecidos em Maio 2011). Devido à sua dimensão e dificuldade de gestão, desde 2005 que a equipa de enfermagem optou por uma divisão por pólos geográficos, tendo em conta a área e a população inscrita. Existem três pólos que agrupam as 18 extensões exteriores à cidade de Torres Vedras, nomeadamente, o “Pólo Maxial”, o “Pólo Silveira” e o “Pólo Carmões”.

Segundo os dados dos Censos 2011, a população residente do concelho é de 79.465 habitantes, agregados em 30 198 famílias, apresentando uma densidade populacional de 195 habitantes/km², a qual é superior à média nacional e à da região oeste em geral (INE, 2012).

Como se pôde verificar, através dos dados fornecidos pelo programa SINUS, a população ponderada da área de influência da UCC - Pólo Maxial, atinge cerca de 13.119 utentes (dados fornecidos em Maio de 2011). Considera-se ter obtido conhecimentos sobre o contexto e a dinâmica de funcionamento da UCC, o que promoveu a integração na mesma.

Ao longo do Relatório, proponho-me contextualizar as atividades desenvolvidas no estágio e refletir na e sobre a ação, segundo os eixos orientadores: competências do EEECS, projeto de estágio e prática baseada na evidência, tendo em consideração os resultados e estratégias de intervenção de enfermagem comunitária, na área da prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, com vista à capacitação das mesmas para maior controlo da sua situação de saúde e alcance de melhores níveis de saúde.

Como objetivos do Relatório e de acordo com documento orientador, propõem-se os seguintes:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência sobre prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, com recurso à metodologia científica, fundamentando a singularidade das situações de cuidar;
- Inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência;
- Descrever de forma clara e concisa as atividades desenvolvidas face à capacitação da pessoa idosa na prevenção de acidentes domésticos;
- Descrever os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro especialista;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação / intervenção de enfermagem;
- Refletir criticamente sobre as estratégias, dificuldades e resultados da ação face à capacitação de pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada.

Por forma a estruturar a reflexão e operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, este documento foi estruturado em 5 partes distintas: uma primeira parte dedicada à conceptualização teórica, seguindo-se o capítulo dedicado ao planeamento da

intervenção e protocolo de pesquisa, após o qual se inicia a operacionalização do projeto, a apresentação e discussão das atividades desenvolvidas e seus resultados e, por fim, termina-se com referência às limitações do trabalho e algumas conclusões.

1. QUADRO CONCEPTUAL

Neste capítulo constrói-se o enquadramento teórico do estudo com base na revisão bibliográfica e sistemática da literatura efetuada em torno da problemática *Capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos*. Os conceitos-chave utilizados foram: prevenção primária, promoção de saúde, educação para a saúde, literacia em saúde, prevenção de acidentes domésticos, capacitação, pessoa idosa, vulnerabilidade/fragilidade e risco em saúde, parcerias e ganhos em saúde.

Para uma melhor compreensão das linhas teóricas orientadoras deste estudo, estruturam-se os seguintes subcapítulos.

1.1. SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, LITERACIA EM SAÚDE

“Todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”
(in Constituição da Republica Portuguesa.
LEI CONSTITUCIONAL n.º1/2005, de 12 de Agosto, art.º 64, ponto 1)

Saúde é um termo chave num modelo de prática de enfermagem na comunidade. Começando com os esforços de Nightingale para descobrir e usar as leis da natureza na melhoria da humanidade, a enfermagem teve sempre um papel ativo na promoção de saúde dos indivíduos, populações e da comunidade em geral (STANHOPE, 2011).

Ao longo dos anos o conceito de Saúde tem evoluído, e atualmente enfatiza a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio (GASPAR, 2006).

A definição de saúde, proposta pela OMS, reflete também esta perceção positiva e multidimensional da saúde, considerando-a um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim, o entendimento da saúde já não passa apenas pelos níveis de prevenção primária, secundária e terciária definidos por LEAVELL e CLARCK (1965), mas também pela prevenção primordial e prevenção quaternária (ALMEIDA, 2005), indo mais além, colocando questões sobre como o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e como responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente (laboral e extra-laboral) em constante mutação (MARTINS, 2005).

É neste contexto conceptual que emerge um novo paradigma no campo da saúde, o paradigma da salutogénese (do latim: *salus* = saúde; e do grego: *genesis*= origens) que acentua as origens da saúde e do bem-estar, e que passa a constituir uma outra proposta

fundamental na abordagem da saúde, focada na descoberta não da doença, mas sim dos fatores que mantêm o cidadão com a melhor saúde (OPSS 2003).

Neste sentido, também Neuman considera a Saúde como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. Como tal, o bem-estar indicará que as necessidades do sistema estão a ser satisfeitas, por oposição direta ao conceito de mal-estar. O cliente encontra-se numa dinâmica de bem-estar ou mal-estar, em diferentes graus, em qualquer momento (ALLIGOOD, TOMEY, 2004).

Estreitamente vinculadas a esta evolução do conceito de saúde estão a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde.

A promoção de saúde constitui um objetivo consensual da prática de enfermagem. Segundo MARTINS (2005), o conceito de promoção da saúde assente, no paradigma salutogénico, valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde, sendo a ação sobre os mesmos, multidirecional e multidimensional, interdisciplinar e intersectorial.

A mesma orientação conceptual tinha sido já descrita na Carta de Ottawa, na qual a Promoção da Saúde é enunciada como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida e um conceito positivo que salienta os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (OMS, 1986).

Tones e Tilford (1994), distinguem e relacionam os dois termos: “Promoção da saúde” (PS) e “Educação para a Saúde” (EpS), através de uma fórmula: $PS = EpS \times Política\ de\ Saúde$. Baseiam a sua opinião na afirmação de que a nova EpS deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores ambientais que possam prejudicar a saúde e despertar interesse e indignação para influenciar a situação política (CARVALHO, 2008).

Os mesmos autores descrevem:

“Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. Tones e Tilford (1994, p.11 cit por CARVALHO, 2008)

No glossário de promoção da saúde da OMS (1998) está descrito que a Educação para a Saúde⁴ compreende oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas que envolvem comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida que favoreçam a saúde individual e da comunidade. Deve estar, assim, não só relacionada com a comunicação de informação, mas também com a promoção da consciência crítica, motivação, aptidões e confiança necessárias para intervir no processo de melhoria da saúde.

A literatura dá conta de três gerações na EpS considerando o percurso evolutivo do conceito, a forma como se encaram os processos de Saúde / Doença e a evolução dos fatores

⁴ Optou-se pela definição de Educação para a Saúde, da OMS e não por outra, uma vez que é uma Entidade de referência em Saúde, e contém os aspetos-chave onde muitos outros se inspiraram para redefinir o conceito. Contudo, não há ainda consenso na literatura científica sobre a definição de Educação para a Saúde, ficando dependente da perspetiva de cada indivíduo-autor.

de risco e as exigências de uma sociedade em constante desenvolvimento (alterações sociais e políticas).

Um exemplo desta classificação é a desenvolvida por Moreno, Garcia e Campos, em 2000 e referenciada, entre outros, por FERNANDES (2010), que se apresenta:

Identificam uma primeira geração em que se considera que os hábitos e comportamentos não saudáveis se explicam pelo *deficit* de informação. Denominada «EpS informativa», apoia-se em modelos que se centram na transmissão de informação onde prevalece uma relação pedagógica do tipo autoritário, com uma intenção prescritiva.

A segunda geração, «EpS centrada no comportamento», engloba um conjunto de modelos teóricos focados em evitar e modificar comportamentos não saudáveis. Aqui a informação constitui apenas uma parte do processo, consideram-se a motivação e as atitudes da pessoa e abre-se espaço à colaboração e negociação. No entanto, como se encara a saúde como resultado de comportamentos, está subjacente uma culpabilização da pessoa por escolhas ou opções menos saudáveis.

Na terceira geração, «EpS crítica», o foco é integral, considera-se a educação como um processo formativo global e pressupõe-se que a EpS deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e influenciar o ambiente e as instituições. Nesta tríade há uma interação educativa individualizada de informação sobre a saúde à população, com o objetivo de desenvolver, no indivíduo, a autonomia e a responsabilidade para concretizar uma melhoria de estilos de vida que influenciem diretamente a saúde. Advoga-se uma visão da pessoa como sujeito de transformação, que tem ou desenvolve capacidade crítica para interpretar o ambiente e fazer escolhas saudáveis. Incorpora atividades orientadas para a promoção da saúde em que o núcleo básico de intervenção é o grupo ou comunidade (FERNANDES, 2010).

A Declaração de Alma-Ata considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários (CSP) a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde.

Também no Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem se evidenciam as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (REPE, 2011).

Segundo SANTOS (2010), uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção de saúde (e de prevenção de doença) passa pela educação para a saúde. Neste sentido, sistemas de saúde centrados no cliente, exigem um papel ativo por parte dos indivíduos, tornando-os parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que têm a ver com a saúde. É, assim, fundamental dotar os indivíduos de competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença, de modo a poderem exercer o seu direito de cidadania.

A literacia em saúde tem sido perspectivada, segundo SANTOS (2010) como constructo mediador para ganhos em saúde associáveis a campanhas de promoção de saúde, através da educação para a saúde. Deste modo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas

comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde.

Segundo KICKBUSCH (2001), são bem conhecidos e investigados os múltiplos efeitos positivos da educação e literacia (em geral) na saúde das populações. A literacia em saúde foi definida pela OMS (1998) como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação como forma de promover e manter uma boa saúde.

Também na 7ª Conferência Internacional de Saúde, em Nairobi (2009), se seguiu esta linha conceptual, tendo sido descrito que a literacia em saúde implica o alcance de um nível de conhecimentos, competências pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer compromissos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação, saúde e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação.

Deste modo, um indivíduo “empoderado” e com competências de literacia em saúde, está capacitado para escolher comportamentos de vida saudáveis, bem como para agir (individual ou coletivamente) sobre os determinantes sociais, políticos, económicos e ambientais da saúde. Esta abordagem também reconhece a questão do poder e como as relações de poder afetam o acesso à informação e sua utilização (OMS, 2009).

O conceito de literacia em saúde é, então, entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas. Por conseguinte, o conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adoção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos (SANTOS, 2010).

Assim sendo, a efetividade das intervenções de enfermagem comunitária, na área da prevenção de acidentes domésticos, nomeadamente quedas, passa por planear de forma estratégica ações de educação para a saúde, que visem o desenvolvimento de consciência crítica e competências pessoais para a mudança comportamental promotora de saúde, tendo em vista a capacitação dos indivíduos para maior controlo da sua situação de saúde e alcance de melhores níveis de saúde.

1.2. EMPOWERMENT/CAPACITAÇÃO

De acordo com Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011), a Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania.

Também a OMS (1986) define promoção de saúde como “o aumento da capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde”, o que a coloca lado a lado com o outro conceito chave: o empoderamento comunitário⁵.

Posteriormente, em 1998, no Glossário de Promoção da Saúde, a OMS descreve:

“ Na promoção da saúde, *empowerment* é um processo através do qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. *Empowerment* pode ser um processo social, cultural, psicológico e político pelo qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, elaborar estratégias para a participação na tomada de decisão, e alcançar a ação política, social e cultural para responder a essas necessidades. (...) Promoção da saúde abrange não só ações direcionadas para o reforço das competências básicas de vida e capacidades dos indivíduos, como também para influenciar condições sociais e económicas e ambientes físicos subjacentes que têm impacto na saúde.” (OMS, 1998, p.6)

Neste sentido, já na Carta de Ottawa, a OMS (1986) destaca que a promoção da saúde se centra na procura da equidade em saúde, pretendendo reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, indica tornar-se necessário uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam.

A Promoção da Saúde é, assim perspetivada (tal como o *empowerment*) como um processo participativo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio (FERNANDES, 2011).

De acordo com MORRONDO (2000), o *empowerment* destaca-se na medida em que a saúde é influenciada pelo nível de controlo que a pessoa tem da sua vida, pelo poder ou impotência, considerando-o uma estratégia primária da Promoção da Saúde, salientando que o profissional não tem que dar o poder aos indivíduos e às comunidades, mas proporcionar-lhes condições que tornem possível a sua aquisição.

Uma das chaves do sentido do conceito de *Empowerment* está na palavra “*capacitar*”, que no original significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para (...). Neste sentido, implica devolver ao cidadão o poder de decisão em matéria de Saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (FERNANDES, 2011).

Surge, no mesmo sentido, a conceptualização de *capacitação* por Laverack, como um termo utilizado para descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade. Encontra-se próximo do conceito de *empowerment* (LAVERACK, 2008).

⁵ A OMS (1998) estabelece uma distinção entre o empowerment individual e comunitário, definindo que empowerment individual se refere principalmente à capacidade dos indivíduos para tomar decisões e ter controlo sobre sua vida pessoal. Já o empowerment comunitário envolve a ação coletiva dos indivíduos para ganhar maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e da qualidade de vida da sua comunidade (OMS, 1998). Esta definição é também corroborada por LAVERACK (2008).

O conceito de *Empowerment* poderá ainda ser analisado numa perspetiva de capacitação com a possibilidade de participação democrática na vida da comunidade, a que cada indivíduo pertence. Neste sentido pode ser entendido como um processo de cidadania.

Esta inter-relação da problemática do exercício da cidadania com a Saúde deve-se às exigências da realidade contemporânea e da nova perspetiva da Saúde que propõe metodologias mais coerentes com a complexidade humana, em que o profissional de Saúde deve respeitar e promover a autonomia e a individualidade da pessoa. Torna-se assim imprescindível incrementar a participação dos cidadãos e o exercício ativo do direito e dever de cidadania que promove um acréscimo de poder e controlo que faça emergir o *empowerment* (RAMOS, 2003).

Conceito emergente da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) como o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde, a cidadania em saúde e a centralidade do cidadão, são também destacados no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, enquanto capacidade de exercer, de modo informado e responsável, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde. É ainda proposto que:

“O reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)” (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2012, p.4)

Assim, a adoção desta abordagem implica necessariamente uma mudança no papel do profissional de saúde e do próprio indivíduo ou comunidade. Sendo que o papel do cidadão é o de um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, ou seja, passa a ser um solucionador ativo dos seus problemas; enquanto o papel do profissional de saúde é o de ajudá-lo a tomar decisões informadas para alcançar os seus objetivos e ultrapassar barreiras (FERNANDES, 2011). Neste sentido, importa realçar as parcerias como estratégia de intervenção comunitária.

1.3. PARCERIAS EM SAÚDE

A Declaração da Conferência de Jacarta, de 1997, consolidou a saúde como um direito humano básico, corroborou as cinco áreas de ação da Carta de Ottawa e salientou a importância da cooperação e das parcerias, entre o Estado, o setor privado e a sociedade, para o sucesso da promoção de saúde. Reforça também que as parcerias oferecem benefício mútuo para a saúde através da partilha de especializações, competências e recursos. Esta Declaração ainda confirmou que há provas evidentes de que: (...) “O acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efetiva e empoderamento das pessoas e das comunidades.” (OMS, 1997, p.15).

De acordo com o Glossário de Promoção de Saúde uma parceria para a promoção da saúde é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros para trabalhar cooperativamente para alcançar um conjunto de resultados de saúde partilhados (OMS, 1998).

A mesma ideia foi reforçada pela Community-Campus Partnerships for Health (CCPH, 2006 cit por STANHOPE, 2011) e por MORGADO (2010), que refere que apesar de alguma diversidade conceptual se verifica, com alguma consistência, que a ideia de parceria remete para um estilo de trabalho que procura promover a troca continuada de informação para benefício mútuo, a conciliação ou conjugação de esforços para a resolução de problemas comuns, sendo desenvolvida como uma estratégia para coordenar respostas comunitárias face a problemas sociais complexos e contextos em que os membros são considerados como parte integrante de uma rede com níveis de poder idênticos.

MORGADO (2010), descreve também as características das comunidades que afetam as suas possibilidades para identificar, mobilizar recursos e enfrentar os seus problemas sociais ou de saúde pública como sendo, associadas à ideia de capacidade comunitária, que remete para capacidades concretas associadas à participação, à liderança, às redes sociais e/ou de organizações, ao sentimento de comunidade, ao entendimento da história comum da comunidade, o seu poder, os seus valores e a sua capacidade de reflexão crítica sobre a situação vivenciada. Está também ligada à capacidade colaborativa e às condições necessárias para a emergência de processos colaborativos sustentáveis e conducentes à mudança comunitária.

Reforça-se assim a associação conceptual entre o significado contemporâneo de parceria e *empowerment* comunitário.

O fenómeno da colaboração pode ser particularmente elucidativo para se compreender a realidade das parcerias uma vez que a colaboração é um processo gradual e dinâmico no qual se podem incluir, segundo ROSENTHAL (2000), a ideia de criação e ação conjuntas, a promoção da interdependência que se reflete na reciprocidade, e o exercício de autoridade e de responsabilidade conjuntas que implicam a partilha de riscos, mas também de compensações. Deste modo, conforme WINER, RAY (1994) a colaboração implica que se aumente o campo de intervenção para a conceção de respostas face a situações complexas, para intervenções integradas, ou ainda para a reflexão em torno de situações concretas no sentido de produzir mudança em sistemas sociais ou sistemas de prestação de serviços abrangentes.

Conforme MORGADO (2010), pode afirmar-se que as parcerias comunitárias podem ser uma forma de promover a colaboração entre pessoas, organizações ou serviços que, habitualmente, intervêm isoladamente na comunidade e são uma forma de promover estratégias de co-empowerment, que acontece quando dois ou mais grupos ao colaborar, beneficiam da expansão e ativação de recursos de forma conjugada para alcançar objetivos comuns. Assim, as parcerias comunitárias, tenderão a ser geradoras de capital social e a criar um propósito comum de mudança sustentável, ancorada nos recursos e nos bens das comunidades onde se implementam.

Em conclusão, a saúde das comunidades é uma responsabilidade partilhada, que requer o estabelecimento de uma variedade e diversidade de parcerias, através das quais são implementados os programas de saúde pública, nos quais os enfermeiros de saúde pública e comunitária são especialistas no desenvolvimento, manutenção e avaliação das parcerias,

como estratégia de fortalecimento das linhas de resistência da comunidade enquanto sistema-cliente (STANHOPE, 2011).

1.4. VULNERABILIDADE/ FRAGILIDADE

“Estar vivo é estar em perigo, é susceptível a sofrer danos, é estar vulnerável. Ao longo dos tempos o Homem tem tentado dominar as suas vulnerabilidades maiores, como a fome, o frio e a doença e é esse o principal objectivo da organização social. (...) para o povo a vulnerabilidade social mais importante é a saúde.” (LIMA, 2006, p.50)

No contexto socio-económico atual importa refletir sobre vulnerabilidade e fragilidade, uma vez que os constrangimentos económicos e sociais podem condicionar o estado de saúde e acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das populações (LIMA, 2006), principalmente das pessoas idosas e crianças.

Adotou-se neste documento a conceção de populações vulneráveis, de SHI e STEVENS, 2005 citado por STANHOPE, 2011, que as designam como aquelas em maior risco⁶ de desenvolver problemas de saúde, como resultado da exposição ao risco, e em défice de acessibilidade aos cuidados de saúde. É também descrito que os indivíduos e famílias vulneráveis têm, muitas vezes, múltiplos fatores de risco.

O conceito de vulnerabilidade encontra-se próximo do conceito de fragilidade, como se pode verificar na reflexão de CORREIA (2002) que refere situações de fragilidade social como sendo situações que envolvem o risco de rutura do equilíbrio entre o indivíduo e o meio social, por ameaças de rutura do laço social de proximidade e de solidariedade, como também do vínculo ao grupo, originando situações de insucesso, rejeição e exclusão social (XIBERRAS, 1996). Deste modo, reflete que as situações de fragilidade e de exclusão social podem associar-se a riscos acrescidos para a saúde, riscos estes relacionados com diferentes fatores que podem atuar isoladamente ou em conjunto.

Meneley (1999) afirma que o conceito de fragilidade está a ser reconstruído como um fenómeno multifatorial, distanciando-se do paradigma biomédico para uma perspetiva inovadora de prevenção da doença e promoção da saúde. Rockwood (2005) salienta a característica multidimensional da fragilidade, observando que a inter-relação dos fatores biomédicos e psicossociais pode determinar a incidência ou não de fragilidade (*in* TEIXEIRA, 2008).

Neste contexto, a revisão bibliográfica da literatura dá conta da associação entre o envelhecimento e um certo grau de fragilidade, que se apresenta como um sistema complexo de deterioração das capacidades funcionais, decorrente do aumento da longevidade, que associada ao isolamento social criou uma vulnerabilidade acrescida aos indivíduos mais idosos (LIMA, 2006).

⁶ Em cuidados de saúde, risco é “um termo de epidemiologia que significa que certas pessoas têm maior probabilidade de contrair doenças do que outras”. (STANHOPE, 2011, p.747)

Também HENRIQUES (2011) indica que as pessoas idosas precisam de viver num ambiente seguro, junto da família e amigos e, pelas suas características, constituem-se como um grupo vulnerável de elevado risco de isolamento e pouca saúde.

RODRIGUES (2007) descreve alguns fatores favoráveis ao estado de saúde e qualidade de vida na fase inicial do envelhecimento, que refletem o contexto social das pessoas e, em conjunto, podem ser parcialmente considerados preditores de risco de vulnerabilidade nos idosos. São eles o estado marital, género, agregado familiar e seu tamanho, grau de instrução e recursos económicos.

Apesar das divergências na definição de fragilidade, existe um consenso de que a mesma é um evento multifatorial, progressivo, caracterizado por menor capacidade adaptativa aos eventos stressores, resultando num declínio cumulativo de múltiplos sistemas fisiológicos e conseqüente maior vulnerabilidade a desfechos adversos como quedas, hospitalização, incapacidade e morte (Fried, 2001, cit por FILHO, 2010).

Há, contudo, a noção prevalente na literatura internacional, de que ainda não se alcançou um consenso sobre os parâmetros para avaliação da fragilidade nos idosos. Um dos primeiros autores a designar critérios de fragilidade nas pessoas idosas foi WINOGRAD (1983), tendo o seu trabalho servido de base para outros refletirem no conceito. Os critérios designados foram os seguintes:

“pessoas idosas com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Os critérios de fragilidade compreendem, nomeadamente, a idade de 65 e mais anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, permanência no leito prolongada, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, *déficits* sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses.” (WINOGRAD, 1983, citado por DGS, 2004, p.13).

Outros fatores como a educação e literacia desempenham, também, um papel importante no estado de saúde. Assim, níveis superiores de escolaridade podem dar às pessoas mais informação para que possam fazer escolhas que reflitam um estilo de vida saudável e podem influenciar as perceções dos fatores de stress e das situações problemáticas, dando mais alternativas ao individuo (STANHOPE, 2011).

Neste sentido, os enfermeiros integrados em Unidades de Cuidados na Comunidade, têm um contexto de intervenção privilegiado uma vez que, conforme Despacho n.º 10142/2009, “A 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 (...)”. STANHOPE (2011), refere ainda a necessidade de intervenção em grupos vulneráveis, visto que estes sofrem de disparidades na acessibilidade aos cuidados, na qualidade de cuidados desigual e dos piores resultados de saúde.

1.5. ENVELHECIMENTO E PESSOAS IDOSAS

Como já foi referido anteriormente, considera-se o grupo populacional- idosos um grupo vulnerável, o qual foi alvo de intervenção de enfermagem durante o estágio. Muitas são

as reflexões e concepções de pessoa idosa e processo de envelhecimento encontradas na literatura, verificando-se que a abordagem científica foi evoluindo à medida que o corpo teórico se desenvolveu.

De acordo com OMS (2002, cit por HENRIQUES, 2011) o envelhecimento está estreitamente ligado às consequências da transição demográfica, caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, resultando num aumento da esperança média de vida, o que contribui para o aumento da população idosa.

Dado não haver consenso sobre a definição de idoso e do processo de envelhecimento, tem-se utilizado a idade cronológica para definir pessoa idosa, contudo, qualquer limite cronológico é sempre inconstante e dificilmente traduz a dimensão biológica, física, psicológica, social e espiritual da pessoa. O critério cronológico foi escolhido, a partir da idade da reforma, na Alemanha (primeira nação a estabelecer um programa de aposentação em 1889, pelo Chanceler Bismarck), tendo sido posteriormente reforçado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS⁷ que utilizam as categorias de pessoa idosa a partir dos 65 ou mais anos e muito idosos com 80 e mais anos (nos países considerados desenvolvidos). Em Portugal, o INE⁸ (1999), considera pessoa idosa com 65 ou mais anos, assim como a mesma concepção é adotada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004). A definição adotada neste trabalho para pessoa idosa será a pessoa, que tem 65 ou mais anos de idade.

Envelhecimento humano pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004,p.3), ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, tornando a pessoa mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por conduzi-la a morte (Beers, 2004; Evenden & Gesty, 2007;Fonseca, 2005; Netto, 1999a; OMS, 1990; cit por HENRIQUES, 2011).

Em cada pessoa, o processo de envelhecimento parece ser, então, o resultado da combinação entre os fatores de natureza genética e os fatores extrínsecos do ambiente a que tenha sido exposto ao longo da vida (Beers 2004; Botelho, 1999 cit por HENRIQUES, 2011). Deste modo, as múltiplas possibilidades de inter-relação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos, explicam a heterogeneidade do envelhecimento humano.

A OMS, em 2002, definiu como meta para a primeira década do século XXI, o envelhecimento ativo, como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Pretendia-se, com esta orientação, promover o Envelhecimento Ativo e uma imagem positiva das Pessoas Idosas, como agentes indispensáveis de uma sociedade inclusiva, participativa, ativa e saudável, tendo como objetivo o aumento da esperança média de vida, com saúde e independência, o mais tempo possível.

Segundo o mesmo documento, todas as pessoas idosas deveriam poder realizar os seus direitos humanos, envelhecer com segurança (sem estarem sujeitas à pobreza), participar

⁷ Cf. Organização Mundial da Saúde. A life course perspective of maintaining independence in older age. WHO's Ageing and Health. Geneva, 1999, cit por DGS (2004)

⁸ Cf. INE. As Geracoes Mais Idosas. Serie de Estudos No. 83. Portugal. Lisboa, 1999

plenamente na vida económica, política e social e ter oportunidades de se desenvolver, nos últimos anos da sua existência (OMS, 2002).

1.6. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS

Neste contexto do envelhecimento ativo e com segurança, surge a necessidade de abordar a prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, como prioridade de intervenção proposta pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde e Assembleia das Nações Unidas.

Ter independência funcional e autonomia é algo valorizado por todos nós, ao longo da vida e, na velhice não é diferente. Os acidentes domésticos são muito comuns. Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem provocar acidentes⁹, especialmente, para as pessoas idosas, que são particularmente vulneráveis às condições da habitação e meio envolvente (DGS, 2012).

Os acidentes são a quarta causa de morte mais comum na Europa e a quinta causa de morte em Portugal, constituindo um grave problema de saúde pública, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social mas, também, com implicações relevantes na vida, pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2012).

O reconhecimento da necessidade de intervir sobre os acidentes está exposto nas Recomendações e Resoluções aprovadas em várias Assembleias Mundiais da Saúde, Assembleias-Gerais das Nações Unidas e no Parlamento Europeu.

Na União Europeia, morrem cerca de 105.000 pessoas por ano vítimas de acidentes, dos quais 85.000 são “não intencionais” e 20.000 são “intencionais” (DGS, 2012). Segundo EUNESE (2004), houve cerca de 40.000 mortes/ano de pessoas idosas por quedas, 2.000 mortes/ano por queimaduras e 2.000 mortes/ano por intoxicações.

A mortalidade por acidente tem variações entre países, mas é apenas a parte visível de um problema de saúde pública, cujo impacto se reflete na incapacidade e na co-morbilidade associada. Os acidentes são, também, uma das principais causas de anos de vida perdidos, de redução da produtividade, de consumo de serviços de saúde e de um significativo grau de incapacidade (DGS, 2012).

Em Portugal, e de acordo com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2012), os acidentes e as suas consequências, no ano de 2006, contribuíram para internamentos hospitalares de **29.387 de pessoas com mais de 65 anos**. A demora média de internamento foi de 9,5 dias, com um valor máximo de 13,2 dias entre os 85-89 anos.

⁹ De acordo com DGS (2012), «**Acidentes**» segundo a Classificação Internacional das Doenças – 10.^a Edição (CID-10) estão agrupados no Capítulo XIX, sob a designação de «**Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas**». Segundo as suas causas, subdividem-se em: 1) «**Acidentes**» (códigos V01-X59) da CID-10 que correspondem aos acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, sufocação, etc. e 2) «**lesões autoprovocadas intencionalmente**» (códigos X60-X84), «**agressões**» (códigos X85-Y09) e «**eventos cuja intenção é indeterminada e outros**» (Y10-Y98). Os primeiros são, vulgarmente, designados por **Acidentes não intencionais** e os segundos por Acidentes intencionais, denominações que serão utilizadas neste documento.

Segundo o Relatório ADELIA¹⁰ do ano 2006, num universo de 23.079 acidentes, verifica-se que: 14% dos Acidentes Domésticos e de Lazer ocorreram depois dos 65 anos. O local de ocorrência mais frequente de ADL foi a “casa” (52%), sobretudo com as crianças até aos 4 anos e as pessoas idosas com mais de 75 anos. O mecanismo da lesão mais referido foi a “queda” (65%), com uma incidência maior nos grupos etários extremos, em especial nos indivíduos com mais de 75 anos, nos quais, 88% dos acidentes registados se devem a esta causa.

A natureza complexa e multifatorial do risco de acidentes domésticos na população idosa exige uma abordagem proativa e sistemática de prevenção. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (DGS, 2012), a intervenção dirigida para a promoção da segurança e prevenção de acidentes com pessoas idosas, que vivem na comunidade, tem sido eficaz na diminuição da incidência dos mesmos, especialmente das quedas. Também o mesmo documento indica que todos os outros acidentes domésticos (intoxicações, queimaduras, entre outros) podem ser evitados, com alterações na habitação e eliminação de fatores de risco. Assim, numa intervenção comunitária, a efetividade das ações decorre da conjugação de medidas de promoção da atividade física, educação sobre fatores de risco e de proteção, melhoria das condições de segurança da habitação, revisão da medicação e avaliação do risco individual (DGS, 2012).

O impacto das condições da habitação e do meio ambiente envolvente, na saúde individual e coletiva, é conhecido desde há muito tempo. Em casa, dois fatores são determinantes dos acidentes: o comportamento humano e o projeto/manutenção da casa (o desenho inadequado de portas e janelas, escadas, etc pode aumentar o risco de lesão) (DGS, 2012).

Segundo um estudo sobre segurança na habitação, realizado em 2004 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, a exposição ao risco de acidente doméstico está aumentado numa relação direta com a idade superior a 65 anos e/ou níveis de escolaridade baixos.

As pessoas idosas estão sujeitas a alterações físicas e neurológicas, decorrentes do processo de envelhecimento, que as tornam mais vulneráveis aos acidentes. Deste modo, e de acordo com a revisão bibliográfica de literatura (DGS, 2012; ESPADA, 2012; FUNDACIÓN MAPFRE, 2010; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010; NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, 2008; BRANCO, 2004; EUNESE, 2004), encontram-se fatores intrínsecos e extrínsecos determinantes dos acidentes domésticos com pessoas idosas, sendo estes relacionados com a saúde, o ambiente e o comportamento humano, que se resumem no quadro seguinte.

¹⁰ Acidente Doméstico E de Lazer - Informação Adequada" (ADELIA) é a designação portuguesa para o sistema de monitorização, vigilância e registo dos acidentes domésticos e de lazer, registados numa amostra de 41 unidades de saúde com serviços de urgência, Hospitais e Centros de Saúde, cuja coordenação cabe ao Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (DGS, 2012).

Quadro 1: Síntese dos fatores determinantes de acidentes domésticos com pessoas idosas.

1. A SAÚDE DA PESSOA IDOSA:	2. O AMBIENTE DOMÉSTICO E DE LAZER:	3. O COMPORTAMENTO HUMANO:
<p>a. Visão: Perda do poder de acomodação e diminuição da acuidade visual.</p>	<p>a. Em casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - iluminação deficiente, - tapetes soltos, - chão escorregadio, - piso irregular, 	<p>a. No dia-a-dia e nas atividades de rotina diárias, desde o sair da cama, cozinhar ou arrumar a casa, não tendo em conta as medidas básicas de segurança;</p>
<p>b. Audição: Diminuição da acuidade auditiva e alteração da manutenção do equilíbrio;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ausência de barras de apoio na casa de banho, - inexistência de corrimão ou barras de segurança; - Móvel instável e móveis no meio do caminho, 	<p>b. Inatividade física e sedentarismo;</p>
<p>c. Problemas de locomoção, tais como os de natureza osteoarticular e atrofia muscular e das partes moles;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - gavetas abertas, - móveis de difícil acesso, - cortinas demasiado compridas, - presença de cabos elétricos e objetos no chão; 	<p>c. Em casa, calçado inadequado, subir e descer de um banco ou cadeira sem os devidos cuidados, subir a um escadote;</p>
<p>d. Doenças do foro neurológico, como tonturas, alterações do equilíbrio;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escadas com degraus de tamanhos diferentes, - soleiras das portas não niveladas com o chão; - portas de pequenas dimensões ou com puxadores difíceis de segurar; 	<p>d. Na rua, andar distraído e com sapatos mal apertados;</p>
<p>e. Doenças crônicas decorrentes do envelhecimento;</p>	<p>b. Espaços públicos mal desenhados e inseguros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruas, estradas e parques públicos com pavimento irregular, - luzes intermitentes, - animais domésticos soltos, - curta duração dos semáforos; 	<p>e. Tomar medicamentos que não foram receitados pelo médico e não dar prioridade à vigilância regular da saúde.</p>
<p>f. Défice de vitamina D e polimedicação, particularmente antidepressivos, indutores de sono, tranquilizantes e anti-hipertensores</p>		
	<p>c. Transportes públicos com horários e condições de segurança inadequados para pessoas com mobilidade condicionada,</p> <ul style="list-style-type: none"> - paragens com uma localização inconveniente e que não estão bem iluminadas. 	

Frequentemente, nos acidentes domésticos com pessoas idosas, os fatores de risco são variados, estando dois ou mais em interação. Em cerca de metade das quedas, estão envolvidos os fatores de risco domésticos e ambientais (DGS, 2012).

Os estudos recentes revelam que a compreensão dos fatores de risco e dos mecanismos de queda são o primeiro passo para a redução dos acidentes domésticos e de lazer, com pessoas idosas, que vivem na comunidade.

No desenho de um projeto de prevenção de acidentes domésticos, especialmente de quedas, há ainda que considerar o potencial das intervenções preventivas de base comunitária

e conhecer as recomendações específicas para a prevenção de todos os tipos de acidentes (DGS, 2012).

Consequentemente, tanto na elaboração do projeto e intervenções no âmbito da prevenção de acidentes domésticos (no decorrer do estágio), como na elaboração deste documento, foram tidos em consideração alguns projetos, documentos e plataformas online, por mim considerados como essenciais pela sua pertinência e atualidade. São eles:

- Projeto com Mais Cuidado (FUNDACION MAPFRE e DGS, 2012),
- Quedas em idosos a viver na comunidade: políticas de saúde e estratégias de prevenção (ESPADA, 2012),
- Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice (OMS, 2010),
- Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2010),
- Relatório ADÉLIA (CONTREIRAS, 2008),
- Guia global: cidade amiga do idoso (OMS, 2008),
- Evidence on patient safety (WHO, 2008),
- NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL (2008),
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004),
- Panorâmica geral dos dados europeus sobre lesões (acidentes domésticos e em atividades de lazer) - *relatório final* (INSTITUTO AUSTRIACO PARA A SEGURANÇA E PREVENÇÃO, 2000),
- EUNESE - European Network for Safety among Elderly,
- Prevention of falls Network Europe (ProfaNE),
- Planos Locais de Ação em Habitação e Saúde.

Existem também recomendações genéricas para tornar a habitação mais segura, como o livro do IKEA Portugal (Torne a sua casa mais segura divisão por divisão) ou o Manual de Segurança, da Direção Geral do Consumidor, também os Manuais da Fundação MAPFRE, produzidos no âmbito do projeto “Com Mais Cuidado”, em parceria com a DGS.

As recomendações recentemente publicadas pela U.S. Preventive Services Task Force (MOYER, 2012) apontam para a **avaliação individual do risco em todas as pessoas com mais de 65 anos**, a fim de identificar as que têm risco acrescido de queda, baseado na história anterior de queda, na existência de problemas na mobilidade e numa execução inadequada do teste Timed Get-Up and Go¹¹. A partir desta avaliação há recomendações genéricas, sendo que as intervenções específicas deverão ter em consideração os níveis de risco e benefício para cada idoso.

Assim, e de acordo com documentos enunciados acima como essenciais à elaboração deste relatório, as ações de promoção da segurança e prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, para serem efetivas devem incluir reforços em cinco áreas de intervenção:

¹¹ O teste Timed Get-Up and Go é realizado através da observação do tempo que leva uma pessoa a levantar-se de uma cadeira, andar três metros, virar, andar para trás, e sentar-se novamente.(MOYER, 2012)

1. **Promoção da atividade física:** a sua prática moderada, regular e disciplinadamente (2-3x/semana) é essencial para a boa saúde física e mental e a preservação da independência das pessoas idosas, para além de permitir controlar o peso, manter a massa muscular e óssea, melhorar o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação, reduzindo assim o risco de queda.

2. **Educação sobre fatores de risco e de proteção:** é uma estratégia essencial para capacitar os idosos e cuidadores formais sobre riscos de acidente, mas que por si só não é efetiva. As sessões em grupo parecem permitir uma maior interação social, discussão informal, partilha de experiências, promovendo a motivação para a adoção de comportamentos mais seguros e reduzindo a ansiedade.

3. **Melhoria das condições de segurança da habitação:** que condiciona a vida no dia-dia e as atividades de vida diárias, sendo promotora da autonomia e da qualidade de vida das pessoas idosas. A avaliação da segurança da casa permite identificar fatores de risco de queda num indivíduo idoso. As modificações e as correções dos riscos detetados numa habitação são essenciais para a diminuição do número e da gravidade das quedas. Um banco de ajudas técnicas assim como a utilização de novas tecnologias podem ser boas soluções para a manutenção da autonomia do idoso no seu domicílio.

4. **Revisão da medicação:** o objetivo da revisão da medicação é identificar os medicamentos que foram prescritos por um médico ou por vários médicos, mais os que são tomados por iniciativa pessoal que, associados à idade podem aumentar a interação e a sensibilidade aos potenciais efeitos secundários.

5. **Avaliação do risco individual:** relacionados com a existência de uma alimentação inadequada, doença crónica, doença neurológica que interferem com o equilíbrio e a marcha, problemas cognitivos mas, também e em especial, problemas de visão associados ao envelhecimento estão com frequência associados a um aumento do risco de queda no idoso. Todos estes problemas de saúde individual condicionam o risco de acidente, necessitam acompanhamento e controlo médico e determinam as recomendações preventivas, personalizadas.

De acordo com DGS (2012), apesar do investimento de vários investigadores na construção de métodos de avaliação dos fatores de risco individuais de queda na população idosa (mobilidade, aptidão física e funcional, entre outros), existe uma fraca evidência sobre a sua aplicabilidade à generalidade da população e às práticas.

1.7. GANHOS EM SAÚDE

Sendo um dos objetivos do Plano Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhores práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento (DGS, 2004), nas quais se enquadra a prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, considera-se relevante refletir sobre o conceito de ganhos em saúde.

O termo foi utilizado pela primeira vez no Welsh Health Planning Forum (1989, 1990) no Reino Unido. Desde então, o Centro Europeu de Colaboração para a Política de Saúde da

OMS declarou que os anos 90 eram a década dos ganhos de saúde (EWLES, SIMNETT, 1999 cit por SQUIRE, 2005).

O Care Sector Consortium (1997 cit por SQUIRE, 2005) sugere que o ganho de saúde é “uma melhoria mensurável no estado de saúde e no bem-estar social, num indivíduo ou população, a qual é atribuível a uma intervenção precoce”, conceção que é corroborada pela OMS (1998) que define ganho de saúde como uma forma de expressar os resultados de uma melhoria na saúde, podendo ser usado para refletir a vantagem relativa de uma forma de intervenção em saúde sobre uma outra, na produção do melhor resultado em ganhos de saúde.

A Declaração de Jacarta (OMS, 1997) afirma que a promoção de saúde “atua sobre os fatores determinantes da saúde, por forma a criar os maiores ganhos de saúde para as pessoas”.

2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO E PROTOCOLO DE PESQUISA

Face ao diagnóstico de situação realizado na comunidade, o problema *risco de acidentes domésticos* foi demonstrado pelo elevado número de pessoas inquiridas com tapetes soltos em casa (82%), chão da habitação escorregadio (23,5%), escadas sem corrimão, banheira sem tapete anti-derrapante, esquentador no wc e lareira sem proteção (5,9%)¹². Contudo, as pessoas inquiridas na amostra, não identificaram estas situações como potenciais problemas que afetam a saúde, o que revela a pouca sensibilização e atenção das mesmas face ao risco de acidentes domésticos e suas consequências para a saúde e qualidade de vida.

Assim, e apesar deste problema não ter sido validado no Fórum Comunitário, dada a sua elevada frequência nos inquéritos aplicados, foi validado com um grupo de peritos da comunidade, através da Técnica de Grupo Nominal, que consiste num processo que, recorrendo a um grupo de peritos permite selecionar, fazer julgamentos e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema complexo (OPSS, 2006).

Os peritos envolvidos foram elementos da comunidade, parceiros da UCC de Torres Vedras, mais especificamente, os dois enfermeiros cooperantes (EEECSP), duas enfermeiras generalistas que integram o PCC/PA da UCC, e Diretoras Técnicas de cinco IPSS's (de 7 existentes na comunidade).

A validação decorreu no âmbito da reunião mensal de parcerias da UCC, realizada no dia 16 de Fevereiro de 2012, entre a UCC de Torres Vedras e as IPSS's abrangidas na área geográfica de intervenção do pólo Maxial da UCC (Campelos, Ramalhal, Matacães, Maxial, Runa, Outeiro da Cabeça, Carvoeira).

Foram validadas quer a necessidade de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas (não só na freguesia do Ramalhal mas em todas as freguesias representadas na reunião), como as estratégias de intervenção: diagnóstico do nº de idosos que vive só, visitas domiciliárias multidisciplinares a pessoas idosas com critérios de fragilidade (principalmente isolamento social e/ou geográfico) referenciadas pelos parceiros comunitários, monitorização do risco de queda dos idosos inscritos em serviços de ambulatório nestas IPSS's seguida de ações de educação para a saúde, e ações formativas aos cuidadores formais (AAD) dos idosos a quem estas IPSS's prestam apoio domiciliário (anexo I).

Para a implementação destas estratégias foi essencial a pesquisa bibliográfica, o apoio e envolvimento da equipa da UCC e o estabelecimento de parcerias de intervenção com as IPSS's parceiras de cuidados do Pólo Maxial da UCC Torres Vedras e com o Núcleo do Idoso em Segurança da GNR de Torres Vedras.

O quadro que se segue demonstra uma caracterização geral dos grupos alvo de intervenção no estágio: pessoas idosas e Ajudantes de Ação Direta.

¹² Itens constituintes do questionário aplicado, no contexto do diagnóstico de saúde da comunidade do concelho de Torres Vedras, que não traduzem a totalidade dos fatores de risco de acidentes domésticos existentes na literatura.

Quadro 2: Caracterização geral dos grupos alvo de intervenção: AAD e pessoas idosas.

AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA									PESSOAS IDOSAS				
IPSS's	Nº AAD	Idade	Sexo	Categoria Profissional	Valência Serviço	Exp. ^a Profissional	Escolaridade	Outras Formações	Nº Pessoas	Idade média	Escolaridade média	Com apoio informal	Vive sozinho *
ASOuteiro da Cabeça	3	38	Fem	Ajudante Familiar	C.D./SAD	1 ano	3.º ciclo	Nenhuma	10	74	1º ciclo	100%	60%
		53	Fem	Auxiliar de Serviços Gerais	C.D./SAD	2 anos	3.º ciclo	Nenhuma					
		62	Fem	Ajudante Familiar	C.D./SAD	7 anos	2.º ciclo	Nenhuma					
ASF Carvoeira	1	40	Fem	AAD	SAD	10 anos	2.º ciclo	Sim	18	79	1º ciclo	53%	94%
ASAS Matacães	3	43	Fem	AAD 2. ^a	C.D./SAD	2 anos	3.º ciclo	Sim	26	79	1º ciclo	88%	69%
		39	Fem	AAD	C.D./SAD	1 ano	3.º ciclo	Nenhuma					
		37	Fem	AAD	C.D./SAD	7 anos	3.º Ciclo	Sim					
ASSS Campelos	2	57	Fem	AAD 2. ^a	SAD	13 anos	1º ciclo	Sim	26	80	Dados não fornecidos pela IPSS	88%	81%
		30	Fem	AAD	SAD	3 anos	Ens. Secund.	Sim					
CPF Ramalhal	2	35	Fem	AAD	SAD	9 anos	-	Nenhuma	9	80	1º ciclo	78%	78%
		32	Fem	AAD 2. ^a	SAD	4 anos	-	Nenhuma					
CPRuna	-	-	-	-	-	-	-	-	23	78	analfabetismo	91%	57%
Média Final	11	42 anos	Fem.	AAD	C.D. / SAD	5,36 anos Exp ^a Prof.	3.º ciclo	54,5% sem formação	112	78,3 anos	1º ciclo	83%	73%

* Inclui-se no critério «Vive sozinho» também as pessoas que vivem em companhia exclusiva de outra pessoa idosa.

Visando melhorar a qualidade da prestação de cuidados e o desenvolvimento da prática clínica baseada em evidência, no contexto de enfermagem avançada, optou-se por um estudo de RSL¹³ dado que representa uma mais-valia para a prática em enfermagem e permite, segundo RAMALHO (citado por BAIXINHO, 2008, p.24) “vivificar e reforçar as possibilidades da investigação em enfermagem”.

A prática baseada em evidência (PBE), consiste numa forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, por norma, tomar-se-ão como as mais adequadas, com a previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (CARDOSO, 2012).

Deste modo, a enfermagem baseada na evidência é um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática da enfermagem (TORO, 2001 cit por ROSA, 2011).

Com a finalidade de estruturar a abordagem da problemática em análise, através do recurso às bases de dados científicas, é definida a pergunta em formato PI[C]O, que guiará o enfermeiro nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e conseqüente contexto de análise. Nesta pergunta incluem-se várias definições específicas, tais como: População (P) que deve ser circunscrita a um grupo com características comuns (género, idade, etnia, etc.), Intervenção (I) do enfermeiro (que pode ser de variados tipos), Comparação (C) que serve de controlo (exercido como “placebo” entre uma determinada abordagem e outra alternativa), e por fim o *Outcome* (O) ou seja os resultados a alcançar.

Para BAIXINHO (2008, p.80), “a revisão sistemática permite combinar vários estudos para explorar a mesma pergunta de investigação, localizando, avaliando e sintetizando as evidências de estudos científicos”.

Esta orientação metodológica também possibilitou a definição dos critérios de inclusão/exclusão de estudos científicos (ver anexo II), com a finalidade de orientar a pesquisa, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados.

Na tentativa de definição da pergunta PI(C)O, foi elaborada uma questão direcionada para o foco de atenção da intervenção prevista, no sentido de condicionar/limitar a pesquisa para este assunto em particular. Assim, foi considerado como objetivo: identificar as intervenções de enfermagem promotoras do processo de capacitação da pessoa idosa, na prevenção de acidentes domésticos.

Consecutivamente, procedeu-se à elaboração da seguinte pergunta em formato PI[C]O: **Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem a capacitação (O) da pessoa idosa (P) na prevenção de acidentes domésticos (O)?**

A tabela na qual se encontram identificados a população, intervenção, *outcomes*, respetivos conceitos e palavras-chave, pode ser consultada no anexo III.

¹³ Entende-se por Revisão Sistemática de Literatura, o resumo dos resultados da investigação sobre um tema específico, utilizando um processo rigoroso para a procura, análise, avaliação e síntese, para responder a uma pergunta no formato PICOD. (MELNYK & FINEOUT- OVERHOLT, 2005).

Após definição da pergunta, foi iniciado o processo de pesquisa (ver anexo IV), que na sua génese tem a identificação das palavras-chave: Pessoa idosa (Aged), Enfermagem (Nurs*), Educação para a Saúde (Health Education), Capacitação (Empowerment) e Prevenção de acidentes domésticos (Accident Prevention).

Os termos apurados, no contexto desta metodologia, foram submetidos a validação em locais de avaliação dos descritores. Recorreu-se, então, no dia 18-02-2013, à plataforma MeSHBrowser¹⁴ e constatou-se que todas as palavras-chave são descritores, conforme designadas em língua inglesa no parágrafo acima.

Na sequência da realização do exercício de RSL, o passo seguinte foi a hierarquização dos descritores, tendo a mesma sido definida de acordo com o número de artigos que cada palavra apresentou na pesquisa em bases de dados científicos. Seguiu-se a conjugação ordenada das palavras chave, pela sequência definida anteriormente, que se passa a explicar: em primeiro lugar - *Nurs** (70193 artigos), em segundo - *Aged* (33048 artigos), em terceiro - *Health education* (7362 artigos), em quarto - *Empowerment* (3940 artigos), e em quinto lugar - *Accident prevention* (381 artigos).

Posteriormente, foi elaborado um roteiro de pesquisa com o conjunto de palavras-chave descrito, que foi efetuado simultaneamente em cinco bases de dados - CINAHL Plus with Full Text, Medline with full text, [Cochrane Database of Systematic Reviews](#), Mediclatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, no dia 18-02-2013, para o período estabelecido de 5 anos (2008-2013) (ver anexo IV). As palavras-chave foram procuradas no *Abstract* dos artigos no mesmo dia.

Como resultado dessa pesquisa, obtiveram-se seis artigos, distribuídos pelas diferentes bases de dados, os quais foram sujeitos a um processo de seleção de acordo com os limitadores/condições de pesquisa definidos (ver anexo IV). Destes seis artigos, procedeu-se à leitura dos respetivos resumos, sendo excluído 1 artigo devido ao facto dos autores serem terapeutas ocupacionais. Assim, restaram 5 artigos, dos quais foram selecionados 4 artigos finais, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão já descritos neste capítulo, e 1 artigo era duvidoso. Procedeu-se à leitura integral deste artigo, tendo sido excluído.

No seguimento do protocolo, foi realizada a leitura integral dos restantes quatro artigos selecionados e procedeu-se à elaboração das respetivas fichas de leitura (anexo V) e análise crítica.

Como se pode verificar no anexo V, foram encontrados artigos com níveis de evidência I, II e VI, segundo o rating system for the hierarchy of evidence (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Numa análise sumária verifica-se que os artigos encontrados na RSL suportam e fundamentam as intervenções e estratégias planeadas no projeto de estágio (anexo I) visto que enunciam a educação para a saúde, a promoção da prática de atividade física e modificações ambientais no domicílio com resultados na promoção de melhorias da capacidade funcional, no nível psicológico (humor), estado de saúde percebido e qualidade de vida das pessoas idosas. Sugerem também a avaliação diagnóstica individual e intervenção transdisciplinar (incluindo

¹⁴ Medical Subjects Headings, disponível on line em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

enfermeiro, médico e fisioterapeuta/terapeuta ocupacional) em visitas domiciliares preventivas, no âmbito da prevenção de acidentes domésticos.

Definem fatores importantes para a adesão aos programas de prevenção de quedas, nomeadamente, fatores sociais cognitivos (considerados, pelos autores dos artigos encontrados, os mais importantes determinantes na captação e manutenção de comportamentos de saúde), como o encorajamento e apoio dos pares, rede de amigos e família; o elemento social das sessões em grupo e respetivos sentimentos de responsabilidade social uns para com os outros; o medo de recaída e a perda de benefícios conquistados nas AVD.

Expõem ainda um conflito na abordagem do risco e intervenção na prevenção de quedas com pessoas idosas, que reflete divergências entre a perspetiva do profissional de saúde e da pessoa idosa, principalmente porque a perspetiva das pessoas idosas e o entendimento do nível de risco vão para além da avaliação técnica da presença ou ausência de fatores de risco.

Assim, indicam que a aceitação do nível de risco de queda e da necessidade de intervenção envolve um processo de auto-avaliação, *coping* e adaptação às implicações do nível de risco, sugerindo que intervenções e opções de gestão de risco devem ser negociadas, permitindo a participação ativa do idoso na tomada de decisões e a permissão de que os indivíduos integrem as preferências pessoais na sua gestão dos planos de cuidados.

3. «DO PLANEAMENTO À AÇÃO»: OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Os diagnósticos de enfermagem, segundo o modelo de apreciação da comunidade como cliente, de Betty Neuman, dão orientação, tanto para as metas como para as intervenções de enfermagem. Face ao diagnóstico de enfermagem elaborado e pela operacionalização do projeto de estágio, pretende-se contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população idosa, através da sua capacitação face à prevenção de acidentes domésticos.

De acordo com a finalidade acima descrita, foram definidos objetivos e planeadas intervenções de enfermagem com vista à concretização dos mesmos (ver anexo I). A fixação de objetivos, de acordo com TAVARES (1990, p. 113), caracteriza-se pela definição dos “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo”, através da implementação e desenvolvimento de intervenções que procuram ter impacto nos indivíduos, nomeadamente nos seus comportamentos e na saúde de forma global.

Deste modo e segundo o Modelo Sistémico de Neuman, os objetivos derivam dos stressores e podem incluir tanto a limitação do stressor como o fortalecimento das linhas de defesa. Após estabilizado o grau de reação¹⁵, o enfermeiro planeia intervenções de enfermagem para fortalecer as linhas de resistência através dos níveis de prevenção.

A intervenção em enfermagem comunitária tem como finalidade a utilização de estratégias adequadas à diversidade de contextos, visando deste modo a aquisição de melhores níveis de saúde em grupos e comunidade. Assim, na seleção das estratégias a adotar, teve-se em consideração não só o nível de intervenção e as especificidades da população alvo mas também o Modelo Sistémico de Betty Neuman e a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem.

Este referencial teórico trouxe um grande contributo para a intervenção comunitária, uma vez que a autora descreve que quando se verifica que as habilidades de autocuidado são insuficientes para satisfazer as necessidades (défice de autocuidado), o enfermeiro tem um papel primordial como provedor de autocuidado, através de um sistema de enfermagem, podendo mobilizar diferentes métodos de ajuda (OREM, 2001).

Deste modo, quando as limitações impedem completa ou parcialmente o autocuidado, o enfermeiro mobiliza e seleciona métodos de ajuda, através de sistemas de enfermagem, podendo, de acordo com as necessidades de ação e com as limitações associadas à saúde, atuar por ou fazer por outrém; orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal, ou prestar cuidados num sistema de apoio-educação. Os sistemas de enfermagem podem ser para indivíduos ou

¹⁵ O conceito “grau de reação”, foi definido por Betty Neuman como “ a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar ao(s) stressor(es).” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004, p.339)

grupos, cujos membros possuam necessidades de autocuidado terapêutico com componentes idênticas ou que apresentem limitações semelhantes para o autocuidado (OREM, 2001).

Neste sentido, conceptualiza o autocuidado como uma função reguladora humana, efetuada deliberadamente, compreendendo todas as atividades que a pessoa desempenha no contexto da vida diária, em seu benefício que lhe permite responder de forma consciente às suas necessidades, manter a vida e a saúde, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações das alterações de saúde, dando continuidade ao seu desenvolvimento e bem-estar pessoal, contribuindo para a sua integridade e funcionamento (OREM, 2001).

A partir da sua reflexão sobre o conceito de autocuidado, que possui uma aplicação pragmática na prática de enfermagem, Dorothea Orem (2001) formulou a Teoria do Déficit de Autocuidado, como uma teoria geral de enfermagem composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, que exprime o objetivo, os métodos e resultado do autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado, que expressa e desenvolve as razões que levam as pessoas a necessitarem dos cuidados de enfermagem e a **teoria dos sistemas de enfermagem**, que é a teoria unificadora, estabelecendo a estrutura e conteúdo da prática de enfermagem. Assim, a autora formula três categorias de requisitos de autocuidado:

- Requisitos universais de autocuidado - correspondem às necessidades humanas básicas comuns a todos os seres humanos, durante todos os estádios do ciclo vital, com vista a manutenção das condições de vida;
- **Requisitos de autocuidado de desenvolvimento** - estão relacionados com o crescimento humano, com os processos de desenvolvimento e com as condições e eventos que ocorrem durante as várias etapas do ciclo de vida ou etapas de desenvolvimento do indivíduo e do ambiente onde está inserido, o que por vezes requer uma adaptação;
- Requisitos de autocuidado por desvio de saúde- surgem quando existem doenças ou incapacidades. São ações que se justificam quando existe o desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade para o realizar.

Por conseguinte, no projeto de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, a aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado suporta as práticas, uma vez que a pessoa idosa poderá ter a capacidade de desenvolver o autocuidado de forma terapêutica mas não sem a assistência de enfermagem, pelo que a autora defende que a pessoa pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, tendo o enfermeiro um papel fundamental de apoio e capacitação da pessoa para o mesmo.

Para que tal ocorra, o enfermeiro deve considerar o contexto da pessoa e o seu estilo de vida, a sua experiência e os hábitos de vida diária, os seus modelos de pensamento e de perceção, bem como ter conhecimento dos requisitos de autocuidado da pessoa, para que através do ensino possa ajudar as pessoas a tornarem-se eficientes nas suas atividades de autocuidado (OREM, 2001).

Uma vez que o diagnóstico se prende com requisitos de autocuidado de desenvolvimento, pois a população alvo não demonstrou estar sensível para o risco de acidentes domésticos, suas consequências na qualidade de vida e independência no autocuidado e subseqüentes adaptações, a estratégia de intervenção baseou-se no sistema de

apoio-educação, de forma a otimizar as suas capacidades e autonomia, estimulando a aquisição de conhecimentos, a tomada de decisão consciente e desenvolvimento de mecanismos de adaptação.

De acordo com a linguagem CIPE® Versão 2, a promoção capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos foi desenvolvida através de intervenções no âmbito do Promover [ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa], Educar [transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém], Ensinar [dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde] e Monitorizar [observação atenta de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua]. (OE, 2011a, p. 96).

Assim, segundo Dorothea Orem (2001) a estratégia educativa do autocuidado permite facilitar as mudanças das pessoas no estágio da sua história pessoal, familiar e social, sendo o autocuidado um comportamento aprendido. Neste sentido, a Educação para a Saúde (EpS) é a estratégia de intervenção adequada para alcançar os objetivos fixados, assumindo-se como um componente essencial dos cuidados de enfermagem de qualidade.

Por forma a rentabilizar tempo e recursos, optou-se pela estratégia de intervenção dirigida a grupos, corroborada pelo artigo 3 (ver ficha de leitura no anexo V), uma vez que “os grupos fornecem um modo económico de ensino. A experiência de ter o apoio de um grupo, obtendo motivação para aprender com os outros membros, diminui os sentimentos de isolamento e, através da modelagem de comportamento de outros indivíduos, pode ser o melhor modo dos utentes alcançarem os seus objetivos” (REDMAN, 2003, p.47).

Segundo ONEGA, DEVERS (2011, p.316) “a dimensão do grupo influencia a eficácia; geralmente o número adequado para um grupo de trabalho centrado em mudanças individuais de saúde está entre 8 a 12 pessoas”, pelo que, sempre que possível, foram constituídos os grupos tendo em consideração esta premissa.

É de salientar que, no sentido de assegurar a eficácia da intervenção educativa, foram consideradas todas as dimensões do conceito de EpS, as práticas educativas de andragogia¹⁶ e os diferentes domínios da aprendizagem: o domínio cognitivo, que implicou um conhecimento prévio das aptidões cognitivas do grupo de utentes para que a intervenção fosse adequada; o domínio afetivo, procurando mudança nos valores e comportamentos do grupo, tendo presente que este é um processo gradual que envolve vários estádios e o domínio psicomotor, através da realização de atividades que requeiram coordenação psicomotora e aquisição de competências nesta área (ONEGA, DEVERS, 2011).

Consequentemente, foram traçados quatro objetivos principais que se sintetizam no quadro 3 e descrevem, em pormenor, abaixo. Também foram delineadas metas e indicadores de avaliação para cada objetivo, que se pode consultar no quadro 4.

¹⁶ Segundo OSÓRIO (2003, p.93), “a andragogia é, portanto, a arte e ciência de ajudar os adultos a aprender”.

Quadro 3: Apresentação esquemática dos objetivos gerais e específicos.

Objetivo Geral	Objetivo(s) Específicos) / Operacionais
1. Perceber a dinâmica de funcionamento da UCC de Torres Vedras	1.1. Integrar os programas da UCC, em funcionamento;
2. Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária: risco de acidentes domésticos na população idosa, identificado no diagnóstico de saúde da comunidade da freguesia do Ramalhal	2.1. Inventariar existência de sistemas de informação nas unidades de saúde locais, que monitorizem acidentes domésticos e consultar os dados disponíveis. 2.2. Realizar o diagnóstico do nº de pessoas idosas que vivem sós, na freguesia do Ramalhal. 2.3. Monitorizar o risco de queda (riscos biológico: mobilidade; e ambiental: habitação) das pessoas idosas inscritas nas valências de ambulatório das IPSS's parceiras do Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras. 2.4. Monitorizar risco de queda identificado nos utentes em carteira do PCC/PA da UCC de Torres Vedras.
3. Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.	3.1. Executar iniciativas que visem a formação dos cuidadores formais e EpS das pessoas idosas, sobre o tema da segurança em casa e prevenção de acidentes domésticos, com pessoas idosas. 3.2. Avaliar condições para proposta de implementação do sistema de telesegurança no domicílio dos idosos residentes na área geográfica do Pólo Maxial da UCC. 3.3. Estabelecer parcerias de intervenção com IPSS's e GNR (núcleo do idoso em segurança), no sentido de sinalizar pessoas idosas com critérios de fragilidade, principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social, e intervir interdisciplinarmente no sentido de promover a sua saúde e segurança.
4. Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária: capacitação dos idosos e AADna prevenção de acidentes domésticos.	4.1. Identificar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. 4.2. Analisar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem face aos objetivos propostos e metodologia utilizadas, à luz das competências do enfermeiro especialista e dos conhecimentos teóricos de Enfermagem mais atuais. 4.3. Refletir na ação e sobre a ação, fazendo uso da prática baseada na evidência através da Revisão Sistemática de Literatura.

Quadro 4: Apresentação esquemática dos indicadores de avaliação delineados.

Objetivos Operacionais	Indicadores de Avaliação	Meta
	- N ^o de casos de queda, com risco documentado, no período de 1 ano / N ^o casos com queda no mesmo período x 100	40%
	- N ^o pessoas idosas com risco biológico de queda monitorizado / N ^o pessoas idosas utentes das IPSS's nas valências de ambulatório x 100	50%
2.1.	- N ^o pessoas idosas com risco biológico de queda monitorizado / N ^o pessoas idosas inseridas no PCC/PA x 100	100%
2.2.	- N ^o pessoas idosas risco ambiental de queda monitorizado/ N ^o	50%
2.3.	personas idosas intervencionadas x 100	
2.4.	- N ^o casos com risco de queda documentado, que não caíram, e tiveram pelo menos 1 intervenção / N ^o casos com risco documentado x 100	40%
	- N ^o casos com diminuição do risco de queda que tiveram pelo menos 1 intervenção / N ^o casos com risco de queda documentado x 100	30%
	- N ^o pessoas idosas sem (novo) episódio de queda / População existente x 100	30%
	- N ^o sessões executadas / N ^o sessões planeadas x 100	100%
	- N ^o pessoas idosas presentes na ação de EpS / N ^o pessoas idosas utentes das IPSS's nas valências de ambulatório x 100	50%
	- N ^o pessoas idosas com ganhos de conhecimentos / N ^o pessoas idosas intervencionadas x 100	70%
3.1.	- N ^o pessoas satisfeitas com a ação de EpS/ N ^o pessoas intervencionadas x 100	70%
3.2.	- N ^o cuidadores formais intervencionados / N ^o cuidadores formais planeados x 100	50%
3.3.	- N ^o cuidadores com ganhos de conhecimentos / N ^o cuidadores intervencionados x 100	50%
	- N ^o pessoas satisfeitas com a ação de formação/ N ^o pessoas intervencionadas x 100	70%
	- N ^o Visitas domiciliárias realizadas a pessoas idosas frágeis referenciadas por parceiros de cuidados/N ^o VD's previstas em reunião de parcerias (IPSS/GNR)	100%

Face ao quadro exposto acima, importa clarificar e explicar de forma mais aprofundada as atividades e estratégias desenvolvidas, bem como os contextos da ação.

Uma vez integrada no contexto local de estágio e programas/projetos da UCC, foram delineadas estratégias e atividades para atingir o objetivo 2 - Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária: risco de acidentes domésticos na população idosa.

Face ao exposto ponderou-se ser necessário inventariar a existência de sistemas de informação nas unidades de saúde locais, que monitorizassem os acidentes domésticos e consultar os dados disponíveis. Para tal, foi estabelecido contacto com o Departamento da Qualidade do Centro Hospitalar de Torres Vedras e com o CATUS de Torres Vedras, que referiram não haver programa de monitorização de acidentes domésticos ou quedas na triagem dos serviços de urgência, uma vez que o que fica registado é a consequência do acidente, como por exemplo, contusão, fratura, etc.

Assim, tentou-se estabelecer contacto via telefónica e por e-mail com a Sr^a Diretora do Projeto ADÉLIA, com o objetivo de perceber se haveria alguma monitorização ativa ou prevista para a região de Torres Vedras, mas sem sucesso. Posteriormente, da leitura de um relatório de atividade do Projeto ADÉLIA de 2008 concluiu-se que o Sistema de vigilância, monitorização e registo inclui apenas 41 unidades de saúde, nas quais não está incluída qualquer unidade da região de Torres Vedras.

Face a esta lacuna de informação, considerou-se importante monitorizar o risco biológico de queda, através da aplicação da Escala de Morse, e o risco ambiental de queda, pela aplicação de uma Lista de Verificação de condições de segurança da Habitação, assim como identificar o número de quedas efetivas da população idosa.

Visto que o limite temporal do estágio não permitia uma monitorização de toda a população idosa, foi selecionada, por conveniência, uma amostra constituída pelas pessoas idosas em carteira do Projeto de Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados da UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial e as pessoas idosas inscritas nas valências de ambulatório (Centro de Convívio, C.D., SAD) das IPSS's parceiras da mesma.

Uma vez prevista a monitorização do risco biológico de queda, foi criada uma folha de registo baseada na Escala de Morse (anexo VI), tendo sido aplicada quer aquando o momento da sessão de EpS com as pessoas idosas nas respetivas IPSS's, quer aquando da VD de avaliação dos utentes a incorporar a carteira do PCC/PA da UCC (anexo VII), sempre que estes apresentem alteração ao estado avaliado inicialmente.

Para a monitorização do risco ambiental de queda foi construída uma Lista de Verificação das Condições de Segurança da Habitação (anexo VIII) com as ajudantes de ação direta (AAD), no final da formação, para que possam aplicar nos domicílios dos idosos integrados no SAD, possibilitando aos enfermeiros da UCC monitorizar este risco mais rapidamente, através da análise da Lista e triar as situações mais prioritárias de intervenção. A análise das Listas referidas será efetuada aquando das visitas previstas pela UCC aos centros de dia das IPSS's ou nas reuniões mensais de parcerias.

Tendo em consideração o facto de que viver só é um critério de fragilidade do idoso (conforme descrito no quadro conceptual) e pode torná-lo mais vulnerável aos acidentes domésticos, foi programada uma monitorização do nº de pessoas idosas que vivem sós. Para tal, foi realizada uma pesquisa nos resultados dos Censos de 2011, mas ainda não estavam disponíveis estes dados ao nível das freguesias ou concelhos (na altura da realização do estágio). Por conseguinte, tentou-se pesquisar na listagem de utentes no SINUS, mas de imediato se percebeu que não havia tempo útil para tal investigação, dado que só nas primeiras três folhas da listagem havia 10 utentes idosos sozinhos no agregado familiar. Assim, e tendo já sido constituída uma amostra para a monitorização do risco de queda, foi contornado este constrangimento temporal, pela utilização da mesma amostra para o diagnóstico do nº de pessoas que vivem sós na área geográfica abrangida pelo Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras.

Simultaneamente com a análise de situações de risco de acidentes domésticos com pessoas idosas, foram desenvolvidas atividades e estratégias de intervenção para atingir o objetivo 3 do estágio - Desenvolver, através de parcerias com as IPSS's e Núcleo Idoso em Segurança da GNR, estratégias de intervenção em enfermagem comunitária, em contexto transdisciplinar, com vista à capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos, nomeadamente:

1. ações de formação às AAD das IPSS's parceiras de cuidados do Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras;
2. sessões de educação para a saúde aos idosos integrados nos serviços de ambulatório (Centro de Dia, Centro de Convívio e SAD) das mesmas IPSS's;
3. criação de um protocolo de referenciação de pessoas idosas com critérios de fragilidade (principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social) para intervenção transdisciplinar na promoção de saúde e segurança;
4. proposta de implementação do sistema de telesegurança no domicílio dos idosos.

Deste modo, face à atividade nº 1 prevista, foi elaborado um planeamento da formação (anexo IX) e concebidos planos de sessão para cada módulo da formação às AAD (anexo X). A divulgação da formação foi concretizada por meio de cartazes distribuídos na reunião de parcerias para cada IPSS afixar no local mais adequado da respetiva Instituição (anexo XI) e pela divulgação oral das Diretoras Técnicas nas IPSS's.

Os conteúdos da formação foram definidos à priori e à posteriori, ou seja, alguns foram sugeridos no painel que emergiu da Técnica de Grupo Nominal, enquanto outros foram sugeridos pelas próprias AAD no âmbito da avaliação diagnóstica da formação (anexo XII).

A seleção das AAD que frequentaram a formação foi realizada pelas Diretoras Técnicas de cada IPSS, mediante o seu conhecimento concreto da realidade formativa e profissional das funcionárias e os critérios de inclusão definidos previamente no Projeto.

Assim, foram selecionadas de 1 a 3 AAD de cada IPSS, perfazendo um total de 11 elementos para a formação.

A formação intitulada “Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas no domicílio”, decorreu estruturada em 4 ações de formação¹⁷ de 4h/sessão, conceptualizadas no âmbito da formação contínua¹⁸ e formação em contexto de trabalho¹⁹, aos sábados alternados, conforme acordado na reunião de parcerias (para uma melhor organização e gestão de escalas de serviço das IPSS's sem prejuízo da sua atividade).

O local selecionado para a realização da formação foi a Casa do Povo da Freguesia do Ramalhal, por reunir melhores condições físicas e recursos materiais para a realização da formação, nomeadamente sala com mesas, cadeiras e videoprojetor (para a parte teórica da formação) e espaço para as demonstrações e práticas com os recursos previstos.

A estrutura e planeamento da formação foram conjeturados no âmbito das práticas de formação de adultos, nomeadamente porque

“(…) esta formação tem para o adulto um significado social profundo (…) Permite-lhe agir ou favorece a ação. (…) uma das características especiais da formação de adultos consiste em ser organizada sob forma de ações, ou seja, de respostas específicas e parciais a problemas mais gerais de ordem económica, social, cultural postos por organizações, grupos, pessoas (…) as situações pedagógicas criadas constituem o resultado da análise de necessidades, de lançamento de ações de formação, de planos de formação” (LESNE, 1977, p.26, 37)

A formação aos AAD teve como principais objetivos:

- Dotar os AAD de conhecimentos e consequentes práticas de prestação de tarefas básicas de apoio nas atividades de vida dos idosos, de forma segura, no âmbito de higiene e conforto, mobilização, posicionamentos e transferências, de modo a prevenir acidentes domésticos com idosos, principalmente quedas;
- Informar sobre os principais acidentes domésticos com pessoas idosas, seus fatores de risco e medidas de prevenção;
- Sensibilizar os AAD para o seu papel enquanto vetores de informação e referência de práticas profissionais seguras no apoio das AVD, para a pessoa idosa e sua família (cuidador informal), na sua rotina diária de trabalho;
- Diminuir o número de acidentes domésticos com pessoas idosas.

Na consecução dos objetivos da formação, recorreu-se a metodologias pedagógicas do tipo expositivo e interrogativo, mas foram essencialmente privilegiados os métodos demonstrativo e ativo, que reforçam o envolvimento dos formandos e a auto-reflexão sobre o seu processo de aprendizagem, a partir da partilha de pontos de vista e de experiências no grupo (MUCCHIELLI, 1981).

¹⁷ “Atividade concreta de formação que visa atingir objetivos de formação previamente definidos” (DGEFP, 2001, p.14)

¹⁸ “Formação que engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes à formação profissional inicial com vista a permitir uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como permitir a sua contribuição para o desenvolvimento cultural, económico e social” (DGEFP, 2001, p.26).

¹⁹ “Formação desenvolvida no local de trabalho, em que a aprendizagem se processa mediante a execução de tarefas inerentes a uma determinada função” (DGEFP, 2001, p.26).

Os métodos ativos são indicados uma vez que, segundo o autor supracitado, se caracterizam pela aprendizagem experimental e experiencial (incorporação do saber à personalidade, aos comportamentos e à sua história), pela construção pessoal da resposta adaptada, pela descoberta, pela ação, e numa determinada situação.

A dinamização de atividades didáticas baseadas em demonstrações, simulações, exploração e tratamento de informação, estudo de casos, resolução de problemas concretos e grupos de discussão foram as técnicas mais utilizadas, pois “a demonstração é um desempenho de procedimentos e habilidades psicomotoras, que combinadas com a prática, constituem o método mais adequado para adquirir habilidades” (REDMAN, 2003, p. 50).

Devido às diferentes vantagens dos diversos meios e instrumentos de ensino, o uso de vários aumenta a possibilidade de mais sucesso do que o uso de um único meio (REDMAN, 2003), pelo que foram utilizados também os meios audiovisuais e multimédia.

Visto que se retém aproximadamente 10% do que se lê, 20% do que se ouve, 30% do que se vê, 50% do que se vê e ouve simultaneamente, 80% do que se verbaliza sozinho e 90% do que se diz em simultâneo com o que se faz a respeito de alguma coisa sobre a qual se reflete criticamente e na qual se envolve (MUCCHIELLI, 1981), recorreu-se aos métodos ativos, já que estes procuram efetivar essas situações.

Foi ainda solicitada a colaboração da enfermeira especialista em Reabilitação da UCC para um módulo da formação sobre o tema “Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho”, devido à sua experiência na área e percurso profissional relacionado com o tema.

De modo a poder dirigir e motivar a aprendizagem, foi realizada uma avaliação final de conhecimentos (anexo XIII) e uma avaliação de satisfação dos AAD (anexo XIV), pois fornecem evidência dos cumprimentos ou capacidades que os formandos necessitam desenvolver, podendo também reforçar o seu comportamento correto, bem como podem ajudar os formadores a determinar a adequação do seu ensino (REDMAN, 2003).

Relativamente à operacionalização das sessões de educação para a saúde para as pessoas idosas integradas nos serviços de ambulatório das IPSS's parceiras de cuidados do Pólo Maxial (atividade nº2), foi concebido um plano de sessão (anexo XIV) e foi divulgada a sessão por meio de cartazes (anexo XVI) distribuídos na reunião de parceiros e que cada IPSS afixou no local mais adequado da respetiva Instituição.

Foi efetuada uma sessão intitulada “Casa Segura: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas”, com duração de 3h, em cada IPSS do Pólo Maxial, num total de 6 sessões (Runa, Carvoeira, Matacães, Outeiro da Cabeça, Campelos e Ramalhal), à exceção da IPSS do Maxial, que embora informada desta atividade não mostrou interesse em participar.

Cada IPSS divulgou a sessão pelos seus utentes de ambulatório (Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário) tendo os mesmos participado livremente na sessão de grupo mediante interesse e motivação pessoal, assim como disponibilidade e possibilidade de deslocação/transporte.

Uma vez que a duração do projeto apenas possibilitava a realização de 1 sessão por cada IPSS, o número de elementos de cada grupo foi variável, não obedecendo à premissa do máximo de 12 elementos/sessão previsto por ONEGA, DEVERS (2011). Assim, a dimensão dos grupos variou entre os 9 e os 26 idosos, num total de 112 abrangidos.

Segundo STANHOPE (2011), trabalhar com grupos é uma capacidade educativa importante da enfermagem comunitária, sendo os grupos um meio eficaz e poderoso de iniciar e implementar mudanças para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos, famílias, organizações e da comunidade. Assim, a mesma autora indica que através dos grupos da comunidade, os enfermeiros ajudam as pessoas a identificar as necessidades e capacidades de saúde prioritárias e realizam mudanças valiosas na comunidade.

Conforme SQUIRE (2005), a educação para a saúde incluirá dar informações, conhecimentos, dar a conhecer factos de tal forma que encorajará a uma atitude de questionamento e cultivará as competências dos indivíduos para optarem autonomamente. Há uma evidência crescente dos benefícios da prestação de informação de saúde às pessoas idosas e de as envolver na promoção da sua saúde, existindo cada vez mais a certeza de uma ligação positiva entre pessoas idosas que participam nos seus cuidados de saúde e o aumento da sua satisfação e melhoria de saúde e bem-estar.

Assim, programas de EpS orientados para a promoção da saúde das pessoas idosas com abordagem holística e capacitadora (*Empowering*), promovem a capacitação das mesmas para sentir e ter o controlo das suas vidas, divertir-se e melhorar e manter a sua saúde (SQUIRE, 2005)

Delineou-se, então, como objetivos das sessões de EpS com pessoas idosas:

- Sensibilizar para a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e seguros, por forma a minimizar os fatores de risco intrínsecos e evitar a ocorrência de acidentes domésticos;
- Informar e orientar sobre como realizar atividades de vida diárias mais seguras e ter uma casa mais segura e adaptada para a fase do ciclo vital em que se encontram;
- Esclarecer sobre o risco de acidentes domésticos, reforçar medidas preventivas e informar como reagir em situação de acidente/urgência;
- Promover a atividade física das pessoas idosas;
- Monitorizar risco de queda das pessoas idosas utentes das IPSS's.

Na consecução destes objetivos da sessão, recorreu-se a metodologias pedagógicas do tipo expositivo e interrogativo, mas foram especialmente privilegiados os métodos demonstrativo e ativo, pelas suas especificidades e características já descritas anteriormente.

Uma vez que a forma como o conhecimento e informação são transmitidos é decisiva no processo educacional (REDMAN, 2003), procurou-se apostar na participação ativa dos utentes, centrando-se a atividade educativa na individualidade da pessoa e nos seus objetivos, tendo em consideração a faixa etária e o nível de literacia dos idosos,

adequando a linguagem e informação fornecida aos objetivos das sessões, bem como às capacidades dos utentes do grupo. Foram, assim, utilizados vários meios e instrumentos de ensino, nomeadamente meios audiovisuais, multimédia e materiais escritos impressos, tendo as sessões sido suportadas por apresentações de diapositivos.

Dois manuais de prevenção de acidentes domésticos foram elaborados com linguagem simples e compreensível, fotografias e ilustrações, com maior espaçamento e utilizando o formato boletim (REDMAN, 2003), de acordo com o grau de literacia dos idosos: analfabetos e 1º ciclo, tendo sido entregue 1 exemplar a cada pessoa idosa como forma de promover a consolidação da aprendizagem (anexo XVII).

Também foi incluída na sessão de EpS uma parte prática com demonstração e treino de exercícios de flexibilidade articular, coordenação motora e equilíbrio baseados nos documentos: “Vigilância e prevenção de quedas em idosos” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010), guia para as pessoas idosas “Quem eu? Exercício?” (DGS, 2001) e capítulo 14 “Mover-se e manter uma boa postura” *in* BERGER (1995), com vista à promoção da atividade física como medida preventiva de acidentes domésticos com pessoas idosas.

No final da sessão foi realizado um jogo pedagógico em grupo (anexo XVIII) para avaliar os conhecimentos adquiridos dos idosos sobre prevenção de acidentes domésticos, motivar e reforçar os comportamentos. Premissa também defendida por REDMAN (2003, p.81) que refere:

“a educação para a saúde não tem sido utilizada para proporcionar uma certificação formal, contudo, os julgamentos da avaliação de aprendizagem fornecem, frequentemente, uma base para permitir ao utente progredir noutro contexto, nomeadamente em casa. A avaliação também reforça o comportamento correto por parte dos formandos e ajuda os formadores a determinar a adequação do seu ensino”.

Tendo em conta a percentagem elevada de pessoas que vivem sós, o grau de dependência e a vulnerabilidade que daí resulta nas pessoas idosas, foi proposta a atividade nº 3 - implementação do sistema de telesegurança no domicílio, para maior facilidade e rapidez na intervenção e socorro em caso de algum acidente. Uma vez que uma das IPSS's já tinha iniciado o processo de protocolo com uma empresa com custos menores que os praticados no mercado na altura, foi rentabilizada esta iniciativa e proposta a todas as pessoas idosas participantes do projeto de prevenção de acidentes domésticos, no final da sessão de educação para a saúde.

Já a atividade nº 4 - criação de um protocolo de referenciação de pessoas idosas com critérios de fragilidade (principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social) para intervenção transdisciplinar na promoção de saúde e segurança, foi planeada no âmbito do diagnóstico do nº de pessoas que vive só no Pólo Maxial.

De modo a potenciar o conhecimento real sobre a população idosa que vive só, consequentes necessidades, e cobertura de intervenção na promoção de saúde e segurança, foram estabelecidas parcerias com as IPSS's abrangidas pelo Pólo Maxial e com o núcleo de Segurança do Idoso da GNR de Torres Vedras, pois segundo MORGADO

(2010), as parcerias e coligações são veículos privilegiados para a ativação de recursos locais para a resolução de problemas e são habitualmente orientadas para a ação, envolvendo os esforços de colaboração entre indivíduos, grupos, organizações ou mesmo comunidades que encontram um interesse, um desígnio ou um propósito comum ou que são capazes de articular um conjunto de objetivos comuns.

Assim, existindo já a parceria com as IPSS's, no PCC/PA da UCC Torres Vedras, e sabendo que a GNR atua junto da população idosa, principalmente em situação de isolamento geográfico ou social, foi proposta uma parceria com a GNR com o objetivo comum de promover a saúde e segurança das pessoas idosas no domicílio, através de uma ação transdisciplinar entre UCC/IPSS's/GNR.

A proposta foi aceite pelas três Entidades, a UCC ficou responsável pela coordenação e a GNR integrou as reuniões mensais de parcerias do Projeto de Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados, nas quais são sinalizados e discutidos os casos mais urgentes. Simultaneamente foi criada, em conjunto com a Enfª Filipa (que coordena um projeto no âmbito do voluntariado para pessoas idosas frágeis), uma ficha de ligação na qual se avaliam e sinalizam os utentes com critérios de fragilidade e posterior registo das intervenções (anexo XIX).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se e avaliam-se os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem durante a intervenção no estágio. De acordo com DORAN (2003) os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem referem-se às consequências ou efeitos das intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros e manifestam-se por mudanças no estado de saúde/doença dos utentes, comportamento ou perceção e/ ou pela resolução do presente problema pelo qual a intervenção de enfermagem foi proporcionada.

A avaliação constitui a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, e tem como principal função determinar o grau de sucesso dos objetivos anteriormente delineados, baseando-se em normas e critérios específicos (TAVARES, 1990). IMPERATORI, GIRALDES (1993, p.178) complementam Tavares afirmando que “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, sendo através destes que se consegue conhecer a realidade e a evolução registada, em termos da redução do problema de saúde, e deste modo avaliar a eficiência da intervenção.

Apesar de em saúde nem sempre ser fácil selecionar, recolher ou analisar indicadores, a Ordem dos Enfermeiros recomenda no documento de Resumo Mínimo de Dados, nomeadamente, indicadores de processo e indicadores de resultado, nos quais se basearam os indicadores construídos²⁰ para avaliar as intervenções agora em análise.

Pretende-se ainda com este capítulo dar resposta ao objetivo 4 do projeto de estágio - Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar: capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos.

Importa em primeiro lugar identificar os resultados obtidos das diferentes intervenções de enfermagem comunitária.

Relativamente às intervenções dirigidas às pessoas idosas em serviços de ambulatório das IPSS's parceiras de cuidados do Pólo Maxial da UCC, apresenta-se o seguinte quadro-síntese (quadro 5).

²⁰ Os indicadores de processo e de resultado estão discriminados no Projeto de estágio em anexo (anexo1).

Quadro 5: Resumo dos resultados obtidos com as pessoas idosas: Monitorização do risco de queda (IPSS's e UCC) e sessão de EpS sobre prevenção de acidentes domésticos.

Programa/ Serviço	ASOut. Cab ^a		ASF Carvo eira		ASASMat ações		CPRuna		ASSS Campelos			CPF Ramal hal	Mé dia	U C C
	C. Dia	SA D	S A D	S ó c i o s	C. Dia	SA D	C. Dia	C. Co nví vio	C. Dia	C. Co nví vio	SA D	C. Dia		PC C/ CA
Nº utentes presentes/ Nº utentes total	10/ 10	1/ 26	11 /1 2	9	14/ 14	12/ 23	21/ 33	3/9	12/1 7	8/ 16	6/3 8	9/13		49/ 49
Cobertura de cuidados	100% C.Dia 4% SAD		92% SAD 9 Sócios		100% C.Dia 52% SAD		64% C.Dia 33% C.Convívio		71% C.Dia 50% C. Convívio 16% SAD			69% C.Dia 0% SAD	54 %	1 0 0 %
Monitorização do Risco Biológico de Queda														
Baixo risco	% utentes	0%	29%	31%	30%	27%	22%	23 %	42 %					
	% utentes c/ queda	0%	0%	0%	29%	0%	0%	5% %	20 %					
Médio risco	% utentes	60%	59%	46%	35%	50%	44%	49 %	38 %					
	% utentes c/ queda	0%	50%	17%	13%	46%	75%	34 %	44 %					
Alto risco	% utentes	40%	12%	23%	35%	23%	33%	28 %	20 %					
	% utentes c/ queda	100%	100%	50%	75%	100%	100%	87, 5% %	100 %					
%Total pessoas com queda		40%	35%	23%	39%	46%	67%	41 %	46 %					
Monitorização do Risco Ambiental de queda														
Sem dados. A avaliar posteriormente, na continuidade do projeto, pela UCC														
Monitorização de ganhos de conhecimento no final da sessão de EpS														
Com ganhos de conhecime ntos	100%	100%	94%	100%	100%	94%	98 %	--						

Da análise do quadro 5, verifica-se que foram abrangidos, por estas ações de EpS e monitorização do risco biológico de queda cerca de 112 idosos, o que se traduz numa cobertura de cuidados (nas IPSS's participantes) de cerca de 54%, ultrapassando a meta prevista de 50%.

Salienta-se que esta cobertura é afetada negativamente, pela inclusão dos utentes de SAD nas atividades, uma vez que a sua participação nas mesmas esteve condicionada pelo seu índice de dependência e disponibilidade de transporte/deslocação às instalações da respetiva IPSS. Por outro lado, realça-se a cobertura de cerca de 80.8% dos utentes em valência de Centro de Dia e 41% em Centro de Convívio, que poderá não ter sido maior, tanto pela não comparência dos utentes na IPSS na data da realização da atividade (característica destes serviços de ambulatório), como pela sua decisão individual de não participar na mesma.

A média de idade dos utentes é 78,3 anos e a sua escolaridade média é o 1º ciclo, contudo verificou-se uma grande percentagem de analfabetismo (característica da população idosa em Portugal e essencialmente rural).

A grande maioria destas pessoas (73%) vive só ou em companhia exclusiva de outra pessoa idosa, embora cerca de 83% tenha apoio informal de uma pessoa de referência. Realça-se assim a elevada percentagem de pessoas idosas com critério de fragilidade <viver só> e conseqüente estado de vulnerabilidade muito acima da média nacional (60%) identificada nos Censos de 2011 (INE, 2012). Contudo, e talvez dado o contexto rural e familiar característico da população estudada, parece haver uma rede de suporte informal constituída por familiares, amigos e vizinhos, cada vez mais necessária e essencial no apoio e vigilância destas pessoas no seu dia-a-dia.

Relativamente à monitorização do risco biológico de queda dos idosos no PCC/PA, verificou-se uma cobertura de cuidados de 100% (cumprindo a meta prevista) e uma predominância de idosos com baixo risco de queda (42%), seguida de 38% idosos com médio risco e 20% com alto risco de queda. Contudo, identificou-se uma taxa de 100% de queda nos idosos com alto risco.

No que respeita à monitorização do risco biológico de queda dos idosos nas IPSS's, constatou-se uma predominância de idosos com médio risco de queda (56%), seguida igualmente por 26% de idosos com baixo e alto risco de queda. Também neste grupo há uma maior incidência de quedas (83%) nos idosos com alto risco, o que vai de encontro às estatísticas nacionais. Salienta-se ainda o facto de cerca de **38%** das pessoas já terem tido, pelo menos, **uma queda** nos últimos 3 meses.

Quanto à monitorização do risco ambiental de quedas, a mesma não foi possível durante o período da intervenção no estágio, mas será realizada pela equipa da UCC na continuidade do projeto. Ressalva-se que foi construída uma lista de verificação das condições de segurança da habitação em conjunto com as AAD (no âmbito da formação), tendo a mesmo sido supervisionada pelos enf.^s cooperantes e aprovada pelos parceiros de cuidados da UCC. Foram assim criadas condições para o início da avaliação e

monitorização do risco ambiental de quedas. Esta é uma medida de prevenção de acidentes domésticos também referenciada nos artigos 1 e 2 encontrados na RSL (anexo V), nos quais se descreve a importância e os resultados das modificações na habitação face à diminuição do risco de acidentes e promoção da participação ativa das pessoas idosas na gestão e controlo dos fatores inerentes à sua saúde e qualidade de vida.

Face à significativa percentagem de quedas (41%) no total das pessoas idosas abrangidas pelo projeto *Prevenção de acidentes domésticos*, e podendo traduzir-se numa diminuição da qualidade de vida e independência das mesmas, considera-se que as ações de EpS foram uma ajuda efetiva no processo de capacitação dos idosos na prevenção dos acidentes domésticos, uma vez que a avaliação final de conhecimentos (através de um jogo pedagógico em formato “quem quer ser milionário” – anexo XVIII) teve uma taxa de sucesso de 98%.

Associando à incidência de quedas na população idosa estudada, o baixo grau de literacia (predomínio de 1º ciclo, seguido de analfabetismo), importa refletir sobre a relação escolaridade e saúde, uma vez que níveis superiores de escolaridade podem dar às pessoas mais informação para que possam fazer escolhas que reflitam um estilo de vida saudável; A educação também pode influenciar as perceções dos fatores de stress e das situações problemáticas e dar mais alternativas ao indivíduo; Ainda, a educação e as competências ao nível da língua afetam a literacia na saúde, sendo comum existir uma má literacia em saúde entre grupos de minorias, idosos e pessoas com doenças crónicas (SCHLLINGER, 2002, cit por STANHOPE, 2011, p.756). Considera-se assim fundamentada e necessária a intervenção no âmbito de EpS junto das pessoas idosas integradas neste Projeto.

A adesão e mudança de comportamento não foram passíveis de avaliação uma vez que segundo CARVALHO (2006) e OREM (2001), para que ocorra mudança de comportamento e esse mesmo comportamento se mantenha, poderá ser necessário que a intervenção decorra num período de tempo alargado, sendo que HENRIQUES (2011) defende que 6 meses é o tempo mínimo para que esta mudança possa ser mensurável.

NUTBEAM (1998) realça ainda o facto de, em ações de educação de saúde, os resultados mais evidentes tenderem a ser a longo prazo, e desse modo serem menos predizíveis, controláveis e mensuráveis por meios convencionais (*in* GASPAR, 2006).

Assim ficam por avaliar os seguintes indicadores:

- Nº de casos de queda, com risco documentado, no período de 1 ano / Nº casos com queda no mesmo período x 100;
- Nº casos com risco de queda documentado, que não caíram, e tiveram pelo menos 1 intervenção, no período de 1 ano / Nº casos com risco documentado x 100;
- Nº casos com diminuição do risco de queda que tiveram pelo menos 1 intervenção / Nº casos com risco de queda documentado x 100;
- Nº pessoas idosas sem (novo) episódio de queda, no período de 1 ano / População monitorizada x 100;

- Nº pessoas idosas com risco ambiental de queda monitorizado/ Nº pessoas idosas intervencionadas x 100.

Segundo IMPERATORI, GIRALDES (1993, p. 192), “a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente”. Em concordância, também o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, enuncia que a satisfação do cliente é identificada como um dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do EEECS (OE, 2011a).

Contudo, embora não tenha existido uma ficha de avaliação formal da sessão pelos idosos, todos verbalizaram gosto e satisfação na sessão, solicitando a repetição destas atividades com mais frequência, especialmente a parte de atividade física (cumprindo a meta prevista de 70%). No geral, pode-se afirmar que todos os grupos demonstraram interesse e participaram ativamente na sessão, o que parece ter contribuído para os resultados excelentes do jogo pedagógico, demonstrando ganho de conhecimentos no tema da prevenção de acidentes domésticos (>94%) e superando a meta prevista de 70%.

Todas as sessões previstas (6) foram realizadas, cumprindo a meta dos 100% na taxa de atividades desenvolvidas.

Também os artigos 1, 2, 3 e 4 encontrados na RSL (anexo V) referem a VD, a EpS, a promoção de atividade física, as modificações ambientais na habitação e o fator grupo (enquanto promotor da motivação e adesão), como intervenções de enfermagem com resultados sensíveis no âmbito da prevenção de acidentes domésticos, promovendo a autonomia, independência e participação ativa das pessoas idosas, capacitando-as para a realização das AVD em segurança, melhoria de qualidade de vida e prevenção de acidentes domésticos. Ainda o artigo 4 (anexo V) releva a importância da promoção da participação da pessoa idosa na auto-avaliação do risco de queda e gestão (em parceria) dos planos de cuidados, de modo a promover a sua autonomia, exercício de cidadania e maior adesão às recomendações clínicas.

Representando um dos principais componentes da força de trabalho junto dos idosos, os ajudantes de ação direta (AAD) desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados. Estes são habitualmente profissionais com baixo nível académico e de formação, mas que desempenham várias tarefas na prestação de cuidados (CARVALHO, 2012). Considera-se assim que a formação se torna fundamental pois promove a segurança do idoso, assim como contribui para a segurança e qualidade profissional do cuidador no desenvolvimento da sua atividade (CARVALHO, 2012).

Tais fundamentos corroboram os dados encontrados na caracterização da amostra de AAD que frequentaram a formação “Melhor informados, melhores cuidados: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas”, visto que se verifica a idade média de 42 anos, exclusivamente sexo feminino, com o 3º ciclo de escolaridade, 5 anos de tempo de serviço médio e 55% sem formação profissional. Num total de 11 elementos selecionados,

todos presentes e assíduos nas sessões, à exceção de uma falta (justificada) em duas sessões, superando a meta de 50% na taxa de participação dos AAD na formação.

Da comparação entre a avaliação diagnóstica e avaliação final de conhecimentos, pode-se afirmar que se, constatou uma melhoria a nível dos conhecimentos apreendidos na formação (principalmente nos temas: Intoxicações com gás, segurança nos cuidados de higiene no leito, conceito de pessoa idosa, centralidade dos cuidados, ética do agir, transferência do idoso da cama-cadeira, posicionamentos no leito, marcha com ajudas técnicas, biomecânica corporal, fatores intrínsecos de risco de queda e procedimentos após queda), observando-se um aumento do número de respostas corretas em 53% das perguntas da ficha de avaliação de conhecimentos, das quais 41% foram respondidas corretamente pela totalidade das 11 AAD. Assim se cumpriu a meta prevista de 50% de ganhos de conhecimentos pelos AAD.

Estes resultados podem ser justificados pelo interesse, dedicação e necessidade de formação face às necessidades reais dos AAD. Segundo GLAISTER, BLAIR (2008), os AAD, na maioria dos casos, encontram -se mal preparados para a prestação de atividades de cuidados básicos aos idosos. Também LERNER (2010), obteve a mesma conclusão no seu estudo, reforçando que os AAD manifestaram interesse em participar em ações de formação, com o objetivo de melhorarem a sua prestação.

Relativamente à avaliação da satisfação da formação pelos AAD, foi realizada um ficha de avaliação da mesma (anexo XIV) da qual se verifica que, na sua maioria (>72,72%), os AAD demonstraram total satisfação das suas expectativas, em todos os itens, o que vai de encontro à meta prevista de 70% de satisfação dos AAD com a formação. Mais especificamente, >54,54% dos AAD demonstraram muita ou total satisfação nos conteúdos programáticos em todos os itens, e os restantes 46,46% responderam “suficiente”. Na categoria métodos e técnicas pedagógicas, 81,81% dos AAD demonstraram muito ou total agrado. Face à organização, 90,90% dos AAD demonstraram muita ou total satisfação.

Também houve diminuição das dificuldades sentidas na maioria dos conteúdos/temas da formação, face ao referido na avaliação diagnóstica como dificuldade na prática diária. Assim, o item com mais ganhos foi «segurança no posicionamento do idoso no leito» com 54,54%; seguido dos temas «relacionamento com o idoso», «segurança nos cuidados de higiene», «marcha com ajudas técnicas», «risco de acidentes domésticos» com 27,27% e por último, com 18,18% os temas «prevenção de quedas no domicílio», «acessibilidade aos domicílios», «segurança na transferência cama-cadeira», «alimentação do utente», «cuidados ao idoso algaliado».

Segundo FITZPATRICK, ROBERTS (2004) os ajudantes de ação direta requerem uma gama de conhecimentos com base em princípios centrados no indivíduo e na sua família, de promoção da autonomia, dignidade e respeito, através da utilização de competências comunicacionais eficazes e uma atitude positiva e competente para com os idosos.

Relativamente aos pontos fortes/fracos da formação e sugestões de melhoria, apresentam-se os resultados no quadro 6.

Os dados demonstram que a formação respondeu às necessidades, foi útil e construtiva na aprendizagem e práticas profissionais das AAD, bem como mostram a predominância dos pontos fortes sobre os pontos fracos da formação.

Os pontos fracos referidos “mais sessões”/ “poucas horas” vão ao encontro dos dados encontrados nos itens «Organização – N.º de sessões suficiente e Tempo de sessão adequado», o que demonstra a necessidade de se investir na formação e dar-lhe continuidade em tempo e sessões. A mesma análise é encontrada nas sugestões de melhoria, em que 18,18% refere “tudo bom”/ “mais formação”; 9,09% refere “mais sessões”/ “mais temas”/ “nenhuma sugestão”. Estes resultados são similares aos encontrados por GLAISTER, BLAIR (2008) no qual os AAD relatam necessidade de mais formação e experiência.

Quadro 6: Resumo da avaliação de satisfação da formação aos AAD.

Pontos fortes	(%)	Pontos fracos	(%)	Sugestões de melhoria	(%)
não respondeu	36,36%	não respondeu	54,54%	“tudo bom”	18,18%
“aprender mais”	27,27%	“não tem”	27,27%	“mais formação”	18,18%
“foi tudo bom”	27,27%	“poucas horas”	9,09%	“mais sessões”	9,09%
“o convívio”	18,18%	“mais sessões”	9,09%	“mais temas”	9,09%
“formação prática”	9,09%			“nenhuma sugestão”	9,09%

No período da intervenção no estágio não foi possível avaliar se a mudança e/ou manutenção do comportamento das AAD corresponde aos ganhos de conhecimentos verificados no final da formação. Contudo, SMITH (2005) concluiu, no seu estudo, que a qualidade dos cuidados prestados pode ser melhorada após a implementação de programas de formação para os ajudantes de ação direta. Também STANHOPE (2011) explica que a mudança saudável exige conhecimento, exercício de novas capacidades, análise de atitudes e valores relativos à mudança e adaptação dos papéis no seu próprio grupo ou rede.

A formação profissional constitui um instrumento estratégico de gestão para qualquer organização, uma vez que condiciona o desempenho dos indivíduos, existindo uma relação direta entre a formação profissional e o desempenho profissional. (...) A formação e a educação influenciam positivamente o bem-estar psicológico dos cuidadores formais e dos idosos, assim como a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2011, cit por CARVALHO, 2012).

Quanto à proposta de implementação do sistema de telesegurança no domicílio das pessoas idosas, a mesma foi concretizada durante as ações de educação para a saúde nas IPSS's. Contudo, das 112 pessoas abrangidas ninguém aderiu à implementação do sistema de telesegurança em sua casa devido, exclusivamente, à questão financeira. Assim, embora a maioria das pessoas idosas reconhecesse o benefício de usufruir desse sistema

(principalmente por 73% viver só), o dispêndio financeiro requerido foi uma condicionante crucial na adesão. Tal pode ser justificado no contexto da atual crise socio-económica vigente no país (e no mundo) e consequentes efeitos nos recursos económico-financeiros de cada pessoa e gestão pessoal de prioridades.

No que respeita à implementação de um protocolo de referenciação de pessoas idosas com critérios de fragilidade (principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social) para intervenção transdisciplinar na promoção de saúde e segurança, o mesmo foi estabelecido e iniciada intervenção durante o estágio. Foram sinalizadas em reunião de parcerias e concretizadas VD's transdisciplinares (UCC/IPSS/GNR) a 3 pessoas idosas frágeis em situação de isolamento geográfico, possibilitando alcançar a meta de 100% da taxa de atividades desenvolvidas.

Durante o período de estágio não foi possível concretizar mais VD's dado que houve dispêndio de tempo necessário para o estabelecimento de parcerias com a GNR e IPSS, construção da ficha de ligação e sua aprovação, com a condicionante de as reuniões de parceiros se realizar apenas mensalmente. Contudo, a parceria foi construída e continua firme no PCC/PA, tendo a equipa da UCC dado continuidade a esta atividade.

Em cada VD foi feita uma avaliação individual²¹ por cada parceiro e respetiva intervenção transdisciplinar, seguida de informação sobre riscos e problemas de saúde e segurança identificados, com sugestão de alterações no ambiente doméstico e adaptações nas AVD; foi também necessária a articulação com a família, Junta de Freguesia, médico de família etc.. Em dois casos, os problemas identificados foram resolvidos e as pessoas continuam em vigilância de saúde. No outro caso, de um Sr que vive só, numa barraca cheia de lixo, sem saneamento básico nem condições mínimas de segurança, com problemas de saúde vários, nomeadamente HTA, DM, alcoolismo, com quedas recorrentes, não foi possível intervir dada a recusa do Sr. em aceitar a nossa colaboração. Todas as pessoas ficaram integradas no Programa de Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados da UCC e são alvo de intervenção periódica.

Estas intervenções são corroboradas pelos resultados enunciados no artigo 2, encontrado através da Revisão Sistemática de Literatura (anexo V), que referem programas de prevenção de quedas que incluíram visitas domiciliárias preventivas, nas quais se procedia a avaliações individuais da pessoa idosa, seguido de gestão de regime terapêutico, com encaminhamento para médico se necessário, acompanhado de aconselhamento/informação sobre mudança de estilos de vida, utilização de protetores de anca e remoção de fatores de risco de quedas em casa.

²¹ Em anexo pode consultar-se o modelo da ficha de avaliação individual da UCC de Torres Vedras, na qual consta a Escala de Morse (anexo 7).

5. CONCLUSÃO

Pretende-se, neste capítulo, sintetizar as principais conclusões do projeto de intervenção comunitária, simultaneamente a uma reflexão crítica sobre a ação, tendo por base as competências do EEECSF e os objetivos propostos no Projeto. Impõe-se ainda refletir sobre as limitações do projeto e dificuldades no percurso, bem como sobre a continuidade do Projeto na UCC de Torres Vedras.

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Pelo seu percurso de formação especializada obteve competências que lhe permite participar na avaliação e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade (REGULAMENTO N.º 128/2011).

Assim, pela operacionalização do projeto de estágio, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos e grupos que constituem uma dada comunidade. Foram identificadas as necessidades dos indivíduos/grupos de determinada área geográfica e assegurada a continuidade dos cuidados, tendo sido estabelecidas as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (REGULAMENTO N.º 128/2011).

Nesta perspetiva, e tendo em conta as Competências Específicas do EEECSF, (REGULAMENTO N.º128/2011), considera-se que o percurso percorrido no estágio de intervenção comunitária constituiu uma oportunidade fundamental para o desenvolvimento das mesmas, particularmente pela consecução do projeto de intervenção, que teve na sua génese a metodologia de Planeamento em Saúde articulada com os referenciais teóricos de enfermagem, nomeadamente, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a Teoria do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem.

Deste modo, ao cumprir-se as várias etapas do processo de Planeamento em Saúde (desde o diagnóstico de situação até à avaliação do programa) e pela intervenção de enfermagem avançada, fundamentada em práticas baseadas na evidência (através da RSL) e sustentada pelos referenciais teóricos de enfermagem descritos, foi possível alcançar a finalidade e objetivos do Projeto, contribuindo assim para a capacitação das pessoas idosas

na prevenção de acidentes domésticos e, consecutivamente, obter ganhos em saúde neste grupo populacional.

Tal foi exequível pela intervenção integrada nos vários subsistemas da comunidade, nomeadamente, subsistema social e segurança, por meio de parcerias (cf Modelo de Sistemas), com recurso ao sistema de enfermagem de apoio-educação (cf Teoria do Défice de Auto-Cuidado).

Por outro lado, a intervenção comunitária desenvolvida veio ao encontro da excelência do exercício profissional do EEECSF, pois tendo por base os padrões de qualidade definidos pela OE (2011b), a intervenção desenvolvida visou a promoção da saúde e segurança, a maximização do bem-estar de um grupo da comunidade e a prevenção de complicações decorrentes dos acidentes domésticos, com vista à satisfação do mesmo.

Importa também salientar que, através da possibilidade de liderança de todo o projeto de intervenção comunitária, foram desenvolvidas competências de EEECSF e simultaneamente contribui-se para a concretização de alguns objetivos do PNS 2012-2016 e do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA) 2010-2016, através da promoção e EpS da pessoa idosa e do estabelecimento de parcerias com os subsistemas social e segurança.

Para além da intervenção comunitária ter como alvo um grupo da comunidade, dirigiu-se também no sentido de otimizar a operacionalização do PNPA na UCC Torres Vedras, através da formação de um elemento (enfermeiro), no âmbito da prevenção de acidentes domésticos, através da frequência de um curso organizado pela DGS (Maio/2012). Este enfermeiro ficou responsável pela continuidade do Projeto na UCC e, ainda durante o estágio, foi iniciada uma proposta de candidatura do Projeto ao apoio/patrocínio da DGS e Fundação MAPFRE através do Projeto "Com mais Cuidado".

Conclui-se ainda que as estratégias implementadas foram fundamentais na promoção de saúde e segurança e prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, pois para além de possibilitar uma participação ativa da pessoa no processo de aprendizagem, a educação para a saúde permite a construção de vínculos sociais e a partilha de conhecimentos e experiências, fundamentais na aquisição de comportamentos preventivos. De acordo com OMS (1997,p.5), "o acesso à informação é essencial para conseguir a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades".

Também as parcerias, para além de garantirem o desenvolvimento social e da saúde inerentes à promoção de saúde (pela partilha especializações, habilidades e recursos), mostram-se essenciais na exequibilidade e continuidade das estratégias selecionadas no Projeto de intervenção comunitária.

A avaliação inerente ao processo de Planeamento em Saúde permitiu reconhecer, após a intervenção, alterações ao nível das cognições específicas, na medida em que os grupos manifestaram possuir conhecimentos corretos nos vários conteúdos do tema

Prevenção de Acidentes Domésticos, deixando antever futuros ganhos em saúde nos mesmos.

Pelo exposto ao longo do presente relatório considera-se que os objetivos propostos foram claramente alcançados, no entanto, é de realçar que a limitação temporal do período de estágio condicionou a avaliação de indicadores de resultado, no que diz respeito à mudança de comportamento fundamental para a prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, o que impossibilitou a demonstração real dos ganhos em saúde na população visada.

Deste modo, fica um estímulo para a continuação do trabalho desenvolvido, especialmente no envolvimento dos cuidadores informais das pessoas idosas no processo de educação, pois considera-se importante o apoio, estímulo e reconhecimento dos pares e rede informal, na adesão e manutenção do comportamento. Considera-se também igualmente importante, o investimento da investigação-ação no âmbito da motivação-adesão, do suporte social, promoção da atividade física e das barreiras arquitetónicas nos domicílios e localidades.

O enfermeiro é não só um elemento facilitador, possibilitando ao outro a aquisição conhecimentos e competências, ele promove também um aumento de poder e controlo sobre a saúde da pessoa ajudando-a a tomar parte da decisão dum plano de cuidados adequado e individualizado.
(HENRIQUES, 2011)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Cidalina; ALMEIDA, Ricardo; MENDES, Aida - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. III Série. N.º 2 (2010) pp.163-172. [Consult. 20-02-2012]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf>
- ALMEIDA, Lúcio Meneses – Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**[Em linha]. VOL. 23, N.1 (2005). [Consult. 20-02-2012]. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2012). **Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo Estratégico Cidadania em Saúde**. [Em linha]. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS 2012-2016. [Consult. 06-07-2013]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sa%C3%BAde_2013_01_17_.pdf
- AMENDOEIRA, José – **Documento orientador à elaboração do relatório: obtenção do grau de mestre**. 2011. Acessível no Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY - Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. **Journal American Geriatric Society** [Em linha]. N. 59 (2011). [Consult. 02-02-2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226685>
- BAIXINHO, Cristina Rosa Soares Lavareda - Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur: revisão sistemática de literatura. **Revista Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISSN: 0874-0283. II.ª Série - N.º8 (2008).
- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle - Mover-se e manter uma boa postura. In: **Pessoas Idosas – Uma abordagem global**. Lisboa: LUSODIDACTA, 1995. P.285-314.

- BLAIR, C.; GLAISTER, J. A. - Improved education and training for nursing assistants: keys to promoting the mental health of nursing home residents. **Issues Mental Health Nurs.** Nº 29 (2008).
- BRANCO, Maria João; CONTREIRAS, Teresa; NUNES, Baltazar; PAIXÃO, Eleonora (2004). **Relatório “Uma observação sobre a segurança na habitação. Exposição ao risco de acidentes domésticos”**. [Em linha]. Lisboa INSA. [Consult. 16-04-2012]. Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/y_Uma%20observa%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20acidentes%20dom%C3%A9sticos_MJB_20-12-04.pdf
- CARDOSO, Maria José da Silva Peixoto de Oliveira; PEREIRA, Rui Pedro Gomes - Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. N.º 7 (2012).[Consult. 04-02-2013]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2301&id_revista=9&id_edicao=46
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça - **Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde** . Minho: Universidade do Minho, 2008. Tese de Doutoramento. [Consult. 5-03-2012]. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4647/1/Eixos%20valores_Ed%20&%20promocao%20saude.pdf
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006). **Educação para saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência.
- CARVALHO, Andreia Filipa Jesus - **AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA: Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados**. [Em linha]. Lisboa: UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2012. Dissertação de Mestrado. [Consult. 12-12-2012]. Disponível em <<http://run.unl.pt/handle/10362/7742>>.
- CARVALHO, Teixeira; TRINDADE, I. - Psicologia da saúde nos cuidados primários. **Análise Psicológica**. [Em linha].Vol. 12, Nº 2/3 (1994). [Consult. 05-02-2012]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000100016&lng=en&nrm=iso&ignore=.html.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION FOUNDATION (2005). **Check for Safety: A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults**. [Em linha] USA: Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention FOUNDATION. [Consult. 27-04-2012]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/toolkit/checklistforsafety.htm>
- COMISSÃO INTERMINISTERIAL PARA O EMPREGO (2001). **Terminologia de Formação Profissional Alguns Conceitos de Base – III**. [Em linha]. Lisboa, DIRECÇÃO-GERAL DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL. [Consult. 05-03-2012]. Disponível em: http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf
- CONTREIRAS, Teresa; NUNES, Baltazar; RODRIGUES, Emanuel (2008). **Adelia 2006 – 2008, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório 2006 – 2008**. [Em linha]. Lisboa: INSA. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: <http://www.insa.pt>.
- CORMANY, Henri (1980). **Dicionário de pedagogia**. São Paulo: Verbo.
- CORREIA, Ana Rita; TEIXEIRA, José Carvalho - Fragilidade social e psicologia da saúde: Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. **Análise Psicológica**. [Em linha]. N.3 (2002). [Consult. 10-03-2012]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a09.pdf>
- DAWSON, Pamela; HEDLEY, Laura; ROBINSON, Lisa; SUCKLEY, Nicola – Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention. **Physiotherapy Theory & Practice** (2010, Vol. 26, Nº 7, p425-438). [Consult. a 18.02.2013]. Disponível em: Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention.
- DECRETO-LEI n.º 414/99, de 15 de Outubro. “D.R. – I Série A”. N.º241 (15-10-1999). 6967.
- DECRETO-LEI n.º 47344, de 25 de Novembro de 1966. “CÓDIGO CIVIL” - parte geral. Título II - das relações jurídicas. Subtítulo I - das pessoas. Capítulo I - pessoas singulares. Secção III – domicílio. artigo 82.º - (domicílio voluntário geral). [Em linha]. [Consult. 20-02-2012]. Disponível em: http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=node_id&value=994250
- DESPACHO N.º 10142/2009. “*Diário da República, 2.ª série*”. (2009-04-16). 15438. [Em linha]. [Consult. 02-03-2012]. Disponível em: Disponível em:

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/14ADB9BB-8FEE-4B5C-BB22-3259B413061D/0/Desp10143_15Abril2009_RegulUCC.pdf

- DGS (2001). **Guia para as pessoas idosas nº9 “Quem eu? Exercício?” – Exercício sem riscos para lá dos sessenta**. Lisboa: DGS.
- DGS (2004). **CIRCULAR NORMATIVA nº: 13/2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consult. 20-02-2012]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/?cn=73187323AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>>.
- DORAN, D. (2003). **Nursing outcomes. The state of the science**. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- EGEROD, Ingrid; EVRON, Lotte; SCHULTZ-LARSEN, Kirsten – Establishing a new falls clinic: conflicting attitudes and inter-sectorial completion affecting outcome. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, (2009, Vol. 23, N.º3, p473-481). [Consult. a 18.02.2013]. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=43668941&lang=pt-br&site=ehost-live>>
- ESPADA, Carla; PEREIRA, Maria - Quedas em idosos a viver na comunidade: políticas de saúde e estratégias de prevenção. **Journal of Nursing UFPE on line**. [Em linha]. Vol 6 Nº5 (2012). [Consult. 15-03-2012]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2625>.
- EUNESE - European Network for Safety among Elderly (s.d.). **Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. Segurança nos Idosos – Lesões Acidentais**. [Em linha]. Athens: University of Athens. [Consult. 01-02-2012]. Disponível em: http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf.
- EUNESE - European Network for Safety among Elderly. [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/action3_2003_13_en.htm.
- FERNANDES, Ema - **Competências em educação para a saúde**. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação. [Em linha] Lisboa:

Universidade técnica de lisboa - Faculdade de motricidade humana, 2010.[Consult.20-06-2012]. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/4517>.

- FERNANDES, L.; FERNANDES, O; PEREIRA, C.; TAVARES, M. - **EMPOWERMENT: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. Revista Nursing Edição Portuguesa.** [Em linha]. Lisboa: Informação em Saúde. N.º 267 (2011). [Consult. 14-04-2012]. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3603:empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidadosn&catid=221:julho-a-agosto-2011
- FILHO, João – fragilidade: trajetórias de uma nova abordagem do idoso. **Revista de geriatria e gerontologia** [Em linha]. Vol.4 Nº1 (2010). [Consult. 01.03.2014]. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/completo.pdf>
- FOREMAN, Peter; RYBURN, Bridget; WELLS, Yvonne - Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. **Health & Social Care in the Community.** (2009, Vol.17, N.º3, p225-234). [Consult. a 18.02.2013].Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=37345617&lang=pt-br&site=ehost-live>>
- FUNDACIÓN MAPFRE “COM MAIS CUIDADO”. (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais.* [Em linha]. Lisboa. Fundación Mapfre. [Consult. 28-03-2012]. Disponível em < http://www.conmayorcuidado.com/portugal/03020000_profesionales.htm>.
- FUNDACIÓN MAPFRE. (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção.* [Em linha]. Lisboa. Fundación Mapfre. [Consult. 28-03-2012]. Disponível em <http://www.conmayorcuidado.com/portugal/03010000_mayores.htm>.
- GASPAR, Pedro João Soares - **Efetividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes.** [Em linha]. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria, 2006. Trabalho apresentado no âmbito do concurso de provas públicas para o recrutamento de dois professores-adjuntos, área científica de Ciências de Enfermagem. [Consult. 03-01-2013]. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/100/1/Efectividade%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20no%20comportamento%20alimentar%20dos%20adolescentes%20e%20jovens%20estudantes.pdf>.

- HENRIQUES, M. A. P. (2011). **Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem.** Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário (1982). **Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.** Lisboa: Obras avulsas.
- INE (2011). **Censos 2011 – Resultados Provisórios.** [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOU=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmod_o=2&selTab=tab1.
- INE (2012). **Censos 2011 – Resultados pré-definidos.** [Em linha]. [Consult. 2012-02-25]. Disponível em www.ine.pt.
- INSTITUTO AUSTRIACO PARA A SEGURANÇA E PREVENÇÃO; INSTITUTO SICHER LEBEN (2000). **Panorâmica geral dos dados europeus sobre lesões (acidentes domésticos e em actividades de lazer) - relatório final.** [Em linha]. S.L.: INSTITUTO AUSTRIACO PARA A SEGURANÇA E PREVENÇÃO; INSTITUTO SICHER LEBEN [Consult. 28-04-2012]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/injury/fp_injury_2000_exs_16_pt.pdf.
- JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi; PRIETO, Cristina Vilaplana - **Trade-off between formal and informal care in Spain.** [Em linha]. Barcelona: Universidade Pompeu Fabra, 2008. [Consult. 20-07-2012]. Disponível em <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/1096.pdf>.
- KICKBUSCH, Ilona - Health Literacy: a search for new categories. **Oxford Journals - Health Promotion Internacional.** [Em linha]. Vol 17. Nº1 (2002). [Consult. 20-07-2012]. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/17/1/1.full>
- LAVERACK, Glenn. (2008). **Promoção de Saúde Poder e Empoderamento.** Loures: Lusodidacta.
- LEI CONSTITUCIONAL n.º1/2005, de 12 de Agosto. “D.R. – I Série A”. N.º155 (12-08-2005). 4642.
- LERNER N. B.; RESNICK B.; GALIK, E.; RUSS, K. G. - Advanced Nursing Assistant Education Program. **J Contin Educ Nurs.** Nº13, 1-7. (2010).

- LESNE, Marcel (1977). **Trabalho pedagógico e formação de adultos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- LIMA, Cristina – Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. **Acta Medica Portuguesa**. [Em linha]. Nº19 (2006). [Consult. 17-03-2012]. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/049-054.pdf>.
- LOURO, Maria (2009). **Cuidados Continuados no domicílio**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em Linha]. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. [Consult. 26-03-2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>
- MALGLAIVE, Gerard (1995). **Ensinar adultos**. Porto: Coleção Ciências da Educação.
- MARTINS, Maria do Céu Antunes - A Promoção da saúde: percursos e paradigma. **Revista de saúde Amato Lusitano**. [Em linha]. N.º 22 (2005). [Consult. 02-11-2012]. Disponível em < <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/93>>.
- MCINNES, Elizabeth; SEERS, Kate; TUTTON, Liz – Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. **Journal of Advanced Nursing**. (2011, Vol.67, N.º12, p.2525-2536). [Consult. a 18.02.2013]. Disponível em: Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography.
- MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005). **Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice**. Lippincott: Williams & Wilkins.
- MENELEY, M. - **Looking at frailty through the lens of ethnicity: a phenomenological study of elderly women living alone in the community**. Toronto: Faculty of Medicine - University of Toronto, 1999. Thesis (MSc).
- MONTEIRO, Vanessa - **ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: DIFERENTES CENÁRIOS E DESAFIOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2010. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária.[Consult. 20-07-2012]. Disponível em:

http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9270/1/Relat%C3%B3rio%20final_vanessa_ucp.pdf

- MORGADO, José; VARGAS-MONIZ, Maria – Parcerias e coligações comunitárias: potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. **Análise Psicológica**. [Em linha]. Vol.3, N.º XXVII (2010a). [Consult. 06-02-2013]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a03.pdf>
- MORRONDO, P. - Promoción de la salud. In: **Enfermería comunitaria**. Madrid: McGraw – Hill, 2000.
- MORSE JM, Morse RM, Tylko SJ. - Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging** N.º8 (1989). - Adaptação cultural e linguística, 2010 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra [Em linha]. Disponível em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf
- MOYER, Virginia – Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 157, N.º3 (Agosto, 2012) disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-157-3-20120870-00462#ClinicalConsiderations>
- MUCCHIELLI, Roger (1981). **A formação de adultos**. São Paulo. Livraria Martins Fontes Editora Lda.
- NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, 2008; - NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL (2008). **Preventing falls: How to develop a Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults**. [Em linha]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. [Consult. 09-09-2012]. Disponível em: http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC_Guide-a.pdf
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (2003). **Relatório Primavera de 2003: saúde que rupturas?**. [Em linha]. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 05-02-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2003_OPSS.pdf
- ONEGA, L.L.; DEVERS, E. - Educação para a saúde e Processo de Grupo. In: **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta, 2011, p. 302-330.

- OPSS - Técnica de grupo nominal. **OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE** [Em linha]. [Consult. 05-02-2012]. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/160>. seguir passos: início» sistema» laboratório de técnicas» Técnica de grupo nominal
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.** [Em linha]. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS. [Consult. 02-02-2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a). **CIPE® Versão 2.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.** [Em linha]. Lisboa, ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b. [Consult. 04-02-2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde.** [Em linha]. Genebra: OMS. [Consult. 01-02-2012]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997). **Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI.** 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. [Em linha]. Jacarta: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [Consult. 05-02-2013]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). **Health Promotion Glossary.** [Em Linha]. Geneva. World Health Organization. [Consult. 03-02-2013]. Disponível em : <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008). **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso.** [Em linha]. Genebra: OMS. [Consult. 20-03-2012]. Disponível em: www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009). **7ª Conferência Internacional de Saúde.** Nairobi: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

- Poster M. Rosa, 2011: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/657/3/Poster%20-%20Pr%C3%A1tica%20baseada%20na%20evid%C3%A2ncia.%20Como%20aprendem%20os%20estudantes.pdf>
- PREVENTION OF FALLS NETWORK EUROPE (PROFANE)
<http://www.profane.eu.org/about/about.php>
- RAMOS, A. – **Empowerment do cidadão, em Saúde: Qual o papel do profissional de Saúde? Qual a percepção do cidadão?**. [Em linha]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. Dissertação de Mestrado. [Consult. 10-06-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Tese_Mestrado_Ana_Caeiro_Ramos.pdf
- REDMAN, Barbara Klug. (2003). **A Prática de Educação para a Saúde**. Loures, Lusociência.
- REGULAMENTO N.º 128/2011. “D.R. II Série”. N.35 (18-02-2011). 8667. [Em Linha]. [Consult. 02-02-2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- RODRIGUES, Rogério - Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de doutoramento.
- ROSENTHAL, B. (2000). **1+1=3: A collaboration guidebook**. [Em linha]. Atlanta, American Cancer Society. [Consult. 10-06-2012]. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/collabguidebookpdf.pdf>
- SANTOS, Osvaldo - O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. **Revista Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**. [Em Linha]. Vol. 4, N.º 3 (2010). [Consult. 19-02-2012]. Disponível em < <http://dSPACE.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/%282010%29%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf>>.

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (2010). **Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice (ficha catalográfica traduzida)**. [Em linha]. São Paulo. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [Consult. 28-03-2012]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf>
- SMITH, B.; KERSE, N.; PARSONS, M. - Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference? **Journal of the New Zealand Medical Association**. [Em linha]. N.º118, (2005). [Consult. 05-07-2012]. Disponível em: <http://journal.nzma.org.nz/journal/118-1214/1437/>
- SQUIRE, Ann. (2005). **Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a prática**. Loures: Lusociência.
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011). **Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, centrados na população**. Loures. Lusodidacta.
- TAVARES, António (1990). **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde
- TEIXEIRA, I. N. D. O. - Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**. [Em linha]. Vol. 12, N.º 2, (2008). [Consult. 06-09-2012]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.unipar.br%2Fsaude%2Farticle%2Fdownload%2F2387%2F1937&ei=wME4UvzJOOWS7Qbg-YGQCg&usq=AFQjCNFpYrzi_Z5uW-mpzLBSnzprlWAIww&sig2=IADwV6c4F2QT3lBMYZyWRQ&bvm=bv.52164340,d.Yms
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD., Martha (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures : LUSOCIÊNCIA.
- VICTORIAN STATE GOVERNMENT (2004). **Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries. Sub-acute and Residential Care - Guidelines**. [Em linha]. Australia: The Victorian Quality Council. [Consult. 20-02-2012]. Disponível em: <<http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/pub/improve/falls.htm>>.
- WHO (2002). **Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing**. [Em Linha]. Madrid: WHO. [Consult. 10-09-2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

- WINER, M.; RAY, K. (1994). **Collaboration handbook: Creating, sustaining and enjoying the journey.** [Em linha]. St. Paul - Minn, Amherst H. Wilder Foundation.[Consult. 10-06-2012]. Disponível em: <http://lcrclandtrustexchange.org/InformationDocuments/collaborationhandbook091609.pdf>
- World Health Organization (2007). **WHO global report on falls prevention in older age.** [Em linha]. Genebra: WHO. [Consult. 23-02-2012]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). **Summary of the evidence on patient safety : implications for research.** [Em linha].Geneva: World Health Organization. [Consult. 20-02-2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf.

7. ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

CAPACITAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS E CUIDADORES FORMAIS NA
PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS

Orientado por:

Prof.ª Irene Santos

Enfª Ana Espírito Santo

Enfº Ricardo Abrantes

Elaborado por:

Catarina Ângelo nº 100431004

UCC DE TORRES VEDRAS

04 DE MARÇO DE 2012

ÍNDICE:

1. INTRODUÇÃO	2
2. PÚBLICO-ALVO	7
4. FINALIDADES E OBJETIVOS	9
5. METODOLOGIA	10
6. AVALIAÇÃO	10
7. PLANO DE INTERVENÇÕES	11
8. HORIZONTE TEMPORAL	16
9. RECURSOS	16
10. BIBLIOGRAFIA	16
11. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	19

1) INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.º semestre, do 2.º CMPEEC da Escola Superior de Saúde de Santarém, está inserida a unidade curricular: estágio II e relatório. Para a concretização dos objetivos propostos na mesma, é necessária a elaboração de um projeto de intervenção comunitária.

O tema escolhido, para foco de atenção de enfermagem, neste projeto – **Capacitação das pessoas idosas e seus cuidadores formais²² na Prevenção de Acidentes Domésticos**, deriva do diagnóstico de saúde da comunidade da freguesia do Ramalhal, do qual surgiram problemas/necessidades que afetam a saúde da comunidade, que foram validados e priorizadas as intervenções de enfermagem, segundo a metodologia de Planeamento em Saúde. Tal conceção é, também, defendida na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em OTTAWA:

“A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.”

(CARTA DE OTTAWA, 1986, p.6).

Deste modo, o problema **risco de acidentes domésticos** foi demonstrado pelo elevado número de pessoas com tapetes soltos em casa (82%), chão da habitação escorregadio (23,5%), escadas sem corrimão, banheira sem tapete anti-derrapante, esquentador no wc e lareira sem proteção (5,9%). Contudo, as pessoas não identificaram estas situações como potenciais problemas que afetam a saúde, o que revela a pouca sensibilização e atenção das mesmas face ao risco de acidentes domésticos e suas consequências para a saúde.

Por conseguinte, e no contexto da promoção da cidadania em saúde como estratégia para a saúde (Plano Nacional de Saúde 2011-2016 [versão discussão]), surge a recomendação de “capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações”(ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2011, p.5).

Segundo SANTOS (2010), uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção de saúde (e de prevenção de doença) passa pela educação para a saúde. Neste sentido, Sistemas de saúde centrados no cliente, exigem um papel ativo por

²² A expressão “*cuidador formal*”, também utilizada pela equipa da UCC, foi por mim utilizada ao longo deste trabalho para designar as Ajudantes de Ação Direta (AAD), funcionárias das IPSS’s parceiras de cuidados, uma vez que estas prestam cuidados formais às pessoas idosas, os quais, segundo JIMÉNEZ-MARTÍN e PRIETO (2008), são definidos como: «Formal care is defined as paid or free of charge attention provided by public or private institutions and non profit-making organizations». A carreira de *ajudante de ação direta* foi criada nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, e os conteúdos funcionais da carreira constam do mapa II anexo ao DECRETO-LEI n.º 414/99, de 15 de Outubro.

parte dos indivíduos, tornando-os parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que têm a ver com a saúde. É, assim, fundamental dotar os indivíduos de competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença.

A literacia em saúde tem sido perspetivada, segundo SANTOS (2010) como constructo mediador para ganhos em saúde associáveis a campanhas de promoção de saúde, através da educação para a saúde. Deste modo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde.

O conceito de literacia em saúde é, então, entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas (SANTOS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde reconhece, no conceito de literacia em saúde, um carácter dinâmico e processual, definindo-o como

“[Those] cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. [...] Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal” (1998, p.10, citado por SANTOS, 2010).

Também no *European Health Forum Gastein 2004*, foi formulado que na Europa do futuro, *“Everybody has easy and prompt access to affordable, high quality health care – whoever and wherever they are... people will have no trouble finding clear and reliable information on how to be in good health and about diseases and treatment options”* (citado por SANTOS, 2010). Esta afirmação coloca o aumento de literacia de saúde como uma prioridade estratégica para o desenvolvimento da União Europeia.

Por conseguinte, o conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adoção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos (SANTOS, 2010).

Assim sendo, a efetividade das intervenções de saúde pública na área da prevenção de acidentes domésticos, nomeadamente quedas, passa por planear de forma estratégica ações de sensibilização e de informação, que visem mudança comportamental promotora de saúde, tendo em vista a capacitação²³ dos indivíduos para maior controlo da sua situação de saúde e alcance de melhores níveis de saúde.

No diagnóstico de saúde referido, a amostra foi constituída por 15,8% idosos²⁴, valores que vão ao encontro dos resultados dos CENSOS (2011) que indicam 695 idosos residentes na freguesia do Ramalhal (314 do sexo masculino e 381 do sexo feminino), o que corresponde a cerca de 20% da população total residente na freguesia (3472).

²³ Termo utilizado para descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade. Encontra-se próximo do conceito de *empowerment*. (LAVERACK, 2007)

²⁴ Pessoa idosa é definida pela OMS (s.d.) como qualquer pessoa com idade superior a 65 anos. (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>)

É no contexto do elevado envelhecimento populacional, suas consequências na mobilidade e da promoção dos cuidados às pessoas idosas, nos seus domicílios, que se considera o domicílio e o ambiente exterior potencialmente perigosos e propícios à ocorrência de acidentes domésticos.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde de Pessoas Idosas (2004), as alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento²⁵ da população, e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade, determinaram novas necessidades em saúde, colocando aos governos, às famílias e à sociedade em geral, novos desafios.

Um desses desafios é a população idosa que vive sozinha no domicílio, uma vez que são um grupo populacional mais vulnerável, tanto no que respeita à saúde, como à sua segurança, decorrentes do facto de viverem sós e das limitações físicas, cognitivas e emocionais próprias do envelhecimento. Dados dos Censos de 2011 demonstram que, a população idosa (com 65 ou mais anos) residente em Portugal, é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Destes, 60% vive só (400 964 idosos) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década (INE, 2012).

Ao associar-se a estes números, o índice de dependência dos idosos que é 31 para a freguesia do Ramalhal, superior ao índice de dependência dos idosos em Portugal – 29 (INE, 2012), verifica-se o risco para saúde deste grupo populacional da associação entre: viver só (ou exclusivamente com outra pessoa idosa) e índice de dependência do idosos.

Envelhecer com **saúde**²⁶, **autonomia**²⁷ e **independência**²⁸, o mais tempo possível, constitui assim, atualmente, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. No entanto, a realidade mostra-nos que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

Por conseguinte, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhores práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, emerge a necessidade de sensibilizar a população idosa e seus cuidadores (formais e informais) para o risco de acidentes domésticos, nomeadamente, as quedas, avaliar este risco e promover ações de formação e sensibilização neste âmbito.

²⁵ Envelhecimento humano pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004, p.3).

²⁶ A saúde é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir; trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas. (WHO, 1999 citado por DGS, 2004, p.6)

²⁷ Autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. (WHO, 2002, citado por DGS, p.7)

²⁸ A Independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém. As actividades da vida diária incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o W.C. e andar pela casa. (WHO, 2002, citado por DGS, p.7)

De acordo com o Relatório do Projeto ADÉLIA (2006), no ano de 2005, foram registados no sistema ADELIA, cerca de 32300 acidentes domésticos e de lazer (ADL), sendo local de ocorrência mais referido, nestes acidentes, a “Casa”. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos em “Casa” pelos grupos etários, os valores mais elevados surgem nas idades extremas: 0- 4 anos e **75 ou mais anos**. O mecanismo de lesão mais referido foi a “Queda” (65,9%), tendo sido o mecanismo mais prevalente em todos os grupos etários.

De acordo com dados europeus, os acidentes domésticos são responsáveis por consequências como incapacidades, internamentos hospitalares e mortalidade no idoso, o que gera elevados custos para a Saúde. Um dos principais custos dos hospitais prende-se com fraturas, especialmente as da anca. Além da possibilidade de morte, os idosos podem ficar com incapacidade permanente e/ou ter um longo e dispendioso processo de reabilitação. Podem também necessitar do apoio e intervenção de vários serviços públicos como assistência médica, proteção social, alojamento, educação e reabilitação. As lesões são uma das grandes causas de incapacidades a longo prazo, com um impacto profundo nas vidas dos familiares ou dos cuidadores. Os custos *per capita* (os custos absolutos divididos pelo número de habitantes do país) são o produto da incidência de lesões e o custo médio por doente vítima de lesão. Este valor aumenta exponencialmente nas faixas etárias mais velhas devido à maior incidência de quedas e elevados custos por doente (EUNESE, 2004).

Assim, e tendo em consideração a multiplicidade de pessoas idosas, considera-se que merecem especial atenção as Pessoas idosas vulneráveis e “frágeis” que residem no seu domicílio. Entende-se por pessoas idosas frágeis, pessoas idosas com alto risco de descompensação com a manifestação de uma nova doença. Os critérios de fragilidade compreendem, nomeadamente, a idade de 65 e mais anos, Acidente Vascular Cerebral, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, deficit da mobilidade, dependência parcial para a realização das atividades da vida diária (ou dependência total resultante de um estado de incapacidade que leve à situação de permanência no leito, por períodos prolongados de tempo), queda nos últimos três meses, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, *déficits* sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses. (WINOGRAD, 1983, citado por DGS, 2004).

Este projeto será integrado no âmbito do programa da UCC de Torres Vedras: Programa de Cuidados Continuados/Cuidados Articulados, do qual já faz parte um plano de formação aos AAD (cuidadores formais) que prestam apoio domiciliário aos idosos. Em discussão com os enf.^s cooperantes, os mesmos referiram que esta seria uma forma de retomar o plano de formação, que estava suspenso por escassez de recursos humanos, e concretizar o objetivo da UCC de promover uma resposta articulada e global da problemática da pessoa em situação de dependência inserida no domicílio, assim como, a

capacitação dos cuidadores formais, no que respeita à prevenção de acidentes domésticos, permitindo uma prestação de cuidados com melhor qualidade e segurança.

É ainda no âmbito do Programa de Cuidados Continuados/Cuidados Articulados, que se insere a avaliação do risco de queda dos idosos inscritos nas valências de Centro de Dia, Centro de Convívio ou Serviço de Apoio Domiciliário, das IPSS's parceiras de cuidados da UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial, e as ações de educação para a saúde aos mesmos face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer, promovendo a sua capacitação.

Pretende-se, ainda, com estas ações sensibilizar os parceiros e AAD das IPSS para a problemática dos acidentes domésticos com pessoas idosas e melhorar as práticas vigentes.

2) PÚBLICO-ALVO

Consideram-se público-alvo deste projeto, os idosos não institucionalizados, residentes nas freguesias abrangidas pelo Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras (Ramalhal, Matacães, Campelos, Outeiro da Cabeça, Runa, Carvoeira e Maxial). Por forma a abranger o maior número de idosos, e sabendo previamente, que as limitações na mobilidade decorrentes do envelhecimento, serão um entrave à participação destas pessoas no projeto, planeou-se estrategicamente uma formação, no âmbito da prevenção de acidentes domésticos com idosos, às ajudantes de ação direta do serviço de apoio domiciliário das IPSS abrangidas geograficamente pela intervenção do pólo Maxial da UCC de Torres Vedras.

A escolha recai sobre os cuidadores formais (AAD), uma vez que trabalham diretamente, na promoção do bem-estar²⁹ das pessoas idosas que residem sozinhas no domicílio e/ou, embora vivam acompanhadas, apresentem algum grau de dependência para a satisfação das suas necessidades básicas; como tal são os vetores de transmissão de informação ideais, para que a mesma chegue aos idosos frágeis e seus cuidadores informais, prevenindo os acidentes e melhorando a sua qualidade de vida e independência. Esta estratégia justifica-se face ao limite temporal do projeto não possibilitar uma ação tipo porta-a-porta (visto que as pessoas idosas com alguma dependência não conseguem tão facilmente deslocar-se da sua casa a um local de formação).

No projeto anterior tinha sido planeada uma ação de informação e sensibilização aos cuidadores informais, mas em reunião com os enf. Cooperantes e dado o seu conhecimento privilegiado *in loco*, foi justificada a sua não concretização devido a fatores dificultadores como: dispersão geográfica dos alojamentos e necessidade de deslocação automóvel do seu domicílio até ao local de formação; necessidade de “ter” outro familiar ou amigo que fique com o idoso dependente no domicílio, no período da formação; dificuldade de gestão do tempo nas tarefas domésticas, cuidado ao idoso dependente e ida à formação. Por estes

²⁹ Segundo o capítulo dos conteúdos funcionais do DECRETO-LEI n.º 414/99, de 15 de Outubro, “ao ajudante de ação direta compete trabalhar directamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das tarefas” descritas nos conteúdos funcionais do mesmo documento

motivos, esta ação de informação e sensibilização sobre prevenção de acidentes domésticos foi reconduzida para os idosos inscritos nas valências de Centro de Dia, Centro de Convívio ou Serviço de Apoio Domiciliário, das IPSS parceiras de cuidados da UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial, sob a forma de ação de educação para a saúde.

A escolha sobre esta população idosa justifica-se uma vez que, os idosos não têm de se deslocar do seu local habitual e não têm parametrizado o risco de queda, situação que já está coberta nas pessoas alvo do programa de cuidados continuados/cuidados articulados da UCC de Torres Vedras.

A dimensão do público-alvo é para já desconhecida, sendo alvo de discussão com os diretores técnicos das IPSS. Para a ação de formação com os cuidadores formais, preconiza-se 2 a 3 AAD de cada IPSS, de modo a que o número total por sessão de formação não ultrapasse os 10-15 elementos. Já para a ação de sensibilização e informação aos utentes do Centro de Dia do Ramalhal, a dimensão corresponde ao número de idosos que pretender participar.

Definiram-se, no entanto, alguns critérios de inclusão/exclusão do público alvo, sendo que para os cuidadores formais, os critérios são os seguintes:

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Ter mais de 18 anos de idade; - Ter, pelo menos, o 1.ºciclo de escolaridade; - Exercer funções numa das IPSS parceiras do pólo Maxial, da UCC de Torres Vedras; - Ser selecionado/a pelo diretor técnico da IPSS em que exerce funções; - Estar motivado/a para a formação; - Não apresentar problemas cognitivos e/ou de saúde mental e psiquiatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter menos de 18 anos de idade; - Não ter, pelo menos, o 1.ºciclo de escolaridade completo; - Exercer atividade profissional numa IPSS que não parceira do pólo Maxial da UCC de Torres Vedras; Estar reformado/a; - Não apresentar qualquer interesse/motivação para participar na formação; - Apresentar problemas cognitivos e/ou de saúde mental e psiquiatria.

Relativamente aos critérios de inclusão/exclusão definidos para os idosos inscritos no Centro de Dia do Ramalhal, seguem-se alguns:

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Ser utente do Centro de Dia do Ramalhal; - Ter mais de 65 anos de idade; - Aceitar participar na ação de sensibilização; - Não apresentar problemas cognitivos e/ou de saúde mental e psiquiatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não ser utente do Centro de Dia do Ramalhal; - Ter menos de 65 anos de idade; -Recusar participar na ação de sensibilização; - Apresentar problemas cognitivos e/ou de saúde mental e psiquiatria.

3) FINALIDADES E OBJETIVOS

A **finalidade** que se pretende com a elaboração deste projeto é contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população idosa abrangida pelo Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras, através da criação de um projeto de intervenção promotor do processo de capacitação do grupo populacional: idosos e seus cuidadores formais, face à prevenção de acidentes domésticos.

Objetivos Gerais e Específicos:

- 1) Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária: risco de acidentes domésticos na população idosa, identificado no diagnóstico de saúde da comunidade da freguesia do Ramalhal;
 - 4.1. Inventariar existência de sistemas de informação nas unidades de saúde locais, que monitorizem acidentes domésticos e consultar os dados disponíveis.
 - 4.2. Realizar o diagnóstico do nº de pessoas idosas que vivem sós, na freguesia do Ramalhal.
 - 4.3. Monitorizar o risco de queda (riscos biológico: mobilidade; e ambiental: habitação) das pessoas idosas inscritas nas valências de ambulatório das IPSS's parceiras do Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras.
 - 4.4. Monitorizar risco de queda identificado nos utentes em carteira do Programa de Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados da UCC de Torres Vedras.
- 2) Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.
 - 2.1. Executar iniciativas que visem a formação e sensibilização dos cuidadores formais e pessoas idosas, sobre o tema da segurança em casa e prevenção de acidentes domésticos, com pessoas idosas.
 - 2.2. Avaliar condições para proposta de implementação do sistema de telesegurança no domicílio dos idosos residentes na freguesia do Ramalhal.
 - 2.3. Estabelecer parcerias de intervenção com IPSS's e GNR (núcleo do idoso em segurança), no sentido de sinalizar pessoas idosas com critérios de fragilidade, principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social, e intervir interdisciplinarmente no sentido de promover a sua saúde e segurança.
- 3) Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar: capacitação dos idosos e/ou cuidadores formais na prevenção de acidentes domésticos.
 - 3.1. Identificar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.
 - 3.2. Analisar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem face aos objetivos propostos e metodologia utilizadas, à luz das competências do enfermeiro especialista e dos conhecimentos teóricos de Enfermagem mais atuais.

3.3. Refletir na ação e sobre a ação, fazendo uso da prática baseada na evidência através da Revisão Sistemática de Literatura.

4) Perceber a dinâmica de funcionamento da UCC de Torres Vedras

4.1. Integrar os programas da UCC, em funcionamento;

4) METODOLOGIA DE AÇÃO

Para operacionalizar o projeto, propõe-se recorrer às reuniões (mensais) entre parceiros de cuidados - UCC e as IPSS's abrangidas geograficamente pela intervenção do Pólo Maxial, para informar os parceiros do problema diagnosticado e propor estratégias de intervenção.

Seguidamente, recorrer-se-á à parceria com as IPSS's para a divulgação da formação, seleção dos cuidadores formais e cedência de espaço para a formação aos AAD e para a informação/sensibilização dos idosos. Também se propõe a parceria com a GNR para intervenção conjunta na população idosa que vive só/isolada.

Para a formação às ajudantes de ação direta, utilizar-se-ão a metodologias expositivas, demonstrativas e ativas, com recurso a role-playing, estudo de casos e demonstração.

No que diz respeito à ação de educação para a saúde aos idosos, utilizar-se-ão metodologias expositivas e ativas, com recurso ao debate, role-playing e visionamento de filmes.

5) AVALIAÇÃO

INDICADORES DE PROCESSO:	META (%)
- Nº de casos de queda, com risco documentado, no período de 1 ano / Nº casos com queda no mesmo período x 100	40
- Nº pessoas idosas presentes na ação de sensibilização / Nº pessoas idosas utentes das IPSS's nas valências de C. Dia, C. Convívio ou SAD x 100	50
- Nº cuidadores formais intervencionados / Nº cuidadores formais planeados x 100	50
- Nº pessoas idosas com risco biológico de queda monitorizado / Nº pessoas idosas utentes das IPSS's nas valências de C. Dia, C. Convívio ou SAD x 100	50
- Nº pessoas idosas com risco biológico de queda monitorizado / Nº pessoas idosas inseridas no P. Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados x 100	100
- Nº sessões executadas / Nº sessões planeadas x 100	100
- Nº pessoas idosas risco ambiental de queda monitorizado/ Nº pessoas idosas intervencionadas x 100	50
- Nº Visitas domiciliárias realizadas a pessoas idosas frágeis referenciadas por parceiros de cuidados/Nº VD's previstas em reunião de parcerias (IPSS/GNR)	100

INDICADORES DE RESULTADOS:	META (%)
- Nº casos com risco de queda documentado, que não caíram, e tiveram pelo menos 1 intervenção / Nº casos com risco documentado x 100	40
- Nº casos com diminuição do risco de queda e tiveram pelo menos 1 intervenção / Nº casos com risco de queda documentado x 100	30
- Nº pessoas satisfeitas com a ação de formação/ Nº pessoas intervencionadas x 100	70
- Nº pessoas idosas satisfeitas com a ação de EpS/ Nº pessoas intervencionadas x 100	70
- Nº pessoas idosas com ganhos de conhecimentos / Nº pessoas idosas intervencionadas x 100	70
- Nº cuidadores com ganhos de conhecimentos / Nº cuidadores intervencionados x 100	50
- Nº pessoas idosas sem (novo) episódio de queda / População existente x 100	30

5) PLANO DE INTERVENÇÃO

OBJETIVO GERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	INTERVENIENTES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	LOCAL	TEMPO
1) Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária	1.1. Inventariar existência de sistemas de informação nas unidades de saúde locais, que monitorizem acidentes domésticos e consultar os dados disponíveis.	a. Averiguar monitorização dos acidentes domésticos nas Unidades de Saúde locais.	i. Contactar S.U. do CHTV e CATUS	Mestranda Enf. Cooperantes	<ul style="list-style-type: none"> Evidenciar domínio aprofundado e visão global dos temas; Explorar, criativamente, situações imprevistas; Demonstrar conhecimento adequado à análise das situações de saúde/doença Usar linguagem específica da disciplina. Selecionar sistematicamente e estratégias adequadas à análise do problema identificado. 	UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial Escola Superior de Saúde de Santarém Biblioteca Domicílio	22.02.201
	1.2. Realizar diagnóstico do nº de pessoas idosas que vivem sós, na freguesia do Ramalhal.	b. Analisar listagem do programa SINUS da população do Ramalhal	ii. Solicitar listagem do SINUS na secretaria da Extensão do Ramalhal.				2
	1.3. Monitorizar risco de queda (riscos biológico: mobilidade; e ambiental: habitação) das pessoas idosas inscritas nas valências de ambulatório das	c. Analisar resultados dos Censos 2011	iii. Pesquisa dos resultados dos censos 2011 relativos aos idosos que vivem sós na freguesia do Ramalhal.				15.06.201
		d. Analisar resultados da Escala de Morse aplicada ao utentes em carteira dos Cuidados Continuados/Cuidados Articulado.	iv. Solicitar dados da avaliação feita pela equipa de enfermagem, do risco de queda, dos idosos em carteira dos Cuidados Continuados/Cuidados				2

	<p>IPSS's parceiras do Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras.</p> <p>1.3. Monitorizar risco de queda identificado nos utentes em carteira do Programa de Cuidados Continuados/ Cuidados Articulado da UCC de Torres Vedras.</p>	<p>valências de ambulatório das IPSS's.</p> <p>f. Efetuar pesquisa bibliográfica sobre o problema de saúde identificado.</p>	<p>Articulados e monitoriza-los</p> <p>v. Realizar sessão de educação para a saúde com os idosos inscritos nas valências de ambulatório das IPSS's</p>				
<p>2) Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.</p>	<p>2.1. Executar iniciativas que visem a formação e sensibilização dos cuidadores formais e pessoas idosas, sobre segurança em casa e prevenção de acidentes domésticos, com pessoas idosas.</p> <p>2.2. Avaliar condições para</p>	<p>a. Desenvolver ações de formação aos cuidadores formais sobre: Prevenção de acidentes domésticos e de lazer.</p> <p>b. Desenvolver ações de educação para a saúde aos idosos, sobre: Segurança e Prevenção de acidentes domésticos e de lazer.</p>	<p>i. Mobilizar e integrar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades e estabelecimento de parcerias.</p> <p>ii. Propôr e planear formação aos</p>	<p>Mestranda Auxiliares de ação direta das IPSS abrangidas pelo Pólo Maxial da UCC de Torres Vedras Idosos inscritos no Centro de Dia do Ramalhal Diretores Técnicos das IPSS Enf. Cooperantes</p>	<p>* designados atrás neste documento, no capítulo "5) Avaliação" (p.10-11)</p>	<p>UCC Torres Vedras – Pólo Maxial e Sede Centro de Dia do Ramalhal IPSS a designar para ser local de formação</p>	<p>13.03.2012 09.04.2012 a 08.06.2012</p>

	<p>proposta de implementação do sistema de telesegurança no domicílio dos idosos residentes na freguesia do Ramalhal.</p> <p>2.3. Estabelecer parcerias de intervenção com IPSS's e GNR (núcleo do idoso em segurança), no sentido de sinalizar pessoas idosas com critérios de fragilidade, principalmente no que respeita ao isolamento geográfico e social, e intervir interdisciplinarmente no sentido de promover a sua saúde e segurança.</p>	<p>c. Reunir com a IPSS do Ramalhal e IPSS de Campelos (já tem este protocolo de telesegurança implementado).</p> <p>d. Contactar e reunir com GNR para esclarecer a sua intervenção e apoio a idosos que vivem sós.</p> <p>e. Agendar reunião de parceiros conjunta com GNR e IPSS's</p>	<p>cuidadores formais na reunião de parceiros com as IPSS's e definir necessidades de formação, para além da prevenção de acidentes domésticos com idosos.</p> <p>iii. Propôr e planear a ação de educação para a saúde aos idosos, na reunião de parceiros com IPSS's e averiguar disponibilidade de recursos.</p> <p>iii. Mobilizar os responsáveis organizacionais nas intervenções e parcerias.</p>	<p>GNR (núcleo do Idoso)</p>			
--	---	---	---	------------------------------	--	--	--

			<p>iv. Propôr parceria com GNR em reunião de parceiros dos Cuidados Continuados/ Cuidados Articulados (IPSS's).</p> <p>v. Promover reunião com diretores técnicos da IPSS do Ramalhal e Campelos.</p>				
<p>3) Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar: capacitação dos idosos e/ou cuidadores formais na prevenção de</p>	<p>3.1. Identificar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.</p> <p>3.2. Analisar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem face aos objetivos propostos e metodologia utilizadas, à luz das competências do enfermeiro</p>	<p>a. Monitorizar a eficácia das intervenções face ao problema identificado, com vista à quantificação de ganhos em saúde.</p> <p>b. Proceder à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.</p>	<p>i. Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem;</p> <p>ii. Proceder à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão.</p> <p>iii. Recorrer à RSL, outra pesquisa</p>	Mestranda Enf Cooperantes	<p>* Realizar análise reflexiva na e sobre a ação</p> <p>* Realizar análise crítica sobre os ganhos obtidos em saúde e/ou erros/falhas;</p> <p>* Avaliar a satisfação dos utentes relativamente</p>	<p>UCC Torres Vedras – Pólo Maxial Domicílio Escola Superior de Saúde de Santarém</p>	<p>09.06.201 2 a 15.06.201 2</p>

acidentes domésticos.	especialista e dos conhecimentos teóricos de Enfermagem mais atuais. 3.3. Refletir na ação e sobre a ação, fazendo uso da prática baseada na evidência através da Revisão Sistemática de Literatura.		bibliográfica, e às competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária. iv. Reunir com os enf. ^s cooperantes.		aos cuidados de enfermagem, conforme designado capítulo 5) Avaliação, p.10-11		
4) Perceber a dinâmica de funcionamento da UCC de Torres Vedras	4.1. Integrar os programas da UCC em funcionamento;	a. Acompanhar o enfermeiro da UCC em cada programa de ação (Prog. Saúde Materna e Planeamento Familiar de risco; Prog. Saúde Infantil de risco; Prog. Saúde Escolar: J.I., E.B.1, E.B. 2, 3- Gabinete da Saúde e Educação Sexual; Cursos para Diabéticos/HTA, Rastreios: VIH, DM,HTA; Prog. Cuidados	i. Leitura do documento “Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade”; ii. Leitura do Plano de Ação da UCC de Torres Vedras; iii. Atribuição de dias de estágio para o acompanhamento	Mestranda Enf. Cooperantes Enf. UCC Torres Vedras	* cumprir integração em todos os programas da UCC; *Descrever os programas da UCC e seu funcionamento	UCC Torres Vedras UCC Torres Vedras-Pólo Maxial Escolas do concelho de Torres Vedras Domicílios dos utentes	23.02.2012 a 25.03.2012

		<p>Continuados: vd's enf. Generalista, vd's enf. Reabilitação; Prog. Apoio Integrado a Idosos: reunião parcerias; curso preparação para parto e parentalidade; Vd's ao RN e puérpera; Consulta do Ostromizado; Podologia.</p>	<p>o do enfermeiro em cada programa de intervenção da UCC.</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--

7) HORIZONTE TEMPORAL

O horizonte temporal deste projeto está definido de acordo com o período de realização do estágio II, do 2.º curso de mestrado e pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém. Como tal, tem início a 23 de Fevereiro de 2012 e término a 15 de Junho de 2012. Futuramente, a UCC de Torres Vedras dará continuidade ao projeto e terá o horizonte temporal estabelecido pela equipa da UCC.

8) RECURSOS

Quanto aos recursos necessários, considera-se necessário para a formação aos cuidadores formais: uma sala de formação, cadeiras, mesa, computador, projetor de imagem, colunas de som, papel, canetas, e outros recursos a ser discriminados no plano de formação.

No que respeita aos recursos necessários para a ação de sensibilização aos idosos, considera-se necessário: sala, mesa, cadeiras, computador, projetor de imagem, colunas de som, balões, papel e canetas.

Quanto aos fundos necessários para a consecução deste projeto, apenas serão necessários para a impressão de cartazes de divulgação e certificados de participação na formação.

No que respeita aos recursos humanos, será preciso um enfermeiro responsável pelo projeto (mestranda com enfermeiros cooperantes), os diretores técnicos das IPSS's e a equipa da GNR (núcleo idoso em segurança).

9) BIBLIOGRAFIA

- CENTRO DE SAÚDE DE TORRES VEDRAS (s.d.). **Plano de Ação da UCC de Torres Vedras**. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial.
- CONTREIRAS, Teresa; NUNES, Baltazar; RABIAIS, Sara (2006). **Relatório ADÉLIA 2005 – Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/proj_adelia_relafinal-2005_onsa.pdf.
- CONTREIRAS, Teresa; NUNES, Baltazar; RODRIGUES, Emanuel (2008). **Adelia 2006 – 2008, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório 2006 – 2008**. [Em linha]. Lisboa: INSA. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: <http://www.insa.pt>.
- DGS (2004). **CIRCULAR NORMATIVA nº: 13/2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (s.d.) **Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas**. Lisboa: Ministério da saúde.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II – Orientações estratégicas. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Consult. 2011-12-08]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvii.pdf>.
- EUNESE - European Network for Safety among Elderly. [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/action3_2003_13_en.htm.

- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário (1982). **Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Obras avulsas.
- INE (2011). **Censos 2011 – Resultados Provisórios**. [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&seITab=tab1.
- INE (2012). **População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário**. [Em linha]. [Consult. 2012-02-25]. Disponível em www.ine.pt
- INE (2012). **Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011)**. [Em linha]. [Consult. 2012-02-25]. Disponível em www.ine.pt
- INE (2012). **Censos 2011 – Resultados pré-definidos**. [Em linha]. [Consult. 2012-02-25]. Disponível em www.ine.pt.
- REGULAMENTO n.º128/2011. “D.R. II série”. 35 (2011-02-18).
- TAVARES, António (1990). **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES delineado para operacionalização do Projeto de Intervenção Comunitária e Relatório Crítico.

ATIVIDADES	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> FEVEREIRO MARÇO ABRIL MAIO JUNHO JULHO Todos os meses </div>																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Integração ao Estágio II na ESSS com professores orientadores																														
Reunião com Enf ^s cooperantes, para partilha dos objectivos de estágio, projectos a implementar e agendamento de actividades da UCC a integrar com enfermeiros da Unidade.																														
Elaboração/ atualização do cronograma de actividades; Projeto Individual e Relatório																														
Consultar o Plano de Ação e Regulamento Interno da UCC																														
Pesquisa bilbliográfica																														
Integração das atividades no âmbito da Saúde Escolar desenvolvida na UCC (Jardim de Infância; Escola Básica 1; EB2/3 – Gabinete Saúde e Educ. Sexual)																														
Integração das actividades desenvolvidas na UCC no âmbito dos Grupos de Risco (Rastreios e Cursos para Diabéticos)																														
Integração das actividades desenvolvidas na UCC no âmbito da Saúde Materna e Planeamento Familiar																														
Integração das actividades desenvolvidas na UCC no âmbito da Saúde Infantil																														
Integração das actividades desenvolvidas na UCC no âmbito das VD's dos Cuidados Continuados e VD's de enf. reabilitação																														
Reunião de parcerias- só IPSS																														
Reunião parceria- só GNR																														
Curso preparação para parto e parentalidade																														
VD ao R.N. e puerpera																														

ANEXO II – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS CIENTÍFICOS

Quadro 1 – Critérios de Inclusão/Exclusão de Estudos Científicos

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoa idosa (idade igual ou superior a 65 anos) de ambos os sexos;	Pessoa com idade inferior a 65 anos; Pessoa idosa com deficiência mental ou problemas de saúde mental e psiquiatria;
Intervenção	Estudos publicados de tipo quantitativo ou qualitativo, que abordem as intervenções de enfermagem promotoras do processo de capacitação de pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos; Artigos publicados que mencionem estudos com evidências científicas e revisões sistemáticas de literatura.	Estudos publicados que não abordem intervenções promotoras do processo de capacitação de pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos; Estudos publicados que abordem o impacto da intervenção de outros profissionais de saúde que não enfermeiros.

ANEXO III – QUADRO COM PALAVRAS-CHAVE

Quadro 2: Tabela com palavras-chave

CONCEITOS		PALAVRAS CHAVE
POPULAÇÃO - Pessoa idosa	Pessoa Idoso Contexto comunitário	Aged Nurs* Health Education Empowerment Accident Prevention
INTERVENÇÃO -Intervenções de enfermagem que promovem a capacitação	Ações de Enfermagem Enfermagem de saúde comunitária Promoção de Saúde Educação para a Saúde Literacia em Saúde Parcerias Avaliação individual do risco	
OUTCOMES - Capacitação e prevenção de acidentes domésticos	Capacitação Prevenção primária Acidentes domésticos Quedas	

ANEXO IV – PESQUISA EM BASES DE DADOS CIENTÍFICAS COM AS PALAVRAS-CHAVE:
NURS*, AGED, HEALTH EDUCATION, EMPOWERMENT E ACCIDENT PREVENTION.

Pesquisa elaborada dia 18-02-2013, a partir da Plataforma EBSCO, simultaneamente, nas seguintes bases de dados científicos: CINAHL Plus with Full Text, Medline with full text, [Cochrane Database of Systematic Reviews](#), Medclatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Palavras-chave	Nº de artigos encontrados nas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text ; MEDLINE with Full Text ; Cochrane Database of Systematic Reviews ; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive ; MedicLatina
1 = Nurs*	70193
2 = Aged	33048
3 = Health Education	7362
4 = Empowerment	3940
5 = Accident Prevention	381
1+2	16316
1+3	4537
1+4	2814
1+5	255
2+3	2495
2+4	1145
2+5	139
3+4	762
3+5	37
4+5	15
1+2+3	1696

1+2+4	883
1+2+5	96
1+3+4	579
1+3+5	30
1+4+5	13
2+3+4	9
2+3+4+5	6
3+4+5	7
1+2+3+4+5	6

Limitadores de pesquisa:

- Pesquisa no distrito de Leiria
- Pesquisa em modo booleano/frase
- Artigos científicos publicados em texto completo (PDF)
- Resumo disponível
- Friso cronológico: Janeiro de 2008 – Fevereiro de 2013
- Qualquer autor é enfermeiro/a
- Humano
- Prática baseada em evidências
- Faixa etária: pessoa idosa com idade igual ou superior a 65 anos

ANEXO V – FICHAS DE LEITURA DOS ARTIGOS

Artigo 1:

FOREMAN, Peter; RYBURN, Bridget; WELLS, Yvonne - Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. **Health & Social Care in the Community**. (2009, Vol.17, N.º3, p225-234). [Consut. a 18.02.2013].

Plataforma de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Disponível em: <
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=37345617&lang=pt-br&site=ehost-live>>

TÍTULO	Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults
AUTORES	FOREMAN, Peter; RYBURN, Bridget; WELLS, Yvonne
MÉTODO	<p>Artigo de Revisão Sistemática de Literatura, com pesquisa dos termos-chave: 'aged', 'home care', 'community', 'independence', "restorative", "rehabilitation" e 'independent living', (cada tópico foi combinado com o termo 'fragilidade generalizada' ou com um estado de doença específico, incluindo demência, acidente vascular cerebral, depressão, medo de cair, luxação da anca, incontinência e osteoartrite) nas bases de dados: AgeLine, MEDLINE, CINAHL e PsychINFO.</p> <p>Nível de evidência I: Evidence from a <u>systematic review</u> or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs.</p>
OBJETIVOS	Este estudo teve como objetivo rever a eficácia e eficiência de abordagens restaurativas (como a terapia ocupacional, fisioterapia, educação para a saúde e reabilitação social) dos cuidados domiciliários dirigidos a pessoas idosas frágeis, nomeadamente no que respeita a melhorias funcionais, qualidade de vida e bem-estar social.
POPULAÇÃO	Pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, acompanhadas em programas de apoio domiciliário com abordagens "restaurativas/restauradoras" (como a terapia ocupacional, fisioterapia, educação para a saúde e reabilitação social).

<p>INTERVEN- ÇÕES</p>	<p>Programas de Apoio domiciliário a pessoas idosas frágeis com abordagens “restaurativas/restauradoras” com novos focos de intervenção, nomeadamente, a promoção de estilos de vida saudáveis, a atividade física, a independência nas atividades de vida diárias, apoio social e envelhecimento saudável, fatores essenciais à manutenção de saúde e independência dos idosos. Estes programas são constituídos por equipas multidisciplinares (enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de serviço social) e baseiam a sua intervenção em educação para a saúde, promoção de atividade física e adaptação da habitação, para promover a independência e qualidade de vida das pessoas idosas.</p> <p>'Re-ablement "refere-se a intervenções intensivas e limitadas no tempo, por equipas multidisciplinares de cuidados domiciliários direcionadas para pessoas idosas, para ajudá-las a aprender ou re-aprender competências necessárias para gerir a sua doença e maximizar a sua participação nas atividades quotidianas.</p>
<p>RESULTA- DOS E DISCUS- SÃO</p>	<p>Um corpo crescente de literatura de investigação tem demonstrado que é muitas vezes possível de melhorar o estado de saúde e reabilitar ou re-capacitar funções ocupacionais e sociais em pessoas idosas frágeis com doenças crónicas (incluindo risco de queda).</p> <p>Estes estudos fornecem alguns resultados encorajadores, com evidência muito forte para a eficácia da terapia ocupacional (ver Steultjens et al. 2004 - uma revisão sistemática) e educação para a saúde, muitas vezes realizada por enfermeiras que visitam as pessoas no domicílio (ver Stuck et al. 2002 - revisão sistemática e meta-análise) na melhoria da capacidade funcional e estado de saúde.</p> <p>Há evidência mais limitada para o sucesso dos programas de "reabilitação social" que, tentam assistir diretamente os idosos a aumentar as suas redes sociais e conectividade na comunidade.</p> <p>(...) Apenas poucos estudos, embora com resultados globalmente positivos, investigaram diretamente o impacto direto, na qualidade de vida dos clientes, de programas que utilizaram abordagens restaurativas/restauradoras.</p> <p>Também existe alguma evidência qualitativa de avaliações concretizadas no Reino Unido de que programas restauradores multidisciplinares são geralmente bem aceites e vistos com resultados positivos, na perspetiva dos clientes (Le Mesurier; Cumella, 1999).</p>

Em relação a componentes específicos da abordagem restauradora/restaurativa, a evidência sugere que intervenções compreensivas da terapia ocupacional podem ter impacto positivo nas capacidades sociais e qualidade de vida dos idosos (Steultjens, 2004), e **a participação em programas de atividade física pode também ter impacto positivo** na saúde psicossocial (Taylor, 2004). A evidência também sugere que **o uso de próteses e equipamentos pode resultar numa melhoria da qualidade vida** dos clientes; para muitos, os ganhos de autonomia, privacidade e auto-suficiência alcançada valem o esforço de alguma dificuldade residual na realização de tarefas de forma independente (Verbrugge, Sevak, 2004).

No geral, um corpo pequeno, mas crescente de evidências sugere que intervenções multicomponentes limitadas no tempo, **resultam numa redução do uso contínuo de serviços de apoio domiciliário e na comunidade**, em comparação com o que teria sido antecipado com a prestação de serviços de apoio domiciliário “tradicionais”.

Estes resultados são consistentes com outras avaliações realizadas a serviços de realibitação semelhantes no Reino Unido, que demonstraram consistentemente uma **redução da intervenção pós-programa, assim como** uma redução possível na utilização dos serviços de saúde (isto é, **redução do tempo de internamento hospitalar**, Pilkington 2006).

Assim, os componentes individuais, em particular o **uso de próteses, equipamentos, e as modificações ambientais, têm demonstrado importantes resultados a nível preventivo**.

Um crescente corpo de evidências sugere que a **educação para a saúde** (tipicamente associada às funções de enfermagem nas visitas domiciliárias) **está associada à redução de custos pela redução da utilização dos serviços de apoio domiciliário e comunitário para idosos** (Markle-Reid, 2006^a). Por exemplo, num ensaio clínico aleatório, Markle-Reid (2006b, n = 288) foram capazes de demonstrar que as visitas domiciliárias aos idosos frágeis (acima de 75 anos), que envolvem a **avaliação de saúde, educação para a saúde, o uso de estratégias de capacitação e coordenação de serviços, não resultou em aumentos no custo da saúde serviços e cuidados domiciliários**.

Proporcionar intervenções oportunas, educação e tecnologias de apoio para incentivar idosos frágeis para retomar a independência e atividade parece ser, em muitos casos, eficaz na redução da procura por serviços numa

	<p>relação custo-benefício. A implementação de abordagens restaurativas em programas de apoio domiciliário também vai alinhar a prestação de cuidados domiciliários mais de perto com os modelos mais recentes de um envelhecimento saudável e os princípios progressistas de prestação de serviços já bem estabelecidos, entre outros grupos de pessoas com incapacidades, com a sua ênfase na independência, capacitação e cuidados baseados na comunidade. Também pode ajudar prestadores de cuidados domiciliários a fornecer um serviço mais eficiente, eficaz face às exigências cada vez maiores.</p>
--	---

Artigo 2:

EGEROD, Ingrid; EVRON, Lotte; SCHULTZ-LARSEN, Kirsten – Establishing a new falls clinic: conflicting attitudes and inter-sectorial completion affecting outcome. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, (2009, Vol. 23, N.º3, p473-481). [Consult. a 18.02.2013].

Plataforma de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Disponível em: <
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=43668941&lang=pt-br&site=ehost-live>>

TÍTULO	Establishing a new falls clinic: conflicting attitudes and inter-sectorial completion affecting outcome
AUTORES	EGEROD, Ingrid; EVRON, Lotte; SCHULTZ-LARSEN, Kirsten
MÉTODO	A equipa da investigação desenhou um estudo de caso qualitativo com a triangulação de fontes e métodos, incluindo entrevistas, observação participante e análise de documentos. O estudo foi realizado de janeiro 2006 a junho de 2007 no novo modelo “falls clinics” recém-criado num Hospital dinamarquês. Os dados foram analisados qualitativamente de acordo os quatro temas principais: o conceito de quedas, o sucesso / fracasso, competição e perícia. A unidade integrada de análise é a trajetória do cliente (a nível individual) a partir do momento da referenciação até à conclusão do programa e seguimento pós-alta 6

	<p>meses mais tarde.</p> <p>Nível de evidência VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study</p>
OBJETIVOS	<p>O objetivo do presente estudo foi descrever os processos sociais que afetam a implementação de novas estratégias na gestão de quedas. O recém-criado modelo “fall clinics” foi escolhido como um caso experimental para descrever a sistemática e abrangente abordagem da prevenção de quedas entre os idosos.</p>
POPULAÇÃO	<p>Pessoas envolvidas nos programas de prevenção de quedas, quer no novo modelo “fall clinics” como nos serviços dos centros de saúde (utentes com problemas de quedas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, secretária, administradores)</p>
INTERVENÇÕES	<p>A clínica ofereceu um programa de avaliação diagnóstica interdisciplinar, que incluiu medidas específicas de força muscular, mudança de posição corporal, equilíbrio, visão, e motivação do utente.</p> <p>(...) programas básicos de prevenção de quedas, incluindo a reabilitação e programas de treino. Estes programas incluíram visitas domiciliárias preventivas, que trabalham sistematicamente questões da prevenção de quedas, tal como a atividade física, incontinência, perturbações do sono, densidade óssea e ingestão hídrica.</p> <p>Os utentes foram referenciados para a clínica (...) e os que preencheram os critérios, foram encaminhados para o programa de treino baseado no modelo hospitalar, no final do qual o utente recebeu um plano de ação individual. O plano de ação incluiu recomendações para treino futuro, intervenções de auto-gestão, ou treino no centro de saúde ou noutras instalações municipais.</p> <p>A observação participante mostrou que uma parte da avaliação das quedas consistiu em avaliações físicas e mentais, incluindo tratamento médico e mudança de terapêutica. Outra parte consistiu em aconselhar sobre mudança de estilos de vida, protetores de anca e remoção de fatores de risco de quedas em casa.</p> <p>A avaliação da clínica de quedas foi geralmente conduzida durante duas</p>

	<p>visitas; (...) uma hora com o enfermeiro (...). A avaliação foi seguida por uma conferencia diagnostica interdisciplinar (enfermeiro, médico e fisioterapeuta).</p> <p>Os utentes foram encaminhados para programas de equilíbrio ou treino de força - individualmente ou em grupos no hospital. Embora os utentes estivessem ausentes durante as conferências de diagnóstico, fizeram parte da tomada de decisão na criação de um plano de ação, através de reuniões individuais com o pessoal clínico. Este plano incluiu desenho de exercícios específicos. Foi projetado como integrante das atividades de vida quotidiana com uma perspetiva educacional relacionada com a formação ao longo da vida.</p>
<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p>	<p>Os utentes desejaram reconquistar a sua liberdade/independência, e explanaram as suas motivações externas como o encorajamento da sua rede de amigos e família.</p> <p>(...)Fontes impressas focaram-se no risco de queda, quer na promoção da prevenção como na responsabilidade do utente.</p> <p>A maior parte da responsabilidade pela prevenção de quedas foi delegada no utente, sob o pretexto do empoderamento.</p> <p>Vários panfletos sugerem mudanças de estilo de vida especialmente pratica regular de atividade física.</p> <p>Ao nível administrativo os informantes concordaram que o sucesso ou fracasso da clinica de quedas era afetado por conflitos internos de alocação de recursos e mudança de práticas.</p> <p>O presente estudo destacou as diferentes interpretações de quedas nos diferentes níveis do sistema de saúde e demonstrou o domínio do discurso biomédico. Ao nível administrativo e nas fontes publicadas, as quedas foram vistas como um problema decorrente das doenças crónicas e como tal prevenível, que pode ser resolvido com as ferramentas certas e conhecimento (opções de estilo de vida). Na perspetiva dos profissionais, as quedas são uma condição crónica potencialmente tratável, na qual a responsabilidade principal de adaptação é dos próprios pacientes. As preocupações dos profissionais são dominadas pelas necessidades dos pacientes, o que foi também reconhecido em outros estudos (40, 42, 43). Como tal, na abordagem médica, as quedas parecem ser uma questão médica e motivacional associada com a responsabilidade pessoal e idade</p>

	<p>cronológica (28, 38). Os pacientes, contudo, associaram as quedas como uma consequência da sua fragilidade ou ao facto de serem desajeitados – mas não associaram à sua idade. Este resultado ilustra o conflito entre as abordagens individuais ao autocuidado e ao sentir-se idoso, e os objetivos políticos para os programas de cuidados à população com 65 ou mais anos de idade.</p>
--	--

Artigo 3:

DAWSON, Pamela; HEDLEY, Laura; ROBINSON, Lisa; SUCKLEY, Nicola – Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention. **Physiotherapy Theory & Practice** (2010, Vol. 26, Nº 7, p425-438). [Consult. a 18.02.2013].

Plataforma de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Disponível em: Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention.

TÍTULO	Staying Steady: A community-based exercise initiative for falls prevention.
AUTORES	DAWSON, Pamela; HEDLEY, Laura; ROBINSON, Lisa; SUCKLEY, Nicola
MÉTODO	<p>O programa “Permanecer Firme” foi baseado num ensaio clínico randomizado (bem sucedido) conduzido por Skelton, Dinan, Campbell e Rutherford (2005). O programa decorreu por cerca de 32 semanas. Os participantes assistiram a quatro blocos de 8 semanas, alternando uma vez por semana exercícios adaptados em grupo e sessões de educação com um programa de exercícios individualizado para realizar no domicílio (Figura 1).</p> <p>Esta avaliação teve uma abordagem metodológica mista, utilizando ambos os métodos quantitativos e qualitativos de colheita de dados.</p> <p>A maioria dos dados qualitativos foram recolhidos via entrevista semi-estruturada individualizada com cada participante e com o instrutor de exercício físico. Um focus group foi realizado na semana 32 para colher dados adicionais.</p> <p>Os dados quantitativos foram fornecidos através da Avaliação de</p>

	<p>Desempenho Orientado da Mobilidade, Timed Sit-To Stand e registo de força de preensão.</p> <p>Os dados qualitativos foram analisados tematicamente através do modelo descrito por Miles e Huberman (1994). Os dados quantitativos são apresentados através da análise estatística descritiva simples e cada caso foi considerado separadamente. Os dados de ambas as fontes, qualitativa e quantitativa, foram triangulados na investigação para corroborar tendências e melhorar a interpretação.</p> <p>Nível de evidência II: Evidence obtained from a least one well-designed RCT</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>O objetivo desta avaliação foi descrever como um programa de prevenção de quedas baseado na evidência, tendo como alvo pessoas idosas em risco de quedas, poderia ser implementado com êxito na prática clínica diária. A avaliação formativa esperava fornecer informações sobre o funcionamento do dia-a-dia do programa Permanecer Firme, especificamente, investigar a adesão dos participantes ao exercício e da aceitabilidade da intervenção.</p> <p>Tem como objetivo estabelecer um programa sustentável de exercício destinado a pessoas idosas com risco de queda que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forneça uma intervenção de prevenção de quedas aceitável pelos indivíduos que vão fazer parte do grupo. • Promova a adesão ao exercício. • Equipe os participantes com o suporte e competências necessárias para manter o comportamento de exercício a longo prazo. • Promova parcerias de trabalho entre os representantes locais da saúde, área social, lazer e voluntariado para desenvolver um modelo de prevenção de quedas mais sustentável.
<p>POPULAÇÃO</p>	<p>Pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos) participantes do programa “Permanecer Firme”.</p> <p>Os participantes foram convidados a juntar-se ao grupo, caso tivessem um histórico de quedas (com lesões ou sem lesões), sentissem-se instáveis, ou com medo de cair. Eram todos do sexo feminino, a viver de forma independente na comunidade, com idades que variam de 60 a 88 anos e</p>

	idade média de 77 anos.
INTERVENÇÕES	<p>Abordagens multifatoriais de prevenção de quedas têm sido as mais efetivas nas taxas de redução de quedas (Gillespie et al, 2003); contudo, as evidências mais recentes sugerem que o exercício adaptado, como intervenção única, é efetivo na redução de quedas (Campbell and Robertson, 2007; Sherrington et al, 2008).</p> <p>O programa de treino em grupo incluiu:</p> <p>Aquecimento: 15 a 20 minutos. De acordo com a Associação Britânica de Diretrizes sobre reabilitação cardíaca.</p> <p>Exercícios cardiovasculares, incluindo marcha, ponto de lado, step touch- 10 a 20 minutos. Progredindo pelo aumento da duração, aumento da utilização dos membros superiores, aumentando a complexidade (por exemplo, double side step). Usando uma escala modificada de Borg (0-10) e trabalhando em uma taxa de esforço percebido de 3-4.</p> <p>Treino de resistência – 10 minutos. Usando bandas de resistência progressiva, trabalhando para 6 repetições, segurando na contagem de tensão de pico de 3.</p> <p>Treino de equilíbrio dinâmico - 10 a 15 minutos. Cadeia fechada de exercícios sobre superfícies progressivamente instáveis com o apoio cada vez menor.</p> <p>Arrefecimento - 10 minutos. Incluindo alongamento dos músculos-chave e tai chi adaptado. De acordo com a Associação Britânica de Diretrizes sobre reabilitação cardíaca.</p> <p>As sessões de exercício em grupo duraram entre 60 a 70 minutos. Foram seguidas por uma sessão de educação e um intervalo de 20 minutos para os participantes socializarem. Foi assegurado o transporte de e para as sessões de grupo.</p> <p>Os participantes foram aconselhados a realizar estes exercícios cardiovasculares diariamente, e os outros exercícios 3 vezes na semana, cerca de 30-40 minutos.</p> <p>No final da intervenção, os participantes foram apoiados a mudar-se para outras atividades comunitárias apropriadas.</p> <p>O grupo de trabalho do programa “Permanecer Firme” consistiu em representantes locais da saúde, social, lazer, voluntariado e setores académicos.</p> <p>O trabalho em parceria entre as agências foi de fundamental importância</p>

	<p>na prestação de serviços de prevenção que atendam as necessidades e prioridades das pessoas idosas que vivem na comunidade (Department of Health, 2006b). Um artigo internacional de revisão de McClure et al (20059 publicado na Cochrane recomenda uma abordagem a toda a comunidade para prevenção de quedas, promover parcerias entre os diferentes serviços para alcançar uma visão partilhada.</p>
<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p>	<p>Os participantes notaram melhorias na sua força, na marcha e equilíbrio como resultado da sua participação no programa Permanecer Firme. “(...)”. As melhorias na marcha, equilíbrio e força reforçaram a capacidade dos participantes para realizar atividades da vida diária (AVD), que anteriormente tinham lutado para conseguir. “(...)”</p> <p>Os participantes referiram que acharam os exercícios para realizar em casa mais difíceis de aderir do que as sessões em grupo.</p> <p>Fatores sociais cognitivos são considerados os mais importantes determinantes na captação e manutenção de comportamentos de saúde (Bandura, 1977; Rosenstock, 1974).</p> <p>Além das melhorias no equilíbrio, marcha e força, os participantes sentiram que houve outros benefícios importantes ao exercitar-se regularmente. Eles notaram benefícios quer a nível físico como psicológico.</p> <p>Os participantes afirmaram que tinham experimentado o alívio de dores, diminuindo a rigidez, aumento da circulação, e uma sensação geral de manutenção física. “(...)”</p> <p>Os benefícios psicológicos obtidos parecem ser de particular importância para os participantes, que discutiram melhorias no humor, estado de alerta aumentado, e melhor memória. “(...)”</p> <p>O medo da recaída e perda desses benefícios foi um dos principais fatores que promoveu a adesão continuada ao programa “Permanecer Firme”. “(...)”</p> <p>Ao longo do programa Permanecer Firme, a auto-eficácia aumentou quando os participantes ganharam confiança na sua capacidade para se exercitarem com sucesso. “(...)”</p> <p>À medida que a auto-eficácia crescia, os participantes prestavam menos atenção aos custos do exercício e focavam-se mais nos benefícios que estavam a ganhar. Isto encorajou a continuidade da adesão ao exercício.</p>

Powell e Myers (1995) consideram a **auto eficácia como sendo intrinsecamente relacionada com o medo de cair, e definem auto-eficácia nas quedas como a crença" pessoal na sua capacidade de se ajustar a certas atividades da vida diária, sem cair ou perder o equilíbrio."**

O **suporte dos pares durante o programa "Permanecer Firme" promoveu a adesão** quer durante as sessões em grupo como durante os exercícios em casa. Os participantes gostaram do **ambiente descontraído e social no centro de lazer**. Eles foram capazes de **partilhar as suas experiências e preocupações, e encontraram pessoas conhecidas em situação semelhante a si**, o que foi reconfortante. "(...)"

Fazer novas amizades foi considerado outro grande benefício do programa "(...)"

Sentimentos de responsabilidade social uns para com os outros e para com o instrutor, motivou os participantes a realizarem exercícios em casa. Os participantes valorizaram o **apoio fornecido pelos profissionais envolvidos no programa** "(...)"

Duas respostas emocionais significativas ao exercício foram discutidas pelos participantes na entrevista e durante o focus group. Estes eram os **sentimentos de satisfação e sentimentos de realização pessoal**. **Estas emoções foram sentidas durante as sessões de ginástica em grupo, mas não quando o exercício decorreu em casa**. O **elemento social das sessões em grupo contribuiu significativamente para a alegria e satisfação do exercício**. "(...)"

O **consenso geral era de que eles gostariam de continuar a realizar exercício em conjunto, demonstrando que o apoio social dos colegas pode promover a adesão a longo prazo para o exercício**. "(...)"

A **adesão é o obstáculo mais comumente referido ao sucesso dos programas de prevenção de quedas (Fortinsky et al, 2004) e é o tópico sobre o qual ainda há pouca coisa escrita na literatura sobre quedas**.

Maior auto-eficácia e auto-confiança foram considerados elementos chave na promoção da adesão ao programa Permanecer Firme.

Os laços sociais tanto com os colegas como com os profissionais têm uma importante influência motivacional sobre as pessoas para praticarem exercício (Yardley et al, 2007).

	<p>O valor do apoio social na promoção da adesão ao exercício, a longo prazo, foi destacado pelo desejo dos participantes de continuar a realizar exercício como um grupo. A principal dificuldade foi o transporte, uma barreira muitas vezes relatada por pessoas mais velhas que desejam praticar exercício (Snodgras, Rivett, e Mackenzie, 2005). Apesar disso, todos os participantes estavam dispostos a continuar com o exercício após terminus da intervenção.</p>
--	---

Artigo 4:

MCINNES, Elizabeth; SEERS, Kate; TUTTON, Liz – Older people’s views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. **Journal of Advanced Nursing**. (2011, Vol 67, N° 12, p.2525-2536). [Consult. a 18.02.2013].

Plataforma de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Disponível em: Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography.

TÍTULO	Older people’s views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography.
AUTORES	MCINNES, Elizabeth; SEERS, Kate; TUTTON, Liz
MÉTODO	<p>O método usado foi a revisão sistemática de literatura.</p> <p>Sete bases de dados eletrônicas foram pesquisadas para identificar investigações qualitativas em língua inglesa, no intervalo de tempo de 1999-2009: Medline, Embase, Cinahl, Dissertation Abstracts, Index to theses, Psychinfo and SIGLE. Pesquisa manual incluiu revisão das listas de referências e bibliografias dos artigos incluídos.</p> <p>Nível de evidência I: Evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs</p>
OBJETIVOS	O objetivo da meta-etnografia foi analisar e descrever os pontos de vista e

	<p>experiências das pessoas idosas sobre o risco de queda, necessidade de intervenção na prevenção de quedas e aceitação das recomendações para reduzir o risco, para melhor compreender os fatores que podem ser facilitadores ou dificultadores da aceitação do estado de risco e necessidade de intervenção.</p>
POPULAÇÃO	<p>Pessoas idosas com e sem historial de queda</p>
INTERVENÇÕES	<p>Intervenções e opções de gestão de risco devem ser negociadas, tendo em conta tanto as preferências do indivíduo para a auto-gestão como o facto do indivíduo poder “assumir o controlo” na auto-avaliação das suas capacidades e oportunidades de controlar os ambientes onde vive (Porter 1999, Ballinger & Payne 2000) para continuar com atividades de vida diária e para manter o controlo, escolha, e autonomia nas atividades de vida diárias [Roe et al. 2008]); e devem ainda considerar a que nível os indivíduos se percebem no espectro do risco.</p> <p>A participação ativa na tomada de decisões e a permissão de que os indivíduos integrem as preferências pessoais na sua gestão dos planos, pode levar a uma melhor satisfação do consumidor de cuidados de saúde a adesão às recomendações clínicas, levando a melhores condições de saúde (Carpenter et al. 2000, Rotar-Pavlic et al. 2008).</p>
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>A análise identificou seis conceitos-chave: para além do controlo pessoal; racionalização; relevância; mudança de vida e de identidade; assumir o controlo e auto-gestão.</p> <p>Para além do controlo pessoal- (...) muitas pessoas idosas vêem o risco de queda como estando para além do seu controlo pessoal e que uma série de racionalizações são utilizadas para minimizar o risco pessoal.</p> <p>Considerar o risco de cair como estando para além do controlo pessoal foi evidenciado pelo feedback dos participantes relacionado com as crenças de que as quedas são imprevisíveis e não preveníveis.</p> <p>(...) a queda não foi necessariamente categorizada como um problema que requeira intervenção mas ocorrendo como resultado de um “puro e simples acidente” (Participant quote, Health Education Board for Scotland 1999). A inevitabilidade de deterioração relacionada com a idade foi outra explicação para o risco de quedas ser visto como estando para além do controlo pessoal (Kong et al 2002). As quedas também</p>

foram atribuídas a um azar/ má sorte (Ballinger & Payne 2000), devido a uma doença temporária ou descuido de atenção e não atribuída a uma vulnerabilidade persistente (Yardley et al. 2006^a) ou a uma impotência para prevenir a queda (Kong et al, 2002): “(…)”

As **crenças sobre o risco estar para além do controlo pessoal podem servir como um escudo para preservar a percepção de si como capaz e competente** (Horton & Arber 2004). Isto é discutido com mais detalhe na secção de coping e adaptação ao risco de queda e necessidades.

Kong et al (2002) sugeriu que a falta de vontade de considerar a ideia de risco de quedas ou necessidade de intervenção, representa um tipo de capacidade de coping que ajuda a deslocar a culpa de uma queda e que também permite ao indivíduo continuar a ver-se como intacto, que é livre de risco, em relação aos outros.

Racionalização - Por causa da ideia que estar em risco e necessitar de prevenção de quedas pode ser perturbador e fortemente associado com **os estigmas do envelhecimento** e incapacidade (Simpson et al. 2003, Yardley et al. 2006a), a **racionalização permite ao indivíduo ver-se a si próprio como capaz e competente** e como tal “não um falhado”. Uma racionalização comum para a não aceitação da necessidade de intervenção é que a **queda foi vista como um evento mais provável de acontecer no futuro do que no presente** (Simpson et al. 2003, Yardley et al. 2006a). Outras racionalizações foram que **as quedas foram consideradas como inócuos "tropeços" em vez de 'quedas'** (Participant quote, Health Education Board for Scotland 1999) e como vendo **o risco como um problema dos outros, não de si próprio, com a crença comum de que as pessoas que caem são “velhas”** (Health Education Board for Scotland 1999) ou com incapacidades (Yardley et al. 2006a).

As racionalizações para a não aceitação da necessidade de intervenção baseada no exercício incluíram **a crença de que um indivíduo está além da fase de aprendizagem (Commonwealth of Austrália de 2000) e, portanto, que a intervenção seria um desperdício de recursos, e não valia a pena o esforço** (Clemson et al., 1999).

Relevância/saliência - As quedas em geral não se apresentam como um risco atual ou evidente a menos que alguém tenha experimentado uma queda. **O conhecimento do risco não foi uma sugestão suficiente para**

considerar a intervenção. Da mesma forma, a aceitação da necessidade de intervenções era mais provável após uma queda prejudicial que levantou o espectro de vulnerabilidade e possível dependência de outros (Aminzadeh & Edwards 1998, Commonwealth of Australia 2000, Health Education Board for Scotland 1999). (...) Isto sugere que **o conhecimento do risco não se traduz necessariamente em aplicabilidade ou importância a nível pessoal. Mesmo quando uma intervenção formal foi implementada em resposta ao risco elevado, não se transformou necessariamente em relevância.** “(...)”. **Estar em risco foi também percebido como um sinónimo de fragilidade e como tal não relevante para aqueles que não se percebem nessa maneira “(...)”.**

Coping e adaptação ao risco de queda e necessidades - **Estar em risco elevado de queda representa um dos impactos negativos do envelhecimento.** Foi frequentemente visto como um marco para o **declínio dos níveis de controlo e transição para um estado de fragilidade** – isto causa impacto na identidade e estilos de vida e torna necessárias alterações importantes (mudanças de vida) para aumentar a segurança e reduzir o risco. **A resposta a esta revolta foi o desejo de assumir o controlo dos eventos, implementar estratégias de auto-gestão e escolher viver com ou adaptar-se a um certo nível de risco.**

Aceitar a necessidade de prevenção de quedas foi portanto visto como estando associado com o desistir ou abdicar de alguns aspetos de um estilo de vida independente, e identidade como uma pessoa competente e independente (Aminzadeh & Edwards 1998, Ballinger & Payne 2000).

Mesmo quando havia uma forte probabilidade de cair, muitas vezes houve **uma relutância em aceitar as estratégias para reduzir o risco de queda - a aceitação, por vezes, é confundida com viver uma vida de medo** (Simpson et al 2003, Yardley et al, 2006a). “(...)”.

O **risco de queda elevado** e a necessidade de aceitar medidas preventivas também representou **um lembrete** (muitas vezes não bem vindo) de que **necessitam adaptar-se e modificar estilos de vida e comportamentos para um estado de saúde e capacidades em declínio.**

Mudança de vida e identidade - Enquanto que os profissionais de saúde estavam focados principalmente na redução do risco físico, **as pessoas idosas estavam mais focadas nas ameaças percebidas à sua**

identidade e estilo de vida colocados por serem rotulados como "em risco" (Commonwealth of Australia 2000, Yardley et al. 2006b). Refletir sobre **as implicações do estatuto do risco nos estilos de vida e identidade pode ser mais importante do que ter uma ação imediata para reduzir o risco** (Ballinger & Payne 2000).

Assumir o controlo - (Porter 1999, Ballinger & Payne 2002, Simpson et al. 2003, Horton & Arber 2004).

A capacidade de decidir se e quando fazer a escolha de aceitar o estatuto do risco e sugestões de prevenção de quedas é importante.

Em particular, **implementar as suas próprias ideias para minimizar o risco foi altamente valorizada pelos participantes** como mostra o comentário de um participante 'I had the brainwave' (participant quote, Clemson et al. 1999). **A necessidade de manter a familiaridade e o conforto do ambiente existente sustentou muitas reações às sugestões de modificações em casa** (Clemson et al 1999, Porter de 1999.), resultando em indivíduos que ora assumiram o controlo ora escolheram não aceitar as recomendações para as mudanças: "(...)".

A maneira como os profissionais de saúde fornecem as informações e aconselham pode influenciar as respostas às recomendações.

Estratégias de redução do risco relacionadas foram "ter cuidado" (Participant quote, Simpson et al. 2003) e **gerir o risco "tomando precauções diárias"** (Participant quote, Clemson et al. 1999); "(...)"

Auto-gestão- A auto-gestão esteve **relacionada com o assumir o controlo** e incluiu estratégias que se acreditava minimizariam ou ajustariam o nível de risco percebido. A **auto-gestão pode dar uma sensação de controlo, aliviar o medo da incerteza e diminuir sentimentos de impotência** (Kong et al, 2002). **Estratégias incluíram atitudes como por exemplo, não desistir ou não ficar preguiçoso** (participant quotes, Commonwealth of Australia 2000). Porter (1999) descobriu que mulheres idosas que tinham sofrido uma queda implementaram **intervenções de redução do risco baseadas na auto-avaliação das suas capacidades e oportunidades de controlar os ambientes onde vivem** (Porter 1999, Ballinger & Payne 2000). "(...)"

Esta meta-etnografia sugere que há **fatores importantes interligados associados com o processo de aceitação do estatuto de risco de quedas e necessidade de intervenção**, na perspetiva de uma gama

mais ampla de pessoas idosas que tiveram e não tiveram qualquer queda e residem na comunidade ou em instituições de apoio. **Os conceitos chave associados com a auto-avaliação do risco e necessidade**, que são “para além do controlo pessoal”, a racionalização e relevância, sugerem que o **modelo de cuidados dos profissionais de saúde sobre a avaliação do risco que comumente desenha probabilidades de risco e doença ou condições, pode não ser imediatamente significativo para um individuo ou ser traduzido em elevada relevância pessoal** para tratamento de risco por meio da intervenção. **O modelo biomédico do risco ignora o facto de que as pessoas têm as suas próprias “regras de ouro”** (Greenhalgh et al. 2004), **histórias e percepções subjetivas sobre o risco e o seu impacto nos estilos de vida e identidade. A síntese mostra-nos que da perspectiva das pessoas idosas, o entendimento do nível de risco vai para além da avaliação técnica da presença ou ausência de factores de risco.**

Os conceitos chave associados com o Coping e adaptação às mudanças na vida e identidade decorrentes do risco de queda; assumir o controlo; e auto-gestão, transmitem que **muitos idosos preferem tomar decisões sobre as intervenções que equilibram as recompensas de correr riscos (por exemplo, autonomia e controlo) contra os riscos percebidos (risco de queda e lesão).**

A qualidade da interação entre os profissionais de saúde e pessoas idosas é portanto importante para estabelecer confiança e como outros notaram, **para construir uma relação clinica de sucesso** (Say et al. 2006) particularmente quando discutem informações complexas como o risco e onde a percepção do risco das pessoas pode ser incorreta (Hopwood 2000).

Esta síntese mostra que a aceitação do risco de quedas e necessidade de intervenção envolve um processo de auto-avaliação, Coping e adaptação às implicações do nível de risco. Preferências para a auto-gestão podem ser o resultado de uma necessidade de minimizar as associações percebidas do risco de quedas com a invasão da fragilidade e rutura com o estilo de vida. A conscientização dos profissionais de saúde com estes fatores pode criar um processo consultivo de tomada de decisão clínica em que as **opções de gestão de risco são negociáveis.** Investigações futuras podem examinar

	estratégias efetivas para envolver pessoas idosas na tomada de decisão sobre prevenção de quedas e fornecimento de informação.
--	--

ANEXO VI - FOLHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO BIOLÓGICO DE QUEDA: ESCALA DE MORSE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS – ESCALA DE MORSE³⁰**➤ IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Idade: ____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Sexo: Fem. ___ Masc. ____

Morada: _____

Localidade: _____ Vive sozinho ou com outra pessoa idosa? S ___ N__

Telefone: _____ Escolaridade: _____

Inscrição na Extensão do CSTV: _____ Pólo: _____

Médico de Família: S ___ N__ . Qual? _____

Inscrito na IPSS _____ Valência: _____

➤ Outra Pessoa de contacto

Nome: _____ Idade: ____

Morada: _____ Tlf: _____

NÍVEL DE RISCO	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo Risco	0 - 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 - 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>=51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

³⁰ Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging 1989; 8: 366-77. - Adaptação cultural e linguística, 2010 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

PARÂMETROS	Data e Hora da Avaliação								
1- História de queda (últimos 3 meses)									
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	25	25	25	25	25	25	25	25	25
2- Diagnóstico Secundário									
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	15	15	15	15	15	15	15	15	15
3- Apoio para a Deambulação									
Nenhum/ Apoiado/ Acamado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadianas/ Bengala/ Andarilho	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Apoiado no mobiliário	30	30	30	30	30	30	30	30	30
4- Medicação IntraVenosa									
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	20	20	20	20	20	20	20	20	20
5- Marcha									
Normal/ Acamado/ Cadeira de rodas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desequilíbrio fácil (pequenos passos/ arrastado)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Défice na Marcha (não anda sem ajuda)	20	20	20	20	20	20	20	20	20
6- Estado Mental									
Consciente dos seus limites	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não consciente dos seus limites	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Somatório da pontuação Total									
Rúbrica									

Nível de Risco	Evolução do nível de risco								
Baixo Risco 0-24									
Médio Risco 25-50									
Alto Risco >50									

ANEXO VII - FOLHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DO PCC/PA (UCC)

**ACES OESTE SUL
CENTRO DE SAÚDE DE T.VEDRAS**

CUIDADOS CONTINUADOS

Folha individual do Utente (Resumo)– Colheita de dados



Unidade que referencia: _____ Data Referencia: ____/____/____
 Identificação do técnico: _____ Data Inicio VD: ____/____/____
 Motivo: _____

Nome: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ - ____ Anos
 Morada: _____ Telf: _____/_____
 Nº Utente : _____ Nº Proc. _____ Méd. Família: _____ Extensão: _____
 Sistema de Saúde: _____ Nº _____ Mod. 1889 : sim não

Genograma familiar:

Estrutura Familiar:

Nuclear Alargada Individuo Só
 Recombinada Outra: _____

Cuidador principal:

Nome : _____ Parentesco: _____
 Contacto: _____

Apoio Institucional:

não sim Qual: _____
 Objectivo: _____ Nº vz/dia: _____

Tipo de Habitação: _____

Saneamento básico:

sim não Carência: _____

MEDICAÇÃO ACTUAL

NOME	DOSE	POSOLOGIA	NOME	DOSE	POSOLOGIA

AVALIAÇÃO INICIAL

Escalas de Avaliação					
MDA Nível de Dependência		BRADEN Risco de U. Pressão	Competência da Família	Push (Cicatrização de UPressão)	
<input type="checkbox"/> 0 - Nulo	<input type="checkbox"/> <12 - Risco Alto	<input type="checkbox"/> 0 a 3 - Baixo	Local	Score	
<input type="checkbox"/> 1 a 7 - Ligeiro	<input type="checkbox"/> 13-15 - Risco Médio	<input type="checkbox"/> 3 a 6 - Médio			
<input type="checkbox"/> 8 a 14 - Moderado	<input type="checkbox"/> >16 - Risco Baixo	<input type="checkbox"/> 7 a 8 - Alto			
<input type="checkbox"/> 15 a 19 - Severo					
<input type="checkbox"/> 20 a 24 - Muito Severo	Ajudas Técnicas				
		Morse			
T.A. - mmhg		<input type="checkbox"/> 0 - 24 Baixo Risco			
Pulso - bpm		<input type="checkbox"/> 25 - 50 Médio Risco			
Glicemia - mg/dl		<input type="checkbox"/> >= 51 Alto Risco			
Presença de U Pressão	Local anatómico:	Categoria e Nº:	Local de origem:		
ANTEC. PESSOAIS	NOTA DE ENTRADA				

Data Param.							
T.A.							
Pulso							
BMT							
Hba1c							
Micro Albu.							
IPTB							
MDA							
Braden							
Push							
Morse							

ANEXO VIII – AVALIAÇÃO DO RISCO AMBIENTAL DE QUEDA: LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS
CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA HABITAÇÃO³¹

³¹ Elaborada no âmbito da formação aos AAD, a partir das orientações da DGS – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS – PÓLO MAXIAL

PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS – CUIDADOS ARTICULADOS

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA HABITAÇÃO

Nome: _____ **Idade:** _____

Morada: _____ **IPSS:** _____

<p>Acessibilidade à habitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de rampas: Sim __; Não __. Com Corrimão: Sim __; Não __ - Existência de Escadas/degraus: Sim __; Não __. Com Corrimão: Sim __; Não __ - Existência de animais domésticos: Sim __; Não __ - Condições do Piso: Regular __; Irregular __; com buracos __; Outro _____ - Porta/portão de dimensões: adequadas __; desadequadas __ - Maçaneta da porta: de rodar __; de pressionar __
<p>Corredor e Escadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Livre __; Muito mobilado __; Estreito __; Largo __; Arrumado __; Desarrumado __ - Com corrimão __; Sem corrimão __. - Iluminação: Suficiente __; Insuficiente; Com luz de presença __; Sem luz de presença __. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom __; Mau __. - Interruptores da luz: da cor da parede __; Cor diferente/visíveis __ - Tipo de piso: Mosaico __; Madeira __; Outro _____ - Piso escorregadio/encerado: Sim __; Não __. - Tiras antiderrapantes nos degraus: Sim __; Não __ - Tiras de sinalização dos degraus: Sim __; Não. - Tapetes soltos: Sim __; Não __. - Objetos/Fios elétricos no chão: Sim __; Não __.
<p>Cozinha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Estreito __; Largo __; - Móveis encostados à parede (forma de “L”): Sim __; Não __; - Utensílios mais usados arrumados em móveis de fácil acesso: Sim __; Não __. - Iluminação: Suficiente __; Insuficiente __. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom __; Mau __. - Estado dos eletrodomésticos: Bom estado __; Mau estado __. - Estado da canalização da água: Bom estado __; Mau estado __. - Verificação do regulador da temperatura do esquentador: Adequada __; Desadequada __. - Localização da Botija de gás: Interior __; Exterior __. - Verificação dos bicos do fogão: Desligados __; Ligados __. - Verificação da botija do gás: Ligada __; Desligada __. - Tipo de piso: Regular __; Irregular __; Com Degraus __

	<ul style="list-style-type: none"> - Piso escorregadio: Sim__; Não__. - Existência de tapetes soltos: Sim__; Não__; - Tapetes antiderrapantes: Sim__; Não__. - Objetos/Fios elétricos espalhados no chão: Sem__; Não__. - Mesas e cadeiras estáveis/seguras: Sim__; Não__. - Conservação dos alimentos: Adequada__; Desadequada__. - Armazenamento de produtos químicos: Adequada__; Desadequada__.
Sala de Estar	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Livre__; Muito mobilado__; Estreito__; Largo__; Arrumado__; Desarrumado__ - Estado da mobília: Em bom estado__; Degradado__. - Cortinas: Curtas__; Demasiado compridas__. - Mesas e cadeiras seguras/estáveis: Sim__; Não__. - Mesas com tampa de vidro: Sim__; Não__. - Sofás e cadeiras com apoio de braços: Sim__; Não__. - Cor da parede clara: Sim__; Não__. - Abertura da janela: para dentro__; para fora__. - Porta de dimensões: Adequadas__; Desadequadas__. - Puxadores da porta/janela: Arredondados__; de Pressionar__. - Existência de varandas: Sim__; Não__; Com proteção__; Sem proteção__. - Iluminação: Adequada__; Desadequada__. - Sinalização dos interruptores da luz: Sim__; Não__. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom__; Mau__. - Tipo de piso: Mosaico__; Madeira__; Outro_____ - Piso escorregadio/encerado: Sim__; Não__. - Existência de degraus: Sim__; Não__; Com corrimão__; Sem corrimão__. - Tapetes soltos: Sim__; Não__. - Objetos/Fios elétricos no chão: Sim__; Não__. - Existência de lareira sem proteção: Sim__; Não__. - Existência de aquecedores a gás/carvão: Sim__; Não__.
Quarto 1	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Livre__; Muito mobilado__; Estreito__; Largo__; Arrumado__; Desarrumado__ - Estado da mobília: Em bom estado__; Degradado__. - Mesas de cabeceira seguras/estáveis: Sim__; Não__; Com esquinas arredondadas__. - Cadeira com apoio de braços (p/ vestir/despir): Sim__; Não__. - Altura da cama: Adequada__; Desadequada__. - Cama articulada: Sim__; Não__; Com travões; Sem travões__; Com grades__; Sem grades__. - Cortinas: Curtas__; Demasiado compridas__. - Iluminação: Adequada__; Desadequada__. - Existência de luz de presença: Sim__; Não__.

	<ul style="list-style-type: none"> - Sinalização dos interruptores da luz: Sim__; Não__. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom__; Mau__. - Tapetes soltos: Sim__; Não__; com antiderrapantes__. - Objetos/Fios elétricos no chão: Sim__; Não__. - Tipo de piso: Mosaico__; Madeira__; Outro_____ - Piso escorregadio/encerado: Sim__; Não__. - Existência de degraus: Sim__; Não__; Com corrimão__; Sem corrimão__. - Porta de dimensões: adequadas__; desadequadas__. - Janelas de abertura: para dentro__; para fora__. - Maçaneta da porta/janelas: de rodar__; de pressionar__.
Quarto 2 <hr/> <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Livre__; Muito mobilado__; Estreito__; Largo__; Arrumado__; Desarrumado__ - Estado da mobília: Em bom estado__; Degradado__. - Mesas de cabeceira seguras/estáveis: Sim__; Não__; Com esquinas arredondadas__. - Cadeira com apoio de braços (p/ vestir/despir): Sim__; Não__. - Altura da cama: Adequada__; Desadequada__. - Cama articulada: Sim__; Não__; Com travões; Sem travões__; Com grades__; Sem grades__. - Cortinas: Curtas__; Demasiado compridas__. - Iluminação: Adequada__; Desadequada__. - Existência de luz de presença: Sim__; Não__. - Sinalização dos interruptores da luz: Sim__; Não__. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom__; Mau__. - Tapetes soltos: Sim__; Não__; com antiderrapantes__. - Objetos/Fios elétricos no chão: Sim__; Não__. - Tipo de piso: Mosaico__; Madeira__; Outro_____ - Piso escorregadio/encerado: Sim__; Não__. - Existência de degraus: Sim__; Não__; Com corrimão__; Sem corrimão__. - Porta de dimensões: adequadas__; desadequadas__. - Janelas de abertura: para dentro__; para fora__. - Maçaneta da porta/janelas: de rodar__; de pressionar__.
Vestuário e Calçado	<ul style="list-style-type: none"> Vestuário confortável que facilita os movimentos: Sim__; Não__. - Calçado confortável, fechado, com sola de relevo, salto raso e ponta arredondada: Sim__; Não__.
Casa de banho	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Livre__; Muito mobilado__; Estreito__; Largo__; Arrumado__; Desarrumado__ - Estado das loiças: Em bom estado__; Degradado__. - Banheira: Sim__; Não__. Com barras de apoio: Sim__; Não__. - Poliban: Sim__; Não__. Com barras de apoio: Sim__; Não__. - Cadeira/Banco de duche: Sim__; Não__.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilação adequada: sim__; Não__. - Temperatura da água regulada no esquentador: Sim__; Não__. - Iluminação: Adequada__; Desadequada__. - Sinalização dos interruptores da luz: Sim__; Não__. - Estado de conservação das tomadas elétricas: Bom__; Mau__. - Existência de aquecedor elétrico móvel no wc: Sim__; Não__. - Estado da canalização da água: bom estado__ Mau estado__. - Tipo de piso: Mosaico__; Madeira__; Outro_____ - Piso escorregadio: Sim__; Não__. - Uso de spray antiderrapante: Sim__; Não__. - Tapete antiderrapante dentro da banheira/poliban: Sim__; Não__. - Tapete antiderrapante fora da banheira/poliban: Sim__; Não__. - Tapetes soltos fora da banheira/poliban: Sim__; Não__. - Barras de apoio no lavatório/sanita: Sim__; Não__. - Porta de dimensões: adequadas __; desadequadas __. - Janelas de abertura: para dentro__; para fora__. - Maçaneta da porta/janelas: de rodar __; de pressionar __.
Espaço Exterior (Quintal/ Adega/Garagem)	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de animais domésticos: Sim__; Não__. - Existência de Escadas/degraus: Sim __; Não __. Com Corrimão: Sim __; Não __. - Tipo de Piso: Cimento__; Terra/Areia__; Mosaico__; Calçada__; Outro__ - Condições do Piso: Regular __; Irregular __; com buracos __; Bom estado__; Mau estado__. - Caminho: Livre__; com obstáculos__; Quais? Folhas__; Lixo__; outro_____ - Existência de poços: Sim__; Não__. Tapados __; Destapados__. - Existência de piscina: Sim__; Não__; Tapada__; Destapada. - Existência de grelhador/fogareiro desprotegido: Sim__; Não__. - Porta/portão de dimensões: adequadas __; desadequadas __
Estrutura da Casa	<ul style="list-style-type: none"> - Paredes íntegras/estáveis: Sim__; Não__. - Teto íntegro/estável: Sim__; Não__. - Janelas íntegras/estáveis: sim__; Não__. - Portas íntegras/seguras: Sim__; Não__.

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento da ficha)

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura da pessoa idosa ou pessoa de referência/cuidador informal)

Ficha elaborada por: M^a Fátima Santos, Zélia Silvério, M^a Rosália Dias (ASAS- Matacães), Helena Severiano, M^a Otilia Ferreira (ASOCA- Campelos), Mafalda Francisco, Patrícia Dias (CPFR- Ramalhal), Paula Calhas (ASFC- Carvoeira), Hélia Marques, Lídia Pardal, M^a Cecília Veloso (ASOC- Outeiro da Cabeça). **Sob orientação e supervisão de** Enf^a Catarina Ângelo (enf^a a estagiar na UCC Torres Vedas – Pólo Maxial, no âmbito da Especialidade e Mestrado em Enf. Comunitária - IPSSantarém) e Prof^a Dr^a Irene Santos . Validada e aceite pelos enf. Cooperantes da UCC e parceiros comunitários (IPSS's e GNR).

ANEXO IX – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO AOS AAD

Planeamento da Formação dirigida aos Ajudantes de Ação Direta das IPSS's

MELHOR INFORMADOS, MELHORES CUIDADOS: PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS COM PESSOAS IDOSAS



Elaborado por:

Catarina Ângelo

Enfermeira licenciada,

a estagiar, na UCC de Torres Vedras, no âmbito do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém

Maxial, Março-Junho 2012

1. FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA

No contexto da promoção da cidadania em saúde como estratégia para a saúde (Plano Nacional de Saúde 2011-2016 [versão discussão]), surge a recomendação de “capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações”(ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2011, p.5).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde de Pessoas Idosas (2004), as alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento³² da população, e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade, determinaram novas necessidades em saúde, colocando aos governos, às famílias e à sociedade em geral, novos desafios.

Um desses desafios é a população idosa que vive sozinha no domicílio, uma vez que estão sujeitos a maior vulnerabilidade e fragilidade, tanto relativas à saúde, como à sua segurança, decorrentes do facto de viverem sós e das limitações físicas, cognitivas e emocionais próprias do envelhecimento. Dados dos Censos de 2011 demonstram que, a população idosa (com 65 ou mais anos) residente em Portugal, é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Destes, 60% vive só (400 964 idosos) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década (INE, 2012).

Ao associar-se a estes números, o aumento do índice de dependência dos idosos que é 31 para o concelho de Torres Vedras (INE, 2012), verifica-se o risco para saúde deste grupo populacional da associação entre: viver só (ou exclusivamente com outra pessoa idosa) e índice de dependência do idosos.

Envelhecer com **saúde**³³, **autonomia**³⁴ e **independência**³⁵, o mais tempo possível, constitui assim, atualmente, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. No entanto, a realidade mostra-nos que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.

³² Envelhecimento humano pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004,p.3).

³³ A saúde é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir; trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas. (WHO, 1999 citado por DGS, 2004, p.6)

³⁴ Autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. (WHO, 2002, citado por DGS, p.7)

³⁵ A Independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém. As actividades da vida diária incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o W.C. e andar pela casa. (WHO, 2002, citado por DGS, p.7)

Por conseguinte, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhores práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, emerge a necessidade de sensibilizar os cuidadores formais dos idosos para o risco de acidentes domésticos, nomeadamente, as quedas, e promover ações de formação e sensibilização neste âmbito.

De acordo com o Relatório do Projeto ADÉLIA (2006), no ano de 2005, foram registados no sistema ADELIA, cerca de 32300 acidentes domésticos e de lazer (ADL). Apesar do elevado número de registos de acidentes, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi a “Casa”. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos em “Casa” pelos grupos etários, os valores mais elevados surgem nas idades extremas: 0- 4 anos e **75 ou mais anos**. O mecanismo de lesão mais referido foi a “Queda” (65,9%), tendo sido o mecanismo mais prevalente em todos os grupos etários.

Neste contexto, e de acordo com o diagnóstico de saúde da comunidade realizado na freguesia do Ramalhal (Jan.2012), foi identificado o problema **risco de acidentes domésticos**, demonstrado pelo elevado número de pessoas com tapetes soltos em casa (82%), chão da habitação escorregadio (23,5%), escadas sem corrimão, banheira sem tapete anti-derrapante, esquentador no wc e lareira sem proteção (5,9%). Contudo, as pessoas não identificaram estas situações como potenciais problemas que afetam a saúde, o que revela a pouca sensibilização e atenção das mesmas face ao risco de acidentes domésticos e suas consequências para a saúde.

Pretende-se, assim, sensibilizar e formar os cuidadores formais de idosos no domicílio para a problemática dos acidentes domésticos, com pessoas idosas, e melhorar as práticas vigentes, tornando-as mais seguras.

A escolha recai sobre os cuidadores formais, uma vez que são estes que prestam cuidados básicos de saúde diretamente às pessoas idosas que residem sozinhas no domicílio e/ou, embora vivam acompanhadas, apresentem algum grau de dependência; como tal são os vetores de transmissão de informação e modelos de práticas ideais, para que a mesma informação e prática de cuidados segura chegue aos idosos vulneráveis e seus cuidadores informais, prevenindo os acidentes e melhorando a sua qualidade de vida com autonomia e independência.

2. DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO

A presente formação tem como metas principais:

- Desenvolver nos ajudantes de ação direta (AAD) conhecimentos gerais sobre as suas funções e competências legais, processo de envelhecimento, cuidados centrados na pessoa e princípios éticos no ato de cuidar;

- Dotar os AAD de conhecimentos técnicos de prestação de tarefas básicas de apoio nas atividades de vida, de forma segura, no âmbito de higiene e conforto, mobilização,

posicionamentos e transferências, por forma a prevenir acidentes domésticos, principalmente quedas;

- Sensibilizar os AAD para a importância de hábitos de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas;

- Informar sobre os principais acidentes domésticos, seus fatores de risco e medidas de prevenção;

- Diminuir o número de acidentes domésticos com pessoas idosas.

Estratégia de Intervenção:

- A formação será ministrada, inicialmente, num formato teórico-expositivo, seguido de uma segunda fase demonstrativa e ativa das intervenções e estratégias lecionadas.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Destinatários:

Ajudantes de ação direta, do Serviço de Apoio Domiciliário e/ou Centro de Dia, das 7 IPSS's abrangidas pela intervenção da UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial.

Local da Acção:

Casa do Povo da Freguesia do Ramalhal (Sala de formação; Quarto de demonstração).

Duração:

A formação terá um total de 16h, ministrada em 4 sessões de 4h/dia.

Número máximo de formandos:

2 a 3 Auxiliares de ação direta do Serviço de Apoio Domiciliário, de cada uma das IPSS abrangidas pela intervenção a UCC de Torres Vedras – Pólo Maxial, num total de 12-15 elementos.

Recursos Didáticos:

- Videoprojector;
- Computador portátil;
- Colunas de Som;
- Dvd's pedagógicos (ADVITA; MAPFRE)
- Quadro Branco;
- Caneta/Marcadores;
- Papel Branco;
- Pastas.

Materiais e Equipamentos:

- Cama;
- Sofá/cadeira;
- Arrastadeira/ Urinol/ Fralda/Dispositivo urinário/ Algália/Saco coletor de urina;
- Bacia/ manámulas/ toalhas banho/ 2 lençóis/Resguardo/Luvas descartáveis/Saco lixo;
- Canadianas/ andarilho/ cadeira de rodas;
- 6 Almofadas.

4. PROGRAMA DA AÇÃO

Metodologia:

No âmbito da presente formação serão privilegiados os métodos demonstrativo e ativo, que reforçam o envolvimento dos formandos, a auto-reflexão sobre o seu processo de aprendizagem, a partir da partilha de pontos de vista e de experiências no grupo, e a co-responsabilização na avaliação do processo de aprendizagem. A dinamização de atividades didáticas baseadas em demonstrações diretas ou indiretas, exploração e tratamento de informação, resolução de problemas concretos e dinâmica de grupos serão as técnicas mais utilizadas.

A organização da formação com base num modelo flexível visa facilitar o acesso dos indivíduos a diferentes percursos de aprendizagem, bem como a mobilidade entre níveis de qualificação. Esta organização favorece o reingresso, em diferentes momentos, no ciclo de aprendizagem e a assunção por parte de cada cidadão de um papel mais activo e de relevo na edificação do seu percurso formativo, tornando-o mais compatível com as necessidades que em cada momento são exigidas por um mercado de trabalho em permanente mutação e, por esta via, mais favorável à elevação dos níveis de eficiência e de equidade dos sistemas de educação e formação.

Modalidade:

Presencial. Admitem-se faltas justificadas em 30% da formação (4h).

Objetivos:

1. Sensibilizar as AAD para os diferentes tipos de acidentes domésticos que podem acontecer com pessoas idosas e para a importância da adequação e adaptação do espaço casa ao idoso, em condições de segurança;
2. Informar sobre as causas dos acidentes domésticos com pessoas idosas e medidas preventivas;
3. Reforçar a importância da prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e independência nas atividades de vida diárias;

4. Melhorar as práticas laborais em prol de melhores desempenhos das funções de apoio nas atividades de vida da pessoa idosa, com mais segurança e qualidade.

Estrutura da Formação:

Módulos	Carga Horária	Conteúdos
<p>1.</p> <p>- Envelhecimento populacional e dependência funcional;</p> <p>-Cuidados Humanizados e centrados na Pessoa;</p> <p>-Ética do Cuidar;</p> <p>-Funções dos Auxiliares de Ação Direta – Enquadramento Legal;</p> <p>-Direitos e Deveres das pessoas idosas</p>	04h00	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de Envelhecimento; - Tendências de envelhecimento populacional; - Consequências do envelhecimento; - Envelhecimento e dependência; - Conceito de pessoa idosa; - Prática de cuidados humanizados; - Princípios de ação: cuidados centrados na pessoa; - Princípios éticos do agir/ Ética profissional; - Enquadramento legal das funções dos Auxiliares de Ação Direta; - Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes; - Carta Universal dos Direitos Humanos.
<p>2.</p> <p>- Apoio nas Atividades de Vida Diárias;</p> <p>- Prestação de Cuidados Básicos, às pessoas idosas, com segurança.</p>	04h00	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de banho total e parcial, no wc e no leito; - Colocação de fralda ou dispositivo urinário; - Cuidados com o dispositivo urinário e algália; - Procedimentos de posicionamento no leito; - Apoiar a pessoa a levantar-se/sentar-se; -Procedimentos para transferências seguras: cama-cadeira; - Procedimentos de apoio na marcha com ajudas técnicas: canadianas, andarilho.
<p>3.</p> <p>- Prevenção de Lesões Musculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)</p>	04h00	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores de risco associados às LMERT. - Situações de risco para as LME, na função de ajudante de ação direta; - Medidas gerais de prevenção das LMERT; - Princípios de mecânica corporal a utilizar na prevenção das LMERT.
<p>4.</p> <p>-Prevenção de</p>	04h00	<ul style="list-style-type: none"> - Factos sobre os acidentes domésticos e quedas; Consequências dos acidentes; - Tipos de acidentes domésticos mais frequentes

Acidentes domésticos com Pessoas idosas		<p>com pessoas idosas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos associados aos acidentes domésticos com pessoas idosas; -Medidas gerais de Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas; - Como atuar após queda.
---	--	---

Horário:

A formação decorrerá aos sábados, das 09h00 às 13h00, durante 4 sábados (21/04; 05/05; 19/05; 02/06).

Colaboradores:

No tema relativo à prevenção de lesões músculo-esqueléticas, há a colaboração da enfª Adélia (especialista em enfermagem de reabilitação a exercer funções na UCC de Torres Vedras).

5. AVALIAÇÃO

Avaliação da Aprendizagem:

Dada a curta carga horária da formação, a avaliação não será demonstrada através de uma classificação final, mas sim pela atribuição de um certificado de participação.

Assim, este certificado de participação é atribuído a todos os AAD que tenham assiduidade >12h e demonstrem interesse e participação nas atividades propostas na formação.

A avaliação dos ganhos de conhecimentos será realizada, essencialmente, em 2 fases:

***Diagnóstica** – através da aplicação de um formulário escrito, na primeira sessão;

***Sumativa** - através da aplicação do mesmo formulário escrito, na última sessão.

Avaliação da Formação:

- *Avaliação pelos formandos* – em formulário próprio, assinalando o índice de satisfação global da formação, nomeadamente: programa de formação, recursos didáticos, conteúdos e metodologias, intervenção da formadora.

ANEXO X – PLANOS DE SESSÃO DA FORMAÇÃO AOS AAD

UNIDADE DE FORMAÇÃO

Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Sessão 1. Envelhecimento e Pessoa Idosa. Humanização dos Cuidados. Ética do Cuidar. Funções dos Ajudantes de Ação Direta.

Objetivos: - Conhecer o processo de envelhecimento;

- Reconhecer a Pessoa como alvo dos cuidados humanizados;
- Conhecer e aplicar os princípios éticos fundamentais, na função de ajudante de ação direta;
- Compreender as funções dos ajudantes de ação direta e descrever as suas características.

Data : _21_/_04_/_2012_

Horário: _09h00_ às 13h00_

N.º de Sessões: 1ª/ 4

Nº Horas / dia: _4_

Formador: Catarina Sofia Baptista Ângelo

Plano de Sessão 1

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	1. Auto e hetero apresentação do grupo.		Ativa	Jogo Pedagógico	Videoprojetor Quadro de Parede Caneta	30 minutos	Observação de comportamentos; Participação; Ficha de avaliação Diagnóstica.
	2. Avaliação Diagnóstica.			Ficha de avaliação		20 minutos	
Desenvolvimento	1. Aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno de envelhecimento da população.	-Envelhecimento populacional. Que consequências? Que necessidades?	Ativa Interrogativa Expositiva	Exposição teórica	Videoprojetor Quadro de Parede Colunas de som Papel e	10 minutos	
				Visionamento de filme "1. Envelhecimento"		3 minutos	
				Discussão de grupo			

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação	
	<p>2. Conhecer o processo de envelhecimento físico e psicológico.</p> <p>3. Refletir sobre a humanização dos cuidados e sobre a centralidade da Pessoa nos cuidados.</p> <p>4. Identificar os princípios fundamentais da ética profissional e refletir sobre a prática diária.</p> <p>5. Aprofundar conhecimentos sobre as funções dos ajudantes de ação direta e</p>	<p>- A promoção da qualidade de vida das pessoas idosas como fator integrante do envelhecimento ativo.</p> <p>- Processo de envelhecimento: alterações físicas e psicossociais.</p> <p>- Conceito de Pessoa Idosa.</p> <p>- Cuidados Humanos e ética do Cuidar.</p> <p>- Como Cuidar? Para quem cuidar?</p> <p>- Dilemas éticos</p> <p>- Funções e características dos ajudantes de ação direta.</p>		<p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento de filme “2. Faz a teu pai como gostarias que teu filho te fizesse”</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento de filme “3. Centralidade de Cuidados”</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Brainstorming</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Visionamento de excertos do filme “Patch Adams: o amor é contagioso” (24’12 -30’; 38’10- 40’30; 59’ - 01h02’)</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Reflexão/ Estudos de caso</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p>	<p>caneta</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>01’30min</p> <p>10 minutos</p> <p>4 minutos</p> <p>2 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p>	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
	descrever as suas características. 6. Conhecer princípios de relacionamento interpessoal e trabalho em equipa	-Trabalho em Equipa. - Relacionamento Interpessoal					
Conclusão	Síntese integradora da sessão		Activa	Visionamento de filme "5.Humanização é..." Esclarecimento de questões Resumo oral da Sessão	VideoProjetor	3'30 minutos 10minutos	

UNIDADE DE FORMAÇÃO

Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Sessão 2. Segurança nos Cuidados de Higiene e conforto; Cuidados na Eliminação; Cuidados na mobilidade, transferências e posicionamentos.

Objetivos: - Aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar procedimentos de cuidados de higiene e conforto seguros, no leito e na casa de banho;
 - Aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar procedimentos de apoio com segurança na eliminação, no leito e na casa de banho;
 - Reconhecer a importância e benefícios da mobilização e posicionamento de pessoas dependentes, na prevenção de complicações;
 - Conhecer e aplicar os procedimentos dos vários posicionamentos e técnicas de mobilização e transferência de pessoas dependentes, em segurança.

Data : _05/_05/_2012_

Horário: _09h00_ às 13h00_

N.º de Sessões: 2ª/ 4

Nº Horas / dia: _4_

Formador: Catarina Sofia Baptista Ângelo

Plano de Sessão

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	1. Apresentação do tema da sessão	- Definição de cuidados de higiene e conforto;	Expositiva	Exposição teórica	Computador Videoprojetor Quadro de Parede	10minutos	Observação de comportamentos;

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação	
Desenvolvimento	1. Refletir sobre a ação nos cuidados de higiene e conforto.	- Objetivos e benefícios dos cuidados de higiene e conforto;	Ativa Interrogativa Expositiva	Exposição teórica	Computador	6 minutos	Participação; Observação do empenho e domínio de conhecimentos no contexto de simulações práticas.	
	2. Aprofundar conhecimentos e desenvolver estratégias para prestação de melhores e mais seguros cuidados de higiene e conforto: - totais; - parciais; - na cama; - na casa de banho.	- Princípios básicos e de segurança nos cuidados de higiene e conforto; - Procedimentos de cuidados de higiene totais e parciais, na cama e na casa de banho; - Procedimentos de mudar de roupa da cama ocupada;		Visionamento dos capítulos 1 e 12 “Apoio nas AVD” e “comunicação”, do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA	Videoprojetor	Quadro de Parede		01’27 min 01’40min
	3. Refletir sobre a ação na prática de cuidados na eliminação.	- Procedimentos de vestir/despir pessoa dependente;		Discussão de grupo	Papel e caneta	Cama com grades		6 minutos
	4. Aprofundar	- Consequências da dependência de ajuda na eliminação;		Exposição teórica	Cadeira	2 lençóis		6 minutos
				Visionamento do cap. 3 “preparação do cuidador” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA	1 resguardo	01’04min		
				Discussão de grupo	1 colcha ou cobertor	6 minutos		
				Exposição teórica	1 fralda	6 minutos		
				Visionamento do	1 arrastadeira	6 minutos		

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
<p>conhecimentos e desenvolver estratégias para prestação de melhores e mais seguros cuidados na eliminação, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajuda na ida à casa de banho; - colocação de arrastadeira e urinol; - dispositivo urinário externo e sonda vesical. <p>5. Conhecer os princípios orientadores e ajudas técnicas para a mobilização de pessoas idosas, com segurança, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajudar a pessoa a levantar-se da cama; - ajudar a pessoa a sentar- 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos de ajuda na ida à casa de banho; - Procedimentos de colocação de arrastadeira e urinol; - Procedimentos na manipulação e higiene de pessoas com dispositivo urinário externo ou sonda vesical; - Procedimentos de mudança de saco coletor de urina; - Princípios gerais de intervenção na manipulação de pessoas idosas; 		<p>cap.5 “banho no wc” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento do cap. 4 e 7 “banho na cama” e “vestir/ despir” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento do cap.6 “mudar roupa da cama” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA</p> <p>Discussão de grupo</p>	<p>1 urinol</p> <p>1 fralda</p> <p>2 bacias</p> <p>2 toalhas de banho</p> <p>2 manámulas</p> <p>1 gel de banho</p> <p>1camisa de pijama</p> <p>1 algália</p> <p>1 dispositivo urinário externo</p> <p>1 saco coletor</p> <p>2 canadianas</p> <p>1 bengala</p>	<p>02’20min</p> <p>6minutos</p> <p>6minutos</p> <p>05’30min</p> <p>01’30min</p> <p>6minutos</p> <p>6minutos</p> <p>01’30min</p> <p>6minutos</p> <p>6minutos</p>	

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
<p>se;</p> <p>- ajudar a pessoa a deambular;</p> <p>- ajudar a pessoa a deambular com dispositivos de ajuda técnica (Canadianas, bengala, andariho);</p> <p>-posicionamentos no leito (decúbito dorsal, lateral, ventral e semi-ventral).</p> <p>6. Reconhecer a importância da mobilização na prevenção de úlceras de pressão e outras complicações decorrentes da imobilidade.</p>	<p>- Meios auxiliares de ajuda técnica na mobilização e posicionamento de pessoas idosas;</p> <p>- Procedimentos de levante da cama;</p> <p>-Procedimentos de transferência da cama para cadeira e vice-versa;</p> <p>- Procedimentos de auxílio na marcha;</p> <p>- Procedimentos de ajuda na marcha com dispositivos de ajuda técnica (canadiana, andariho, bengala);</p> <p>-Procedimentos de posicionamento no</p>		<p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento do cap.11 “eliminação” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento do filme “Cuidados na sonda vesical” – Gobierno de Aragon</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Visionamento do cap.8 “mobilidade” do filme <i>Ajudar a Cuidar</i> – ADVITA</p> <p>Visionamento do filme “Ajuda na marcha” –</p>	<p>1andariho</p> <p>6 almofadas</p> <p>Luvas descartáveis</p>	<p>02’30min</p> <p>6minutos</p> <p>6minutos</p> <p>4minutos</p> <p>6minutos</p> <p>6minutos</p> <p>03’30min</p> <p>02’30min</p>	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
		leito e alinhamento corporal em decúbito dorsal, lateral, ventral e semi-ventral; - Medidas de prevenção de complicações da imobilidade.		Gobierno de Aragon Visionamento do filme “Ajudas técnicas na marcha” – Gobierno de Aragon Visionamento do filme “Alternância de decúbitos” – Gobierno de Aragon Simulações práticas das técnicas atrás descritas		03’30min 4minutos 90minutos	
Conclusão	Síntese integradora da sessão		Activa	Esclarecimento de questões Resumo oral da Sessão	VideoProjetor Computador	15 minutos	

UNIDADE DE FORMAÇÃO

Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Sessão 3 . As LMERT nos ajudantes de ação direta. Fatores de risco associados às LMERT. Medidas gerais de prevenção das LMERT

Objetivos: - Identificar as situações de risco para as LME, na função de ajudante de ação direta;
- Conhecer os princípios de mecânica corporal a utilizar na prevenção das LMERT

Data : _19_/_05_/_2012_

Horário: _09h00_ às 13h00_

N.º de Sessões: 3ª/ 4

Nº Horas / dia: _4_

Formador: Adélia Maria Casaleiro Alves

Plano de Sessão

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
I N T R O D U Ç Ã O	1. Auto e hétero apresentação do grupo. 2. Avaliação Diagnóstica.		Ativa	Jogo Pedagógico Ficha de avaliação	Videoprojetor Papel e caneta Quadro de Parede	15 minutos 15minutos	
D E S E N	1. Aprofundar conhecimentos sobre LMERT	- LMERT na Europa e Portugal. Que realidades? -LMERT: enquadramento legal.		Exposição teórica	Videoprojetor	30minutos	

V O L V I M E N T O	<p>2. Conhecer os fatores de risco associados às LMERT</p> <p>3. Conhecer as medidas gerais de prevenção das LMERT</p>	<p>- Lombalgias – LMERT com maior prevalência</p> <p>- Fatores de risco individuais, físicos e organizacionais</p> <p>- Medidas gerais de prevenção</p> <p>- Princípios de mecânica corporal</p>	Ativa Interrogativa Expositiva	<p>Brainstorming</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Visionamento de filme – “NAPO”</p> <p>Exposição teórica</p> <p>prática</p>	<p>Quadro de Parede</p> <p>Papel e caneta</p> <p>Colunas de som</p> <p>Cama, cadeira de rodas, lençóis</p>	<p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>60 minutos</p> <p>30 minutos</p>	Observação de comportamentos; Participação; Ficha de avaliação Diagnóstica
C O N C L U S Ã O	Síntese integradora da sessão		Ativa	<p>Esclarecimento de questões</p> <p>Resumo oral da Sessão</p>		<p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p>	

UNIDADE DE FORMAÇÃO

Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Sessão 4. Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas: Identificação dos principais fatores de risco e medidas de prevenção.

Objetivos: - Sensibilizar para a importância de adotar hábitos preventivos, que possam evitar acidentes domésticos e assim prevenir complicações;

- Conhecer alguns tipos de acidentes domésticos com pessoas idosas;
- Informar sobre os fatores de risco e medidas preventivas;
- Informar sobre como ter uma casa mais segura e adaptada para a pessoa idosa;
- Esclarecer sobre os cuidados básicos a ter com a saúde do idoso para evitar acidentes e para reagir em situação de acidente/urgência;
- Construção de Lista de verificação de condições de segurança no ambiente domiciliário dos idosos.
- Validação de conhecimentos e avaliação da formação.

Data: 02/ Junho/ 2012

Horário: das 09h00 às 13h00

N.º de Sessões: 4ª / 4

Nº Horas / dia: 4

Formador: Catarina Sofia Baptista Ângelo

Plano de Sessão

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	1. Apresentação do tema da sessão.	- Factos sobre acidentes domésticos com pessoas idosas: estatísticas, tipo de acidentes mais	Expositiva Ativa	Exposição teórica Discussão de Grupo	Videoprojetor Tela de projeção Quadro de Parede	10 minutos	Observação de comportamentos; Participação;

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Desenvolvimento	<p>1. Refletir sobre a importância de adotar hábitos preventivos que evitem acidentes domésticos com pessoas idosas.</p> <p>2. Contextualizar alguns factos sobre acidentes domésticos e suas consequências.</p> <p>3. Identificar os fatores de risco de acidentes domésticos com pessoas idosas.</p> <p>4. Enunciar medidas de segurança para adaptar a casa para a prevenção de acidentes.</p>	<p>frequentes, tipo de atividade desenvolvida no momento do acidente e consequências.</p> <p>- Prevenir é possível e ao alcance de qualquer um.</p> <p>- Fatores de risco de acidente doméstico, relacionados com o próprio envelhecimento, ambiente envolvente da casa, outros fatores.</p> <p>- Alterações e ajustes a modificar na casa para a tornar segura e adaptada à terceira idade.</p> <p>- Estilos de vida e risco de acidentes</p>	<p>Ativa</p> <p>Interrogativa</p> <p>Expositiva</p>	Exposição teórica	<p>Videoprojetor</p> <p>Tela de projeção</p> <p>Quadro de Parede</p> <p>Colunas de som</p> <p>Dvd “Risco de acidentes domésticos com pessoas idosas”, da Fundação MAPRE</p> <p>Dvd “Ajudar a Cuidar”, da ADVITA</p> <p>Papel e caneta</p>	5 minutos	<p>Checklist de verificação de condições de segurança no ambiente domiciliário do idoso;</p> <p>Ficha de avaliação final de conhecimentos.</p>
				Questionamento sobre fatores de risco de acidentes domésticos		5 minutos	
				Discussão de grupo		5 minutos	
				Exposição teórica		5 minutos	
				Questionamento sobre medidas preventivas de acidentes domésticos		6 minutos	
				Discussão de grupo		5 minutos	
				Exposição teórica		5 minutos	
				Questionamento sobre características da casa para ser segura		6 minutos	
				Discussão de grupo		5 minutos	
				Discussão de grupo		5 minutos	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
	5. Aconselhar normas de utilização de medicamentos.	domésticos. - Como prevenir intoxicações medicamentosas, alimentares, químicas e por gás.		Exposição teórica Questionamento sobre como evitar intoxicações medicamentosas, alimentares, com produtos químicos e gás		6 minutos	
	6. Prevenir intoxicações alimentares, medicamentosas e por gás.	- Como prevenir queimaduras. - Como reagir após uma queda ou acidente.		Discussão de grupo Visionamento de filmes "Escorregadelas; Produtos tóxicos; Intoxicações por gás"		5 minutos 3 minutos 3 minutos	
	7. Prevenir queimaduras no domicílio			Questionamento sobre como evitar queimaduras.		5 minutos	
	8. Descrever a utilização e aplicação da "checklist" construída para verificação de condições de segurança no			Exposição teórica Visionamento de filmes "veja por onde anda", "Projeto casa		5 minutos 3 minutos 3 minutos	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
	ambiente domiciliário.			segura” e “Adaptação da casa”		3minutos	
				Discussão de grupo		5minutos	
				Resolução de ficha de avaliação final de conhecimentos		30minutos	
				Construção de checklist de verificação de condições de segurança no domicílio dos idosos		60minutos	
				Resolução da ficha de avaliação		15minutos	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Conclusão	Síntese integradora da sessão		Ativa	Esclarecimento de questões	VideoProjetor Tela de projeção	10minutos	
				Resumo oral da Sessão		Papel e caneta	
				Preenchimento de ficha de avaliação da formação pelos formandos			

ANEXO XI – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO

Vai acontecer....



**Melhor Informados, Melhores Cuidados:
Prevenção de Acidentes Domésticos
com Pessoas Idosas**



Dirigido a: Ajudantes de Ação Direta das IPSS's, do Pólo Maxial

Local: Casa do Povo da Freguesia do Ramalhal

Datas: 21.Abril; 05.Maio; 19.Maio; 02.Junho. Das 09h00 às 13h00



Inscrições até 15.Abril!
catarinabaptistaangelo@gmail.com

Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tlf.: 261 911 301

UCC Torres Vedras
Unidade de Cuidados na Comunidade
de Torres Vedras

ANEXO XII – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS DA FORMAÇÃO AOS AAD, DEFINIDOS À
PRIORI PELO GRUPO DE PERITOS DA TÉCNICA NOMINAL E À POSTERIOR PELAS AAD

Conteúdos definidos à posteriori pelas AAD	Conteúdos definidos à priori
Relacionamento com idoso	Segurança nos Posicionamentos na cama
Relacionamento com o cuidador familiar	Segurança nos Cuidados de higiene
Segurança nos Cuidados ao idoso algaliado	Segurança na Transferência cama-cadeira
Alimentação do idoso	Segurança na marcha com ajudas técnicas
	Risco de acidentes domésticos
	Prevenção de quedas no domicílio
	Humanização dos cuidados

ANEXO XIII – FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E FINAL DE CONHECIMENTOS DA
FORMAÇÃO³⁶

³⁶ Elaboradas pela mestranda Catarina Ângelo, sob orientação e supervisão da Profª Drª Irene Santos e enf.s cooperantes da UCC

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS - PÓLO MAXIAL

PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS / CUIDADOS ARTICULADOS



FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CONHECIMENTOS



“Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas no domicílio”

- **Identifique as dificuldades sentidas na prática profissional quotidiana** (assinale com uma **X** as opções que se seguem):

Relacionamento com o idoso	Auxiliar a marcha de idosos que usam ajudas técnicas (canadianas, p.e.)	
Relacionamento com o familiar cuidador	Alimentação do utente	
Acessibilidade aos domicílios	Cuidados ao idoso algaliado	
Cuidados de higiene	Identificar risco de acidentes domésticos nos domicílios	
Posicionamentos do idoso na cama	Como prevenir quedas no domicílio	
Transferência do idoso cama-cadeira		

Outras. Quais?

Esta ficha diagnóstica tem como objetivo perceber o seu nível de conhecimentos prévios à formação.

I. Assinale com um <u>V</u> as afirmações que considere verdadeiras e com um <u>F</u> as afirmações que considere falsas.	<u>V/F</u>
1. O envelhecimento físico é manifestado por rugas, cabelos brancos, falta de força física, diminuição da capacidade de audição e visão.	
2. As pessoas idosas não precisam de ser incentivadas para se manter ativas, saudáveis nem para decidir e participar em todos os aspetos da sua vida.	
3. O Idoso é um Ser humano com um corpo físico, mas não tem ideias, ou personalidade própria nem objetivos de vida.	
4. O alvo de atenção e prestação de cuidados dos ajudantes de ação direta é a pessoa dependente, seja idoso ou não. É esta Pessoa o objetivo e fim último da prática profissional diária.	

5. Os direitos, igualdades e liberdades não devem ser iguais para todos os Seres Humanos.	
6. A prática profissional necessita, diariamente, que se pense e reflita nas ações praticadas, por forma a promover-se o respeito pela Pessoa e pela sua dignidade.	
7. É função do ajudante de ação direta: Prestar cuidados de higiene, assegurar as refeições dos utentes e substituir as roupas da cama.	
8. Num banho na cama, deve-se começar a higiene pelas zonas do corpo mais sujas.	
9. Num banho no chuveiro, não se deve permitir que o idoso colabore na higiene porque perde-se muito tempo.	
10. Quando se posiciona alguém na cama deve-se almofadar as saliências ósseas.	
11. Quando se posiciona alguém na cama não é importante manter o alinhamento do corpo.	
12. Deve mudar-se a posição do corpo da pessoa acamada apenas de manhã e à noite, porque não há risco de ter feridas.	
13. Quando se levanta alguém da cama para a cadeira/sofá, deve-se fazê-lo rapidamente para a pessoa não desmaiar.	
14. Quando se transfere uma pessoa da cadeira para a cama deve-se travar as pernas do idoso com os nossos joelhos e pés.	
15. Quando um idoso não necessita de ajudas técnicas para andar, deve-se incentivar a caminhar em piso regular e evitar as horas de maior calor.	
16. Quando um idoso usa canadianas para caminhar, se a distância for curta, não precisa de as usar porque tem de treinar.	
17. Quando um idoso usa andarilho, devo coloca-lo distante para estimular o idoso a andar mais até o agarrar.	
18. Quando está a transferir uma pessoa da cama para a cadeira deve estar com as pernas esticadas e coluna debruçada sobre o idoso para o segurar.	
19. Não se deve sobrecarregar as tomadas com demasiados aparelhos porque provocam sobrecargas na instalação elétrica e curto-circuitos.	
20. Quando se sente cheiro a gás, pode-se acender a luz, para ver o que se passa, porque não há risco de incêndio.	
21. Para evitar queimaduras, deve ter-se cuidado com frigideiras, tachos, colheres e outros utensílios de cozinha que contenham comida quente, mas não é preciso usar pegas porque já tem as mãos "calejadas".	
22. Deve proteger-se as piscinas, tanques, poços e cisternas com redes ou tampas metálicas.	

23. Para evitar asfixia, não se deve instalar aquecedores nem esquentadores de gás no interior do casa de banho.	
24. Evitar a utilização de braseiros de carvão, lareiras e aquecedores de butano não diminui o risco de intoxicação por gás.	
25. Deve usar-se embalagens de produtos alimentares ou os utilizados para água ou bebidas refrescantes para os encher com conteúdos tóxicos.	
26. Muitas vezes as quedas são provocadas por tapetes soltos em casa e chão escorregadio.	
27. A incontinência urinária e dificuldade na mobilidade não afetam o risco de quedas em pessoas idosas.	
28. Retirar tapetes soltos, alisar os pisos, evitar degraus em casa são medidas que previnem a ocorrência de acidentes domésticos com idosos.	
29. Quando uma pessoa fica deitada na cama grande parte do dia, não é preciso subir as grades porque a pessoa já sabe que não se pode virar muito, para não cair.	
30. Deve estimular o idoso a fazer pequenos exercícios físicos que aumentem a força e flexibilidade muscular nos braços e pernas, para promover a sua autonomia e maior colaboração nas atividades de vida diárias.	
31. Depois de uma queda, uma das principais consequências é o medo de fazer alguma coisa, em casa, que provoque novo acidente, o que limita a autonomia do idoso.	
32. Após uma queda, deve pedir ajuda por telefone, avaliar se o idoso tem alguma fratura nos membros inferiores e levantar o idoso, fazendo com que rode até ficar de barriga para baixo, dobre os joelhos para a posição de gatinhar, e ergue-lo pelos antebraços.	

Boa sorte! ☺

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS - PÓLO MAXIAL

PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS / CUIDADOS ARTICULADOS



FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL DE CONHECIMENTOS



“Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas no domicílio”

Esta ficha tem como objetivo validar a eficácia da formação e perceber o seu nível de conhecimentos posteriores à mesma.

II. Assinale com um <u>V</u> as afirmações que considere verdadeiras e com um <u>F</u> as afirmações que considere falsas.	V/F
1. O envelhecimento físico é manifestado por rugas, cabelos brancos, falta de força física, diminuição da capacidade de audição e visão.	
2. As pessoas idosas não precisam de ser incentivadas para se manter ativas, saudáveis nem para decidir e participar em todos os aspetos da vida.	
3. O Idoso é um Ser humano com um corpo físico, mas não tem ideias, ou personalidade própria nem objetivos de vida.	
4. O alvo de atenção e prestação de cuidados dos ajudantes de ação direta é a pessoa dependente, seja idoso ou não. É esta Pessoa o objetivo e fim último da prática profissional diária.	
5. Os direitos, igualdades e liberdades não devem ser iguais para todos os Seres Humanos.	
6. A prática profissional necessita, diariamente, que se pense e reflita nas ações praticadas, por forma a promover-se o respeito pela Pessoa e pela sua dignidade.	
7. É função do ajudante de ação direta: Prestar cuidados de higiene, assegurar as refeições dos utentes e substituir as roupas da cama.	
8. Num banho na cama, deve-se começar a higiene pelas zonas do corpo mais sujas.	
9. Num banho no chuveiro, não se deve permitir que o idoso colabore na higiene porque perde-se muito tempo.	
10. Quando se posiciona alguém na cama deve-se almofadar as saliências ósseas.	
11. Quando se posiciona alguém na cama não é importante manter o alinhamento do corpo.	
12. Deve mudar-se a posição do corpo da pessoa acamada apenas de manhã e à noite, porque não há risco de ter feridas.	
13. Quando se levanta alguém da cama para a cadeira/sofá, deve-se fazê-lo rapidamente para a pessoa não desmaiar.	
14. Quando se transfere uma pessoa da cadeira para a cama deve-se travar as pernas do idoso com os nossos joelhos e pés.	

15. Quando um idoso não necessita de ajudas técnicas para andar, deve-se incentivar a caminhar em piso regular e evitar as horas de maior calor.	
16. Quando um idoso usa canadianas para caminhar, se a distância for curta, não precisa de as usar porque tem de treinar.	
17. Quando um idoso usa andarilho, deve coloca-lo distante para estimular o idoso a andar mais até o agarrar.	
18. Quando está a transferir uma pessoa da cama para a cadeira deve estar com as pernas esticadas e coluna debruçada sobre o idoso para o segurar.	
19. Não se deve sobrecarregar as tomadas com demasiados aparelhos porque provocam sobrecargas na instalação elétrica e curto-circuitos.	
20. Quando se sente cheiro a gás, pode-se acender a luz, para ver o que se passa, porque não há risco de incêndio.	
21. Para evitar queimaduras, deve ter-se cuidado com frigideiras, tachos, colheres e outros utensílios de cozinha que contenham comida quente, mas não é preciso usar pegas porque já tem as mãos "calejadas".	
22. Deve proteger-se as piscinas, tanques, poços e cisternas com redes ou tampas metálicas.	
23. Para evitar asfixia, não se deve instalar aquecedores nem esquentadores de gás no interior do casa de banho.	
24. Evitar a utilização de braseiros de carvão, lareiras e aquecedores de butano não diminui o risco de intoxicação por gás.	
25. Deve usar-se embalagens de produtos alimentares ou os utilizados para água ou bebidas refrescantes para os encher com conteúdos tóxicos.	
26. Muitas vezes as quedas são provocadas por tapetes soltos em casa e chão escorregadio.	
27. A incontinência urinária e dificuldade na mobilidade não afetam o risco de quedas em pessoas idosas.	
28. Retirar tapetes soltos, alisar os pisos, evitar degraus em casa são medidas que previnem a ocorrência de acidentes domésticos com idosos.	
29. Quando uma pessoa fica deitada na cama grande parte do dia, não é preciso subir as grades porque a pessoa já sabe que não se pode virar muito, para não cair.	
30. Deve estimular o idoso a fazer pequenos exercícios físicos que aumentem a força e flexibilidade muscular nos braços e pernas, para promover a sua autonomia e maior colaboração nas atividades de vida diárias.	
31. Depois de uma queda, uma das principais consequências é o medo de fazer alguma coisa, em casa, que provoque novo acidente, o que limita a autonomia do idoso.	
32. Após uma queda, deve pedir ajuda por telefone, avaliar se o idoso tem alguma fratura nos membros inferiores e levantar o idoso, fazendo com que rode até ficar de barriga para baixo, dobre os joelhos para a posição de gatinhar, e ergue-lo pelos antebraços.	

Boa sorte! 😊

ANEXO XIV – FICHA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO³⁷

³⁷ Documento elaborado pela equipa da UCC de Torres Vedras, adaptado de Philips, J. (1997). Handbook of Training Evaluation and Measurement Methods. 3rd Ed.. Houston: Gulf Publishing Company.



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS - PÓLO MAXIAL

PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS / CUIDADOS ARTICULADOS

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E FORMADOR/ RELATÓRIO DO FORMANDO

“Melhor Informados, Melhores Cuidados: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas no domicílio”

Este questionário tem como objetivo recolher informação que nos permita conhecer o seu **nível de satisfação em relação ao módulo de formação** que foi trabalhado, tendo em conta as tarefas que desenvolve diariamente na instituição.

Esta informação servir-nos-á para melhorar futuras ações de formação. Portanto, trata-se de avaliar a formação e não avaliar pessoas em particular, pelo que solicitamos a sua melhor colaboração. As informações fornecidas e os dados recolhidos neste questionário serão tratados confidencialmente pela Enfermeira responsável pela Formação.

Obrigada pela sua colaboração!

- **Assinale um X no que considera corresponder à avaliação que faz de cada item.**

I. Satisfação das Expectativas

	Na	Muito	Suficiente	Pouco	Nada
	totalidade				
1. Esta formação proporcionou uma atualização de conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Transmitiu novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com esta formação ficou mais esclarecido sobre os temas que queria aprofundar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A formação contribuiu para maior segurança/confiança na sua prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Conteúdos Programáticos

	Na	Muito	Suficiente	Pouco	Nada
	totalidade				
1. Os temas abordados foram de interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os temas abordados são úteis para a sua atividade diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os temas trabalhados foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conteúdos trabalhados foram de fácil entendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Os conteúdos responderam às suas necessidades de formação
6. Ao longo desta formação, pensa que adquiriu os conhecimentos desejados
7. Gostaria de ver outros temas trabalhados? Quais?
-

III. Métodos e Técnicas Pedagógicas

- | | Na
totalidade | Muito | Suficiente | Pouco | Nada |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. O formador foi acessível na sua comunicação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. O formador explicou os temas de forma clara | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. O formador motivou e estimulou a participação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Houve originalidade na apresentação dos temas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. O número de exercícios práticos foi adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. O formador mostrou-se acessível para esclarecer as dúvidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Organização

- | | Na
totalidade | Muito | Suficiente | Pouco | Nada |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A sala de formação foi adequada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Os equipamentos usados foram adequados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Houve boa organização da formação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. O número de sessões foi suficiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. O tempo por sessão foi adequado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gostou da formação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. O material de apoio (fotocópias) distribuído nesta formação foi útil e de fácil compreensão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- **Considera que a formação ajudou a diminuir as dificuldades sentidas? Em que aspetos?**

Relacionamento com o idoso	Auxiliar a marcha de idosos que usam ajudas técnicas (canadianas, p.e.)	
Relacionamento com o familiar cuidador	Alimentação do utente	
Acessibilidade aos domicílios	Cuidados ao idoso algaliado	
Cuidados de higiene	Identificar risco de acidentes domésticos nos domicílios	
Posicionamentos do idoso na cama	Como prevenir quedas no domicílio	
Transferência do idoso cama-cadeira		

Outras? Quais?

- **Observações finais:**

Quais os pontos fortes da formação?

Quais os pontos fracos da formação?

Tem algumas sugestões para melhoria e aperfeiçoamento da formação?

Obrigada pela sua colaboração!
02 de Junho de 2012

ANEXO XV – PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE EPS ÀS PESSOAS IDOSAS

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS E SEUS CUIDADORES INFORMAIS:

“Casa Segura: Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas”

Sessão 1. Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas: Identificação dos principais fatores de risco; Medidas de prevenção de acidentes.

Objetivos: - Sensibilizar para a importância de adotar hábitos de vida saudáveis e seguros, que possam evitar acidentes domésticos;

- Informar e orientar sobre como realizar atividades de vida diárias mais seguras e ter uma casa mais segura e adaptada para a terceira idade;
- Esclarecer sobre o risco de acidentes, medidas preventivas e como reagir em situação de acidente/urgência;
- Promover atividade física, treinar flexibilidade articular, coordenação motora e equilíbrio das pessoas idosas;
- Monitorizar risco de queda das pessoas idosas utentes das IPSS's.

Data(s): 18, 23, 25 e 30 de Maio; 04 e 08 de Junho **Horário:** 10h30 às 12h30 e 14h00 às 16h00 **N.º de Sessões:** 1 **Nº Horas / dia:** 4

Local: IPSS's do Pólo Maxial - Ramalhal, Campelos, Outeiro da Cabeça, Runa, Carvoeira, Matacães. **Formador:** Catarina Sofia Baptista Ângelo

Plano de Sessão

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	1. Apresentação do grupo.	- Factos sobre acidentes domésticos com pessoas idosas: estatísticas, tipo de acidentes mais frequentes, tipo de	Expositiva	Exposição teórica	Videoprojetor	20 minutos	Observação de comportamentos;
	2. Apresentação do tema da sessão.		Ativa	Discussão de Grupo	Tela de projeção Quadro de Parede	10 minutos	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Desenvolvimento	1. Refletir sobre a importância de adotar hábitos preventivos que evitem acidentes domésticos.	atividade desenvolvida no momento do acidente e consequências. - Prevenir depende de cada um.	Ativa Interrogativa Expositiva Demonstrativa	Exposição teórica	Videoprojetor Tela de projeção Quadro de Parede Colunas de som Papel e caneta Balões de ar Cadeiras	4 minutos	Participação; Jogo “Quem quer ser mais cuidadoso”; Mobilizações ativas: treino de flexibilidade articular, coordenação e equilíbrio
	2. Contextualizar alguns factos sobre acidentes domésticos e suas consequências.	- Fatores de risco de acidente doméstico, relacionados com o próprio envelhecimento, ambiente envolvente da casa, outros fatores.		Discussão de grupo		4 minutos	
	3. Identificar os fatores de risco de acidentes domésticos.	- Alterações e ajustes a modificar na casa para a tornar segura e adaptada à terceira idade.		Exposição teórica		4 minutos	
	4. Enunciar medidas de segurança para adaptar a casa para a prevenção de acidentes.	- Estilos de vida e risco de acidentes domésticos.		Questionamento sobre medidas preventivas de acidentes domésticos		4 minutos	
	5. Mostrar como se levantar após uma			Discussão de grupo		4 minutos	
				Questionamento sobre fatores de risco de acidentes domésticos		4 minutos	
				Discussão de grupo		4 minutos	
				Questionamento sobre características da casa para ser segura		4 minutos	
				Discussão de grupo		4 minutos	
				Questionamento sobre características da casa para ser segura		4 minutos	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
	<p>queda.</p> <p>6. Exemplificar como realizar algumas atividades de vida diárias em segurança.</p> <p>7. Demonstrar e executar mobilizações ativas para aumentar flexibilidade articular, coordenação motora e equilíbrio das pessoas idosas.</p>	<p>- Como reagir após uma queda ou acidente.</p> <p>- Benefícios da atividade física e mobilização na manutenção da independência das pessoas idosas e na prevenção de acidentes domésticos, especialmente, quedas.</p> <p>- Como iniciar uma atividade física. Que cuidados?</p> <p>- Exercícios de flexibilidade articular, coordenação motora e equilíbrio.</p> <p>- Treino de respiração profunda (relaxamento).</p>		<p>Exposição teórica</p> <p>Questionamento sobre como evitar intoxicações medicamentosas, alimentares, com produtos químicos e gás</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Visionamento de filme “Projeto casa segura”</p> <p>Discussão de grupo</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Jogo Pedagógico “Quem quer ser mais cuidadoso?”</p> <p>Exposição teórica</p> <p>Demonstração e treino de</p>		<p>4 minutos</p> <p>2 minutos</p> <p>03'30 min</p> <p>4 minutos</p> <p>4 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>4 minutos</p> <p>30 minutos</p>	

Objetivos Específicos		Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
				<p>mobilizações de flexibilidade articular, coordenação motora e equilíbrio</p> <p>Demonstração e treino de respiração profunda (relaxamento)</p>		10minutos	
Conclusão	Síntese integradora da sessão		Ativa	<p>Esclarecimento de questões</p> <p>Resumo oral da Sessão</p> <p>Monitorização do risco de queda das pessoas idosas</p>	<p>VideoProjetor</p> <p>Tela de projeção</p> <p>Escala de Morse</p> <p>Papel e caneta</p>	<p>10minutos</p> <p>60minutos</p>	

ANEXO XVI – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE EPS ÀS PESSOAS IDOSAS



VAI ACONTECER....



**Ação de Educação
às Pessoa Idosas**

**Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos
com Pessoas Idosas**



Dirigido a: **Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos**

Local: **Casa do Povo de Runa**

Data: **30. Maio. 2012**



Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tf.: 261 911 301



VAI ACONTECER....



**Ação de Educação
às Pessoa Idosas**

**Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos
com Pessoas Idosas**



Dirigido a: **Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos**

Local: **Casa do Povo da Freguesia do Ramalhal**


Data: **08. Junho. 2012**



Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tf.: 261 911 301



VAI ACONTECER....



Ação de Educação às Pessoa Idosas




Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Dirigido a: **Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos**

Local: **Associação Solidariedade Social Socorros de Campelos**

Data: **04. Junho. 2012**




Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tlf.: 261 911 301

VAI ACONTECER....



Ação de Educação às Pessoa Idosas



Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

Dirigido a: **Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos**

Local: **Associação Socorros de Outeiro da Cabeça**

Data: **18. Maio. 2012**




Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tlf.: 261 911 301



VAI ACONTECER....



**Ação de Educação
às Pessoa Idosas**

**Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos
com Pessoas Idosas**



Dirigido a: Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos

Local: Associação Solidariedade Ação Social Matacães

Data: 25. Maio. 2012



Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tlf.: 261 911 301



VAI ACONTECER....



**Ação de Educação
às Pessoa Idosas**

**Casa Segura:
Prevenção de Acidentes Domésticos
com Pessoas Idosas**



Dirigido a: Pessoas idosas e seus familiares e/ou amigos

Local: Associação Socorros Freguesia da Carvoeira

Data: 23. Maio. 2012

Horário: Das 14h30 às 17h15



Enfª Catarina * Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras – Pólo Maxial * tlf.: 261 911 301



ANEXO XVII – MANUAIS INFORMATIVOS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES
DOMÉSTICOS COM PESSOAS IDOSAS – VERSÃO PARA PESSOAS ANALFABETAS E
VERSÃO PARA PESSOAS LITERADAS



Contactos úteis:

EMERGÊNCIA MÉDICA: 112! (Grátis)

SAÚDE 24: 808 24 24 24

GNR Torres Vedras: 261337140 / 961 192 351

Bombeiros (Maxial): 261911561



Organização



**UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS**

PÓLO MAXIAL

Calçada de Santa Suzana
2565-454 Maxial



261 911 301

UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS

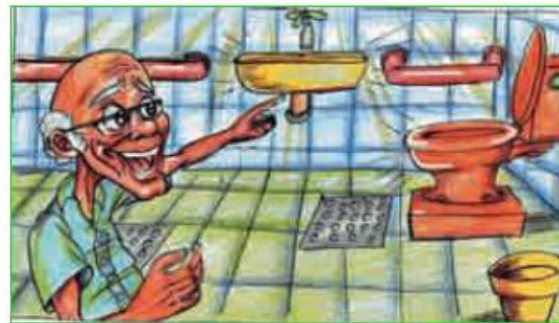


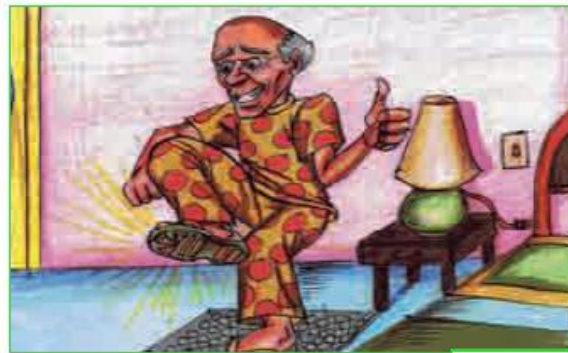
**Casa Segura:
Prevenção de
ACIDENTES DOMÉSTICOS
com Pessoas Idosas**



Tel.: 261 911 301











Cada pequena precaução que tomamos nas tarefas diárias pode originar grandes benefícios para a saúde.



Contactos úteis:

EMERGÊNCIA MÉDICA: 112! (Grátis)

SAÚDE 24: 808 24 24 24

GNR Torres Vedras: 261337140 / 961 192 351

Bombeiros (Maxial): 261911561



Organização

UNIDADE DE CUIDADOS
NA COMUNIDADE DE
TORRES VEDRAS

UCC PÓLO MAXIAL
Calçada de Santa Suzana
2565-454 Maxial
Tel: 261911301

UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS

CASA SEGURA:

Prevenção de
**ACIDENTES
DOMÉSTICOS com
Pessoas Idosas**



TEL.: 261 911 301



QUEDAS! ALGUNS FACTOS:

- Em cada ano, uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico.
- A maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa.
- Nas pessoas idosas, os acidentes são essencialmente devidos a quedas.
- O tempo de internamento por acidentes com pessoas idosas é cinco vezes superior ao das crianças.

A importância de não cair:

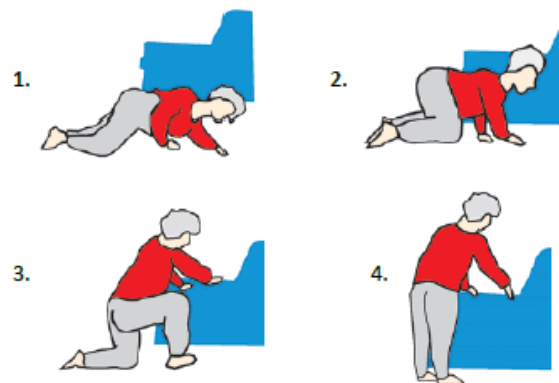


Uma simples queda pode mudar a sua vida porque pode ter consequências físicas importantes como fracturas ou lesões, algumas delas incapacitantes. Mas também pode causar problemas no estado psicológico: depressão, medo, ansiedade...

PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

Como Reagir em caso de queda?

- Se tiver dor intensa, não deve tentar levantar-se! Peça ajuda e mantenha-se quente (utilizar o que estiver à mão: tapetes, mantas, lençóis...)
- Se não tiver dor intensa e conseguir mexer-se, deve tentar levantar-se da seguinte forma:
 1. Dobrar-se sobre o estômago, pôr-se de gatas e gatinhar ou sentar-se e arrastar-se sentado até à peça de mobiliário mais próxima.
 2. Colocar as mãos sobre a mobília e pôr um dos pés bem assente no chão.
 3. Levantar-se, sentar-se para descansar. Pedir ajuda!
- Comunicar ao médico e/ou enfermeiro!



PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

QUARTO (Continuação):

- A distribuição dos móveis deve permitir a movimentação com o andarilho, bengala, etc.
- A mesa-de-cabeceira deve ser estável, ter bordos arredondados e ter uma altura e distância da cama que permita fácil acesso.
- Coloque as roupas em gavetas nunca mais baixas que os joelhos nem mais altas que o peito.
- Levante-se lentamente depois de se sentar ou deitar.
- Use sapatos fortes com solas finas anti-derrapantes
- Não use roupas demasiado longas nem largas.
- Tenha o telefone sempre à mão.



COZINHA:

- A distribuição dos móveis em forma de L permite ter sempre um ponto de apoio enquanto se movimenta.
- O chão deve estar seco e limpo. Lembre-se que é mais seguro o antiderrapante.
- Procure colocar os utensílios e recipientes que utiliza habitualmente ao alcance da mão.
- Evitar passadeiras.
- Coloque detector de fumos e de fugas de gás.



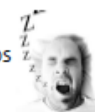
Página 14

- Fatores de risco (Continuação):

Página 3

1) Relacionados com o envelhecimento, pois provoca mudanças físicas e mentais na pessoa idosa, tais como:

- os reflexos ficam mais lentos,
- a capacidade de visão e audição diminuem (necessidade de usar óculos e aparelhos auditivos),
- dificuldades cognitivas e demência,
- a força muscular diminui,
- a forma de caminhar e o equilíbrio também podem sofrer alterações.
- Problemas com os pés (joanetes deformidades dos dedos, úlceras, etc.)
- aparecem mais doenças crônicas, entre elas as artroses e a osteoporose,
- toma-se mais medicamentos e alguns têm efeitos adversos, como a sonolência.
- Deficiências nutricionais e Falta de vitamina D.



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS

- Fatores de risco (Continuação):

2) Relacionadas com o espaço envolvente, quando o idoso realiza as suas atividades da vida diária, sobre tudo se:

- o chão for escorregadio,

- a iluminação da habitação for deficiente,



- Presença de cabos elétricos e objetos no chão,

- mobílias em excesso na casa que impeçam o caminho,

- tapetes soltos,

- os degraus das escadas muito altos ou irregulares,

- o pavimento do quintal ou das ruas estiver mal conservado,

- Passeios estreitos, com desníveis e obstáculos,

- escadas e varandas sem proteção,

- ausência de traves de apoio no lavatório, banheira e sanita,



- ausência de antiderrapantes na banheira,

- móveis de cozinha muito altos, de difícil acesso,

- camas muito altas ou muito baixas,

- mesas instáveis,

- cortinas demasiado compridas.

- subir para escadotes, cadeiras, bancos.



Página 4

PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

Página 13

CASA DE BANHO (Continuação):

• Coloque um tapete antiderrapante dentro e fora da banheira ou do chuveiro.

• Instale um chuveiro de mão com uma mangueira extra-longa

• É muito útil colocar barras de apoio na banheira, no bidé e na sanita.



• Se a altura da sanita for mais elevada, menores serão os esforços para sentar e levantar.

• Utilize produtos antiderrapantes para limpar a casa de banho.

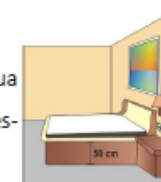
• Mantenha o chão seco depois de tomar banho.

• Nunca usar bengaleiros (porta tolhas), tabuleiros para sabonete, prateleiras e outros itens do género sem que estejam bem seguros á parede.

• Não tranque a porta da casa de banho.

QUARTO:

• A cama deve facilitar a entrada e saída e a sua altura deve adequar-se às necessidades pessoais.



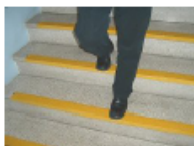
• O colchão não deve afundar e a roupa da cama deve ser leve, de modo a facilitar os movimentos.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS

PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

ESCADAS:

- Certifique-se de que os degraus são uniformes.
- Ter a certeza de que as escadas não são escorregadias. Pintar os limites dos degraus de uma cor contrastante para se ver melhor.
- Retirar todos os objectos em que se possa tropeçar nas escadas e sítios onde ande.
- Retirar tapetes pequenos ou usar fita adesiva de dupla face para evitar que eles escorreguem
- Colocar corrimões seguros dos dois lados das escadas.
- Quando subir escadas mantenha pelo menos uma mão sempre no corrimão, concentre-se naquilo que está a fazer e não se deixe distrair por sons.
- Nunca carregue nada que lhe obstrua a vista do próximo degrau.



CASA DE BANHO:

- O piso mais seguro é o antiderrapante
- É recomendável substituir a banheira por uma base de chuveiro ou cabine de duche, com um banco de ajuda.



- Fatores de risco (Continuação):

3) Outros factores de risco:

- Historial de quedas,
- Incontinência urinária,
- Ter mais de 65 anos de idade,
- Viver sozinho,
- Calçado e vestuário inadequado,
- Medo de cair.

Como manter as atividades de vida diárias de forma segura?

SENTAR-SE E LEVANTAR-SE:

Para se sentar numa cadeira, deverá colocar-se de costas para o assento sentindo-o nas pernas e ajudando com os braços para realizar o movimento.



Para se levantar, coloque-se na beira do assento empurrando com os ombros e os braços para facilitar o movimento para a frente.

Como manter as atividades de vida diárias de forma segura?

DEITAR-SE NA CAMA:

Para se deitar na cama, coloque-se de costas para a mesma, perto do travesseiro, e sente-se. Incline lateralmente o tronco até apoiar a cabeça no travesseiro, levantando primeiro a perna mais próxima da cama. Se existir o risco de queda durante o sono, recomenda-se a colocação de barras laterais em ambos os lados.



CAMINHAR:

- O ritmo da marcha não deve ser excessivamente rápido.
- Os passos deverão ser de média distância, para evitar perdas de equilíbrio e cansaço excessivo.
- Em cada avanço, o peso será transferido para o membro inferior que permanece apoiado.
- Recomendam-se pausas para descansar, em percursos longos.
- Não devem ser feitas mudanças bruscas de direção.
- Se utilizar bengala, a pega da mesma deve chegar à altura da anca.
- Os braços devem ir livres e pendulares nos lados do corpo.

Página 6

PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

Página 11

PORTAS:

- Devem ser de correr ou de batente abrindo para o exterior.
- As dimensões deverão ser, pelo menos, de 80 cm, para facilitar a entrada e saída de cadeiras de rodas, andaluzos etc.
- Se as portas da casa de banho tiverem fechos de segurança, é importante que possam ser abertas por fora.



MOBILIÁRIO:

- Recomenda-se que existam poucos móveis, especialmente no acesso às assoalhadas mais utilizadas, como a cozinha e a casa de banho.
- O melhor é não colocar tapetes e passadeiras. Mas, se existirem, deverão estar presos ao chão, pois podem fazer com que tropece ou escorregue.
- As cadeiras e as poltronas devem ter apoio de braços e costas. O assento deve ser firme, não afundar, e a altura recomendada em relação ao chão é de 45 centímetros.
- A desordem pode provocar quedas.



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS

PREVENÇÃO! QUE CARACTERÍSTICAS DEVE TER A SUA CASA?

ILUMINAÇÃO:

- A luz deve ser abrangente e indirecta em todas as áreas, principalmente no quarto e na casa de banho.



- Os abajures devem ser translúcidos e as lâmpadas foscas.
- Aconselha-se a utilização de lâmpadas fluorescentes.



- Adicione luz em zonas escuras.
- É útil deixar acesa uma luz de presença, durante a noite, que o permita ver melhor quando se desloca.
- Pendure cortinas leves em janelas e portas para reduzir a luz directa que possa encandear.



INTERRUPTORES DA LUZ:

- Devem estar a uma altura em que lhe seja fácil alcançá-los.
- Para ajudar mais facilmente a localizá-los, é conveniente que a cor do interruptor contraste com a cor da parede. Coloque adesivos fotoluminescentes que brilham no escuro.

JANELAS:

- Devem ser de correr para evitar o acidente quando abrem para dentro.
- Nas janelas com dobradiça, as maçanetas deverão ser de alavanca através de manivela acessível, situadas no máximo a 120 cm de altura a partir do chão.

Página 10

Como manter as atividades de vida diárias de forma segura?

Página 7

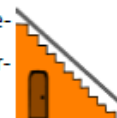
VESTIR-SE E DESPIR-SE:

Se estiver de pé, é conveniente ter um ponto de apoio em frente e uma cadeira atrás. Se perder o equilíbrio com facilidade, o melhor é vestir-se e calçar-se sentado. É conveniente ter a roupa previamente preparada.



SUBIR E DESCER ESCADAS:

Sempre que existam corrimões e suportes, apoie-se neles. Ao subir o degrau, adiante primeiro a perna mais ágil para subir e a menos ágil ao descer.



LIMPAR A CASA:

Sempre que possa fazer tarefas sentado, deve fazê-lo para não perder o equilíbrio e evitar ter tonturas. É totalmente desaconselhável subir escadotes, pôr-se em cima de bancos sozinho para limpar ou colocar cortinas. Deve esperar por alguém.



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES
VEDRAS

CONSELHOS ÚTEIS:

Como prevenir quedas

- Mantenha-se em forma!

Faça exercício regularmente. O exercício torna-o mais forte e melhora o equilíbrio e coordenação.



- Pense em nutrição e ingestão de líquidos:

A sua dieta deve conter cálcio (Ex: Leite, queijo e iogurtes) e vitamina D para reduzir o risco de fracturas (Ex: Peixes gordos como sardinhas e atum e carne).

A vitamina D também é produzida pelo corpo ao sol, como tal andar ao sol além de ser um ótimo exercício também lhe dá vitamina D!

Beba muitos líquidos quando fizer exercício.

Beba 6 a 8 copos de água por dia.



- Cuide da sua medicação:

Se toma medicamentos, reveja-os periodicamente com o seu médico e pergunte sobre efeitos secundários, uma vez

que alguns o poderão pôr sonolento ou tonto.

Se toma muitos medicamentos por dia, ou por semana, utilize um organizador para evitar confusões.



Página 8

CONSELHOS ÚTEIS:

Como prevenir quedas (Continuação)

Página 9

- Participe em actividades sociais:

Existem muitas associações, centros de saúde, etc., em todos os municípios onde pode conhecer outras pessoas e participar em variadas actividades sociais. As actividades sociais aumentam a qualidade de vida e previnem a solidão.

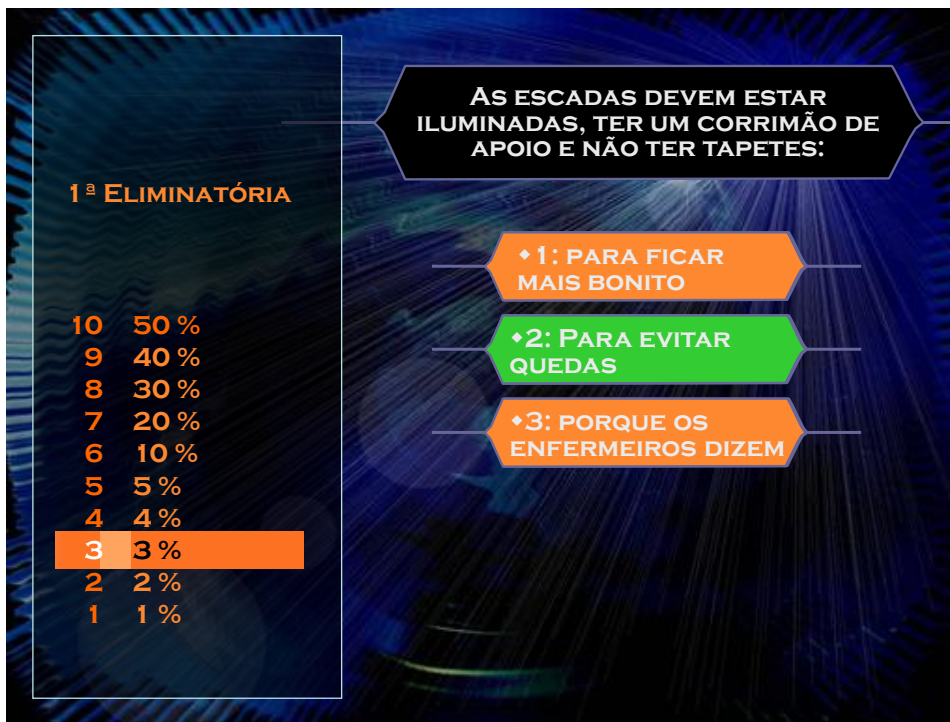
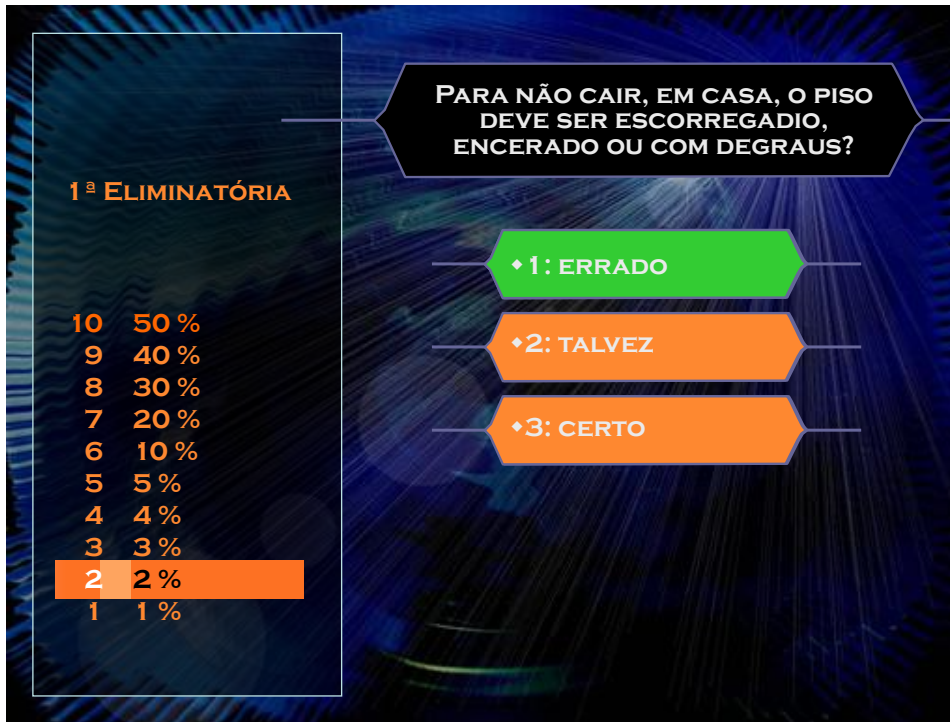


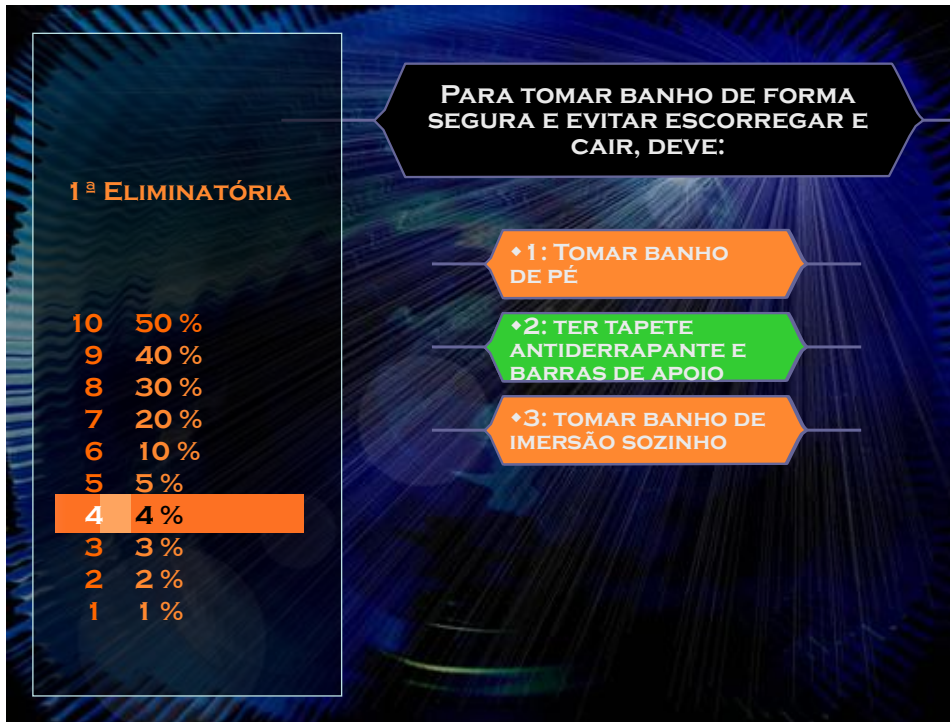
As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustamentos na casa e no estilo de vida, mas, promover a segurança, é também, garantir que as pessoas idosas se alimentam convenientemente e se mantêm fisicamente activas.

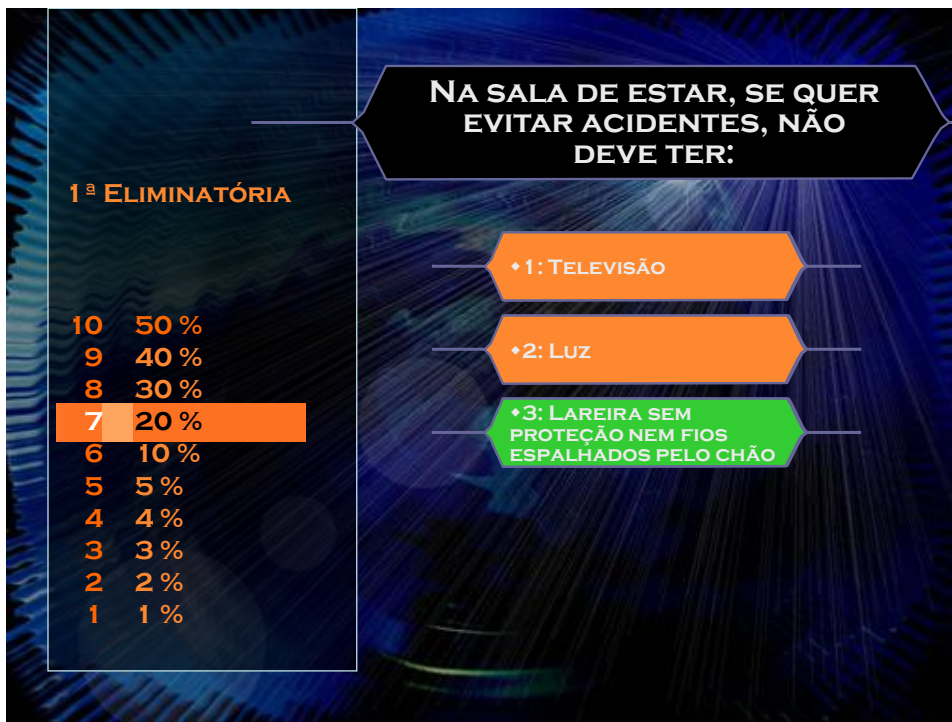
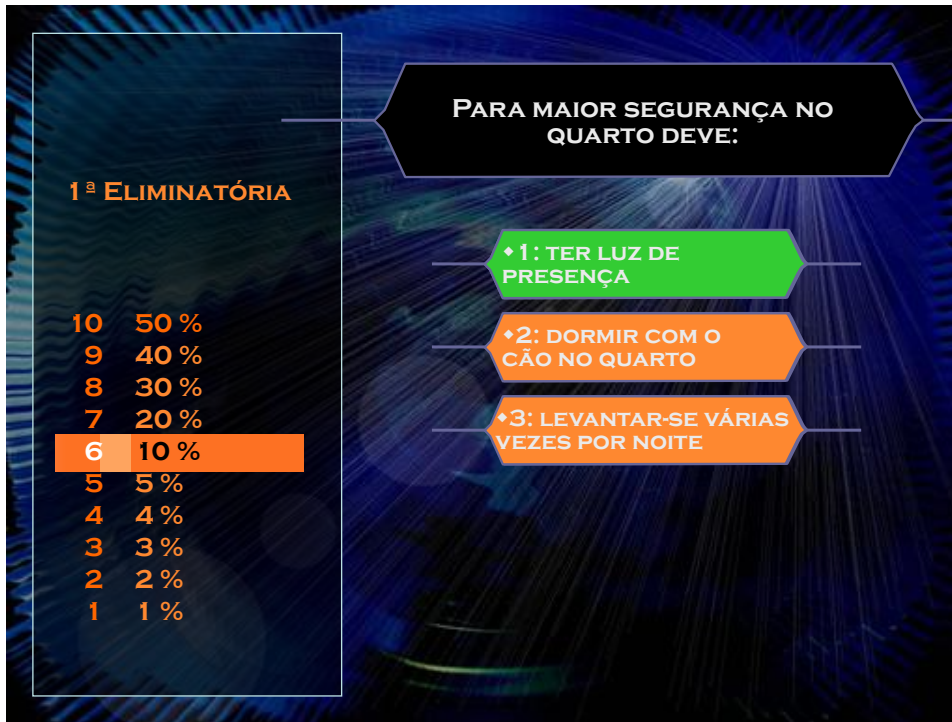
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES
VEDRAS

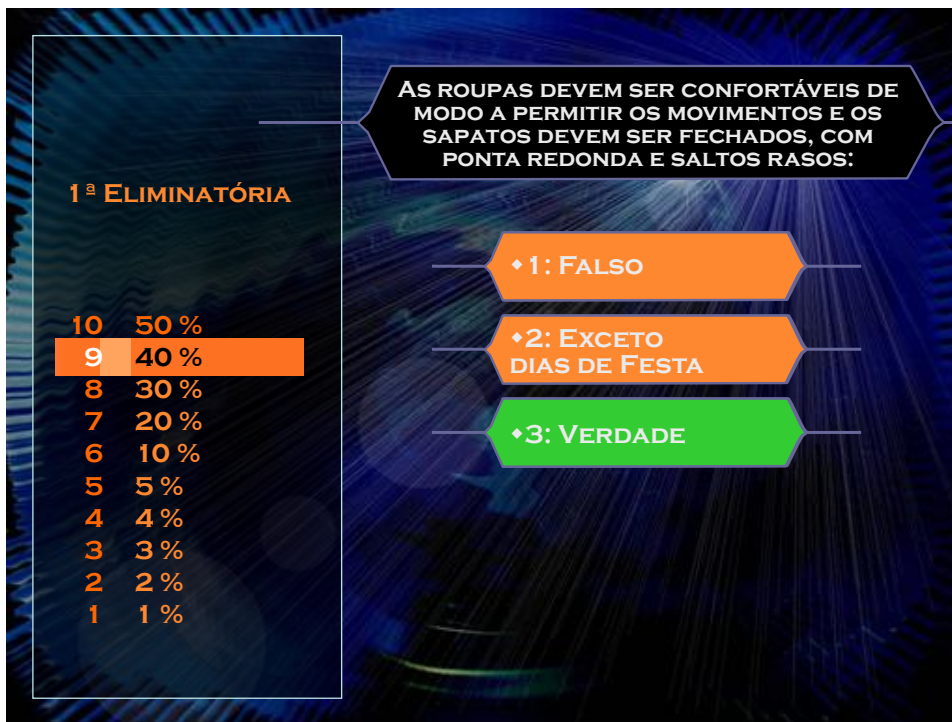
ANEXO XVIII – JOGO PEDAGÓGICO DE AVALIAÇÃO FINAL DA SESSÃO DE EPS ÀS
PESSOAS IDOSAS

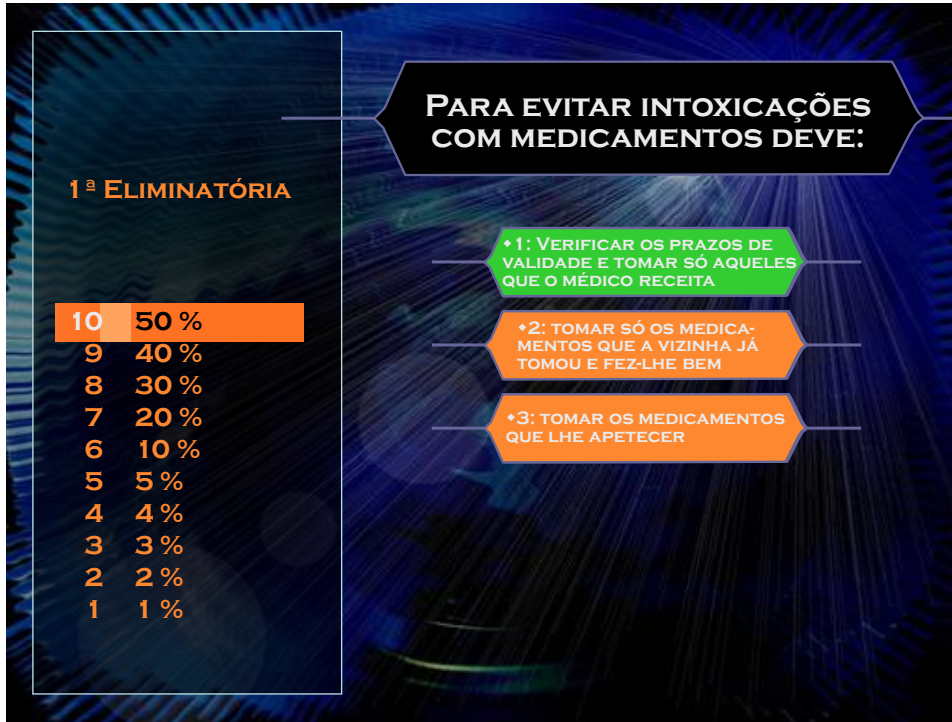


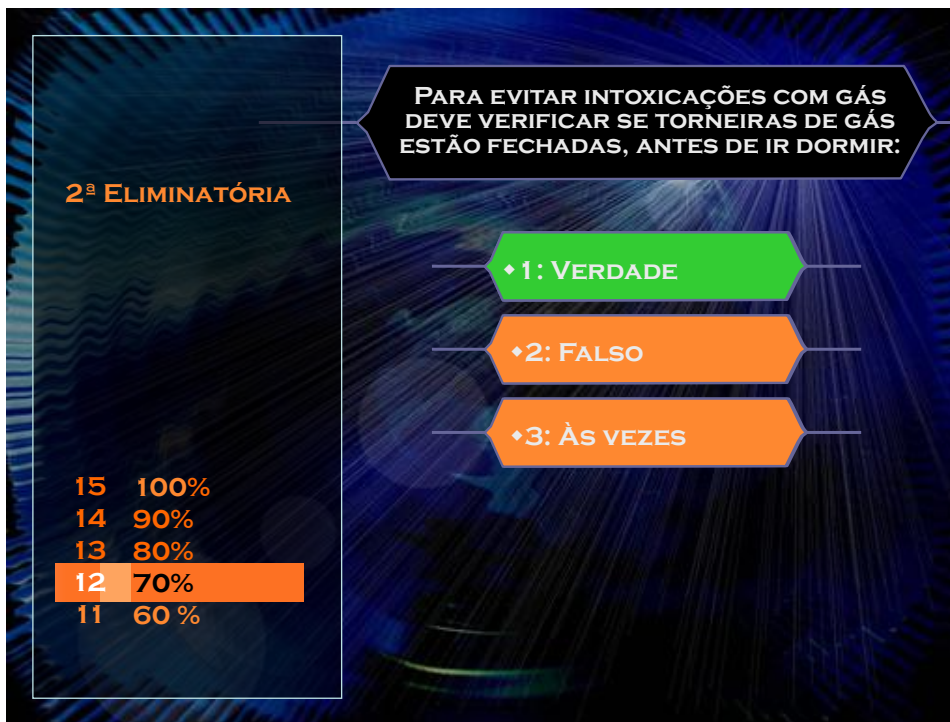
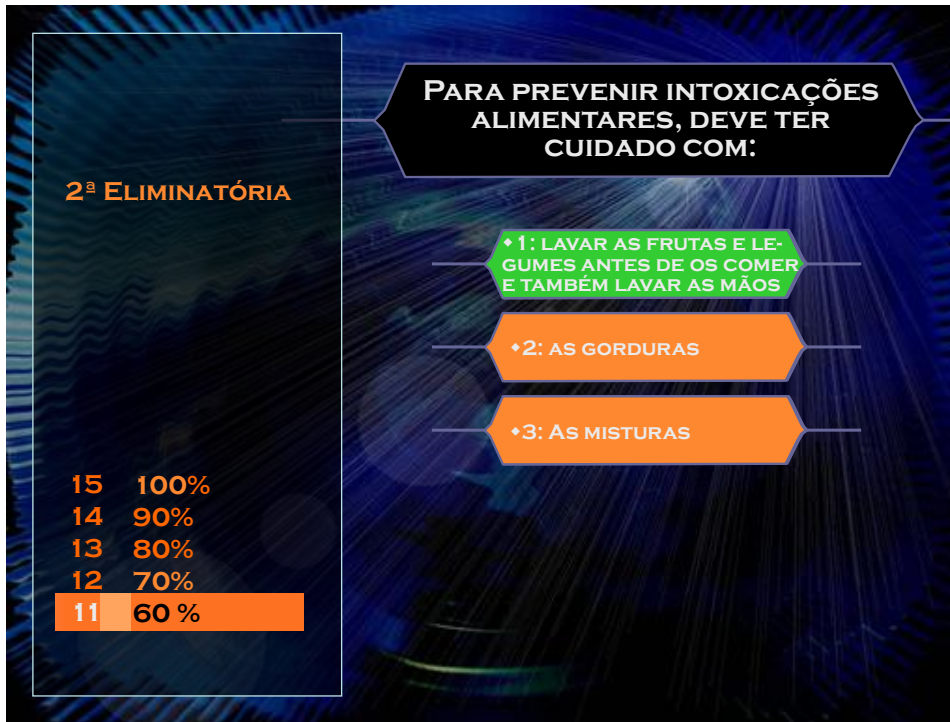


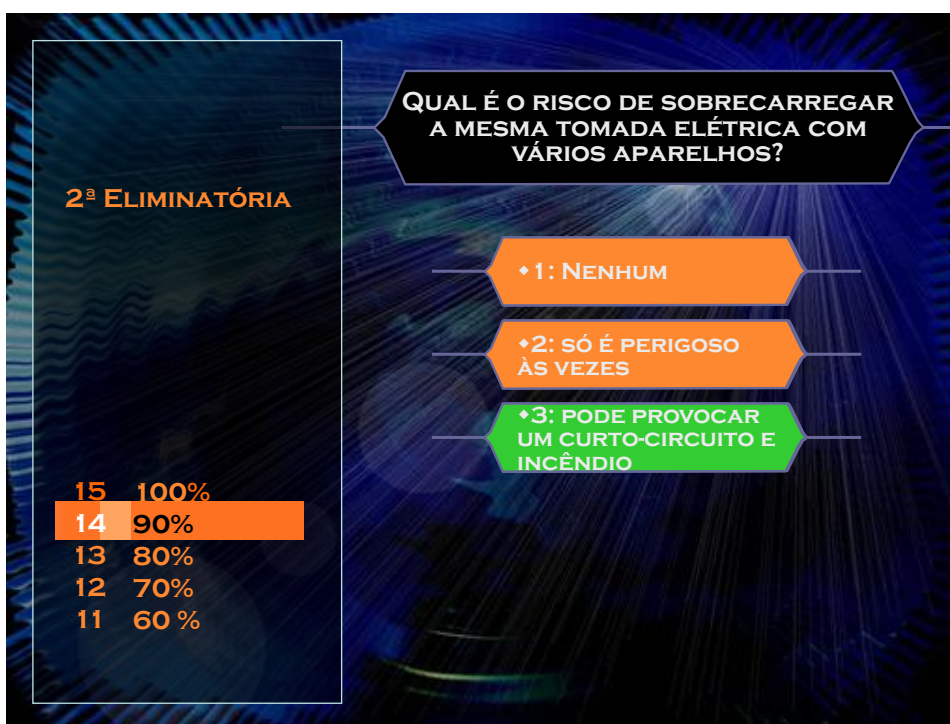


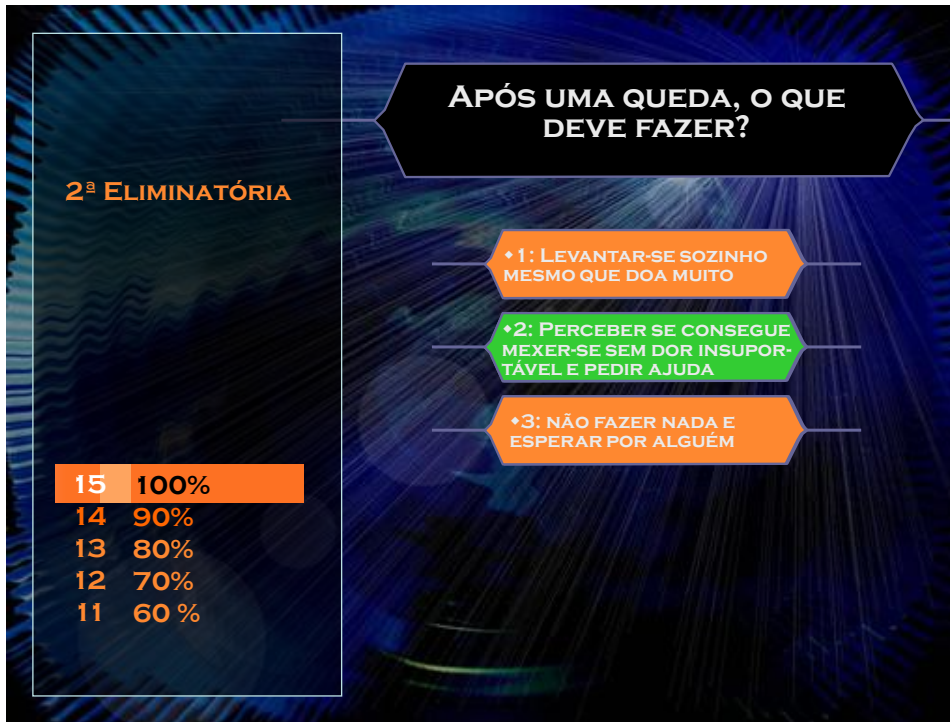












Parabéns!!!

MAS ATENÇÃO!

AGORA HÁ QUE TER CUIDADO EM CASA
E ADAPTAR O QUE FOR NECESSÁRIO

100% CUIDADOSO

ANEXO XIV – FICHA DE LIGAÇÃO ENTRE PARCEIROS COMUNITARIOS: UCC/GNR/IPSS's

FICHA DE LIGAÇÃO UCC/GNR/IPSS's

Entidade referenciadora _____ Data da referenciação ___/___/_____
Nome do profissional que referenciou _____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SINALIZADA
Nome - _____ D.N. - ___/___/_____
Morada: _____
Estado Civil - _____ Escolaridade - _____ Contacto Telef. (Pessoal).- _____
Nome da pessoa mais próxima _____ Contacto Telef. _____

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO (identificar com X):						
Critérios Comuns:						
Idade > 65 anos				Suspeita de alimentação insuficiente		
Vive só				Aspeto físico descuidado (Higiene)		
Vive com outra pessoa com > 65 anos				Isolamento Geográfico		
Condições habitacionais desadequadas				Limitado ao Domicílio (*)		
Apoio Social insuficiente				Sem apoio familiar/ informal		
Sem apoio social				Apoio familiar insuficiente		
Défice sensorial _____				Dependente de ajuda nas atividades de vida diárias (*)		
Dificuldade na mobilidade				Hospitalizações frequentes (>1 x mês)		
Critérios – Segurança:						
Tipo de habitação	Andar/apartamento	Moradia	Outro:	Observações:		
Pisos	R/C	1 ou mais	Observações:			
Pavimento	Terra	Cimentado	Cerâmico	Observações:		
Telhado	Telha	Telha/Placa	Telha/Forro de madeira	Chapa	Condições:	
Paredes	Tijolo	Madeira	Chapas metálicas	Condições:		
Janelas	Alumínio	Madeira	Ferro	<u>Com grades</u>	<u>Sem grades</u>	
Portas	Alumínio	Madeira	Ferro	<u>Fechadura com uma tranca</u>	<u>Fechadura com mais de uma tranca</u>	
Degraus	Acesso à habitação	No interior da habitação	<u>Com corrimão</u>	<u>Sem corrimão</u>	Condições:	
Sinal chamada (campainha)	Sim	Não	Outro:	Observações:		
Quintal	Não	<u>Sim</u>	<u>Pavimento em terra</u>	<u>Pavimento em cimento</u>	<u>Pavimento em cerâmica</u>	
Animais de estimação	Sim	Não	Observações:			
Animais de criação	Sim	Não	Observações:			

Poço	Não		<u>Sim</u>	<u>Com resguardo</u>	<u>Com tampa</u>	Observações
				<u>Sem resguardo</u>	<u>Sem tampa</u>	
Água canalizada	Não		<u>Sim</u>	<u>Rede</u>	<u>Poço</u>	Observações:
Saneamento	Não		<u>Sim</u>	<u>Rede Pública</u>	<u>Foça Séptica</u>	<u>Outro:</u>
Electricidade	Não		<u>Sim</u>	<u>Boa Instalação</u>	<u>Instalações Razoáveis</u>	<u>Instalações degradadas</u>
Televisão	Não		Sim	Observações:		
Aquecimento	Não		<u>Sim</u>	<u>Lareira</u>	<u>Aquecedor a Óleo</u>	Observações:
				<u>Aquecedor a Gás</u>	<u>Cobertor eléctrico</u>	
Higiene da habitação	Boa		Razoável	Péssima	Observações:	

(*): critério que só por si requer visita domiciliária.

RESUMO <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

REUNIÃO	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
Estratégias/ Encaminhamentos delineados			

VISITA DOMICILIÁRIA	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
REUNIÃO	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
Estratégias/ Encaminhamentos delineados			

VISITA DOMICILIÁRIA	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
Avaliação da situação/ Estratégias/ Encaminhamentos delineados			

REUNIÃO	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
Avaliação da situação/ Estratégias/ Encaminhamentos delineados			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
VISITAS DOMICILIÁRIAS	SAÚDE	SEGURANÇA	SOCIAL
Data-			
Avaliação da situação/ Estratégias/ Encaminhamentos delineados			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			