

Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas: uma abordagem em Enfermagem de Saúde Familiar baseada em evidências

David Maia Lopes - 31212



II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

CONSÓRCIO:

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança

Escola Superior de Saúde - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas: uma abordagem em Enfermagem de Saúde Familiar baseada em evidências

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Mestrando:

David Maia Lopes

Regente/Orientador/Docente:

Professora Doutora Carmina Morais

Enfermeiro Tutor:

Mestre Especialista Paulo Ramos

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa o culminar de um percurso exigente, marcado por aprendizagem, reflexão e crescimento pessoal e profissional. Este caminho foi possível graças ao apoio, à presença e à generosidade de várias pessoas, a quem expresso o meu profundo e sincero agradecimento.

À Professora Doutora Carminda Morais, orientadora deste trabalho, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação científica exigente e sempre esclarecedora, pela permanente disponibilidade e pelo apoio constante ao longo de todo o percurso. A partilha generosa de conhecimento, o estímulo à reflexão crítica e o acompanhamento atento foram determinantes não só para a concretização deste relatório, mas também para o meu crescimento pessoal e para a consolidação do meu percurso enquanto profissional de enfermagem mais consciente, reflexivo e comprometido com a qualidade dos cuidados.

Ao Enfermeiro Orientador de Estágio, Mestre e Enfermeiro Especialista Paulo Ramos, e ao Enfermeiro Especialista Tiago Neves, agradeço a proximidade, o acompanhamento atento e a partilha generosa de saberes e experiências ao longo dos estágios. O vosso apoio contribuiu de forma significativa para o meu crescimento profissional e humano.

Às pessoas idosas e suas famílias que aceitaram participar neste estudo, deixo um agradecimento especial, pela confiança, disponibilidade e contributo essencial para a concretização deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, em particular à Tânia Araújo e ao Hélio Oliveira, agradeço a colaboração, a partilha de conhecimentos e o espírito de entreatajuda que marcaram este percurso. À Professora Patrícia Vieira e ao Professor Pedro Faria, da ESTG do IPVC, expresso igualmente o meu agradecimento pela colaboração na digitalização do jogo *“Missão Casa Segura”*.

DEDICATÓRIA

À Alexandra, minha mulher, pela presença constante e serena, pela compreensão demonstrada nos momentos de maior exigência e pelo incentivo contínuo que sustentou este percurso até à sua concretização.

À Carolina, minha filha, principal fonte de motivação e sentido, que confere significado ao esforço desenvolvido e alimenta a esperança na construção de um futuro orientado pelo conhecimento, pelo cuidado e pela humanidade.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pelos valores transmitidos ao longo da vida e pela confiança permanente que, de forma discreta e consistente, acompanhou todo o meu percurso académico e profissional.

PENSAMENTO

***“O valor de uma sociedade mede-se pela forma como cuida dos seus membros
mais velhos.”***

Papa Francisco



Jan. 11, 2023 | Vatican Media

Resumo

Enquadramento: As quedas constituem uma das principais causas de morbimortalidade na população com 65 e mais anos, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e nas dinâmicas familiares. Assim, esta problemática constitui, simultaneamente, uma prioridade e, um dos principais desafios do Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrado no Curso de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF).

Objetivos: Avaliar o risco de queda em pessoas idosas inscritas numa USF da zona Norte; identificar os fatores de risco para a queda em pessoas idosas; implementar estratégias colaborativas de prevenção de quedas em pessoas idosas; apresentar, de forma crítico-reflexiva, o percurso formativo no âmbito ENP, com vista à qualificação académica do grau de mestre em ECAESF.

Metodologia: O presente estudo enquadra-se nos pressupostos da investigação-ação, adotando uma abordagem quantitativa, com desenho transversal, descritivo e correlacional. A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico, da Escala de Morse e do questionário de fatores determinantes validado para a população portuguesa (Valente, 2012). O ENP seguiu globalmente o preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018 e pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE.

Resultados: Relativamente ao estudo, a amostra foi maioritariamente constituída por mulheres (62,8%), com idade média de $82,73 \pm 5,89$ anos. A maioria era casada (50,0%) e apresentava baixo nível de escolaridade, predominando o ensino básico (81,8%). A perceção do estado de saúde foi maioritariamente “razoável” (63,5%), verificando-se elevada prevalência de polimedicação (56,4%) e patologias cardiovasculares (80,4%). A maioria era autónoma nas atividades de vida diária (79,7%), embora 35,1% utilizassem auxiliares de marcha. Observou-se elevada prevalência de quedas no último ano (92,6%), sobretudo no domicílio (45,9%), sendo os principais mecanismos o tropeçar (43,9%) e escorregar (26,4%). O medo de cair foi referido por 85,2%, sem perceção de impacto significativo nas atividades diárias na maioria dos casos (71,6%). Segundo a Escala de Morse, 61,5% apresentaram risco moderado, 26,4% elevado e 12,2% baixo. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre o risco de queda e a idade ($p = 0,021$), a polimedicação ($p = 0,008$), as doenças cerebrovasculares ($p = 0,042$) e a diabetes ($p = 0,021$). Partindo dos resultados do estudo e em articulação com a ESTG do IPVC, procedeu-se à digitalização do jogo desenvolvido em formato de tabuleiro, ampliando o acesso a mais famílias e potenciando ganhos em saúde através da promoção da literacia e da prevenção de quedas.

Conclusão: Os resultados evidenciam que o risco de queda na pessoa idosa é elevado e de natureza multifatorial, estando associado a fatores sociodemográficos e clínicos. A promoção da segurança, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas e famílias, desafia o reforço da intervenção estruturada, sistémica e colaborativa no âmbito da ESF

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Pessoa Idosa; Quedas; Fatores de Risco.

Abstract

Background: Falls are one of the leading causes of morbidity and mortality among adults aged 65 years and older, with significant impact on quality of life and family dynamics. Therefore, this issue represents both a priority and a major challenge within the Professional Practice Internship integrated into the Master's Degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing.

Objectives: To assess fall risk in older adults registered at a Family Health Unit in Northern Portugal; identify fall risk factors; implement collaborative fall prevention strategies; and critically reflect on the professional training pathway developed during the internship, aiming at the acquisition of master's-level competencies in Family Health Nursing.

Methods: This study follows an action-research framework using a quantitative, cross-sectional, descriptive, and correlational design. Data were collected through a sociodemographic questionnaire, the Morse Fall Scale, and a validated questionnaire assessing fall risk determinants for the Portuguese population (Valente, 2012). The internship followed the competencies defined by the Portuguese Order of Nurses regulations.

Results: The sample consisted mainly of women (62.8%), with a mean age of 82.73 ± 5.89 years. Most participants were married (50.0%) and had low educational levels (81.8%). High prevalence of polypharmacy (56.4%) and cardiovascular diseases (80.4%) was observed. Although most participants were independent in activities of daily living (79.7%), 35.1% used walking aids. Falls in the previous year were reported by 92.6%, mainly at home (45.9%). According to the Morse Fall Scale, 61.5% presented moderate risk, 26.4% high risk, and 12.2% low risk. Significant associations were found between fall risk and age ($p = 0.021$), polypharmacy ($p = 0.008$), cerebrovascular disease ($p = 0.042$), and diabetes ($p = 0.021$). Based on the findings and in collaboration with the School of Technology and Management of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, a board game developed during the internship was digitalized, expanding access to families and promoting health literacy and fall prevention.

Conclusion: Fall risk among older adults is high and multifactorial, associated with sociodemographic and clinical factors. Promoting safety, autonomy, and quality of life of older adults and their families requires structured, systemic, and collaborative Family Health Nursing interventions.

Keywords: Family Health Nursing; Older Adults; Falls; Risk Factors.

Résumé

Contexte : Les chutes constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus, avec un impact significatif sur la qualité de vie et les dynamiques familiales. Cette problématique représente ainsi une priorité et un défi majeur dans le cadre du Stage de Nature Professionnelle intégré au Master en Soins Infirmiers Communautaires, spécialité Infirmier de Santé Familiale.

Objectifs : Évaluer le risque de chute chez les personnes âgées inscrites dans une Unité de Santé Familiale du nord du Portugal ; identifier les facteurs de risque ; mettre en œuvre des stratégies collaboratives de prévention des chutes ; et présenter, de manière critique et réflexive, le parcours formatif développé durant le stage, en vue de l'acquisition des compétences de niveau master en soins infirmiers de santé familiale.

Méthodologie : Cette étude s'inscrit dans une démarche de recherche-action, avec une approche quantitative, de type transversal, descriptif et corrélationnel. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique, de l'échelle de Morse et d'un questionnaire des facteurs déterminants validé pour la population portugaise (Valente, 2012). Le stage a suivi les compétences définies par les règlements de l'Ordre des Infirmiers portugais.

Résultats : L'échantillon était majoritairement constitué de femmes (62,8 %), avec un âge moyen de $82,73 \pm 5,89$ ans. La majorité était mariée (50,0 %) et présentait un faible niveau d'instruction (81,8 %). Une forte prévalence de polymédication (56,4 %) et de pathologies cardiovasculaires (80,4 %) a été observée. Bien que la plupart des participants soient autonomes dans les activités de la vie quotidienne (79,7 %), 35,1 % utilisaient des aides à la marche. Des chutes au cours de l'année précédente ont été rapportées par 92,6 %, principalement au domicile (45,9 %). Selon l'échelle de Morse, 61,5 % présentaient un risque modéré, 26,4 % un risque élevé et 12,2 % un faible risque. Des associations statistiquement significatives ont été observées entre le risque de chute et l'âge ($p = 0,021$), la polymédication ($p = 0,008$), les maladies cérébrovasculaires ($p = 0,042$) et le diabète ($p = 0,021$). À partir des résultats et en collaboration avec l'École Supérieure de Technologie et de Gestion de l'Institut Polytechnique de Viana do Castelo, le jeu développé en format plateau a été numérisé, élargissant l'accès aux familles et favorisant la littératie en santé et la prévention des chutes.

Conclusion : Le risque de chute chez la personne âgée est élevé et multifactoriel, associé à des facteurs sociodémographiques et cliniques. La promotion de la sécurité, de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées et de leurs familles nécessite des interventions structurées, systémiques et collaboratives en soins infirmiers de santé familiale.

Mots-clés : Soins infirmiers de santé familiale ; Personne âgée ; Chutes ; Facteurs de risque.

ABREVIATURAS

ED. – EDIÇÃO

ET AL.- E OUTROS

N.º - NÚMERO

P. – PÁGINA

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

EEECAESF – Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

EEESF - Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Familiar

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPRF – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

INE – Instituto Nacional de Estatística

EPE – Entidade Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAF – Plano Ação de Formação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULPVVC– Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde

USAG – Unidade de Serviços de Apoio Geral

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Resumo	ii
Abstract.....	iii
Résumé	iv
Índice de Figuras e Tabelas	ix
Introdução.....	1
CÁPITULO I - Bases Teóricas da Problemática em Estudo.....	4
1.1 A família como unidade de cuidado na transição do envelhecimento	5
1.2 Enfermagem de Saúde Familiar e a gestão da transição do envelhecimento	8
1.2 A Queda na Pessoa Idosa: Conceito e Impacto	11
1.3 Relevância Epidemiológica das Quedas na Pessoa Idosa	15
1.4 Determinantes Individuais, Familiares e Ambientais das Quedas em Contexto Domiciliário.....	18
1.5 Estratégias de Prevenção de Quedas no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.....	24
1.6 Risco de Quedas na Pessoa Idosa: Escalas de Avaliação e Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar	29
1.7 Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Desafios e Intervenções da Enfermagem de Saúde Familiar	32
1.8 . Teoria Bioecológica e Prevenção de Quedas no Idoso	37
1.9 - Modelos Internacionais de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas: Contributos para a Prática em Enfermagem de Saúde Familiar	43

Capítulo II- Caracterização do Contexto de Estágio no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde	47
2.1. Perfil demográfico da ULSPVVC	50
2.2 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	53
CAPÍTULO III – Metodologia.....	59
3.1 Metodologia	59
3.1.1 Justificação da problemática, Questão de investigação, finalidade e objetivos e do estudo	61
3.1.2 Tipo de estudo e amostra	63
3.1.3 Variáveis.....	64
3.1.4 Instrumento de recolha de dados	67
3.1.5 Procedimento de recolha de dados	68
3.1.7 Considerações éticas	69
3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	70
3.2.1 Caracterização sociodemográfica.....	71
3.2.3 O risco de queda da pessoa idosa	76
3.2.4 Fatores de risco na queda da pessoa Idosa	77
3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	80
4. CAPÍTULO IV – PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	81
4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS	82
4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	83

4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	85
4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	86
4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	87
4.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	89
4.2.1. Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	90
4.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	94
4.2.3. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	97
4.2.4. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	98
4.3 COMPETÊNCIAS DE SEGUNDO CICLO NO DOMÍNIO DA ECAESF	102
4.4 APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: CERTIFICAÇÕES DURANTE O ESTÁGIO	103
5- CONCLUSÃO GLOBAL.....	104
Bibliografia	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS	116

Índice de Figuras e Tabelas

Figuras

Figura 1	Modelo da Teoria sistemas Bioecológicos aplicado à prevenção de quedas	40
Figura 2	Pirâmide Etária da USF	56
Figura 3	Distribuição etária da USF	56
Figura 4	Figura 4- IDG 12/2024	57

Tabelas

Tabela 1	Variável dependente	65
Tabela 2	Variáveis independentes	66
Tabela 3	Caracterização das variáveis Sociodemográficas	71
Tabela 4	Caracterização das variáveis Clínicas	74
Tabela 5	Caracterização da variável- Risco de queda	77

Introdução

O presente Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional (ENP) integra o plano curricular do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), em regime de cooperação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Este documento tem como finalidade apresentar, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido em contexto de prática clínica, evidenciando o processo de aquisição, aprofundamento e consolidação de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, exigidas quer para a obtenção do grau de Mestre na área científica do curso, quer para o cumprimento dos requisitos necessários à atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF), conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A elaboração do relatório encontra-se alinhada com o modelo pedagógico do curso, que privilegia a articulação entre a prática clínica, a reflexão crítica e a prática baseada na evidência. Este modelo assume que a intervenção do enfermeiro especialista deve ser sustentada em conhecimento científico atualizado, em orientações normativas e em referenciais teóricos sólidos, promovendo cuidados de elevada qualidade, segurança e eficácia (Carr, K. (2010); Polit & Beck, 2021). Neste enquadramento, o relatório centra-se na intervenção de enfermagem dirigida à prevenção de quedas na pessoa idosa, temática amplamente reconhecida como prioritária no âmbito da saúde pública e dos cuidados de saúde primários (WHO, 2021).

O envelhecimento demográfico constitui um fenómeno global com expressão crescente em Portugal, associando-se ao aumento da esperança média de vida e à maior prevalência de doenças crónicas e situações de dependência funcional. Este contexto coloca desafios

significativos aos sistemas de saúde, designadamente no que respeita ao aumento da incidência de quedas na população idosa, com repercussões relevantes ao nível da morbilidade, mortalidade, qualidade de vida e custos em saúde (WHO, 2021; Ambrose, Cruz & Paul, 2020). A evidência científica demonstra que o risco de quedas aumenta progressivamente com a idade, sendo mais elevado em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos e no sexo feminino, em resultado da interação entre alterações fisiológicas do envelhecimento, fatores ambientais e comportamentais (Sherrington et al., 2019; Rodrigues & Alvarenga, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as quedas resultam de uma etiologia multifatorial, decorrente da interação entre fatores intrínsecos, como alterações da força muscular, equilíbrio, cognição ou polimedicação, e fatores extrínsecos, relacionados com o ambiente físico e social em que a pessoa idosa se insere (WHO, 2021). A sua prevenção exige, por isso, uma abordagem integrada, multidisciplinar e centrada na pessoa idosa e na família, combinando estratégias de promoção da saúde, educação para a saúde, adaptação do ambiente e monitorização contínua do risco (Gillespie et al., 2012; WHO, 2021).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) assume um papel central na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão integrada do cuidado, intervindo junto das famílias ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De acordo com Figueiredo et al. (2022), o EEESF dispõe de competências específicas que lhe permitem identificar precocemente fatores de risco, planear e implementar intervenções preventivas baseadas na evidência e capacitar a pessoa idosa e a sua família para a adoção de comportamentos promotores de segurança e autonomia. A literatura recente reforça que intervenções lideradas por enfermeiros, em contexto comunitário e familiar, demonstram eficácia na redução da incidência de quedas e na melhoria dos resultados em saúde (Ekegren et al., 2022; Schlunegger et al., 2023).

A relevância desta temática encontra-se igualmente refletida nas orientações estratégicas nacionais e internacionais. Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 integra a prevenção de quedas como um dos seus objetivos estratégicos, sublinhando a necessidade de implementar intervenções sistemáticas de avaliação, monitorização e mitigação do risco, com especial enfoque nos grupos mais vulneráveis, como a população idosa (DGS, 2021). A nível internacional, as World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults reforçam a importância de abordagens multifatoriais e personalizadas, integrando avaliação clínica, funcional e ambiental (Montero-Odasso et al., 2022).

O desenvolvimento do presente relatório assenta nestes pressupostos teóricos, científicos e normativos, sendo sustentado pelo diagnóstico de situação realizado em contexto de prática clínica. Todo o percurso formativo encontra-se alinhado com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Saúde Familiar (OE, 2018), assegurando a coerência entre os objetivos do estágio, as atividades desenvolvidas e os resultados de aprendizagem esperados.

Através da reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas durante o Estágio de Natureza Profissional, realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região do Grande Porto pretende-se evidenciar os processos de desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o contributo da intervenção desenvolvida para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas idosas e às suas famílias. O relatório encontra-se estruturado em capítulos que contemplam as bases teóricas da problemática em estudo, a caracterização do contexto de estágio, o desenvolvimento do estudo empírico e a análise crítica das atividades e competências adquiridas, culminando na apresentação das conclusões e das principais implicações para a prática profissional.

Importa referir que outra colega do mesmo curso desenvolveu um trabalho académico centrado na mesma temática. Esta convergência temática evidencia a pertinência científica e social do tema em estudo, bem como o interesse partilhado na sua abordagem no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, reforçando a relevância do contributo produzido para a compreensão e intervenção neste domínio.

O documento foi elaborado de acordo com o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, respeitando as normas de formatação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e as referências bibliográficas encontram-se organizadas segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

CÁPITULO I - Bases Teóricas da Problemática em Estudo

O presente capítulo visa apresentar o enquadramento conceptual que sustenta a compreensão do fenómeno em estudo. O envelhecimento demográfico, enquanto tendência estrutural das sociedades contemporâneas, tem produzido impactos significativos nos sistemas de saúde, na organização dos cuidados e nas competências exigidas aos profissionais. Neste contexto, Larsen et al. (2024) evidenciam lacunas na formação dos profissionais para avaliar necessidades e planear cuidados à pessoa idosa em contexto domiciliário, reforçando a necessidade de formação específica em geriatria e de abordagens interprofissionais.

A evidência científica tem vindo a sublinhar a crescente complexidade das necessidades da população idosa. A *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* (2023) destaca a necessidade de profissionais com competências avançadas, capazes de integrar conhecimentos clínicos, gerontológicos, éticos e sociais. Esta integração é essencial para garantir intervenções eficazes, baseadas na evidência e centradas na pessoa, promovendo cuidados seguros e de qualidade. De igual modo, a *World Health Organization* tem enfatizado

a importância da qualificação contínua dos profissionais, defendendo abordagens integradas e multidisciplinares orientadas para a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida (WHO, 2015; WHO, 2021).

Neste sentido, o reforço da formação inicial e contínua assume-se como um eixo estratégico para assegurar cuidados mais eficazes e ajustados às necessidades da pessoa idosa. A capacitação profissional revela-se, assim, determinante para responder aos desafios do envelhecimento populacional, promovendo maior qualidade, integração dos cuidados e adequação às exigências clínicas, éticas e sociais do cuidar (WHO, 2021; Larsen et al., 2024).

1.1 A família como unidade de cuidado na transição do envelhecimento

A reorganização contemporânea dos sistemas de saúde tem vindo a evidenciar a necessidade de ultrapassar modelos assistenciais centrados no indivíduo e na resposta a episódios agudos de doença (Simões, 2005; Campos, 2008). As transformações demográficas e sociais, particularmente o envelhecimento populacional, exigem uma compreensão mais abrangente dos processos de saúde e doença, na qual o sistema familiar assume um papel estruturante enquanto contexto relacional de suporte, cuidado e adaptação. Esta mudança paradigmática introduz maior complexidade à prática clínica, exigindo abordagens integradas e sustentadas numa perspetiva sistémica das dinâmicas familiares (Kaakinen et al., 2018; Figueiredo, 2022).

A evolução da enfermagem enquanto disciplina científica acompanhou esta transformação, conduzindo à afirmação da Enfermagem de Saúde Familiar como área específica de intervenção. Esta assenta num corpo teórico e conceptual próprio, que reconhece a família como um sistema dinâmico e interdependente, no qual os processos de saúde, doença e envelhecimento se constroem ao longo do ciclo vital e das transições associadas (Kaakinen et al., 2018).

No contexto nacional, os Cuidados de Saúde Primários constituem o eixo estruturante do Serviço Nacional de Saúde, orientando-se por princípios de proximidade, continuidade e integração de cuidados, com centralidade no sistema familiar (Pisco, 2025). Neste enquadramento, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar orienta-se para a capacitação, promovendo autonomia, resiliência e adaptação, através da mobilização de competências de liderança clínica, gestão de cuidados e articulação com recursos comunitários (OE, 2018).

O processo de enfermagem em saúde familiar caracteriza-se pela interação entre múltiplos membros com papéis e necessidades distintas, exigindo uma compreensão aprofundada das dinâmicas relacionais, redes de apoio e recursos disponíveis. A evidência recente destaca o papel dos cuidadores familiares como elementos centrais na prestação e coordenação do cuidado, incluindo a sua participação em decisões clínicas e na gestão das responsabilidades associadas ao cuidado à pessoa idosa (Schulz et al., 2020; Wolff et al., 2024; Lim-Soh et al., 2025). Neste contexto, a intervenção do enfermeiro assume uma natureza colaborativa, baseada na parceria, corresponsabilização e adequação às características socioculturais de cada família, promovendo a literacia em saúde e a capacidade de resposta às exigências do cuidar (Kor et al., 2024; Yuan et al., 2025; Jackson et al., 2025).

O envelhecimento configura-se como um processo contínuo e multidimensional, cujas alterações biológicas, psicológicas e sociais influenciam não apenas a pessoa idosa, mas todo o sistema familiar. As mudanças associadas a esta fase implicam reorganização de papéis, redistribuição de responsabilidades e adaptação às novas exigências de cuidado, reforçando o papel da família enquanto principal contexto de suporte (Relvas, 2000; Furtado, 2017).

Este processo associa-se frequentemente a alterações fisiológicas, como a diminuição da força muscular, equilíbrio e coordenação, bem como à presença de multimorbilidade e

polimedicção, fatores que aumentam a vulnerabilidade e o risco de eventos adversos, nomeadamente quedas (Guccione et al., 2020; Ambrose, Paul & Hausdorff, 2013). As consequências destas situações refletem-se na autonomia da pessoa idosa e na organização familiar, implicando desafios físicos, emocionais e sociais para os cuidadores e para o sistema familiar no seu conjunto (WHO, 2010; Oliveira et al., 2018).

Nas últimas décadas, o aumento da esperança média de vida tem sido acompanhado por uma maior prevalência de doenças crónicas e níveis elevados de dependência funcional, condicionados por fatores individuais e contextuais, como o estado funcional, cognitivo e a disponibilidade de recursos familiares e comunitários (WHO, 2020; Vetrano et al., 2020; Gitlin et al., 2020; Van Houtven et al., 2020; Wolff et al., 2021). Em Portugal, esta realidade é evidenciada pelo aumento do índice de envelhecimento, refletindo um número crescente de famílias confrontadas com exigências de cuidado prolongado. A convivência conjugal na velhice tem sido associada a melhores indicadores de saúde e estilos de vida mais favoráveis, reforçando a importância dos contextos relacionais no envelhecimento (Pordata, 2022; Dang et al., 2024).

Neste enquadramento, o envelhecimento deve ser compreendido como um fenómeno sistémico, no qual as alterações individuais produzem efeitos em todo o sistema familiar. A intervenção dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar, deve privilegiar abordagens centradas no sistema familiar, promovendo ambientes seguros, capacitação para a prevenção de eventos adversos e apoio às transições associadas ao envelhecimento.

A prevenção de quedas assume particular relevância neste contexto, exigindo intervenções multidimensionais baseadas na evidência, que integrem avaliação sistemática de fatores de risco, adaptação do ambiente, educação para a saúde e envolvimento ativo da pessoa idosa, família e profissionais de saúde. Estas estratégias contribuem para a promoção da

segurança, da autonomia e da qualidade de vida, alinhando-se com as recomendações internacionais para a prevenção eficaz de quedas na população idosa (WHO, 2021; World Guidelines for Falls Prevention and Management, 2022; Sherrington et al., 2020; Lord et al., 2021; Gitlin et al., 2020).

1.2 Enfermagem de Saúde Familiar e a gestão da transição do envelhecimento

A Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na gestão dos cuidados ao longo da transição do envelhecimento, enquanto processo contínuo, complexo e multifatorial que envolve a pessoa idosa, a família e os contextos em que se inserem. Esta área fundamenta-se numa abordagem conceptual que reconhece o sistema familiar como unidade de cuidados, sistema relacional e parceiro ativo na tomada de decisão, exigindo uma intervenção integrada, longitudinal e centrada nas necessidades ao longo do ciclo vital.

Neste enquadramento, a família é compreendida como uma unidade dinâmica de apoio mútuo, cuja organização influencia diretamente a saúde e o bem-estar dos seus membros. A evidência recente demonstra que o reconhecimento do sistema familiar como unidade de cuidados permite planear intervenções que articulam necessidades individuais e coletivas, promovendo respostas personalizadas e coordenadas face à complexidade do envelhecimento e das mudanças nos papéis familiares (Woldring et al., 2024; Campos et al., 2025). A gestão em saúde familiar assume, assim, uma dimensão clínica, relacional e ética, orientada para a promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar exige a mobilização integrada de competências científicas, técnicas, relacionais e de gestão. A incorporação sistemática do conhecimento científico na prática constitui um elemento estruturante, sendo a prática baseada na evidência essencial para garantir cuidados seguros, eficazes e sustentáveis, promovendo simultaneamente a qualidade e a utilização adequada dos recursos (Melnik et al., 2024; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2024).

O envelhecimento demográfico, associado ao aumento da esperança de vida e à prevalência de doenças crónicas, introduz desafios significativos à gestão dos cuidados, frequentemente relacionados com fragilidade, dependência funcional e maior vulnerabilidade a eventos adversos. Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel estratégico na identificação precoce de riscos, no planeamento de intervenções preventivas e na coordenação de cuidados, visando preservar a autonomia e apoiar a adaptação do sistema familiar (Sequeira & Néné, 2022; WHO, 2015; WHO, 2023).

A gestão desta transição exige uma abordagem proativa, centrada na avaliação contínua das capacidades e necessidades da pessoa idosa e do sistema familiar, bem como na articulação de recursos formais e informais. O desenvolvimento de competências em promoção da saúde, prevenção da doença, gestão integrada e trabalho em equipa permite a elaboração de planos de cuidados individualizados e ajustados à singularidade de cada contexto. A formação contínua e a prática reflexiva assumem-se como pilares fundamentais, em consonância com o modelo de desenvolvimento profissional de Benner (2001) e com a evidência que valoriza a aprendizagem ao longo da vida e a integração do conhecimento científico (Titchen et al., 2023; Melnyk et al., 2024).

O enquadramento normativo português reforça esta abordagem, estabelecendo que o Enfermeiro Especialista deve intervir junto do sistema familiar ao longo do ciclo vital, com especial enfoque nas transições. O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros define a responsabilidade de prestar cuidados especializados aos diferentes níveis de prevenção, através de uma avaliação contínua e orientada para a promoção do funcionamento saudável e para a gestão de situações de risco.

Enquanto principal sistema de suporte, a família desempenha um papel determinante na adaptação às mudanças associadas ao envelhecimento, sendo frequentemente desafiada a reorganizar papéis e responsabilidades (IFNA, 2015; Wright & Leahey, 2013). A singularidade

de cada sistema familiar exige intervenções sensíveis ao contexto sociocultural e às suas capacidades adaptativas (Relvas, 2004), sendo amplamente reconhecida na literatura como elemento central na gestão da saúde ao longo do ciclo vital (Kaakinen et al., 2018).

Neste contexto, a família assume funções acrescidas de cuidado, mediação com os serviços de saúde e suporte emocional, exigindo do enfermeiro competências de comunicação, negociação e capacitação, que favoreçam a tomada de decisão partilhada e a corresponsabilização no cuidado (Noronha & Parron, 2020). O conceito de saúde familiar, enquanto estado dinâmico de bem-estar resultante da interação de múltiplas dimensões (Hanson, 2005; IFNA, 2015), sustenta uma abordagem holística alinhada com modelos internacionais centrados na pessoa e na família (WHO, 2019; WHO, 2023).

O pensamento sistémico mantém-se fundamental nesta abordagem, ao conceptualizar a família como um sistema aberto, interdependente e adaptativo. A evidência recente reforça a importância de avaliações estruturadas, da colaboração interprofissional e do trabalho em rede como estratégias essenciais para responder à complexidade do envelhecimento, permitindo identificar padrões de funcionamento, mobilizar recursos e promover processos de adaptação e resiliência (Kaakinen et al., 2023; Bell & Wright, 2024).

Deste modo, a Enfermagem de Saúde Familiar orienta-se para práticas desenvolvidas com o sistema familiar, reconhecendo a interdependência dos seus membros e a circularidade das interações. O Enfermeiro Especialista assume a gestão dos cuidados ao longo da transição do envelhecimento, promovendo ambientes familiares seguros, organizados e capacitadores, que favoreçam um envelhecimento ativo, autónomo e digno. Esta intervenção pode ser compreendida à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, que conceptualiza o indivíduo como inserido em múltiplos sistemas interdependentes (micro, meso, exo e macrosistema), cuja interação influencia os processos de saúde e adaptação ao longo do tempo. Neste sentido, a atuação do EEESF implica a avaliação e intervenção

não apenas ao nível individual, mas também nas relações familiares, nos contextos comunitários e nas condições socioculturais que moldam a experiência do envelhecimento. Neste enquadramento, a prevenção de quedas emerge como uma área prioritária de gestão do cuidado, exigindo intervenções articuladas, famílias informadas e envolvidas e uma abordagem sistémica multinível integrada que responda às exigências clínicas, funcionais e sociais desta etapa do ciclo vital.

1.2 A Queda na Pessoa Idosa: Conceito e Impacto

A queda na pessoa idosa constitui um fenómeno complexo e multifatorial, amplamente reconhecido como um problema prioritário de saúde pública, em virtude da sua elevada frequência, das consequências associadas e do impacto significativo que exerce ao nível individual, familiar, comunitário e dos sistemas de saúde. A compreensão rigorosa do conceito de queda e dos seus múltiplos impactos é fundamental para o planeamento de intervenções preventivas eficazes e sustentadas.

No plano conceptual, a OMS define a queda como um evento involuntário que resulta na perda de equilíbrio, conduzindo a pessoa a encontrar-se no solo ou noutra superfície firme que interrompa a sua descida, salientando o seu carácter inesperado, não intencional e potencialmente lesivo (WHO, 2007). Esta definição enquadra a queda como um problema relevante no domínio da segurança do doente e da saúde pública, assumindo particular pertinência nos Cuidados de Saúde Primários, onde a proximidade, a continuidade e o conhecimento do contexto familiar e comunitário permitem a identificação precoce de fatores de risco e a implementação de estratégias preventivas. De forma complementar, a OMS clarifica que a queda corresponde a uma situação em que a pessoa se encontra inadvertidamente num nível inferior ao inicial, excluindo movimentos intencionais de apoio ou de mudança de posição, reforçando a necessidade de critérios operacionais claros para a vigilância, registo e prevenção de quedas em contexto domiciliário e comunitário, áreas

centrais de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários e da Enfermagem de Saúde Familiar (WHO, 2021; WHO, 2023).

De forma convergente, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) enquadra a queda no foco “cair”, descrevendo-a como a descida do corpo de um nível superior para um nível inferior, resultante de desequilíbrio, síncope ou incapacidade de sustentar o peso corporal e manter a posição vertical (CIPE, 2019). Esta conceptualização operacional assume particular importância no âmbito da prática de enfermagem, ao facilitar a identificação de diagnósticos, a definição de intervenções e a avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A literatura internacional mais recente confirma e aprofunda os contributos clássicos de Rubenstein (2006) e de Ambrose et al. (2013), ao demonstrar que a ocorrência de quedas na população idosa resulta, predominantemente, da interação dinâmica entre fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos destacam-se as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, a multimorbilidade, a fragilidade, a polimedicação e os défices sensoriais e cognitivos, enquanto os fatores extrínsecos se relacionam sobretudo com características do ambiente físico e arquitetónico, como barreiras estruturais, iluminação inadequada, superfícies escorregadias e ausência de adaptações domiciliárias. A evidência atual reforça que esta natureza multifatorial das quedas exige abordagens integradas de avaliação e intervenção, particularmente relevantes no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, onde é possível intervir simultaneamente sobre a pessoa idosa, a família e o ambiente (Montero-Odasso et al., 2022; Sherrington et al., 2024).

Para além da definição conceptual, o impacto das quedas na pessoa idosa assume uma dimensão particularmente expressiva. Dados epidemiológicos indicam que, anualmente, entre 28% e 35% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos sofrem pelo menos uma queda, evidenciando a elevada prevalência deste fenómeno nesta faixa etária (WHO,

2010). Em Portugal, estima-se que ocorram cerca de 225 000 idas anuais aos serviços de urgência motivadas por acidentes domésticos, traduzindo um impacto relevante na utilização dos serviços de saúde e nos custos associados. Segundo o sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, em 2022, as quedas foram responsáveis por 68,7% dos acidentes domésticos que motivaram recurso às urgências, afetando predominantemente a população idosa e ocorrendo maioritariamente no domicílio (EVITA, 2024).

A gravidade do impacto das quedas é ainda evidenciada pelos dados de mortalidade. Em 2023, registaram-se 90 óbitos por quedas domésticas acidentais em Portugal, sublinhando o potencial letal destes eventos e a urgência de reforçar estratégias preventivas eficazes (INE, 2022). No mesmo ano de referência, os dados do programa EVITA indicaram que 88% dos acidentes ocorridos em pessoas com mais de 65 anos corresponderam a quedas, sendo que cerca de metade ocorreu no domicílio e com maior incidência no sexo feminino. Nesse contexto, 112 988 pessoas idosas recorreram aos serviços de urgência devido a quedas em ambiente doméstico, reforçando a magnitude do problema a nível nacional (EVITA, 2024).

A nível internacional, verificou-se igualmente um aumento expressivo dos acidentes domésticos e de lazer na população idosa a partir de abril de 2020, representando cerca de 73,2% do total destes eventos. Este fenómeno tem sido associado às alterações nos padrões de mobilidade e ao aumento do tempo de permanência no domicílio durante a pandemia por SARS-CoV-2, com impacto direto no declínio funcional, no sedentarismo e no aumento do risco de quedas (Alves et al., 2021; WHO 2021).

Para além das consequências imediatas, como contusões e fraturas, as quedas na pessoa idosa acarretam repercussões profundas e duradouras. Mendes et al. (2020) referem que estes eventos estão associados ao aumento da dependência funcional, à diminuição da autonomia, à limitação das atividades de vida diária e à perda de confiança, frequentemente

manifestada pelo medo de cair novamente. Estas consequências estendem-se ao contexto familiar, gerando sobrecarga emocional, física e económica, e repercutem-se a nível social e dos sistemas de saúde, através do aumento da morbilidade, da institucionalização precoce e da mortalidade.

Em consonância com as orientações internacionais mais recentes, as quedas são conceptualizadas como eventos não intencionais que resultam na mudança da posição corporal para um nível inferior ao inicial, reconhecendo-se a sua natureza multifatorial e a influência combinada de fatores intrínsecos e extrínsecos (Montero-Odasso et al., 2022; NICE, 2025). Esta definição sustenta, no presente estudo, a abordagem metodológica adotada, orientada para a identificação sistemática de fatores de risco individuais, familiares e ambientais, bem como para a análise de intervenções multifatoriais de prevenção de quedas em contexto de cuidados de saúde primários. Paralelamente, a evidência epidemiológica demonstra que a incidência de quedas aumenta progressivamente com a idade, atingindo valores particularmente elevados em idades muito avançadas, o que justifica o foco da investigação na população idosa e reforça a pertinência de estratégias preventivas precoces, integradas e centradas na pessoa e na família (WHO, 2022; WHO 2023).

Para além das consequências físicas, as quedas têm um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa idosa, condicionando o convívio social e familiar, reduzindo a participação em atividades significativas e comprometendo o bem-estar psicológico. A evidência recente demonstra que o medo de cair, frequentemente desencadeado após um episódio de queda, constitui um importante fator limitador, associando-se à restrição de atividades, ao sedentarismo, ao isolamento social e ao agravamento do declínio funcional, potenciando um ciclo de vulnerabilidade progressiva (Sherrington et al., 2024; Hopewell et al., 2023).

Neste sentido, a queda na pessoa idosa é compreendida, no presente estudo, não apenas como um evento isolado, mas como um fenómeno de impacto multidimensional, com

repercussões a nível físico, psicológico, social e familiar. Esta perspetiva integrada fundamenta a abordagem metodológica adotada, orientada para a identificação de fatores de risco e de consequências associadas às quedas, bem como para a análise de estratégias preventivas abrangentes, sustentadas na evidência científica e centradas na pessoa idosa e no seu contexto familiar. Tal enquadramento assume particular relevância no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, ao valorizar intervenções que promovam a segurança, a autonomia e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

1.3 Relevância Epidemiológica das Quedas na Pessoa Idosa

A relevância epidemiológica das quedas na pessoa idosa constitui um desafio central para a Enfermagem de Saúde Familiar, atendendo ao impacto expressivo destes eventos na saúde, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa, bem como nas dinâmicas e no equilíbrio do sistema familiar. As quedas assumem-se como um problema de saúde pública de elevada magnitude, refletindo-se de forma significativa na morbilidade, mortalidade e utilização dos serviços de saúde, exigindo respostas integradas e sustentadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (WHO, 2021; Montero-Odasso et al., 2022). Em Portugal, os dados epidemiológicos evidenciam de forma clara a relevância da problemática das quedas na população idosa. Com base em dados de 2019, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge registou 112 988 episódios de queda em contexto domiciliário ou de lazer que motivaram recurso aos serviços de urgência hospitalar, sendo este o mecanismo de lesão mais frequentemente associado aos acidentes domésticos e de lazer (INSA, 2019). Estudos epidemiológicos mais recentes, com base em sistemas nacionais de vigilância de lesões em 2023, confirmam que a maioria das quedas ocorre em ambiente domiciliário, cerca de 65,9 %, e que a frequência de quedas aumenta com a idade, sendo mais elevada no grupo com 85 anos ou mais, com maior incidência em mulheres do que em homens, o que reforça a sua importância como problema de saúde pública em Portugal (Alves et al., 2025; Costa et al., 2025).

Esta realidade nacional é consistente com a evidência internacional, que identifica as quedas como um dos principais eventos adversos associados ao envelhecimento, com impacto significativo nos resultados de saúde, na funcionalidade, na qualidade de vida da pessoa idosa e nos serviços de saúde (WHO, 2022; WHO, 2023; DGS, 2021). Este enquadramento epidemiológico fundamenta, no presente estudo, a abordagem metodológica adotada, orientada para a análise de fatores de risco, contextos de ocorrência e estratégias de prevenção de quedas em cuidados de saúde primários e no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar.

O enquadramento epidemiológico das quedas deve ser analisado à luz do envelhecimento demográfico progressivo da população portuguesa. Os Censos 2021 revelam que 20,6% da população residente tem idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo a 2.423.639 pessoas, valor que traduz um aumento significativo face a décadas anteriores (INE, 2021). Esta realidade demográfica coloca desafios acrescidos à Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que um número crescente de famílias vivencia a transição para fases avançadas do ciclo vital, frequentemente associadas ao aumento da dependência funcional, à necessidade de cuidados continuados e ao risco de eventos adversos como as quedas (*United Nations*, 2020).

No domínio da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, as quedas são reconhecidas como eventos adversos evitáveis, assumindo um lugar de destaque nas políticas nacionais de saúde. O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015–2020 integrou a prevenção de quedas como um objetivo estratégico, sublinhando a importância da identificação, avaliação e mitigação dos riscos. Esta orientação foi reforçada no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021–2026, que adota uma abordagem sistémica e integrada, reconhecendo a prevenção de quedas como uma prioridade transversal em todos os níveis de cuidados, com especial relevância nos Cuidados de Saúde Primários, contexto privilegiado de atuação da Enfermagem de Saúde Familiar (DGS, 2021).

A evidência científica demonstra que a ocorrência de quedas aumenta progressivamente com a idade, sendo mais frequente no sexo feminino e em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Rodrigues e Alvarenga (2020) associam este fenómeno à maior fragilidade fisiológica, à elevada prevalência de doenças crónicas, à polimedicação e à maior longevidade das mulheres. Estes fatores, frequentemente presentes no contexto familiar e domiciliário, reforçam a necessidade de intervenções precoces, sistemáticas e continuadas por parte do EEESF. Pela sua proximidade às pessoas e às famílias e pela continuidade dos cuidados prestados nos Cuidados de Saúde Primários, o EEESF encontra-se numa posição privilegiada para identificar precocemente fatores de risco, monitorizar a funcionalidade, avaliar o ambiente e implementar estratégias preventivas multifatoriais, ajustadas às necessidades da pessoa idosa e da família. A evidência internacional recente sublinha que intervenções lideradas por profissionais de saúde em contexto comunitário, integrando avaliação do risco, educação, adaptação ambiental e acompanhamento regular, são determinantes para a redução do risco de quedas e para a promoção da segurança e da autonomia no envelhecimento (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023; WHO, 2023).

Do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Familiar, a relevância epidemiológica das quedas ultrapassa a pessoa idosa enquanto indivíduo, estendendo-se ao sistema familiar no seu conjunto. A ocorrência de uma queda pode desencadear alterações significativas nas dinâmicas familiares, traduzindo-se na redistribuição de papéis, no aumento da carga de cuidados e na intensificação da sobrecarga física, emocional e económica dos cuidadores informais. Esta perspetiva encontra suporte no modelo sistémico da enfermagem da família, que reconhece que qualquer alteração relevante num dos seus membros repercute inevitavelmente nos restantes, exigindo processos de reorganização, adaptação e mobilização de recursos familiares, particularmente em contextos de envelhecimento,

fragilidade e dependência funcional (Wright & Leahey, 2013; Kaakinen et al., 2023; Bell & Wright, 2024).

Neste sentido, a intervenção da ESF deve assumir uma abordagem simultaneamente sistêmica e preventiva, integrando a avaliação estruturada do risco de queda no contexto domiciliário, a identificação articulada de fatores intrínsecos e extrínsecos e a capacitação da família para a adoção de estratégias de segurança, promoção da autonomia e adaptação ao envelhecimento. A evidência científica recente demonstra que intervenções centradas na família, fundamentadas no pensamento sistêmico e na prática baseada na evidência, contribuem de forma significativa para a redução do risco de quedas, para o fortalecimento da resiliência familiar e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, particularmente em contexto comunitário e de cuidados de saúde primários (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023; Kaakinen et al., 2023).

Assim, a relevância epidemiológica das quedas na pessoa idosa reforça o papel central da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde e do envelhecimento ativo, mas também a nível de cuidados preventivos, contínuos e centrados na família, evidenciando a necessidade de integrar a prevenção de quedas como eixo estruturante da prática clínica, da gestão de cuidados e da literacia em saúde, em consonância com as orientações nacionais e internacionais de saúde e com os desafios impostos pelo envelhecimento demográfico.

1.4 Determinantes Individuais, Familiares e Ambientais das Quedas em Contexto Domiciliário

As quedas na pessoa idosa constituem um evento adverso de elevada relevância clínica, social e familiar, associando-se frequentemente a perdas significativas ao nível da autonomia funcional e da qualidade de vida. Para além das consequências físicas e funcionais, as quedas têm repercussões significativas no contexto familiar, uma vez que frequentemente implicam uma maior mobilização dos familiares para a prestação de cuidados. A evidência

recente demonstra que estes episódios podem desencadear processos de reorganização das rotinas, redistribuição de papéis e ajustamento das dinâmicas familiares, particularmente durante os períodos de recuperação, reabilitação ou adaptação a limitações funcionais persistentes. Estas alterações tendem a associar-se a um aumento da carga física, emocional e organizacional dos cuidadores informais, reforçando a necessidade de intervenções de apoio e acompanhamento às famílias no contexto do envelhecimento e da dependência funcional (Kaakinen et al., 2023; Konradsen et al., 2025).

Neste enquadramento, a prevenção das quedas em pessoas idosas assume-se como uma prioridade estratégica na intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar. A identificação precoce, sistemática e contextualizada dos fatores de risco constitui um dos pilares fundamentais da atuação preventiva, uma vez que a evidência científica recente demonstra que as quedas resultam, na maioria das situações, da interação simultânea de múltiplos determinantes de natureza individual, familiar e ambiental. Deste modo, a abordagem preventiva deve ser integrada, multidimensional e centrada na pessoa idosa e na família, privilegiando intervenções coordenadas e baseadas na evidência, em detrimento de ações isoladas ou fragmentadas, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as consequências de uma queda variam em função de múltiplos fatores, incluindo a intensidade e a direção do impacto, a resistência óssea, a presença de comorbilidades e o estado funcional prévio da pessoa idosa (WHO, 2021; 2023). A idade assume um papel determinante neste processo, uma vez que, em idades mais avançadas, lesões de gravidade semelhante tendem a resultar em níveis mais elevados de incapacidade, maior duração do internamento hospitalar, períodos de reabilitação mais prolongados, aumento da dependência funcional e maior risco de mortalidade. A evidência internacional recente confirma que as quedas constituem uma das principais causas de incapacidade, perda de autonomia e institucionalização na população

idosa, com repercussões significativas para os sistemas de saúde, as famílias e a sociedade (Montero-Odasso et al., 2022; Florence et al., 2024).

No cotidiano da pessoa idosa coexistem múltiplos fatores de risco suscetíveis de facilitar ou precipitar a ocorrência de quedas, os quais são habitualmente classificados em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos dizem respeito às características inerentes ao indivíduo e incluem variáveis sociodemográficas, alterações cognitivas e comportamentais, hábitos de vida, multimorbilidade, polimedicação, défices sensoriais e alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento. Por sua vez, os fatores extrínsecos relacionam-se com o contexto social e com a interação da pessoa idosa com o meio envolvente, assumindo particular relevância as condições do ambiente físico e habitacional, como barreiras arquitetónicas, iluminação inadequada, superfícies escorregadias e ausência de adaptações domiciliárias. A evidência científica recente reforça que a interação entre estes determinantes individuais e ambientais está na base da maioria das quedas em pessoas idosas, sustentando a necessidade de abordagens preventivas integradas e multidimensionais (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023; WHO, 2023).

Entre os fatores biológicos mais frequentemente associados às quedas destacam-se a diminuição da força muscular, da flexibilidade, do equilíbrio e da destreza motora, alterações que se acentuam com o envelhecimento e reforçam a importância da prevenção do sedentarismo e da promoção da prática regular de atividade física adaptada. A evidência científica recente demonstra que programas de exercício multicomponentes — integrando treino de força, equilíbrio, marcha e funcionalidade — são eficazes na redução significativa do risco de quedas na pessoa idosa que vive na comunidade (Sherrington et al., 2020; Montero-Odasso et al., 2022). Paralelamente, a adoção de uma alimentação equilibrada e a manutenção de uma ingestão hídrica adequada desempenham um papel relevante na preservação da saúde geral, da massa muscular e da funcionalidade (Robinson et al., 2021;

Volkert et al., 2022). Adicionalmente, a presença de patologias crônicas, nomeadamente doenças reumáticas, neurológicas e cardiovasculares, bem como défices sensoriais, como alterações da visão e da audição, constitui um fator adicional de vulnerabilidade para a ocorrência de quedas, reforçando a necessidade de uma avaliação clínica integrada e de intervenções preventivas individualizadas (Montero-Odasso et al., 2022; WHO, 2021). Os fatores comportamentais assumem um papel relevante na determinação do risco de queda, destacando-se o uso de calçado inadequado, a polimedicação, a automedicação, a não utilização de dispositivos de correção visual ou auditiva e outros comportamentos que potenciam situações de risco (WHO, 2021; Montero-Odasso et al., 2022). A evidência científica recente confirma que a polimedicação, em particular o uso de psicotrópicos, está significativamente associada ao aumento da incidência de quedas na pessoa idosa (Seppala et al., 2018; Dhalwani et al., 2017; Montero-Odasso et al., 2022). Neste contexto, a educação para a saúde, a revisão terapêutica e o acompanhamento regular orientado para a modificação de comportamentos de risco constituem estratégias preventivas fundamentais no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023; WHO, 2023).

Relativamente aos fatores ambientais, a evidência científica recente indica que uma proporção significativa das quedas em pessoas idosas ocorre no domicílio, frequentemente associada a condições como pisos escorregadios, obstáculos nos percursos habituais, tapetes soltos, iluminação inadequada e ausência de apoios estruturais. A identificação sistemática destes riscos no contexto domiciliário, aliada à implementação de medidas corretivas e adaptações ambientais adequadas, constitui uma estratégia fundamental na redução do risco de quedas. Neste âmbito, as orientações internacionais reforçam a importância de intervenções preventivas que integrem a avaliação do ambiente físico como componente central da abordagem multifatorial à prevenção de quedas, evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na avaliação do domicílio

enquanto espaço privilegiado de cuidado e promoção da segurança (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023; WHO, 2023).

A Organização Mundial da Saúde destaca a influência combinada de fatores individuais e contextuais na ocorrência de quedas, incluindo a idade, o sexo, a capacidade física e cognitiva, a presença de barreiras arquitetônicas (como degraus, escadas, percursos inseguros) e a insuficiência de políticas e estratégias eficazes orientadas para a redução dos fatores de risco e das consequências associadas às quedas. Importa salientar que estes eventos raramente resultam de um único fator isolado, configurando-se antes como o produto de uma interação dinâmica entre múltiplos determinantes, muitos dos quais são potencialmente modificáveis através de intervenções preventivas integradas e baseadas na evidência (WHO, 2021; 2023).

Neste contexto, Cruz e Leite (2018) enfatizam a importância da identificação sistemática dos fatores de risco como base para a definição de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

A evidência científica recente demonstra que a história prévia de quedas, a polimedicação — particularmente o uso de fármacos psicotrópicos — e os défices ao nível da mobilidade, da força muscular, da marcha e do equilíbrio constituem os fatores de risco mais consistentemente associados à ocorrência de quedas na pessoa idosa. Estes determinantes refletem a natureza multifatorial do fenómeno e reforçam a importância de uma avaliação sistemática e integrada do risco de queda em contexto comunitário. Para além do impacto a nível individual e familiar, estudos internacionais evidenciam que as quedas estão associadas a um aumento significativo dos custos em saúde, decorrente do agravamento da dependência funcional, da redução da mobilidade e da maior utilização de serviços de saúde, com repercussões relevantes para os sistemas de saúde e para a sustentabilidade dos cuidados (Montero-Odasso et al., 2022; Florence et al., 2024; WHO, 2023).

Para a minimização dos impactos negativos associados às quedas, é fundamental que os profissionais de saúde detenham um conhecimento aprofundado e atualizado sobre as suas causas, determinantes e estratégias de prevenção eficazes. A evidência recente sublinha que a prevenção de quedas exige competências específicas em avaliação de risco, intervenção preventiva e educação para a saúde, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários e do cuidado comunitário. Neste âmbito, o enfermeiro deve manter-se continuamente atualizado relativamente às intervenções preventivas dirigidas à pessoa idosa e à família, atendendo ao envelhecimento progressivo da população e à necessidade crescente de respostas integradas, sustentadas na prática baseada na evidência e centradas no contexto familiar (Montero-Odasso et al., 2022; WHO, 2023).

Mendes et al. (2020) reforçam a importância da capacitação das pessoas idosas, dos familiares e dos cuidadores formais relativamente aos fatores que contribuem para a ocorrência de quedas, promovendo uma cultura de prevenção, segurança e corresponsabilização. A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017–2025, alinhada com o Plano Nacional de Saúde, sublinha a relevância do eixo da segurança, reconhecendo o papel determinante dos ambientes físicos na proteção da pessoa idosa e na prevenção de riscos, nomeadamente no contexto domiciliário (DGS, 2017).

Em síntese, as quedas configuram-se como um fenómeno multifatorial, resultante da interação dinâmica entre determinantes individuais, familiares e ambientais, exigindo intervenções integradas, contextualizadas e sustentadas na evidência científica. No modelo conceptual que orienta a presente dissertação, estes determinantes constituem os principais eixos de análise para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e para o planeamento de estratégias preventivas eficazes em contexto comunitário. A Enfermagem de Saúde Familiar, ao centrar a sua intervenção na pessoa idosa e na família enquanto unidade de cuidados, assume um papel estruturante na avaliação sistémica do risco, na capacitação da família e na implementação de intervenções preventivas ajustadas, promovendo a

segurança, a autonomia e a qualidade de vida ao longo do envelhecimento. Este enquadramento conceptual sustenta a intervenção do EEESF como elemento-chave na redução da incidência das quedas e na mitigação das suas consequências, em consonância com as orientações internacionais para a prevenção de quedas e para os cuidados centrados na pessoa e na família (Montero-Odasso et al., 2022; Kaakinen et al., 2023; WHO, 2023).

1.5 Estratégias de Prevenção de Quedas no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

A prevenção de quedas na pessoa idosa constitui, atualmente, uma prioridade inequívoca no âmbito das políticas de saúde pública, sendo amplamente reconhecida por organizações internacionais, entidades governamentais e sociedades científicas como um eixo central para a promoção da segurança, da autonomia e da qualidade de vida no envelhecimento. A relevância deste fenómeno decorre não apenas da sua elevada prevalência, mas sobretudo do impacto multidimensional que as quedas exercem na morbilidade, mortalidade, funcionalidade, dinâmica familiar e sustentabilidade dos sistemas de saúde, justificando o desenvolvimento de normas e orientações específicas, sustentadas na evidência científica e orientadas para intervenções integradas.

A Organização Mundial da Saúde tem assumido um papel estruturante na definição de referenciais conceptuais e estratégicos para a prevenção de quedas, enquadrando-as como um problema prioritário de saúde pública associado ao envelhecimento populacional. As orientações mais recentes da OMS reforçam que as quedas resultam de uma etiologia multifatorial, decorrente da interação entre fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, o que exige abordagens preventivas integradas, intersectoriais e centradas na pessoa idosa e no seu contexto de vida. No modelo conceptual que sustenta a presente dissertação, esta perspetiva fundamenta a articulação entre a avaliação dos determinantes do risco, a implementação de intervenções preventivas combinadas e os resultados em saúde. A evidência atual destaca que a prevenção eficaz das quedas integra, de forma

complementar, a promoção da atividade física adaptada, a adequação do ambiente físico, a revisão da medicação, a identificação e correção de défices sensoriais e a capacitação da pessoa idosa e da família através da educação para a saúde, assumindo particular relevância no contexto dos cuidados de saúde primários e da Enfermagem de Saúde Familiar (Montero-Odasso et al., 2022; WHO, 2023).

Esta perspetiva é reforçada em documentos subsequentes da Organização Mundial da Saúde, que enquadram a prevenção de quedas no conceito de envelhecimento saudável, entendido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. As orientações atuais sublinham que a promoção da capacidade funcional exige intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, da continuidade dos cuidados e do envolvimento ativo da comunidade e da família na criação de ambientes seguros e promotores da autonomia. Neste enquadramento, a iniciativa da Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030 reforça a necessidade de cuidados integrados e centrados na pessoa idosa, defendendo políticas públicas orientadas para a adaptação dos ambientes físicos e sociais, a redução das desigualdades e a prevenção de eventos adversos evitáveis, como as quedas (WHO, 2020; 2023).

No domínio das orientações clínicas, a evidência internacional mais recente consolidou a abordagem multifatorial como padrão de referência na prevenção de quedas. As recomendações globais atuais defendem o rastreio sistemático do risco de queda em pessoas idosas, particularmente na presença de história prévia de quedas, alterações da marcha ou do equilíbrio e utilização de medicação associada a maior risco. Sempre que identificado risco elevado, é preconizada uma avaliação multifatorial abrangente, seguida da implementação de intervenções personalizadas e combinadas, que integrem programas de exercício multicomponentes, revisão terapêutica, adaptações no domicílio e educação da pessoa idosa e da família. No modelo conceptual que orienta a presente dissertação, estas recomendações

fundamentam a articulação entre avaliação, intervenção e resultados em saúde, reforçando o papel dos cuidados de saúde primários e da Enfermagem de Saúde Familiar na prevenção eficaz das quedas (Montero-Odasso et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

A evidência científica mais recente sustenta estas orientações, demonstrando que programas de exercício estruturados, particularmente aqueles que integram treino de força muscular, equilíbrio e marcha, são eficazes na redução da incidência de quedas e das suas consequências na pessoa idosa (Sherrington et al., 2020; Montero-Odasso et al., 2022). Revisões sistemáticas e meta-análises recentes confirmam que intervenções multicomponentes apresentam maior impacto na diminuição do risco de quedas quando implementadas de forma continuada, progressiva e ajustada às capacidades funcionais individuais, contribuindo simultaneamente para a melhoria da mobilidade, da autonomia e da qualidade de vida (Hopewell et al., 2023; Sherrington et al., 2024). Estes resultados reforçam a importância da prescrição e monitorização de programas de exercício baseados na evidência como componente central das estratégias preventivas em contexto comunitário e de cuidados de saúde primários (Sherrington et al., 2024; Hopewell et al., 2023; Montero-Odasso et al., 2022).

No contexto nacional, a prevenção de quedas integra-se de forma estruturante nas estratégias de promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. A Direção-Geral da Saúde tem vindo a reforçar esta prioridade através do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026, no qual a prevenção de quedas é assumida como um objetivo estratégico transversal aos diferentes níveis de cuidados. Este referencial orienta a prática clínica para a avaliação sistemática do risco de queda, a implementação de práticas seguras baseadas na evidência, a notificação e análise de incidentes e a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com especial enfoque nos Cuidados de Saúde

Primários e nos contextos domiciliários e comunitários, onde o risco é particularmente elevado (Direção-Geral da Saúde, 2021; Direção-Geral da Saúde, 2023).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025 constitui um referencial estruturante ao enquadrar a prevenção de quedas no eixo da segurança, reconhecendo o impacto determinante dos ambientes físicos, da funcionalidade e da participação ativa das pessoas idosas. Esta estratégia preconiza a adaptação dos contextos habitacionais, a promoção da atividade física ao longo do ciclo de vida e a capacitação das pessoas idosas e das suas famílias como pilares essenciais para a redução dos riscos associados ao envelhecimento. Este enquadramento é reforçado por documentos nacionais mais recentes de qualidade e segurança dos cuidados, que sublinham a necessidade de intervenções integradas e centradas na comunidade para a promoção da autonomia e da segurança no envelhecimento (Direção-Geral da Saúde, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2023).

Paralelamente, os referenciais nacionais e internacionais em literacia em saúde sublinham que a prevenção de quedas está estreitamente associada aos níveis de literacia em saúde, frequentemente reduzidos na população idosa. A Direção-Geral da Saúde, em alinhamento com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), reconhece que a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde constitui um determinante crítico para a adoção de comportamentos seguros e para a participação informada nas decisões em saúde. A evidência mais recente reforça, assim, a necessidade de intervenções educativas estruturadas e ajustadas às características individuais, familiares e socioculturais das pessoas idosas, de modo a potenciar a autonomia, a segurança e a eficácia das estratégias preventivas, incluindo a prevenção de quedas (Direção-Geral da Saúde, 2018; Sørensen et al., 2021; WHO, 2023).

A análise integrada das orientações nacionais e internacionais revela princípios comuns que sustentam a prevenção eficaz de quedas: a avaliação sistemática e contínua do risco; a intervenção multifatorial e personalizada; a promoção da atividade física regular; a adaptação do ambiente domiciliário; a revisão da medicação, em especial no contexto da polimedicação; a educação para a saúde e capacitação da família; e a articulação interprofissional e intersectorial. Estes princípios refletem uma abordagem centrada na pessoa idosa e na família, reconhecendo a complexidade do fenómeno e a necessidade de respostas integradas e sustentadas.

Neste enquadramento, a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel estratégico na operacionalização das normas e orientações nacionais e internacionais dirigidas à prevenção de quedas, em consonância com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O EEESF, enquanto profissional com competências na avaliação, intervenção e acompanhamento da família ao longo do ciclo vital, encontra-se numa posição privilegiada para integrar a avaliação sistemática do risco de queda na vigilância regular da pessoa idosa, desenvolver intervenções preventivas no contexto domiciliário, promover a literacia em saúde e capacitar a família para a adoção de comportamentos seguros. Paralelamente, a sua competência na articulação de cuidados e na mobilização de recursos comunitários permite uma resposta integrada, contínua e centrada na pessoa idosa e na família enquanto unidade de cuidados. A aplicação consistente destas competências especializadas contribui para a redução da incidência de quedas, para a minimização das suas consequências e para a promoção de um envelhecimento mais seguro, ativo e digno, alinhado com os princípios da qualidade, segurança e equidade em saúde preconizados pela Ordem dos Enfermeiros e pelos referenciais de saúde pública.

1.6 Risco de Quedas na Pessoa Idosa: Escalas de Avaliação e Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

A avaliação do risco de queda constitui, atualmente, um indicador fundamental da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, integrando-se de forma inequívoca no domínio da segurança do doente, particularmente na população com idade igual ou superior a 65 anos. A evidência científica internacional reconhece que as quedas representam um dos eventos adversos mais frequentes e potencialmente evitáveis nesta faixa etária, sendo consideradas um marcador sensível da qualidade dos cuidados prestados (Montero-Odasso et al., 2022; WHO, 2023).

Embora historicamente associada ao contexto hospitalar como escala de monitorização da qualidade assistencial e de prevenção de eventos adversos, a avaliação do risco de queda tem vindo a assumir crescente relevância em contextos não institucionais. Esta evolução acompanha as atuais orientações das políticas de saúde, centradas na proximidade, na continuidade dos cuidados e na centralidade da pessoa e da família, com particular enfoque nos cuidados comunitários e domiciliários (WHO, 2023; NICE, 2025).

Neste enquadramento, a segurança da pessoa idosa deve ser perspectivada como uma responsabilidade partilhada entre os serviços de saúde, a comunidade e o sistema familiar, exigindo intervenções integradas, coordenadas e sustentadas ao longo do percurso de cuidados. A literatura recente sublinha que a prevenção de quedas ultrapassa a resposta pontual a eventos já ocorridos, impondo uma abordagem sistemática, antecipatória e multifatorial, baseada na identificação precoce dos fatores de risco e na implementação de intervenções preventivas ajustadas aos diferentes contextos de vida da pessoa idosa (Montero-Odasso et al., 2022; Hopewell et al., 2023).

Neste sentido, a utilização de escalas de avaliação do risco de queda validados, fiáveis e cientificamente fundamentados constitui um elemento central da prática clínica segura. Estas

escalas permitem uma apreciação rigorosa e consistente do risco, sustentando o planejamento, a implementação e a monitorização de programas de prevenção de quedas individualizados, particularmente relevantes em contexto comunitário e domiciliário (American Geriatrics Society, 2023).

Atualmente, encontram-se disponíveis diversas escalas de avaliação do risco de queda, concebidos para aplicação prática e sistemática em diferentes contextos assistenciais, incluindo o hospitalar, o comunitário e o domiciliário. Alguns permitem a estratificação do risco em categorias (baixo, moderado ou elevado), facilitando a definição de prioridades de intervenção e a adequada alocação de recursos. Outros adotam uma abordagem mais abrangente e multidimensional, integrando variáveis clínicas, funcionais, cognitivas, comportamentais e, em menor grau, ambientais, o que se revela particularmente pertinente na avaliação da pessoa idosa em contexto comunitário e familiar (Hendrich et al., 2003; Morse, 2009; Montero-Odasso et al., 2022).

A evidência demonstra que a aplicação sistemática destes instrumentos, associada a intervenções preventivas estruturadas, contribui para a redução da incidência de quedas e para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados ao longo do processo de envelhecimento (Hopewell et al., 2023; WHO, 2023). A identificação precoce do risco permite que a prevenção seja encarada como um processo contínuo, proativo e integrado nos cuidados de saúde, em oposição a uma abordagem reativa centrada em eventos já ocorridos.

A identificação atempada dos fatores de risco possibilita, ainda, a definição de intervenções educativas e preventivas individualizadas, orientadas para a promoção da segurança, da autonomia funcional e da qualidade de vida da pessoa idosa. A literatura internacional evidencia que intervenções ajustadas ao perfil funcional, cognitivo e ambiental apresentam maior eficácia, sobretudo quando desenvolvidas em contexto comunitário e domiciliário (Hopewell et al., 2023; Sherrington et al., 2024).

Entre as escalas mais utilizadas na avaliação do risco de queda destacam-se a Escala de Morse, a POMA/Escala de Tinetti, a Escala de Downton, (as três validadas para a população portuguesa), o Modelo de Risco de Queda de Hendrich II e o STRATIFY todas as quais diferem quanto aos fatores avaliados, ao contexto de aplicação e à abrangência da análise.

A Escala de Morse avalia seis fatores de risco — história prévia de quedas, diagnóstico secundário, auxílio à marcha, terapêutica endovenosa, tipo de marcha e estado mental — permitindo a classificação do risco em baixo, moderado ou elevado. Apesar da sua origem hospitalar, a sua simplicidade, rapidez de aplicação e facilidade de integração na vigilância clínica regular favorecem a sua utilização nos Cuidados de Saúde Primários e em contextos comunitários (Morse, 2009; Kim et al., 2021).

O STRATIFY, desenvolvido para pessoas idosas internadas, avalia cinco fatores essenciais relacionados com a mobilidade e o estado cognitivo. Embora apresente boa sensibilidade em unidades de internamento geriátrico, a sua aplicabilidade em contexto comunitário é limitada, uma vez que não integra fatores ambientais nem a complexidade do contexto familiar (Papaioannou et al., 2004).

A escala de avaliação do risco de Queda de Hendrich II destaca-se pela valorização da confusão mental como fator de risco autónomo, avaliando oito fatores intrínsecos. Trata-se de um instrumento rápido e sensível em contexto hospitalar, mas com limitações relevantes em contexto domiciliário, devido à ausência de fatores ambientais e sociais (Hendrich, 2007).

A Escala de Downton integra história de quedas, medicação, défices sensoriais, estado mental e marcha, permitindo uma abordagem relativamente abrangente e de fácil aplicação. Revela-se útil tanto em contexto hospitalar como comunitário, embora deva ser complementada por uma avaliação ambiental quando utilizada no domicílio (Downton, 1993; Aranda-Gallardo et al., 2013).

A POMA/Escala de Tinetti centra-se na avaliação do equilíbrio e da marcha através da observação direta do desempenho funcional, sendo particularmente útil para identificar défices específicos e orientar intervenções de reabilitação. Contudo, não constitui um instrumento global de avaliação do risco de queda, devendo ser utilizada de forma complementar a outras escalas (Barry et al., 2014).

De forma comparativa, verifica-se que nenhum das escalas disponíveis, quando utilizado isoladamente, permite uma avaliação completa e multidimensional do risco de queda. Assim, a seleção criteriosa do instrumento deve atender ao contexto assistencial, aos objetivos da avaliação e às características da pessoa idosa, sendo recomendada a integração dos resultados numa abordagem clínica multifatorial.

Neste contexto, no âmbito da ESF, a Escala de Morse assume particular relevância nos Cuidados de Saúde Primários, não apenas pelas suas características de simplicidade, rapidez de aplicação e validade clínica, mas também por constituir um instrumento integrado no sistema de registo clínico do SNS que o enfermeiro mobiliza na avaliação sistemática do risco de queda. A sua utilização, articulada com uma abordagem abrangente, multifatorial e centrada na pessoa idosa e na família, permite ao enfermeiro identificar precocemente fatores de risco, planear intervenções individualizadas e promover a segurança, a autonomia funcional e a qualidade de vida, reforçando simultaneamente a continuidade, a coordenação e a qualidade dos cuidados ao longo do percurso assistencial.

1.7 Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Desafios e Intervenções da Enfermagem de Saúde Familiar

A promoção do envelhecimento ativo e saudável constitui atualmente uma prioridade estratégica das políticas de saúde, enquadrando-se numa perspetiva integrada que reconhece a complexidade do processo de envelhecimento e a necessidade de respostas articuladas ao longo de todo o ciclo vital. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde

(1986), em articulação com o Plano Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026, assume-se como um referencial estruturante para a intervenção em saúde com da população idosa, sustentando uma abordagem holística, sistémica, salutogénica, intersectorial e centrada na capacitação das pessoas, das famílias e das comunidades.

O envelhecimento demográfico, amplamente reconhecido como consequência dos avanços científicos, tecnológicos e sociais, traduz-se num aumento significativo da esperança média de vida e na redução da mortalidade por doenças transmissíveis. Este fenómeno representa um importante ganho civilizacional e social. Contudo, acarreta igualmente desafios complexos aos níveis individual, familiar, comunitário e organizacional. As alterações associadas ao envelhecimento repercutem-se nas dinâmicas familiares, nas redes de suporte social, na organização dos serviços de saúde e na sustentabilidade dos sistemas de proteção social, exigindo respostas integradas, planeadas e sustentáveis (Carneiro et al., 2012; WHO, 2015).

Reconhecer o envelhecimento como um processo contínuo, que se inicia desde o nascimento, implica adotar estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo vital. A Organização Mundial da Saúde defende que o objetivo das políticas de envelhecimento ativo deve ser o de “acrescentar vida aos anos”, promovendo a manutenção da capacidade funcional, da autonomia e da participação social, e prevenindo situações de dependência evitável (OMS, 1994). Neste enquadramento, a promoção da saúde da pessoa idosa deve assumir um carácter antecipatório, orientado para o fortalecimento das capacidades individuais e familiares e para a criação de contextos favoráveis à saúde.

A Carta de Ottawa introduz uma conceção alargada de promoção da saúde, entendida como um processo que visa capacitar indivíduos e coletividades para aumentarem o controlo sobre os determinantes da saúde e, desse modo, melhorarem o seu bem-estar físico, mental e

social. Este referencial sublinha a responsabilidade partilhada entre os diferentes setores da sociedade e a necessidade de integrar a saúde em todas as políticas públicas, numa lógica de equidade e justiça social. No contexto do envelhecimento, esta abordagem traduz-se na implementação de políticas promotoras de estilos de vida saudáveis, ambientes seguros e acessíveis, reforço da literacia em saúde e apoio social e económico às famílias, com impacto direto na redução de riscos associados a eventos adversos, como as quedas.

A Enfermagem de Saúde Familiar assume, neste contexto, um papel estratégico, ao centrar a sua intervenção na família enquanto unidade de cuidados e sistema de suporte fundamental ao longo da transição do envelhecimento. O EEESF dispõe de competências avançadas que lhe permitem identificar precocemente necessidades, vulnerabilidades e potencialidades da pessoa idosa e da sua família, orientar processos de capacitação e articular recursos comunitários formais e informais, promovendo respostas integradas e ajustadas às realidades locais.

A primeira estratégia da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (construir políticas públicas saudáveis) encontra correspondência direta nos pilares do Plano Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável, particularmente nos domínios da saúde e bem-estar, da vida laboral saudável e da economia do envelhecimento. A promoção do envelhecimento ativo pressupõe a garantia de acesso equitativo a cuidados preventivos e promocionais, o reforço dos cuidados de saúde primários e o desenvolvimento de programas sustentados na evidência científica. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) assume um contributo diferenciado através da participação na conceção, implementação e avaliação de programas locais, como iniciativas de prevenção de quedas, promoção da atividade física e adaptação dos ambientes habitacionais, frequentemente em articulação com autarquias, instituições sociais e outros setores da comunidade.

A segunda estratégia (criar ambientes favoráveis) articula-se de forma direta com o pilar da autonomia e vida independente. O ambiente, entendido numa perspetiva integrada (física, social e relacional), exerce uma influência determinante na segurança, na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa idosa. A família, enquanto sistema relacional, interage continuamente com o meio envolvente, refletindo as condições estruturais, sociais e culturais em que se insere. A intervenção do EESF distingue-se pela integração destes múltiplos fatores na avaliação, considerando não apenas as condições físicas do domicílio, mas também a composição familiar, o isolamento social, a rede de suporte e a capacidade adaptativa da pessoa idosa. Neste contexto, a promoção da literacia em saúde e o empoderamento das famílias assumem um papel central, capacitando-as para a tomada de decisões informadas e para a gestão do risco no quotidiano (Figueiredo, 2022).

A terceira estratégia da Carta de Ottawa (reforçar a ação comunitária) encontra alinhamento com o pilar da participação na sociedade. Preparar a população para envelhecer implica promover a participação social, fortalecer redes comunitárias, combater o isolamento e fomentar o bem-estar mental e emocional. O EESF desempenha um papel relevante na dinamização de projetos comunitários, na mobilização de recursos locais e no fortalecimento da família enquanto sistema transformativo. O envolvimento ativo de familiares, cuidadores, voluntários e instituições locais contribui para o aumento da resiliência comunitária e para a redução da vulnerabilidade da população idosa, em consonância com as orientações internacionais e nacionais para o envelhecimento saudável (WHO, 2020; DGS, 2024).

A quarta estratégia (desenvolver competências pessoais) articula-se com o pilar do desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida, orientando-se para a capacitação das pessoas idosas e das suas famílias no domínio do autocuidado, da gestão da doença crónica, da adoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção de riscos, incluindo as quedas. A intervenção do EESF, numa lógica de *empowerment*, promove a autorreflexão, a aquisição de competências e a motivação para a mudança comportamental, favorecendo práticas de

saúde sustentáveis. A partilha de poder entre profissionais e famílias, característica da Enfermagem de Saúde Familiar, reforça a consciência crítica e o julgamento informado, sustentando uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa (Rajão, 2020; Figueiredo, 2023).

A quinta estratégia da Carta de Ottawa (reorientar os serviços de saúde) reforça a necessidade de modelos assistenciais mais proativos, preventivos e centrados na pessoa e na família. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, esta reorientação concretiza-se através do acompanhamento continuado, da avaliação sistemática de riscos e da elaboração de planos de cuidados individualizados e familiares. O EEESF assume um papel de liderança na articulação entre níveis de cuidados e profissionais, assegurando intervenções integradas, como programas de prevenção de quedas que combinam educação familiar, promoção da atividade física, adaptação ambiental e monitorização contínua, potenciando processos adaptativos positivos no sistema familiar (Figueiredo & Charepe, 2010, cit. por Figueiredo, 2022).

Paralelamente, o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030 constitui um instrumento fundamental para a intervenção do EESF, ao conceber a literacia em saúde como um processo contínuo, comunitário e sustentado pelas ciências do comportamento. A aplicação do pensamento sistémico permite compreender a interligação entre literacia em saúde, envelhecimento ativo e prevenção de quedas, quer ao nível da capacitação da pessoa idosa e da família, quer na modificação de ambientes e comportamentos de risco (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O modelo de literacia em saúde proposto por Nutbeam (2020) revela-se particularmente pertinente neste contexto, ao distinguir os níveis funcional, interativo e crítico. O EEESF intervém de forma transversal nestes níveis, assegurando informação acessível, promovendo a participação ativa da pessoa idosa e da família na gestão do risco e fomentando a

capacidade crítica necessária à tomada de decisões autónomas e sustentáveis. Esta abordagem integrada contribui para o reforço da autonomia, da participação social e da segurança, pilares fundamentais do envelhecimento ativo e saudável.

Em síntese, a articulação entre os princípios da Carta de Ottawa, os pilares do Plano Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável, os modelos de literacia em saúde e o pensamento sistémico constitui um eixo estruturante da intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar. A atuação do EESF, centrada na pessoa idosa, na família e na comunidade, revela-se determinante para responder aos desafios do envelhecimento contemporâneo, promovendo a saúde, prevenindo a dependência e potenciando um envelhecimento ativo, autónomo e com qualidade de vida.

1.8 . Teoria Bioecológica e Prevenção de Quedas no Idoso

A incorporação de referenciais teóricos na prática profissional da enfermagem constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento científico da disciplina, para a consolidação da identidade profissional e para a qualificação dos cuidados prestados. As teorias de enfermagem traduzem o conhecimento construído a partir da compreensão sistemática das experiências humanas em saúde, permitindo integrar conceitos centrais como a pessoa, a saúde, o ambiente e o cuidar. Estes referenciais oferecem uma base estruturada que orienta a prática clínica, sustenta a tomada de decisão fundamentada e promove uma abordagem holística, sensível à complexidade dos fenómenos de saúde–doença, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade, como o envelhecimento e a prevenção de quedas (Souza et al., 2021; Alligood, 2022).

As teorias e modelos conceptuais de enfermagem assumem, assim, um papel determinante na articulação entre o conhecimento científico e a prática clínica, favorecendo intervenções intencionais, coerentes e sustentadas na evidência. A sua utilização sistemática potencia a reflexão crítica, a harmonização conceptual e a implementação rigorosa da Sistematização

da Enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, esta fundamentação teórica revela-se particularmente relevante, uma vez que o cuidado se dirige não apenas ao indivíduo, mas à família enquanto unidade dinâmica, relacional e interdependente (McEwen & Wills, 2019).

Os EEESF, pela natureza da sua formação de nível de 2º ciclo, detêm competências epistemológicas que lhes permitem selecionar, integrar e aplicar modelos conceptuais ajustados à complexidade do cuidado familiar. Esta base teórica robusta sustenta uma prática reflexiva, contextualizada e orientada para a gestão de transições ao longo do ciclo vital, como o envelhecimento, a doença crónica, a dependência funcional e o risco de quedas. A prevenção de quedas na pessoa idosa exige, assim, uma leitura integrada dos múltiplos fatores envolvidos, ultrapassando abordagens centradas exclusivamente no indivíduo.

Neste enquadramento, o pensamento sistémico assume especial relevância ao conceber a família como um sistema organizado, constituído por membros interdependentes que mantêm relações dinâmicas e recíprocas. As interações familiares são moldadas por transições normativas e não normativas, por fatores de stress e pela capacidade de mobilização de recursos internos e externos, influenciando o equilíbrio e o funcionamento global do sistema. (Figueiredo, 2022; Robinson et al., 2022).

A família é, deste modo, entendida como um todo cuja funcionalidade excede a soma das partes, caracterizando-se por processos contínuos de adaptação, coparticipação e coevolução. Esta perspetiva revela-se particularmente pertinente em contextos de envelhecimento, nos quais a ocorrência de eventos como as quedas pode desencadear reorganizações significativas das dinâmicas familiares, redistribuição de papéis e aumento da sobrecarga dos cuidadores. A intervenção do EESF deve, por isso, valorizar os recursos, as competências e o potencial adaptativo da família, mobilizando-os como elementos

terapêuticos no processo de prevenção e gestão do risco de queda (Figueiredo & Charepe, 2010, cit. por Figueiredo, 2022).

A prevenção de quedas na pessoa idosa não pode, assim, ser compreendida como um fenômeno exclusivamente individual, uma vez que os comportamentos, atitudes e práticas da pessoa idosa são profundamente influenciados pelo contexto familiar e social em que se insere. Uma abordagem holística e sistêmica exige o envolvimento ativo da família enquanto unidade central de cuidado, promovendo a corresponsabilização dos seus membros e a integração de intervenções coordenada simultaneamente ao indivíduo, ao ambiente físico e às relações familiares. As crenças, os valores e os padrões de interação familiar exercem uma influência determinante na adoção de comportamentos preventivos e na adesão às recomendações de segurança.

Um ambiente familiar caracterizado por suporte emocional, comunicação eficaz e relações de confiança favorece a prática de atividade física adaptada, a adesão a estratégias de prevenção e a utilização adequada de dispositivos de apoio à marcha. A Enfermagem de Saúde Familiar, sustentada no pensamento sistêmico, procura compreender estas dinâmicas e mobilizá-las como recurso terapêutico, adaptando as intervenções às especificidades de cada família. Neste contexto, a educação da família relativamente aos fatores de risco e às estratégias de prevenção de quedas assume um papel estruturante na promoção da segurança e da autonomia da pessoa idosa.

A Teoria dos Sistemas Bioecológicos do Desenvolvimento Humano (TSBDH), desenvolvida por Bronfenbrenner, constitui um referencial conceptual particularmente pertinente para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, ao permitir compreender o desenvolvimento humano e familiar como um processo dinâmico, contextualizado e evolutivo ao longo do tempo. Esta teoria postula que o desenvolvimento resulta da interação contínua entre a pessoa e os múltiplos sistemas ambientais que a envolvem — microsistema, mesossistema,

exossistema, macrossistema e cronossistema — integrando dimensões individuais, relacionais, sociais, culturais e temporais (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner, 2001).

Aplicada à prevenção de quedas na pessoa idosa, a TSBDH possibilita uma compreensão abrangente do fenómeno, reconhecendo que o risco de queda emerge da interação entre características individuais, dinâmicas familiares, condições ambientais, recursos comunitários e enquadramentos políticos e socioculturais. Os processos proximais, definidos como interações regulares, significativas e duradouras entre a pessoa e o ambiente, assumem um papel central nos processos de adaptação e de manutenção da capacidade funcional, sendo influenciados tanto pelas características biopsicológicas da pessoa idosa como pela qualidade e estabilidade dos contextos em que se insere (Bronfenbrenner, 2001). Este enquadramento teórico sustenta uma intervenção integrada e sistémica do EESF na prevenção de quedas, articulando pessoa, família, comunidade e políticas de saúde.

Figura 1 – Aplicação da Teoria dos Sistemas Bioecológicos na prevenção de quedas

CRONOSSISTEMA	Envelhecimento Quedas prévias Transições de saúde Evolução clínica e adaptação ao longo do tempo
MACROSSISTEMA	Políticas públicas de saúde Normas legais Envelhecimento ativo e seguro Cultura de prevenção Estratégias nacionais de prevenção de quedas
EXOSSISTEMA	Serviços de saúde Autarquias Respostas sociais Programas comunitários Espaço público seguro Acesso a recursos e apoios técnicos
MESOSSISTEMA	Articulação USF – Família – Comunidade Comunicação interprofissional Continuidade e coordenação de cuidados
MICROSSISTEMA	Pessoa idosa Família / Cuidador informal Domicílio e ambiente imediato Capacidades funcionais Medo de cair

Fonte Própria

No microssistema, a família e o domicílio assumem um papel central na prevenção de quedas, constituindo os contextos de interação mais próximos e significativos da pessoa idosa. A evidência demonstra que a maioria das quedas ocorre no ambiente domiciliário, frequentemente associada a fatores modificáveis relacionados com a organização do espaço, barreiras arquitetônicas, iluminação inadequada e ausência de estratégias preventivas integradas na rotina diária (Montero-Odasso et al., 2022; WHO, 2023). Neste nível, a intervenção do EEESF centra-se na avaliação sistemática do ambiente domiciliário, na identificação de riscos ambientais e funcionais, na promoção de exercícios de equilíbrio, força muscular e marcha, bem como no envolvimento ativo da família no acompanhamento quotidiano da pessoa idosa. A proximidade relacional característica da Enfermagem de Saúde Familiar permite integrar rotinas, crenças e valores familiares no planeamento individualizado dos cuidados, favorecendo a segurança, a adesão às estratégias preventivas e a manutenção da autonomia funcional (Kaakinen et al., 2023; Figueiredo, 2022).

O mesossistema corresponde à articulação entre os diferentes contextos de vida da pessoa idosa, como a família, a Unidade de Saúde Familiar, as instituições sociais e os recursos comunitários. A literatura sublinha que a fragmentação dos cuidados constitui um fator de risco acrescido para eventos adversos, incluindo as quedas, particularmente em populações idosas com múltiplas necessidades (NICE, 2025). Neste nível, o EESF desempenha um papel estratégico na coordenação e continuidade dos cuidados, assegurando a articulação entre profissionais, a referenciação para equipas multidisciplinares e a liderança ou participação em programas comunitários de prevenção de quedas. Esta atuação integrada contribui para a coerência das intervenções, para a otimização de recursos e para a monitorização contínua do risco ao longo do tempo (McEwen & Wills, 2019; Montero-Odasso et al., 2022).

O exossistema integra contextos que influenciam indiretamente a pessoa idosa, como as políticas sociais, os serviços de apoio domiciliário, os recursos dirigidos aos cuidadores informais e as condições laborais e económicas da família. A evidência demonstra que o

acesso a serviços de apoio adequados e a suporte social reduz a sobrecarga dos cuidadores e contribui para melhores resultados em saúde na pessoa idosa, incluindo a redução do risco de quedas (WHO, 2015; Schulz & Eden, 2016). Neste nível, a intervenção do EEESF envolve a mobilização de recursos comunitários, a articulação com o serviço social e a facilitação do acesso a apoios técnicos, sociais e financeiros, criando condições favoráveis à manutenção da funcionalidade e da segurança no domicílio.

O macrossistema corresponde ao enquadramento sociocultural, económico e político mais amplo, incluindo políticas públicas de envelhecimento ativo, habitação acessível, segurança do ambiente construído e apoio aos cuidadores informais. As orientações internacionais reconhecem que políticas públicas eficazes constituem determinantes estruturais da prevenção de quedas e da promoção da capacidade funcional ao longo do envelhecimento (WHO, 2020; 2023). Neste nível, o EEESF assume um papel de defesa e de agente de mudança, contribuindo para a implementação local de políticas nacionais, para a sensibilização das comunidades e para a promoção de ambientes físicos e sociais mais seguros e inclusivos.

O cronossistema introduz a dimensão temporal, considerando as transições e mudanças ao longo do ciclo de vida, como hospitalizações, declínio funcional progressivo, luto, alterações nas redes de suporte ou mudanças no contexto habitacional. A literatura evidencia que estes momentos de transição constituem períodos críticos de aumento do risco de queda, exigindo vigilância reforçada e adaptação contínua das intervenções preventivas (Bronfenbrenner, 1979; 2001; Robinson et al., 2022). O acompanhamento longitudinal desenvolvido pelo EEESF permite identificar precocemente estas transições, ajustar planos de cuidados e reforçar estratégias preventivas em função da evolução das potencialidades e necessidades da pessoa idosa e da família.

A articulação da Teoria dos Sistemas Bioecológicos do Desenvolvimento Humano com modelos específicos da Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), potencia uma prática integrada, sistemática e disciplinada. O MDAIF, assente no pensamento sistémico, orienta a avaliação e a intervenção ao longo do ciclo vital, valorizando a família enquanto foco central do cuidado e promovendo processos de reorganização adaptativa, redistribuição de papéis, fortalecimento da comunicação e mobilização de recursos familiares e comunitários, aspetos particularmente relevantes na prevenção de quedas em contextos de envelhecimento (Figueiredo, 2020; 2022).

Em síntese, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano oferece ao EEESF um quadro conceptual abrangente e robusto para compreender e intervir na prevenção de quedas na pessoa idosa. Ao integrar múltiplos níveis de influência e a dimensão temporal do envelhecimento, esta teoria sustenta intervenções contextualizadas, colaborativas e sustentáveis, centradas na pessoa idosa, na família e na comunidade. A prevenção de quedas emerge, assim, como um processo sistémico e dinâmico, no qual a Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel central na promoção da segurança, da autonomia e da qualidade de vida ao longo do envelhecimento.

1.9 - Modelos Internacionais de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas: Contributos para a Prática em Enfermagem de Saúde Familiar

A prevenção de quedas em pessoas idosas tem vindo a afirmar-se, a nível internacional, como uma prioridade estratégica das políticas de saúde pública, em resposta ao envelhecimento demográfico e ao impacto significativo destes eventos na morbimortalidade, funcionalidade e qualidade de vida da população idosa. A evidência científica demonstra que as quedas constituem uma das principais causas de lesão, perda de autonomia e institucionalização em idade avançada, com repercussões relevantes para as famílias e para

os sistemas de saúde (WHO, 2007; WHO, 2021). Neste contexto, a prevenção de quedas é amplamente reconhecida como uma intervenção custo-efetiva e essencial nos cuidados de saúde primários e comunitários.

A Organização Mundial da Saúde tem desempenhado um papel estruturante na definição de referenciais conceptuais e estratégicos para a prevenção de quedas, destacando desde o *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age* a necessidade de abordagens multifatoriais e integradas. Estas abordagens incluem a avaliação sistemática do risco, a promoção da atividade física adaptada, a adaptação do ambiente domiciliário, a revisão da terapêutica e a capacitação das pessoas idosas e das suas famílias (WHO, 2007). Este enquadramento foi posteriormente reforçado por documentos que integram a prevenção de quedas no paradigma do envelhecimento saudável, da segurança do doente e da continuidade de cuidados (WHO, 2021).

Um dos principais referenciais internacionais atuais são as *World Falls Guidelines* (WFG), desenvolvidas por um consórcio internacional de especialistas e sociedades científicas. Estas diretrizes propõem um modelo estruturado de prevenção e gestão de quedas assente no rastreio sistemático do risco, na avaliação multifatorial abrangente e na implementação de intervenções individualizadas, considerando fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. As WFG enfatizam ainda a importância da articulação entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e recursos comunitários, bem como da intervenção interdisciplinar, como elementos-chave para a eficácia das estratégias preventivas (Montero-Odasso et al., 2022).

No contexto norte-americano, destaca-se o programa STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries), desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention*. Este programa constitui um modelo operacional amplamente utilizado para a integração da prevenção de quedas na prática clínica, particularmente nos cuidados de saúde primários. O

STEADI disponibiliza algoritmos de rastreio, instrumentos de avaliação do risco, recomendações de intervenção baseadas na evidência e materiais educativos dirigidos a profissionais de saúde, pessoas idosas e cuidadores, facilitando a incorporação sistemática da prevenção de quedas nos cuidados de rotina (*Centers for Disease Control and Prevention, 2023*).

No Canadá, a prevenção de quedas é reconhecida como uma prioridade de saúde pública, refletindo-se no desenvolvimento de programas estruturados e sustentáveis. O *Canadian Fall Prevention Curriculum* (CFPC) constitui um exemplo de referência, ao disponibilizar formação baseada na evidência para profissionais de saúde, técnicos comunitários e decisores locais, capacitando-os para planejar, implementar e avaliar programas de prevenção de quedas em diferentes contextos assistenciais. Esta abordagem formativa tem sido apoiada pela *Public Health Agency of Canada*, que promove iniciativas comunitárias e intersectoriais orientadas para a redução de quedas e para o fortalecimento da capacidade local de intervenção (*Public Health Agency of Canada, 2023*).

No contexto europeu, a prevenção de quedas tem sido promovida através de redes colaborativas e iniciativas científicas e institucionais. A *Prevention of Falls Network Europe* (ProFaNE) constituiu um marco relevante ao promover a harmonização conceptual, metodológica e científica da prevenção de quedas entre países europeus, contribuindo para a disseminação de boas práticas e para o desenvolvimento de investigação nesta área. Mais recentemente, a *European Geriatric Medicine Society* (EuGMS) tem reforçado a implementação das *World Falls Guidelines* na Europa, salientando a necessidade de integrar a prevenção de quedas nos sistemas de saúde, de investir na formação interprofissional e de desenvolver respostas comunitárias sustentadas e baseadas na evidência (*European Geriatric Medicine Society, 2023*).

Paralelamente, vários países europeus têm implementado programas nacionais e regionais de prevenção de quedas, frequentemente integrados em estratégias de envelhecimento ativo e saudável. Estes programas centram-se, de forma consistente, em intervenções multicomponentes que incluem exercício físico orientado para o equilíbrio, força e marcha, educação para a saúde, adaptação do ambiente domiciliário e envolvimento das redes comunitárias, evidenciando resultados positivos na redução da incidência de quedas e das suas consequências (Sherrington et al., 2019).

Apesar da diversidade de contextos e modelos organizacionais, os programas internacionais, europeus e canadianos de prevenção de quedas apresentam princípios convergentes: a avaliação sistemática e precoce do risco; a implementação de intervenções multicomponentes baseadas na evidência, com destaque para o exercício físico estruturado; a adaptação do ambiente domiciliário; a revisão medicamentosa; e a capacitação das pessoas idosas, das famílias e dos cuidadores. A literatura demonstra que estas abordagens são particularmente eficazes quando integradas nos cuidados de saúde primários e desenvolvidas em estreita articulação com a comunidade (Sherrington et al., 2019; Montero-Odasso et al., 2022).

Em síntese, os programas internacionais de prevenção de quedas constituem referenciais sólidos para a organização de intervenções preventivas integradas, interdisciplinares e centradas na pessoa idosa e na família. Estes modelos reforçam a importância do papel dos profissionais de enfermagem, em particular do EEESF, na avaliação sistemática do risco, na coordenação de cuidados e na promoção da segurança, da autonomia e da qualidade de vida ao longo do envelhecimento.

A análise dos modelos internacionais de prevenção de quedas em pessoas idosas permite identificar princípios e estratégias baseadas na evidência que orientam a prática em Enfermagem de Saúde Familiar. Contudo, a sua operacionalização exige a consideração das

especificidades organizacionais e assistenciais do contexto onde os cuidados são prestados. Neste sentido, torna-se fundamental proceder à caracterização do contexto de estágio no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, de forma a compreender as condições, recursos e dinâmicas que enquadram a intervenção desenvolvida.

Capítulo II- Caracterização do Contexto de Estágio no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o pilar estruturante do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assumindo-se como o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde e como o contexto privilegiado para a promoção, proteção e manutenção da saúde ao longo de todo o ciclo vital. A evidência internacional mais recente confirma que sistemas de saúde assentes em CSP fortes, acessíveis e integrados apresentam melhores resultados em saúde, maior equidade no acesso, melhor experiência dos utentes e maior eficiência na utilização dos recursos, particularmente em contextos marcados pelo envelhecimento populacional e pela multimorbilidade (WHO, 2023; OECD, 2023).

Em Portugal, a evolução dos CSP tem sido acompanhada por uma progressiva valorização do papel da enfermagem, em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, cuja intervenção se encontra alinhada com os princípios da proximidade, continuidade e centralidade da família. A reforma dos CSP, iniciada em 2005, constituiu um marco determinante não apenas na reorganização estrutural dos serviços, mas também na redefinição dos papéis profissionais, reforçando a autonomia clínica, a responsabilização e a diferenciação da prática de enfermagem nos cuidados comunitários. A criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) veio potenciar modelos de trabalho multiprofissionais centrados na pessoa e na família, criando condições favoráveis ao desenvolvimento da prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar (Pisco & Duarte, 2021; OECD, 2023).

O enquadramento conceptual dos CSP em Portugal encontra-se fortemente alinhado com as orientações mais recentes da Organização Mundial da Saúde, que define os cuidados de

saúde primários como um modelo integrado, centrado na pessoa e orientado para a intervenção sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde. Neste modelo, os profissionais de enfermagem assumem um papel central na promoção da saúde, na prevenção da doença, na gestão da doença crónica e na coordenação de cuidados, funções que têm vindo a ser progressivamente aprofundadas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (WHO, 2023).

No plano estratégico nacional, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030 reconhece explicitamente os CSP como eixo central para a concretização dos seus objetivos, sublinhando a importância da atuação precoce sobre os determinantes da saúde, da promoção de estilos de vida saudáveis e da garantia de cuidados continuados e integrados ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, o papel do EEESF tem evoluído no sentido de uma intervenção mais proativa, preventiva e centrada na gestão de transições, nomeadamente o envelhecimento, a doença crónica e a dependência funcional, reforçando a sua responsabilidade na avaliação do risco, na capacitação das famílias e na articulação de recursos comunitários (DGS, 2022; OE, 2018).

Mais recentemente, o Plano de Emergência de Saúde – Emergência e Transformação na Saúde veio reforçar a centralidade dos CSP no SNS, identificando-os como a principal porta de entrada no sistema e como um pilar essencial para garantir cuidados universais, acessíveis e sustentáveis. Este documento reconhece que a resposta aos desafios atuais — envelhecimento populacional, aumento da prevalência das doenças crónicas, multimorbilidade e complexidade das necessidades em saúde — exige não apenas reforços estruturais, mas também a valorização das competências especializadas dos profissionais de saúde, incluindo os EEESF, enquanto agentes-chave na continuidade assistencial, na integração de cuidados e na prevenção de eventos adversos evitáveis (Ministério da Saúde, 2024).

A operacionalização das políticas de saúde nos CSP concretiza-se igualmente através de programas nacionais de promoção da saúde e prevenção da doença, nos quais a intervenção do EEESF tem vindo a assumir crescente relevância. Programas como o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Crónicas, o Programa Nacional de Saúde Mental e a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável requerem uma abordagem contínua, próxima e centrada na família, domínios em que a Enfermagem de Saúde Familiar se distingue. A evidência demonstra que intervenções preventivas lideradas ou coadjuvadas por enfermeiros especializados, desenvolvidas em contexto comunitário, são custo-efetivas e contribuem para melhores resultados em saúde, incluindo a redução da dependência funcional e da pressão sobre os cuidados hospitalares (Beard et al., 2021; WHO, 2023).

A promoção da literacia em saúde constitui igualmente uma prioridade transversal das políticas de saúde em Portugal, sendo reconhecida como um determinante modificável (Nutbeam, & Lloyd, 2020) essencial da autonomia, da equidade e da qualidade dos cuidados. O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030 reforça o papel dos CSP enquanto contexto privilegiado para a capacitação dos cidadãos, destacando a intervenção dos profissionais de enfermagem na educação para a saúde, na modificação de comportamentos e no apoio à tomada de decisão informada. Neste domínio, o EEESF assume um papel particularmente relevante, ao integrar a literacia em saúde na relação terapêutica com a pessoa idosa e a família, promovendo competências para a gestão do risco e para a adoção de estilos de vida saudáveis ao longo do envelhecimento (DGS, 2023; Sørensen et al., 2021).

Neste enquadramento, a caracterização do contexto de estágio evidencia a relevância dos CSP enquanto espaço privilegiado de concretização das políticas de saúde em Portugal e de afirmação da prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar. A atuação desenvolvida neste contexto reflete não apenas a centralidade dos CSP na promoção da

saúde e na prevenção da doença, mas também a evolução do papel do EEESF enquanto profissional-chave na resposta aos desafios atuais do SNS, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, integrado e sustentável.

2.1. Perfil demográfico da ULSPVVC

A caracterização demográfica da área de influência da Unidade Local de Saúde (ULS) da Póvoa de Varzim / Vila do Conde constitui um elemento estruturante para a compreensão das necessidades em saúde da população e para o planeamento de intervenções em Enfermagem de Saúde Familiar. A análise da estrutura populacional, das dinâmicas demográficas e dos determinantes socioeconómicos permite contextualizar os principais problemas de saúde, antecipar tendências futuras e orientar a organização dos cuidados de saúde primários, em consonância com os princípios da proximidade, da continuidade e da equidade no acesso aos cuidados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

A ULS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde abrange os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, localizados no litoral norte de Portugal, integrando contextos urbanos, periurbanos e áreas com características mais rurais. De acordo com os dados mais recentes dos Censos 2021, a população residente no concelho da Póvoa de Varzim é de cerca de 64 320 habitantes, enquanto Vila do Conde apresenta aproximadamente 80 825 residentes, perfazendo um total estimado de 145 145 habitantes na área de influência direta da ULS (INE, 2022; INE, 2023). Esta dimensão populacional confere à ULS um peso significativo no contexto regional, implicando uma organização eficiente dos cuidados de saúde primários e uma adequada alocação de recursos humanos, com particular destaque para a enfermagem de saúde familiar.

A distribuição da população pelos dois concelhos evidencia assimetrias territoriais relevantes, com maior concentração populacional nas freguesias litorais e nos centros urbanos,

contrastando com freguesias do interior que apresentam menor densidade populacional e um envelhecimento demográfico mais acentuado. Estas desigualdades territoriais são consistentes com padrões identificados a nível nacional e regional e condicionam o acesso aos cuidados de saúde, a mobilidade e a disponibilidade de redes de suporte informal, exigindo estratégias diferenciadas por parte das equipas de cuidados de saúde primários (INE, 2023; Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte [CCDR-N], 2023).

A análise da estrutura etária revela um acentuado envelhecimento populacional em ambos os concelhos. O índice de envelhecimento apresenta valores elevados, situando-se em cerca de 174,7 na Póvoa de Varzim e 165,8 em Vila do Conde, refletindo uma inversão progressiva da pirâmide etária (PORDATA, 2024). Este fenómeno, transversal à região Norte e ao país, resulta da conjugação entre a diminuição da natalidade, o aumento da esperança média de vida e as alterações nos padrões familiares, sendo amplamente reconhecido como um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos (INE, 2023; WHO, 2023).

O envelhecimento demográfico assume particular relevância para a Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que se associa ao aumento da prevalência de doenças crónicas, da multimorbilidade, da fragilidade e da dependência funcional, bem como à necessidade crescente de cuidados domiciliários e continuados. A evidência recente demonstra que a população idosa apresenta maior consumo de cuidados de saúde, maior risco de eventos adversos e maior necessidade de apoio às famílias cuidadoras, reforçando o papel do enfermeiro de família na gestão integrada da doença crónica, na promoção da autonomia e na prevenção da dependência evitável (DGS, 2023; WHO, 2022).

Paralelamente, os índices de dependência, em particular o índice de dependência de idosos, evidenciam uma pressão crescente sobre a população em idade ativa. Estes índices apresentam variações significativas entre freguesias, sendo mais elevados nas zonas

interiores e com menor densidade populacional, onde o envelhecimento é mais pronunciado e as redes de suporte informal tendem a ser mais frágeis. Esta realidade traduz-se numa maior carga assistencial para os cuidados de saúde primários, exigindo intervenções sistemáticas de vigilância, acompanhamento domiciliário, apoio psicossocial e capacitação das famílias cuidadoras (CCDR-N, 2023; DGS, 2023).

Relativamente às dinâmicas demográficas recentes, os dados indicam que, entre 2011 e 2021, o concelho de Vila do Conde registou um ligeiro crescimento populacional, parcialmente explicado por saldos migratórios positivos, apesar de um saldo natural negativo. No concelho da Póvoa de Varzim, a evolução populacional apresenta maior heterogeneidade territorial, com crescimento em algumas freguesias e decréscimo noutras, refletindo processos de mobilidade residencial, envelhecimento local e transformação dos agregados familiares (INE, 2022; INE, 2023). Estas dinâmicas influenciam diretamente a composição, a tipologia e a funcionalidade das famílias, com impacto relevante na organização dos cuidados de saúde familiar.

Do ponto de vista socioeconómico, a área abrangida pela ULS caracteriza-se por marcada heterogeneidade, coexistindo contextos urbanos com maior acesso a recursos e oportunidades e áreas com maior vulnerabilidade social. Indicadores como rendimento disponível, nível de escolaridade, situação profissional, condições habitacionais e acesso a transportes constituem determinantes sociais da saúde com impacto direto na morbilidade, na utilização dos serviços de saúde e na capacidade das famílias para gerir situações de doença e dependência. A literatura recente sublinha que a integração sistemática destes determinantes na avaliação familiar é fundamental para uma prática de enfermagem centrada na equidade e na justiça social (WHO, 2023; SNS, 2024).

Neste contexto, as implicações do perfil demográfico da área da ULS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde para a Enfermagem de Saúde Familiar são significativas. O envelhecimento

populacional, a elevada dependência e as assimetrias territoriais reforçam a necessidade de uma abordagem centrada no ciclo vital familiar, com enfoque na promoção do envelhecimento ativo, na prevenção da perda de funcionalidade, na gestão da doença crónica e no apoio às famílias cuidadoras. A diversidade territorial exige ainda a estratificação do risco e o planeamento diferenciado das intervenções, ajustadas às características demográficas, sociais e familiares de cada freguesia, em consonância com as orientações nacionais para os cuidados de saúde primários (DGS, 2023; WHO, 2023).

Em síntese, a área de influência da ULS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde apresenta um perfil demográfico marcado pelo envelhecimento, por assimetrias territoriais e por dinâmicas populacionais diferenciadas. Este enquadramento demográfico constitui um pilar essencial para a fundamentação das práticas de Enfermagem de Saúde Familiar, sustentando a definição de prioridades, a alocação eficiente de recursos e o desenvolvimento de intervenções ajustadas às necessidades reais das pessoas idosas, das famílias e da comunidade, contribuindo para cuidados mais integrados, equitativos e sustentáveis.

2.2 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

Este estágio decorreu numa A Unidade de Saúde Familiar (USF) integra a rede de cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde (ULS) da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, constituindo uma unidade funcional orientada para a prestação de cuidados de saúde personalizados, contínuos e centrados na pessoa, na família e na comunidade. As USF, enquanto modelo organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal, assentam em princípios de autonomia organizativa, trabalho em equipa multiprofissional, responsabilização pelos resultados e melhoria contínua da qualidade assistencial.

A USF presta cuidados a uma população inscrita diversificada, pertencente maioritariamente à sua área geográfica de influência, inserida num contexto predominantemente urbano, com características demográficas e sociais heterogéneas. A população acompanhada inclui

indivíduos ao longo de todo o ciclo vital, desde a infância até à idade avançada, bem como famílias com diferentes estruturas, níveis socioeconómicos e necessidades em saúde. Esta diversidade exige uma abordagem abrangente e flexível, compatível com os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar.

Enquanto unidade de cuidados de saúde primários, a USF tem como missão assegurar a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e o acompanhamento de situações agudas e crónicas, bem como a reabilitação e a vigilância da saúde das famílias ao longo do seu ciclo de vida. A prestação de cuidados baseia-se na acessibilidade, na continuidade e na coordenação dos cuidados, promovendo a articulação com outros níveis do sistema de saúde e com recursos comunitários.

A equipa multiprofissional da USF é composta, de forma típica, por médicos de família, enfermeiros de família e assistentes técnicos, funcionando segundo um modelo de trabalho colaborativo e interdependente. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, os enfermeiros assumem um papel central na avaliação das necessidades da pessoa e da família, na elaboração de planos de cuidados individualizados e familiares, na promoção de comportamentos saudáveis e na capacitação para a gestão da doença e do autocuidado. A prática de enfermagem desenvolvida na USF encontra-se alinhada com os referenciais profissionais e normativos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

As atividades assistenciais da USF incluem consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar, saúde do adulto e do idoso, acompanhamento da doença crónica, vacinação no âmbito do Programa Nacional de Vacinação, cuidados de enfermagem curativos e educação para a saúde. Para além da consulta presencial, a unidade recorre a modalidades de contacto não presencial, como o contacto telefónico e digital, de forma a melhorar a acessibilidade e a resposta às necessidades dos utentes.

A população acompanhada pela USF apresenta uma prevalência significativa (Mim@f,2025) de doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e outras patologias cardiovasculares, em consonância com o perfil epidemiológico nacional e regional. Este contexto reforça a importância da atuação dos enfermeiros na vigilância clínica, na promoção da adesão terapêutica, na prevenção de complicações e na capacitação dos doentes e das suas famílias para a autogestão da doença.

No que respeita à população idosa, a USF acompanha um número relevante de pessoas em situação de envelhecimento ativo, mas também indivíduos com diferentes graus de dependência funcional. Neste âmbito, os enfermeiros desenvolvem intervenções direcionadas para a prevenção da fragilidade, a promoção da autonomia, a prevenção de quedas e o apoio aos cuidadores informais, frequentemente integrando visitas domiciliárias e articulação com a rede de cuidados continuados e serviços sociais.

A USF desenvolve igualmente atividades no domínio da promoção da saúde e da prevenção da doença, através de ações educativas individuais e familiares, e da participação em programas e estratégias de saúde pública definidos a nível local, regional e nacional. Estas intervenções têm como objetivo melhorar a literacia em saúde, promover estilos de vida saudáveis e reduzir fatores de risco associados a doenças evitáveis.

A organização interna da unidade assenta em princípios de gestão e de melhoria contínua da qualidade, com monitorização regular de indicadores assistenciais e de desempenho. A avaliação sistemática dos resultados em saúde, da satisfação dos utentes e do cumprimento de boas práticas contribui para a consolidação de uma cultura de qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Figura 2 - Pirâmide etária da USF



Fonte BI-CSP

Figura 3 - Distribuição etária da USF



Fonte BI-CSP

Figura 4- IDG 12/2024

resultado traduz a necessidade de rever e aplicar as práticas recomendadas para a identificação do risco de queda e implementação de intervenções preventivas na população idosa acompanhada pela unidade.

A análise deste desempenho evidencia a premência da atuação nesta área, sugerindo a consolidação das intervenções preventivas dirigidas à pessoa idosa em risco de queda. Considerando que as quedas representam uma das principais causas de morbidade, perda de autonomia e institucionalização na população idosa, este indicador assume especial relevância no contexto da governação clínica e da segurança dos cuidados.

Os enfermeiros de família das USF desempenham um papel determinante na prevenção das quedas, através da avaliação sistemática do risco, da vigilância da mobilidade e do equilíbrio, da identificação de fatores ambientais de risco e da educação para a saúde dirigida à pessoa idosa e à família cuidadora. No entanto, o resultado do índice sugere que estas intervenções poderão não estar a ser eficazes de forma suficientemente consistente em toda a população elegível.

A abordagem centrada na família assume particular importância neste contexto, uma vez que a prevenção das quedas no domicílio depende, em grande medida, do envolvimento dos cuidadores informais e da adaptação do ambiente físico às limitações funcionais da pessoa idosa. A capacitação da família para a identificação de riscos e para a adoção de estratégias de segurança constitui uma intervenção nuclear da Enfermagem de Saúde Familiar, com impacto direto na redução de eventos adversos evitáveis.

Neste enquadramento, emerge como problema de investigação a necessidade de compreender em que medida as intervenções de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolvidas numa USF podem refletir no desempenho do indicador de prevenção das quedas na população idosa.

A análise crítica deste indicador constitui uma oportunidade para identificar áreas de melhoria, reforçar práticas baseadas na evidência e promover estratégias de intervenção mais sistemáticas e estruturadas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Deste modo, o Índice de Desempenho na Prevenção das Quedas assume não apenas uma função avaliativa, mas também um papel orientador na qualificação da prática da Enfermagem de Saúde Familiar e na resposta às necessidades de uma população progressivamente envelhecida.

CAPÍTULO III – Metodologia

3.1 Metodologia

A metodologia assume um papel estruturante no desenvolvimento do estudo, orientando de forma sistemática e coerente todo o processo investigativo, desde a identificação da problemática até à análise e interpretação dos resultados. A definição clara e fundamentada das opções metodológicas é essencial para assegurar o rigor científico, a consistência interna e a credibilidade dos dados, bem como a transparência e a possibilidade de replicação do estudo. Neste sentido, o enquadramento metodológico ultrapassa a mera descrição de procedimentos, constituindo um elemento integrador entre os pressupostos teóricos e a operacionalização empírica da investigação.

A investigação científica configura-se como um processo sistemático de produção de conhecimento orientado para a compreensão de fenómenos específicos, mediante a utilização de métodos adequados ao objeto de estudo. Conforme Vilelas (2022), não visa abranger a totalidade da realidade, mas analisar de forma aprofundada uma problemática delimitada. Assim, a escolha do desenho de investigação assume particular relevância, devendo estar alinhada com a questão de investigação, os objetivos e o enquadramento conceptual (Fortin, 2021; Coutinho, 2023).

A definição do tipo de estudo, da abordagem metodológica e das estratégias de recolha e análise de dados constitui um passo fundamental para garantir a adequação metodológica. A delimitação do campo de estudo e a explicitação dos seus limites contribuem para a coerência metodológica, validade interna e relevância científica dos resultados (Coutinho, 2023; Creswell & Plano Clark, 2023).

O enquadramento metodológico inicia-se com a contextualização da problemática, formulação da questão de investigação e definição dos objetivos, assegurando a articulação entre o problema identificado e as opções metodológicas. Seguidamente, procede-se à caracterização do tipo de estudo e à justificação da abordagem adotada.

A definição da população-alvo e da amostra constitui um elemento central para a validade dos resultados. A explicitação dos critérios de inclusão e exclusão permite delimitar o contexto de recolha de dados e o âmbito de aplicação dos resultados. Paralelamente, são identificadas e operacionalizadas as variáveis, garantindo a sua coerência com os objetivos e o enquadramento teórico (Fortin, 2021; Sousa & Baptista, 2021).

Os instrumentos de recolha de dados são descritos de acordo com critérios de validade, fiabilidade e adequação ao contexto, sendo a utilização de instrumentos validados determinante para a qualidade da investigação (Sousa & Baptista, 2021; Polit & Beck, 2021). São igualmente explicitados os procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados, em consonância com a sua natureza e os objetivos do estudo.

A análise dos dados é conduzida de forma sistemática e rigorosa, assegurando a fidelidade à realidade observada e a sua interpretação fundamentada no enquadramento teórico e metodológico (Coutinho, 2023; Creswell & Plano Clark, 2023).

Por fim, são consideradas as questões éticas inerentes à investigação em saúde, garantindo o respeito pelos princípios da dignidade humana, autonomia, beneficência, não maleficência

e justiça, bem como a proteção da confidencialidade e dos dados pessoais. São cumpridas as orientações da Ordem dos Enfermeiros e da Direção-Geral da Saúde, assegurando a legitimidade ética do estudo (Ordem dos Enfermeiros, 2022; DGS, 2023).

Deste modo, o enquadramento metodológico assegura um percurso investigativo estruturado, rigoroso e eticamente sustentado, contribuindo para a produção de conhecimento válido, relevante e transferível para a prática de Enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

3.1.1 Justificação da problemática, Questão de investigação, finalidade e objetivos e do estudo

O reconhecimento das necessidades de uma população exige a compreensão do seu contexto demográfico, social, económico e organizacional, permitindo identificar recursos, vulnerabilidades e necessidades de saúde. A evidência recente destaca a análise contextual como fundamental para o planeamento de intervenções eficazes e sustentáveis, especialmente em contextos de envelhecimento populacional (WHO, 2023; DGS, 2023). Neste sentido, o diagnóstico de situação participado, enquanto processo sistemático de recolha e análise de informação, assume um papel central na definição de prioridades e na tomada de decisão baseada na evidência (Coutinho, 2023; DGS, 2023).

No âmbito do estágio, através de momentos de reflexão com a equipa de enfermagem da USF, foi consensualizada a prevenção das quedas na pessoa idosa como área prioritária de intervenção, sustentada na observação clínica, análise das necessidades da população e evidência científica (WHO, 2023; OECD, 2023). A consulta do BI-CSP corroborou esta decisão, evidenciando uma taxa elevada de internamento por fratura do colo do fémur, reforçando a relevância local da problemática.

Este processo orientou o desenvolvimento de uma intervenção centrada na pessoa idosa e na família, baseada em princípios de participação e corresponsabilização, em linha com modelos contemporâneos de cuidados centrados na pessoa (Santana et al., 2022; WHO, 2023).

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios atuais, prevendo-se um aumento significativo da população idosa até 2050 (WHO, 2022; UN, 2023). Neste contexto, a prevenção das quedas assume particular relevância, atendendo ao seu impacto na morbidade, mortalidade, funcionalidade e qualidade de vida (WHO, 2021; Montero-Odasso et al., 2022).

As orientações internacionais recomendam abordagens multifatoriais, incluindo avaliação do risco, intervenções personalizadas e programas de exercício adaptado, demonstrando eficácia na redução das quedas, especialmente em cuidados de saúde primários (WHO, 2021; Sherrington et al., 2019; Ekegren et al., 2022).

Neste enquadramento, a definição da questão de investigação emerge como etapa fundamental, orientando o percurso metodológico e assegurando a coerência entre a problemática, os objetivos e os métodos do estudo (Coutinho, 2023; Creswell & Plano Clark, 2023). Assim foi formulada a seguinte questão:

“Como se caracteriza o risco de queda em pessoas idosas com mais de 75 anos inscritas na USF onde se realizou o estágio?”

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da tomada de decisão em Enfermagem de Saúde Familiar na prevenção das quedas na pessoa idosa, sustentando a intervenção na evidência científica e na análise contextual. Pretende-se produzir conhecimento que apoie a prática baseada na evidência e promova intervenções preventivas mais adequadas,

contribuindo para cuidados mais seguros e de qualidade (Polit & Beck, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Para dar resposta à questão de investigação e à finalidade do estudo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o risco de queda em pessoas idosas que frequentam a consulta de enfermagem;
- Analisar os fatores de risco de queda presentes nesta população;
- Identificar associações entre o risco de queda e os fatores de risco identificados nas pessoas idosas acompanhadas na USF onde decorreu o estágio.

A definição clara da problemática, da questão de investigação, da finalidade e dos objetivos constitui um elemento estruturante do percurso investigativo, assegurando a coerência do desenho metodológico e a articulação entre o contexto clínico, o enquadramento teórico e a produção de conhecimento relevante para a prática em cuidados de saúde primários.

3.1.2 Tipo de estudo e amostra

A delimitação do problema de investigação constitui uma etapa estruturante do estudo, orientando o percurso metodológico e assegurando a coerência entre a problemática, os objetivos e as opções metodológicas. A formulação clara do problema permite circunscrever o objeto de estudo e sustentar a recolha, análise e interpretação dos dados (Vilelas, 2022; Creswell & Plano Clark, 2023).

Atendendo à natureza da problemática, optou-se por uma abordagem quantitativa, adequada à descrição de fenómenos e análise de relações entre variáveis de forma objetiva e mensurável (Polit & Beck, 2021; Vilelas, 2022). O estudo enquadra-se num desenho descritivo, observacional e transversal, permitindo caracterizar a realidade num momento específico, sem intervenção do investigador, e identificar padrões e fatores associados

relevantes para a prática em cuidados de saúde primários (Fortin, 2021; Coutinho, 2023). Apresenta ainda um carácter correlacional, visando analisar associações entre variáveis sem estabelecer relações de causalidade (Vilelas, 2022; Creswell & Plano Clark, 2023).

A população-alvo é constituída por pessoas idosas acompanhadas na Unidade de Saúde Familiar onde decorreu o estágio, tendo sido selecionada uma amostra não probabilística por conveniência, adequada ao contexto académico e clínico do estudo (Coutinho, 2023; Vilelas, 2022). Apesar de limitar a generalização dos resultados, esta estratégia permite uma análise aprofundada da realidade local (Fortin, 2021; Polit & Beck, 2021).

A amostra integrou pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, seguidas em contexto de cuidados de saúde primários, que aceitaram participar mediante consentimento informado. Foram excluídos indivíduos sem capacidade de participação informada ou não pertencentes à lista de utentes definida.

Em síntese, as opções metodológicas adotadas revelam-se adequadas à natureza do estudo, permitindo produzir conhecimento relevante para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar, sustentado na análise de uma realidade contextual específica.

3.1.3 Variáveis

As variáveis constituem elementos centrais na investigação científica, correspondendo a características suscetíveis de variação entre indivíduos ou contextos, sendo a sua definição fundamental para a compreensão dos fenómenos e validade dos resultados (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2021).

No presente estudo, a variável dependente é o risco de queda, avaliado através da Escala de Morse, instrumento amplamente validado e utilizado para identificar indivíduos com maior probabilidade de queda (Morse et al., 1989; Morse, 2009).

A sua operacionalização baseia-se na pontuação obtida na escala, que integra diferentes dimensões clínicas e funcionais, sendo os critérios de avaliação e níveis de risco apresentados na Tabela 1 (George & Mallery, 2024).

Tabela 1 - Variável de risco

Variável de risco		
Nome	Operacionalização	Nível de mensuração
Risco de queda – Escala de Morse	Escala com 6 itens: historial de quedas, com duas opções, o não, pontuada com 0 e o sim, pontuada com 20; diagnósticos médicos (mais que 2 patologias) , com duas opções, o não, pontuada com 0 e o sim, pontuada com 15; ajuda na marcha, com três opções, nenhuma/ajuda cuidador/ acamado pontuada com 0, bengala/canadiana/andarilho pontuada com 15 e apoio nos móveis pontuado com 20; terapêutica intravenosa ou cateter permanente, com duas opções, o não, pontuada com 0 e o sim, pontuada com 20; a marcha, com três opções, normal/cadeira de rodas/ acamado pontuada com 0, com dificuldade, mas sem ajuda pontuada com 10 e incapaz, sem ajuda pontuada com 20; estado mental, com duas opções, orientado, pontuada com 0 e dificuldade de orientação, pontuada com 15 Score: risco de queda calculado pela média dos oito itens. Classificação: 0-24, sem risco; 25-50, baixo risco e >50, alto risco	Quantitativa-métrica

As variáveis independentes incluem variáveis sociodemográficas, nomeadamente sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e formação na área da saúde, relevantes para a caracterização da amostra e para a análise da sua relação com o risco de queda.

Foram ainda considerados fatores de risco identificados através do Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa, que avalia dimensões como estado de saúde, autonomia, doenças crónicas, medicação e historial de quedas, permitindo uma análise abrangente dos fatores intrínsecos associados ao fenómeno (Almeida et al., 2014; Direção-Geral da Saúde, 2019).

Tabela 2 - Variáveis Independentes

Variáveis Independente				
Tipo	Nome		Operacionalização	Nível de mensuração
Sociodemográficas	Sexo		Feminino Masculino	Quantitativa-Nominal
	Idade		Idade (anos)	Quantitativa -Métrica
	Estado Civil		Solteiro(a) Casado(a) Outro	Quantitativa-Nominal
	Escolaridade		Analfabeto Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento	Quantitativa-Ordinal
	Formação em saúde		Sim/Não	Quantitativa-Ordinal
Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa	Estado de Saúde Geral	Saúde	Muito Má/Má/ Razoável/Boa/Excelente	Qualitativa -Ordinal
		Visão	Muito Má/Má/ Razoável/Boa/Excelente	Qualitativa -Ordinal
		Lentes Bifocais	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Audição	Muito Má/Má/ Razoável/Boa/Excelente	Qualitativa -Ordinal
		Intervenção cirúrgica	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
	Autonomia	Autónomo	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Auxiliar de Marcha	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Deslocação autónoma	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
	Doenças Crónicas e Medicação	Medicação	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		N.º fármacos	Número de Fármacos	Quantitativa- Métrica
		Doença Psíquica	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Doença Cardiovascular	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Alergias	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Doença Músculoesquelética	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Diabetes	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Doença Cerebrovascular	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Outra	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
	Ocorrência de quedas	Medo de Cair	Nunca/Ocasionalmente /Frequentemente /Sempre	Qualitativa -Ordinal
		Impedimento	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
		Nº de quedas nos últimos 12 meses	Número de quedas que ocorreram nos últimos 12meses	Quantitativa métrica
		Pior Queda (Onde caiu	Dentro da sua casa/ À entrada de casa ou no quintal	Qualitativa - Nominal

		/ Fora de casa no exterior / Fora de casa num espaço fechado	
	Pior Queda (Porque caiu)	Escorreguei / Tropecei / Perdi os sentidos / Tive uma tontura / Senti fraqueza nas pernas / Outra	Qualitativa - Nominal
	Pior Queda (O que estava a fazer)	Caminhar / Caminhar a subir (rampa, ladeira, outra) / Caminhar a descer (rampa, ladeira, outra) / Subir escadas / Descer escadas / Baixar ou Levantar / Ultrapassar Obstáculos (passeio, outro) / Outra	Qualitativa - Nominal
	Resultante da queda quantos dias esteve impossibilitado de realizar as AVD normais	Número de dias	Quantitativa - métrica
	Fez fratura	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
	Local	Tornozelo / Coxa-Anca / Joelhos / Ombros / Zona Dorsal / Pulso-Mão / Cotovelos / Pescoço / Zona lombar / Pés	Qualitativa - Nominal
	Prática de exercício	Sim/Não	Qualitativa - Nominal
	Tipo	Caminhada / Pedaleira / Alongamentos / Ginástica / Fisioterapia / Hidroginástica /Bike Estática	Qualitativa - Nominal
	Frequência Semanal	Número de dias na semana	Quantitativa - métrica
	Duração do exercício físico	Minutos	Quantitativa - métrica

3.1.4 Instrumento de recolha de dados

Para a realização do estudo, foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: a Escala de Morse, para avaliação do risco de queda, um questionário sociodemográfico, para caracterização da amostra, e o Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa, validado por Valente (2012). A seleção destes instrumentos baseou-se na sua validade, pertinência científica e adequação ao contexto do estudo, sendo os questionários amplamente utilizados na investigação quantitativa pela sua capacidade de recolha sistemática e padronizada de dados (Fortin, 2009; Vilelas, 2022).

Para a identificação dos fatores de risco, foi utilizada a primeira parte do questionário de Valente (2012), instrumento validado para a população portuguesa, cuja utilização foi autorizada pela autora. Este avalia dimensões como estado de saúde, autonomia, doenças crónicas, medicação e ocorrência de quedas, permitindo uma análise abrangente dos fatores intrínsecos associados ao risco de queda (Tinetti et al., 1988; WHO, 2007).

A opção pela utilização parcial do instrumento deveu-se à adequação desta componente aos objetivos do estudo, tendo sido excluída a secção relativa à atividade física, por não se enquadrar no foco da investigação e por constrangimentos temporais.

3.1.5 Procedimento de recolha de dados

Após autorização do coordenador da Unidade de Saúde Familiar e parecer favorável da Comissão de Ética, o estudo foi apresentado à equipa de enfermagem, assegurando o cumprimento dos princípios éticos. A recolha de dados decorreu entre janeiro e maio de 2025, em contexto de gabinete, garantindo privacidade e confidencialidade.

Todo o processo respeitou os princípios da Declaração de Helsínquia, nomeadamente o respeito pela dignidade, autonomia e participação voluntária (World Medical Association, 2013). A recolha foi realizada por um enfermeiro, responsável pelos esclarecimentos necessários, sendo assegurada a proteção de dados em conformidade com o RGPD, através da anonimização da informação.

A participação foi precedida de informação clara, oral e escrita, e formalizada mediante consentimento informado, livre e esclarecido, com garantia do direito de desistência sem qualquer prejuízo.

3.1.6 Procedimento e tratamento e análise de dados

Após a recolha, procedeu-se ao tratamento, análise e interpretação dos dados, etapas essenciais para garantir a validade do estudo. O processo incluiu organização, codificação e análise estatística, permitindo responder aos objetivos e testar hipóteses formuladas.

A abordagem quantitativa adotada possibilitou a descrição dos dados e a análise de relações entre variáveis, recorrendo-se a estatística descritiva (frequências, médias e desvios-padrão) e inferencial, de acordo com os pressupostos estatísticos (Vilelas, 2022). A normalidade foi verificada através dos coeficientes de assimetria e curtose (Kline, 2023).

Quando assegurados os pressupostos de normalidade, homogeneidade e independência, foram aplicados testes paramétricos, nomeadamente o teste t de Student para comparação de médias e a correlação de Pearson para análise de associações (Field, 2023; Polit & Beck, 2021). A magnitude das correlações foi interpretada segundo critérios convencionais (Cohen, 2019; Field, 2023).

Algumas variáveis foram recodificadas para análise: idade (<80/≥80 anos), escolaridade (básica/superior) e medicação (≤5/>5 fármacos). Foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS, versão 29.0.

3.1.7 Considerações éticas

A investigação em enfermagem exige o cumprimento rigoroso de princípios éticos, nomeadamente o respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, anonimato e confidencialidade dos participantes, bem como a sua proteção contra riscos ou prejuízos (Polit & Beck, 2021; Emanuel et al., 2022). Estes princípios encontram-se consagrados em referenciais internacionais, como a Declaração de Helsínquia e as diretrizes do CIOMS, que

orientam o consentimento informado, a avaliação risco-benefício e a proteção de grupos vulneráveis (World Medical Association, 2018; CIOMS, 2023).

No contexto português, a investigação deve ainda cumprir o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e as orientações da Direção-Geral da Saúde, incluindo a apreciação por comissões de ética (OE, 2022; DGS, 2023).

No presente estudo, foram assegurados todos os procedimentos éticos e legais, incluindo autorização institucional e parecer favorável da Comissão de Ética. A participação foi voluntária, mediante consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo o direito de desistência sem prejuízo.

Foram adotadas medidas para assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados, nomeadamente a codificação da informação e a sua proteção em suporte informático seguro, em conformidade com o RGPD.

Os resultados serão divulgados de forma rigorosa e transparente, respeitando os princípios de integridade científica e as limitações do estudo (Vilelas, 2022).

3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta secção apresentam-se os resultados do estudo, organizados de acordo com os objetivos definidos e sistematizados em tabelas devidamente identificadas. Inicialmente, procede-se à caracterização sociodemográfica da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados do Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda. Por fim, analisam-se as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o risco de queda. A amostra é constituída por 148 pessoas idosas inscritas na USF.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos participantes foi realizada com base nos critérios definidos na secção da metodologia, considerando-se estas variáveis essenciais não apenas para a concretização do presente estudo, mas também para a adequada orientação do processo de intervenção junto da pessoa idosa.

Relativamente à variável sexo, verificou-se que a amostra é maioritariamente constituída por mulheres, correspondendo a 93 participantes (62.8%).

A idade média dos inquiridos é de $82,73 \pm 5,894$, variando entre o mínimo de 75 e o máximo 98, com a moda a recair nos 75 e 80 anos. Os dados permitiram aferir que as mulheres apresentam uma média de idade superior à dos homens e um intervalo entre as idades igualmente superior. Relativamente ao estado civil, 74 (50%) inquiridos são casados, 20 (13,5%) são solteiros e os restantes 54 (36,5%) são viúvos. Relativamente à escolaridade, confirmamos que a amostra maioritariamente possui o ensino básico com 121 (81,8,5%) inquiridos, existindo 1 (0.7%) analfabeto, 26 (17,6%) com ensino secundário ou superior. Por último, apenas uma das pessoas idosas apresentava formação em saúde.

Tabela 3 Caracterização variáveis sociodemográfica

Variáveis Independente				
Tipo	Nome	Operacionalização	N	%
Sociodemográficas	Sexo	Feminino	93	62,8
		Masculino	55	37,2
	Idade	Anos	Média(X)±dp	82,73 ±5,894
			Max.	98
			Min.	75
	Estado Civil	Solteiro(a)	20	13,5
		Casado(a)	74	50
		Outro	54	36,5
	Escolaridade	Analfabeto	1	0,7
		Ensino Básico	121	81,8
		Ensino Secundário	20	13,5
		Licenciatura	6	4,1
		Mestrado	0	0
		Doutoramento	0	0

Formação em saúde	Sim	1	0,7
	Não	147	99,3

3.2.2 Caracterização do estado de saúde

A caracterização do estado de saúde das pessoas idosas foi realizada com base no Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa, permitindo uma análise multidimensional da condição de saúde.

Foram avaliados indicadores como a percepção do estado de saúde, acuidade visual e auditiva, intervenções cirúrgicas recentes, autonomia nas atividades de vida diária, utilização de auxiliares de marcha, polimedicação, medo de cair e respetivo impacto, bem como o nível de dependência funcional e o risco de queda.

Esta abordagem permitiu uma caracterização integrada do estado de saúde das pessoas idosas, fornecendo informação relevante para a compreensão dos fatores associados ao risco de queda, em consonância com os objetivos definidos para o presente estudo.

Na questão relativa à percepção do estado atual de saúde, os inquiridos na sua maioria 94 (63,5%) afirmaram ser “Razoável”, seguido da resposta “Boa” com 34 (23%) e por fim “Má/Muito Má” com 20 (13,5%). Face ao estado da acuidade visual, também a maioria das pessoas idosas referiu ser “Razoável” 81 (54,7%); seguido de “Boa” com 36 (24,3%). Quanto ao uso de lentes bifocais, mais de metade da amostra, 80 (54,1%) respondeu afirmativamente. Quanto à acuidade auditiva as respostas “Razoável” e “Má” apresentaram os seguintes valores, respetivamente 79 (53,4%) e 34 (24,0%). Relativamente à realização de alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses, as pessoas idosas responderam negativamente em 134 (90,5%). Dos 14 inquiridos com cirurgia, tratou-se na maioria de cirurgia oftalmológica com 12 (85,7%). Dos inquiridos, verificou-se que a maioria da amostra, 118 (79,7%) é autónomo nas tarefas diárias. Destes inquiridos, 52 (35,1%) utilizam um

equipamento auxiliar de marcha. Dos 118 (79,7%) que se consideram autónomos, 52 (35,1%) indicaram utilizar algum equipamento auxiliar de marcha (ex: bengala, andarilho, etc.). O auxiliar de marcha mais utilizado é a bengala 30 (57,7%) seguido da canadiana 17 (32,7%). Dos 52 (35,1%) que utilizam auxiliar de marcha, 44 (84,6%) diz que o equipamento permite que se desloquem autonomamente. Relativamente às doenças crónicas e medicação, podemos afirmar que a maioria da amostra toma medicamentos atualmente, uma vez que apenas 2 (1,4%) das pessoas idosas não fazem medicação. Dos 146 (98,6%), 119 (80,4%) tomam medicação para a patologia cardiovascular e 87 (58,8%) na área da patologia psíquica. Constatamos que mais de metade da amostra, 111 (56,4%) utiliza mais de 5 medicamentos diários.

Com a aplicação da categorização da escala de Morse, utilizada na validação da escala para a população portuguesa por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014), na amostra deste estudo, foi possível verificar que 91 (61,5%) apresentaram “médio risco”, 39 (26,4%) “alto risco” e 18 (12,2%) “baixo risco”.

Relativamente ao medo de cair maioritariamente afirma que tem medo, 126 (85,2%), por sua vez 83 (56,1%) respondeu ocasionalmente e 30 (20,1%) frequentemente. No entanto 106 (71,6%) dos inquiridos afirmam que esse medo não os impede realizar atividades diárias.

Responderam positivamente 137 (92,56%) ao histórico de quedas no último ano ao número de quedas no último ano. A maioria dos episódios de quedas nas pessoas idosas ocorreu dentro de casa com 68 (45,9%) seguido fora de casa no exterior, com 36 (24,3%). Os motivos que levaram à ocorrência de quedas, foram tropeçar com 65 (43,9%) inquiridos e escorregar com 39 (26,4%) inquiridos.

Relativamente ao que estava a fazer 88 (59,5%) inquiridos estavam a caminhar, seguido de 13 (8,8%) a subir escada, e de 12 (8,1%) a baixar ou levantar.

Em relação à impossibilidade de realizar atividades do dia-a-dia, 108 (78,8%) inquiridos referiam 0-10 dias e apenas 10 (6,9%) inquiridos estiveram mais de 30 dias.

Em relação ao resultado da queda, 30 (21,9%) inquiridos afirmou que a lesão resultou em fratura. O local mais afetado tratou-se da coxa/anca com 10 (33,3%) inquiridos, assim como 6 (20%) inquiridos referiram os joelhos e 6 (20%) inquiridos referiram pés.

Comparativamente à prática de exercício apenas 25 inquiridos (16,9%) realiza, desses 6 (4,1%) inquiridos realizam cinco vezes por semana, 6 (4,1%) sete vezes por semana, e por último 5 (3,4%) inquiridos realizam três vezes por semana. Com duração média de 60min apontada por 9 (6,1%) inquiridos. Relativamente ao tipo, 13 (8,8%) inquiridos referiam a caminhada, seguida de 5 (3,4%) inquiridos com fisioterapia e apenas 3 (2%) referiam os alongamentos.

Tabela 4- Caracterização das variáveis clínicas

Variáveis Independente					
Tipo	Nome	Operacionalização	N	%	
Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa	Estado de Saúde Geral	Muito Má	1	0,7	
		Má	19	12,8	
		Razoável	94	63,5	
		Boa	34	23	
		Excelente	0	0	
		Muito Má	3	2	
		Má	28	18,9	
		Razoável	81	54,7	
		Boa	36	24,3	
		Excelente	0	0	
		Lentes Bifocais	Sim	80	45,9
		Não	68	54,1	
		Audição	Muito Má	1	0,7
		Má	34	23	
		Razoável	79	53,4	
		Boa	33	22,3	
		Excelente	1	0,7	
	Intervenção cirúrgica	Sim	14	9,5	
	Não	134	90,5		
	Autonomia	Autónomo	Sim	118	79,7
			Não	30	20,3
		Auxiliar de Marcha	Sim	52	35,1
			Não	96	64,9

	Doenças Crônicas e Medicação	Deslocação autônoma	Sim	44	15,4
			Não	8	84,6
		Medicação	Sim	146	98,6
			Não	2	1,4
		N.º fármacos	≤5	37	43,6
			+5	111	56,4
		Doença Psíquica	Sim	61	41,2
			Não	87	58,8
		Doença Cardiovascular	Sim	119	80,4
			Não	29	19,6
		Alergias	Sim	8	5,4
			Não	140	94,6
		Doença Músculoesquelética	Sim	53	85,5
			Não	9	14,5
		Diabetes	Sim	43	70,9
			Não	105	29,1
		Doença Cerebrovascular	Sim	57	38,5
			Não	91	61,5
	Ocorrência de quedas	Medo de Cair	Nunca	22	14,9
			Ocasionalmente	83	56,1
			Frequentemente	30	20,3
			Sempre	13	8,8
		Impedimento	Sim	42	28,4
			Não	106	71,6
		Nº de quedas nos últimos 12 meses	0	76	51,4
			1	40	27
			2	25	16,9
			3	5	3,4
			4	2	1,4
		Pior Queda (Onde caiu)	Dentro da sua casa	68	49,6
			À entrada de casa ou no quintal	30	21,9
			Fora de casa no exterior	36	26,3
			Fora de casa num espaço fechado	3	2,2
		Pior Queda (Porque caiu)	Escorreguei	39	28,5
			Tropecei	65	47,4
			Perdi os sentidos	11	8
			Tive uma tontura	13	9,5
			Senti fraqueza nas pernas	5	3,6
			Outra	4	2,9
		Pior Queda (O que estava a fazer)	Caminhar	88	64,2
			Caminhar a subir (rampa, ladeira, outra)	11	8
			Caminhar a descer (rampa, ladeira, outra)	5	3,6
			Subir escadas	13	9,5
			Descer escadas	2	1,5
			Baixar ou Levantar		
			Ultrapassar	12	8,8
			Obstáculos (passeio, outro)	4	2,9
			Outra	2	1,5
		Resultante da queda quantos dias esteve impossibilitado de realizar as AVD normais	0	92	67,2
			1	1	0,7
			2	3	2
			3	1	0,7
			5	3	2
			8	5	3,4
			10	3	2

		15	8	5,4
		20	6	4,1
		25	5	3,4
		30	3	2
		35	1	0,7
		45	1	0,7
		50	2	1,5
		75	2	1,5
		100	1	0,7
	Fez fratura	Sim	30	21,9
		Não	107	78,1
	Local	Tornozelo/Pés	6	20
		Coxa-Anca	10	33,3
		Joelhos	6	20
		Ombros	2	6,7
		Zona Dorsal	2	6,7
		Pulso-Mão	0	0
		Cotovelos	2	6,7
		Pescoço	2	6,7
		Zona lombar	0	0
	Prática de exercício	Sim	25	16,9
		Não	123	83,1
	Tipo	Caminhada	13	54,2
		Pedaleira	1	4,2
		Alongamentos	3	12,5
		Ginástica	1	4,2
		Fisioterapia	5	20,8
		Bike Estática	1	4,2
	Frequência Semanal	1	1	4,2
		2	4	16,7
		3	5	20,8
		4	2	8,3
		5	6	25
		7	6	25
	Duração do exercício físico	10	1	4,2
		15	3	12,5
		20	1	4,2
		30	4	16,7
		40	3	12,5
		45	1	4,2
		60	9	37,5
		90	2	8,3

3.2.3 O risco de queda da pessoa idosa

Com a aplicação da categorização da Escala de Morse, conforme utilizada no processo de validação para a população portuguesa por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014), foi possível apurar, na amostra em estudo, que 18 (12,2%) pessoas idosas não apresentavam risco de queda. Por sua vez, 91 (61,4%) foram classificadas com baixo risco, enquanto 39 (26,4%) apresentavam alto risco de queda, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5- Caracterização do risco de queda (Escala de Morse)

Risco de queda	N	%
Sem Risco	18	12,2
Baixo Risco	91	61,4
Alto Risco	39	26,4

3.2.4 Fatores de risco na queda da pessoa Idosa

Com o objetivo de identificar os fatores de risco de queda na pessoa idosa no presente estudo, analisou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o risco de queda avaliado pela Escala de Morse.

No que respeita às variáveis sociodemográficas (Tabela 4), a análise inferencial evidenciou a existência de associações estatisticamente significativas entre o risco de queda a idade, polimedicação e as doenças cerebrovasculares.

No que concerne à idade, os resultados demonstraram igualmente uma diferença estatisticamente significativa ($t = 2,326$; $p = 0,021$), observando-se que as pessoas idosas com idade igual ou superior a 80 anos apresentaram um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas com idade inferior a 80 anos.

De igual modo, a polimedicação revelou-se um fator associado ao risco de queda ($t = 2,677$; $p = 0,008$), verificando-se que as pessoas polimedicadas apresentaram um valor médio de risco de queda superior à restante amostra.

Relativamente nas doenças cerebrovasculares, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($t = 2,054$; $p = 0,042$), sendo que as pessoas idosas com patologia neste âmbito apresentaram um valor médio de risco de queda superior ao das pessoas idosas sem diagnóstico.

Do mesmo modo na diabetes, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($t = 2,334$; $p = 0,021$), sendo que as pessoas idosas com patologia neste âmbito apresentaram um valor médio de risco de queda superior ao das pessoas idosas sem diagnóstico.

Complementarmente, através do recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, evidenciou-se uma correlação positiva e de magnitude moderada entre a idade e o risco de queda ($r = 0,020$; $p < 0,001$), corroborando os resultados obtidos na análise comparativa e reforçando a associação entre o aumento da idade e o incremento do risco de queda.

3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em consonância com a questão de investigação e os objetivos definidos, os resultados permitem uma análise integrada do risco de queda na pessoa idosa, evidenciando a sua natureza multifatorial e sustentando a sua discussão à luz da evidência científica, das implicações para a prática e das limitações do estudo.

Os resultados do presente estudo evidenciam que o risco de queda na pessoa idosa assume uma natureza claramente multifatorial, corroborando a evidência científica internacional que identifica a interação entre fatores biológicos, clínicos e contextuais como determinante central deste fenómeno (Montero-Odasso et al., 2022; World Health Organization [WHO], 2023).

No que se refere à caracterização sociodemográfica, verificou-se uma maior prevalência de risco de queda em indivíduos com idade mais avançada, resultado que se encontra em consonância com a literatura, que aponta para um aumento progressivo da vulnerabilidade funcional com o envelhecimento, associado à diminuição da força muscular, alterações do equilíbrio e maior prevalência de multimorbilidade (Sherrington et al., 2020; WHO, 2021). Este achado reforça a necessidade de intervenções preventivas precoces e contínuas ao longo do processo de envelhecimento.

Relativamente ao sexo, a eventual predominância do risco de queda no sexo feminino está alinhada com estudos epidemiológicos que associam este fenómeno à maior longevidade, maior prevalência de osteoporose e maior exposição a condições de fragilidade (Rodrigues & Alvarenga, 2020). No entanto, importa salientar que estes resultados devem ser interpretados com cautela, considerando possíveis fatores de confusão, nomeadamente diferenças no perfil de saúde e padrões de utilização dos serviços.

No domínio das variáveis clínicas, destaca-se a associação entre polimedicação e aumento do risco de queda, corroborando evidência robusta que identifica determinados grupos farmacológicos, como psicotrópicos e anti-hipertensores, como fatores de risco significativos (Seppala et al., 2018; Montero-Odasso et al., 2022). Este resultado sublinha a importância da revisão terapêutica sistemática como intervenção prioritária em contexto de cuidados de saúde primários, particularmente no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Adicionalmente, a presença de comorbilidades e alterações funcionais revelou-se consistente com níveis mais elevados de risco de queda, reforçando a importância de uma abordagem integrada que contemple a avaliação global da pessoa idosa. Estes dados estão em linha com a literatura, que identifica a multimorbilidade como um dos principais determinantes da vulnerabilidade nesta população (Ambrose et al., 2013; WHO, 2023).

A utilização da Escala de Morse permitiu identificar diferentes níveis de risco na população em estudo, evidenciando a sua utilidade como instrumento de avaliação em contexto comunitário. Apesar de originalmente desenvolvida para contexto hospitalar, a sua aplicabilidade nos cuidados de saúde primários tem sido progressivamente reconhecida, particularmente pela sua simplicidade e rapidez de aplicação (Kim et al., 2021).

Do ponto de vista da prática clínica, os resultados obtidos reforçam o papel central do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na identificação precoce do risco de queda e na implementação de intervenções preventivas multifatoriais. A proximidade ao

contexto domiciliário e familiar permite uma avaliação mais abrangente, incluindo fatores ambientais frequentemente negligenciados em contextos institucionais.

Não obstante, importa reconhecer algumas limitações do estudo. A utilização de uma amostra não probabilística condiciona a generalização dos resultados, podendo introduzir viés de seleção. Adicionalmente, o desenho transversal impede a inferência de relações causais entre as variáveis analisadas, limitando a interpretação dos resultados a associações estatísticas.

Apesar destas limitações, o estudo contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre o risco de queda em contexto comunitário, evidenciando a necessidade de estratégias preventivas integradas e sustentadas na prática baseada na evidência. Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista assume-se como determinante na promoção da segurança, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

As quedas na pessoa idosa constituem um problema de saúde pública de elevada relevância, com impacto significativo na autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, bem como no equilíbrio familiar e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. A sua natureza multifatorial exige abordagens preventivas integradas, sistemáticas e sustentadas na evidência científica.

Os resultados do presente estudo confirmam a elevada prevalência de quedas e de fatores de risco associados, evidenciando a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, ambientais e comportamentais. Estes achados reforçam a importância da avaliação sistemática do risco e da implementação de intervenções preventivas ajustadas à pessoa idosa e à família, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Neste enquadramento, destaca-se o papel central do EEESF na avaliação do risco, planeamento de cuidados e implementação de estratégias preventivas, integrando a

promoção da atividade física, a gestão da terapêutica, a adaptação do ambiente domiciliário e a capacitação da família, enquanto parceira ativa no processo de cuidado.

As implicações para a prática clínica evidenciam a necessidade de integrar, de forma sistemática, a avaliação do risco de queda na vigilância da pessoa idosa, recorrendo a instrumentos validados e a intervenções multidimensionais centradas na pessoa e na família, contribuindo para a redução do risco e para a promoção de um envelhecimento seguro e com qualidade de vida.

Não obstante, importa reconhecer as limitações do estudo, nomeadamente a utilização de uma amostra por conveniência e a sua circunscrição a uma única Unidade de Saúde Familiar, condicionando a generalização dos resultados. Ainda assim, os dados obtidos constituem um contributo relevante para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar e para o desenvolvimento de intervenções ajustadas ao contexto dos cuidados de saúde primários.

Em síntese, a prevenção das quedas na pessoa idosa exige uma abordagem integrada, centrada na pessoa e na família, na qual o EEESF assume um papel determinante na promoção de cuidados mais seguros, na preservação da autonomia e na construção de um envelhecimento ativo, digno e com qualidade de vida.

4. CAPÍTULO IV – PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

A formação em enfermagem constitui um processo contínuo, intencional e multidimensional, orientado para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, éticas e relacionais, essenciais à prestação de cuidados de qualidade em contextos complexos. Para além da aquisição de conhecimentos, implica a mobilização integrada de saberes, promovendo um agir profissional crítico, reflexivo e socialmente responsável, particularmente relevante na

Enfermagem de Saúde Familiar, centrada na pessoa, família e comunidade (WHO, 2022; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Neste contexto, a formação de enfermeiros especialistas requer abordagens centradas no estudante e na aprendizagem significativa, valorizando a integração teoria-prática e o desenvolvimento de competências avançadas. A evidência destaca a importância de processos experienciados e reflexivos, sendo a prática clínica supervisionada um espaço privilegiado para a consolidação de competências e para a tomada de decisão baseada na evidência (Illeris, 2018; Frenk et al., 2022).

Na Enfermagem de Saúde Familiar, salientam-se modelos formativos que integrem o pensamento sistêmico, a análise das dinâmicas familiares e a gestão de transições, potenciando intervenções ajustadas aos contextos (Figueiredo, 2022; Charepe & Figueiredo, 2021). A prática reflexiva assume, assim, um papel estruturante no desenvolvimento de competências clínicas e interprofissionais.

A obtenção do grau de mestre e do título de especialista exige um percurso exigente e estruturado, no qual o estágio assume um papel central, articulando referenciais teóricos, orientações profissionais e prática supervisionada, orientada por competências (OE, 2018; McEwen & Wills, 2019).

Assim, este capítulo analisa o desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando os contributos do percurso formativo e do estágio para a consolidação de uma prática especializada, reflexiva e baseada na evidência, centrada na pessoa, família e comunidade.

4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

O desenvolvimento de competências comuns constitui um eixo estruturante do exercício do enfermeiro especialista, sustentando uma prática avançada, ética e orientada para a

qualidade e segurança dos cuidados. De natureza transversal, estas competências asseguram a coerência e a excelência da prática em diferentes contextos, sendo fundamentais para responder à crescente complexidade dos cuidados de saúde (McEwen & Wills, 2019; Alligood, 2022).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, estas competências integram domínios como a responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados, o desenvolvimento profissional e a investigação, assumindo particular relevância na promoção da segurança do doente e na prevenção de eventos adversos (OE, 2019; DGS, 2021; WHO, 2021).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, estas competências ganham especial expressão na gestão integrada dos cuidados ao longo do ciclo vital. A prevenção de quedas na pessoa idosa evidencia a necessidade de uma abordagem sistémica, baseada na avaliação do risco, em intervenções multifatoriais e na capacitação da pessoa e da família, em consonância com a evidência científica (Sherrington et al., 2019; WHO, 2021; Ekegren et al., 2022).

Assim, este capítulo analisa o desenvolvimento das competências comuns ao longo do Estágio em Enfermagem de Natureza Profissional, evidenciando a sua mobilização na prevenção de quedas em cuidados de saúde primários e a sua contribuição para uma prática especializada, reflexiva e orientada para a qualidade e continuidade dos cuidados.

4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, a enfermagem é uma profissão autorregulada, orientada por princípios éticos, deontológicos e legais que sustentam um exercício responsável e de excelência, reforçando a autonomia e a responsabilidade na tomada de decisão clínica (OE, 2015).

O Estágio em Enfermagem de Natureza Profissional foi desenvolvido em conformidade com estes referenciais, orientado pelos princípios da dignidade, autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, assegurando a qualidade dos cuidados e o respeito pelos direitos das pessoas idosas e das suas famílias (Beauchamp & Childress, 2019).

No âmbito do estudo, foram cumpridos todos os procedimentos ético-legais, incluindo autorização institucional, parecer favorável da Comissão de Ética e obtenção de consentimento informado, garantindo anonimato, confidencialidade e proteção de dados.

A observância destes princípios revelou-se essencial para a integridade dos cuidados, proteção dos participantes e reforço da confiança na prática profissional. A intervenção valorizou a família como parceira ativa, promovendo a literacia em saúde e a participação informada na tomada de decisão.

O sigilo profissional e a privacidade foram assegurados em todos os contextos, incluindo consultas e visitas domiciliárias, garantindo a continuidade e a adequação dos cuidados.

A prática integrou uma abordagem bioecológica e salutogénica, centrada na identificação de recursos e fatores de proteção, com prestação de cuidados humanizados e culturalmente sensíveis, sustentados numa reflexão ética e crítica (Bronfenbrenner, 2001; Antonovsky, 1996; Foucault, 2004).

O compromisso com a excelência e o desenvolvimento profissional contínuo constituiu um eixo central do estágio, sendo o acompanhamento do Tutor e da orientação pedagógica determinante para a consolidação de uma prática ética, reflexiva e especializada em Enfermagem de Saúde Familiar.

4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista assume um papel central na governação clínica, colaborando na conceção, implementação e monitorização de projetos orientados para a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Esta competência implica uma atuação estratégica, sustentada na evidência, promovendo cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa e na família.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, destacou-se a importância de uma abordagem salutogénica, centrada no fortalecimento das capacidades da pessoa idosa e da família, potenciando a autonomia e o bem-estar (Antonovsky, 1979). A prática desenvolvida evidenciou o papel do enfermeiro na capacitação e no empoderamento, promovendo respostas adaptativas às necessidades identificadas.

A atualização contínua do conhecimento revelou-se essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo identificar oportunidades de intervenção e implementar estratégias sustentadas na evidência, nas orientações da Direção-Geral da Saúde e nos procedimentos institucionais. O contexto da Unidade de Saúde Familiar, integrada no modelo B, constituiu um ambiente facilitador, pela existência de normas, procedimentos e instrumentos que promovem a padronização, segurança e monitorização dos cuidados.

O trabalho em equipa destacou-se como elemento fundamental, valorizando a diversidade de saberes e a colaboração interprofissional na resolução de problemas e na inovação das práticas. Neste âmbito, foi possível contribuir para a prevenção de quedas, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a participação ativa da pessoa idosa e da família.

O enfermeiro especialista assume, assim, um papel dinamizador na identificação de áreas prioritárias e na implementação de estratégias de melhoria contínua, em articulação com as

equipas e lideranças institucionais. A participação na elaboração e implementação do Plano de Ação da Unidade Funcional reforçou a importância do planejamento estruturado e da capacitação contínua das equipas.

Paralelamente, destaca-se a responsabilidade na promoção de ambientes seguros, através da gestão do risco e da implementação de boas práticas. O desenvolvimento de competências de investigação contribuiu igualmente para a melhoria das práticas e para o papel do enfermeiro como agente de mudança.

A utilização de sistemas de informação em saúde, como o SClinico, SIMA rastreios e a Rede Nacional de Cuidados Continuados, evidenciou a sua importância na governação clínica, na continuidade dos cuidados e na articulação interprofissional, reforçando a prestação de cuidados integrados, seguros e centrados na pessoa e na família.

4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

No exercício das funções enquanto EEESF, assume-se um papel central na gestão, coordenação e otimização dos cuidados, articulando qualidade, segurança, ética, investigação e governação clínica. Esta posição estratégica permite atuar como agente de mudança, promovendo a melhoria contínua dos cuidados e respostas integradas às necessidades da pessoa idosa, da família e da comunidade (OE, 2019).

Ao longo do percurso formativo e do ENP, o acompanhamento do enfermeiro orientador foi determinante para a consolidação de competências, favorecendo uma prática crítica, reflexiva e baseada na evidência, alinhada com os princípios éticos e de segurança.

A gestão dos cuidados ultrapassa a prestação direta, integrando planejamento, organização, coordenação, monitorização e avaliação das intervenções. Este domínio articula-se com a governação clínica e exige uma abordagem sistémica e colaborativa, centrada na família ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

O desenvolvimento destas competências permitiu assegurar cuidados mais seguros, eficientes e ajustados às necessidades das famílias, promovendo a continuidade dos cuidados, a adequação das intervenções e a utilização racional dos recursos.

A implementação das atividades assentou na liderança clínica, na gestão de recursos e na articulação interprofissional e interinstitucional, evidenciando a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz e da tomada de decisão partilhada.

Em síntese, o percurso desenvolvido possibilitou a consolidação de competências na gestão dos cuidados, integradas com os restantes domínios do enfermeiro especialista, traduzindo-se numa prática orientada para a excelência, baseada na evidência e centrada na pessoa, na família e na comunidade, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados e para o fortalecimento da governação clínica nos cuidados de saúde primários (OE, 2019).

4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar traduz-se num processo contínuo e intencional, orientado para o aperfeiçoamento das competências, da eficácia da intervenção e da qualidade dos cuidados prestados às pessoas, famílias e comunidades. Este processo integra conhecimentos teóricos atualizados, competências práticas e posturas éticas e reflexivas, numa lógica de aprendizagem ao longo da vida (Delors et al., 1996; Alarcão, 2001).

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista deve assumir um compromisso permanente com a atualização e reconstrução do saber profissional, essencial para responder à complexidade dos cuidados. A participação em formação contínua e em atividades científicas e de investigação constitui um pilar fundamental para uma prática crítica e baseada na evidência (Alarcão & Tavares, 2010), tendo, ao longo do percurso formativo, contribuído para

o aprofundamento de conhecimentos, desenvolvimento de competências e reforço da análise crítica da prática.

Durante a prática clínica, tive oportunidade de realizar estudos de famílias, recorrendo à plataforma e4nursing e a outros suportes digitais, utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este modelo, amplamente reconhecido no contexto da enfermagem de saúde familiar, estrutura a avaliação da família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, permitindo uma compreensão integrada e sistémica da realidade familiar (Figueiredo, 2022). A aplicação do MDAIF revelou-se fundamental para a identificação precoce de vulnerabilidades, recursos e necessidades, facilitando a planificação de intervenções ajustadas e a promoção da capacitação das famílias face às suas necessidades específicas de saúde.

A utilização de ferramentas digitais associadas ao MDAIF permitiu sistematizar o processo de enfermagem, otimizando o registo clínico, a partilha de informação e a continuidade dos cuidados, em alinhamento com os princípios da enfermagem de saúde familiar e da governação clínica. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências de avaliação clínica, comunicação terapêutica, tomada de decisão e intervenção centrada na família.

A avaliação das necessidades de saúde foi realizada de forma holística, integrando fatores clínicos, sociais, económicos e ambientais, bem como as dinâmicas familiares e os determinantes sociais da saúde, permitindo intervenções individualizadas e sustentadas na parceria com a família (Wright & Leahey, 2013).

O enfoque na promoção da saúde e na prevenção da doença assumiu particular relevância, através de intervenções educativas dirigidas a estilos de vida saudáveis, gestão da doença crónica e vigilância de saúde, sustentadas na prática baseada na evidência (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais configurou-se como um processo contínuo de formação e reflexão, essencial para uma prática eficaz e de qualidade, centrada nas necessidades das famílias e na complexidade dos contextos.

Os momentos de supervisão e reflexão com o enfermeiro Tutor e a Gestora pedagógica favoreceram o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia e da tomada de decisão fundamentada.

Em síntese, este percurso exigiu um investimento contínuo em aprendizagem, contribuindo para a consolidação da identidade profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, orientada para a excelência, a centralidade na família e a melhoria contínua dos cuidados.

4.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o enfermeiro especialista é um profissional com competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados em diferentes contextos, evidenciando a transversalidade da sua atuação e a responsabilidade na resposta a necessidades complexas das pessoas, famílias e comunidades.

A competência profissional é entendida como um conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e habilidades mobilizados na prática, resultante da articulação entre saber teórico, experiência e reflexão crítica, desenvolvendo-se ao longo do percurso profissional (OE, 2012). O Regulamento das Competências Comuns reforça que o enfermeiro especialista detém conhecimento aprofundado e elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, assentes em domínios comuns como ética, qualidade, gestão, investigação e desenvolvimento profissional (OE, 2019).

A teoria de Benner (2001, 2009) contribui para a compreensão deste desenvolvimento, destacando a progressão até ao nível de perito, caracterizado pela capacidade de antecipação, reconhecimento de padrões e tomada de decisão fundamentada.

Neste sentido, o presente relatório evidencia a articulação entre teoria e prática, permitindo a consolidação de competências especializadas e o desenvolvimento de uma prática crítica, reflexiva e centrada na pessoa e na família.

4.2.1. Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

O cuidado à família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, constitui um eixo estruturante da Enfermagem de Saúde Familiar. Esta abordagem integrada promove não só a saúde individual, mas também o bem-estar, a coesão e a resiliência familiar, reconhecendo a família como contexto central de suporte e desenvolvimento (Regulamento n.º 428/2018).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista orienta a sua intervenção para respostas ajustadas e sustentáveis face às necessidades complexas das famílias. Segundo Figueiredo (2022), o cuidado de enfermagem à família baseia-se numa interação terapêutica intencional, que permite compreender a sua singularidade, identificar recursos e vulnerabilidades e (co)construir estratégias que promovam autonomia e adaptação às transições de saúde.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências relevantes no cuidado às pessoas e famílias, no âmbito de diversos programas de saúde, designadamente o Programa de Saúde da Família, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Hipertensão Arterial, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o Programa Nacional de Vacinação, o Programa de Tratamento de Úlceras e Feridas, o Programa da Pessoa Idosa, o Programa da Pessoa Adulta, os Rastreios e o Planeamento Familiar. A

diversidade de contextos de intervenção permitiu aprofundar a compreensão da família ao longo do ciclo vital e reforçar o papel do EEESF no acompanhamento continuado das famílias.

A interação com os núcleos familiares evidenciou a importância dos instrumentos de avaliação familiar, particularmente durante as visitas domiciliárias, enquanto espaços privilegiados para uma observação contextualizada das dinâmicas familiares. A participação nestas visitas possibilitou avaliar o ambiente familiar intrínseco e extrínseco, reforçar a relação terapêutica, promover empatia e aumentar a confiança, uma vez que a intervenção ocorre no espaço vivido da família. Esta proximidade favoreceu a adequação dos projetos individuais e familiares de saúde às reais condições de vida.

No contacto com pessoas idosas, bem como com os seus familiares, no âmbito das visitas domiciliárias sobre prevenção de quedas, foi possível observar um impacto positivo destas intervenções. A sensibilização das famílias permitiu uma maior consciencialização para os riscos associados às quedas e para a importância de pequenas adaptações ambientais, frequentemente desvalorizadas. Verificou-se que, após estas sessões, várias famílias procederam a modificações simples, mas significativas, como a instalação de corrimãos, utilização de tapetes antiderrapantes, melhoria da iluminação e remoção de obstáculos, tornando o ambiente doméstico mais seguro.

Paralelamente, foram incentivadas mudanças comportamentais, como a utilização de calçado adequado, o acompanhamento da pessoa idosa na prática de atividade física orientada para o equilíbrio e a mobilidade, bem como a adesão às consultas de vigilância. Estas intervenções contribuíram para a redução do risco de queda, diminuição de hospitalizações e mitigação do stress familiar. O envolvimento ativo da família reforçou a confiança da pessoa idosa na realização das atividades de vida diária, reduzindo o medo de cair e promovendo maior autonomia e independência.

A informação recolhida durante consultas e visitas domiciliárias permitiu identificar fatores de risco, bem como forças e recursos familiares, fundamentais para a adequação contínua do plano de cuidados face a alterações momentâneas. Para garantir uma avaliação familiar sistemática e abrangente, recorreu-se ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto ferramenta estruturante que assegura qualidade, segurança e coerência na intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2022).

A introdução de uma estratégia de gamificação, materializada através de um jogo orientado para a atividade física e para a prevenção de quedas, constituiu uma intervenção relevante no âmbito da prevenção primária. Esta abordagem lúdica permitiu trabalhar, de forma integrada, dimensões físicas (coordenação, equilíbrio e mobilidade), cognitivas (memória, atenção e concentração), emocionais (motivação, autoestima e bem-estar) e sociais (interação, empatia e trabalho em grupo).

Adicionalmente, ao ser concebido não apenas para a pessoa idosa, mas também para envolver outras gerações da família, o jogo assumiu um importante papel na aproximação intergeracional, favorecendo a partilha de experiências e o reforço dos laços familiares. Paralelamente, contribuiu para o aumento da literacia em saúde na área da prevenção de quedas junto dos elementos mais jovens, promovendo a consciencialização precoce para comportamentos seguros e estilos de vida saudáveis. Esta abordagem intergeracional potencia ganhos em saúde a médio e longo prazo, ao favorecer a internalização de conhecimentos e atitudes preventivas ao longo do ciclo de vida.

A gamificação revelou-se, assim, uma estratégia inovadora e eficaz, promotora de uma prática de enfermagem transdisciplinar, sensível à complexidade biopsicossocial e existencial da pessoa idosa e do seu contexto familiar (Silva et al., 2020; Conceição & Moraes, 2018).

Diversos autores referem que estas metodologias favorecem a integração entre teoria e prática, aproximando o estudante e o profissional da realidade da pessoa idosa e da família,

fortalecendo a articulação entre ensino, investigação e assistência (Silva et al., 2020; Conceição & Moraes, 2018). Adicionalmente, a gamificação possibilita a identificação precoce de fatores de risco frequentemente subvalorizados, como o medo de cair, défices de atenção, perda de autoconfiança e desmotivação, integrando dimensões emocionais e psicossociais no plano de cuidados (Oliveira et al., 2020; Barros et al., 2021).

No âmbito da prevenção secundária, destacam-se os rastreios de hipertensão arterial e diabetes mellitus realizados nas consultas de saúde do adulto e da pessoa idosa, permitindo identificar precocemente utentes com fatores de risco e orientar a referenciação, monitorização contínua e acompanhamento clínico. Já na prevenção terciária, o acompanhamento de pessoas com doenças crónicas possibilitou aprofundar o cuidado holístico e a articulação com a família, promovendo maior adesão terapêutica e qualidade de vida.

Em parceria com o enfermeiro orientador, foi ainda possível contribuir para a elaboração de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) na USF, orientado para a redução do indicador de internamentos por fratura do colo do fémur. Este processo envolveu reuniões multidisciplinares e uma lógica de (co)construção, reforçando o papel do EESF na liderança clínica, planeamento estratégico, articulação de cuidados e promoção da qualidade.

A criação de um procedimento de consulta de enfermagem para avaliação do risco de queda, com aplicação sistemática da Escala de Morse e monitorização no SClínico, reforçou a institucionalização da prevenção de quedas como prioridade da USF. A articulação com a equipa médica, a realização de visitas domiciliárias multidisciplinares e a utilização de instrumentos como a Check-list 10FRM permitiram ajustar intervenções e reduzir fatores de risco identificados.

Em consonância com a *International Family Nursing Association* (IFNA, 2022), a intervenção em famílias em situação de maior complexidade exige do EEESF uma abordagem holística,

colaborativa e centrada na família, promovendo autonomia, liderança e capacidade de gestão do cuidado. A utilização de instrumentos como o APGAR familiar, genograma e ecomapa permitiu compreender a dinâmica familiar, os recursos disponíveis e planejar intervenções individualizadas, com monitorização e adaptação contínua.

O EEESF assume um papel essencial na integração em equipas multidisciplinares, promovendo uma comunicação eficaz, adaptada à família e respeitadora dos seus valores e contextos culturais, através de uma relação terapêutica baseada na parceria. Esta atuação contribui para a qualidade e humanização dos cuidados, promovendo ganhos sustentáveis em saúde para a pessoa idosa, a família e a comunidade.

4.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

No processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, a liderança e a colaboração interprofissional assumem-se como dimensões estruturantes, fundamentais para a prestação de cuidados integrados, seguros e orientados para a qualidade, particularmente em cuidados de saúde primários (Pentecoste et al., 2020).

A liderança em enfermagem de saúde familiar exige capacidade de adaptação às diferentes situações clínicas e organizacionais, bem como uma gestão eficiente dos recursos e uma articulação eficaz com a equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências de liderança desde a fase de planeamento até à implementação das intervenções, sustentadas numa postura responsável, colaborativa e reflexiva, com participação ativa nos processos de tomada de decisão.

A prática foi orientada pelos normativos legais e institucionais, assegurando cuidados seguros, éticos e de qualidade. A investigação assumiu um papel estruturante, permitindo

fundamentar decisões clínicas, identificar boas práticas e desenvolver intervenções sustentadas na evidência, reforçando o pensamento crítico e a capacidade de decisão.

A implementação de um programa estruturado de prevenção de quedas, integrando a avaliação sistemática do risco, intervenções educativas e acompanhamento contínuo, constituiu um exemplo concreto de gestão de cuidados. A articulação interdisciplinar revelou-se essencial para garantir a continuidade das intervenções e a adequação dos planos de cuidados às necessidades da pessoa idosa e da família.

A elaboração e implementação do Plano de Acompanhamento Interno sobre as quedas reforçaram o papel do enfermeiro especialista na coordenação dos cuidados, definição de objetivos e monitorização das intervenções, contribuindo para a melhoria da efetividade dos cuidados, redução de riscos e aumento da satisfação das famílias.

A intervenção precoce na prevenção de quedas evidenciou o impacto da atuação do enfermeiro na redução de internamentos evitáveis, através da avaliação integrada da pessoa, da família e do ambiente, bem como da capacitação para a promoção da segurança e manutenção no domicílio.

Neste contexto, a integração da avaliação do risco de queda como indicador de desempenho profissional reforça a relevância da intervenção do enfermeiro especialista na promoção da segurança, na eficiência dos cuidados e na obtenção de ganhos em saúde, contribuindo para o alinhamento com os objetivos estratégicos das Unidades de Saúde Familiar.

Durante o estágio, a utilização da aplicação e4Nursing, desenvolvida pela VirtualCare em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e integrada no consórcio internacional *Health from Portugal*, constituiu uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências tecnológicas, conceptuais e de liderança. O domínio de modelos conceptuais e ferramentas assentes na ontologia de enfermagem permitiu reforçar

o pensamento crítico, a capacidade de orientar equipas, a tomada de decisões fundamentadas e a promoção da melhoria contínua da prática clínica. A ontologia de enfermagem representa, assim, não apenas um avanço técnico-científico, mas também um recurso potenciador da liderança do enfermeiro especialista na implementação, monitorização e avaliação dos cuidados, contribuindo para a qualidade e segurança da prestação de cuidados.

A e4Nursing revelou-se igualmente uma ferramenta de formação avançada, favorecendo a melhoria da qualidade dos registos de enfermagem, a utilização de uma linguagem padronizada e universal, e a promoção de feedback estruturado e contínuo, essencial para o desenvolvimento profissional. O recurso a esta ferramenta permitiu uma maior apropriação do processo de cuidados, promovendo a reflexão crítica sobre intervenções e resultados, reforçando a responsabilidade e a autonomia profissional e facilitando a comunicação entre profissionais.

A utilização desta ferramenta evidenciou alguns constrangimentos, nomeadamente dificuldades iniciais de utilização, necessidade de formação específica e perceção de aumento da carga administrativa. Estas limitações, associadas a diferentes níveis de literacia digital entre os profissionais, geraram alguma desmotivação inicial. Ainda assim, a experiência destacou a importância do investimento contínuo em formação tecnológica e apoio institucional como condição essencial para a sua integração eficaz na prática clínica.

Em síntese, o desenvolvimento de competências de liderança, gestão, colaboração interprofissional, investigação e utilização de sistemas de informação revelou-se central no percurso formativo do EEEESF, contribuindo para uma prática profissional mais segura, eficiente, inovadora e orientada para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, à família e à comunidade.

4.2.3. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na avaliação do estado de saúde da família e na articulação de cuidados especializados, assegurando a continuidade e integração das respostas ao longo do tempo. Esta atuação implica coordenação com diferentes profissionais e serviços, promovendo cuidados centrados na pessoa e na família (Schlunegger et al., 2023).

No exercício da sua prática, o EEESF desempenha igualmente funções de liderança clínica, coordenando equipas interprofissionais e promovendo uma abordagem integrada e colaborativa. Esta liderança caracteriza-se pela adaptabilidade aos contextos e pela promoção de ambientes de trabalho orientados para a qualidade e segurança dos cuidados.

A competência de cuidar em equipa traduz-se na colaboração eficaz na conceção e implementação de planos de cuidados integrados. Neste âmbito, a participação na supervisão de estudantes e na elaboração de materiais educativos sobre prevenção de quedas constituiu uma experiência relevante, permitindo articular formação, prática clínica e intervenção comunitária. Estes momentos potenciaram a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências de liderança, comunicação e educação para a saúde.

A utilização dos sistemas de informação em saúde evidenciou limitações na integração e atualização dos dados, com impacto na continuidade e qualidade dos cuidados (Laukka et al., 2023), reforçando a necessidade de uma utilização mais sistemática e alinhada com os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar.

O estágio constituiu uma oportunidade para o desenvolvimento de uma visão sistémica da prática, destacando-se o papel da formação da equipa e do envolvimento dos estudantes na promoção de estratégias de prevenção de quedas. Abordagens como a educação por pares

e a coprodução revelaram-se facilitadoras de aprendizagens significativas e de intervenções mais ajustadas às necessidades da pessoa idosa e da família.

A coprodução de materiais educativos promoveu a participação ativa de profissionais, estudantes e famílias, reforçando a literacia em saúde e a corresponsabilização no cuidado. Neste contexto, o EEESF assume um papel dinamizador na promoção de práticas colaborativas e sustentáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família.

4.2.4. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), a capacidade de planear, implementar e monitorizar programas de melhoria contínua, bem como de definir prioridades e estratégias de intervenção, constitui um requisito fundamental para uma prática profissional qualificada. O domínio destas competências permite ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF) compreender as especificidades de cada sistema familiar e estruturar respostas ajustadas aos diferentes níveis de prevenção, assegurando uma intervenção integrada, contínua e centrada na família.

O conhecimento das diversas etapas do processo de cuidados possibilita ao EEESF articular intervenções ao longo dos seis níveis de prevenção — primordial, primária, secundária, terciária, quaternária e quinquenária — garantindo uma abordagem abrangente às necessidades de saúde das famílias. Este enquadramento implica a coordenação e organização dos cuidados de saúde familiar em diferentes momentos do ciclo vital, promovendo a continuidade e a coerência das respostas prestadas.

Embora não integrada de forma clássica nos modelos tradicionais, a prevenção primordial assume um papel estruturante, estando associada a políticas públicas e a ações comunitárias

orientadas para a promoção da saúde e para a redução dos determinantes sociais da doença. Neste nível, inserem-se abordagens de natureza salutogénica e estratégias de advocacia em saúde, que visam criar contextos favoráveis ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e à capacitação das comunidades. O EEESF pode, neste âmbito, assumir um papel ativo enquanto dinamizador de iniciativas promotoras de saúde, em articulação com diferentes parceiros institucionais e comunitários.

As caminhadas saudáveis, quando integradas em estratégias de saúde pública e políticas locais, constituem um exemplo de intervenção com impacto transversal nos diferentes níveis de prevenção. Para além da redução de fatores de risco, estas iniciativas contribuem para a promoção do envelhecimento ativo, da socialização e do bem-estar familiar, podendo também integrar processos de reabilitação e reintegração funcional. O EEESF desempenha um papel relevante na liderança destas iniciativas, incentivando a adesão da comunidade, promovendo a equidade no acesso e monitorizando os seus impactos em saúde.

A prevenção primária centra-se na implementação de estratégias destinadas a reduzir a incidência de doença e a promover a saúde da família, incluindo a educação para a saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis e a vacinação. Por sua vez, a prevenção secundária envolve a organização e coordenação de programas de rastreio e deteção precoce de doenças, permitindo a identificação e o tratamento atempado de condições de saúde antes da sua progressão, através de exames de rotina, rastreios oncológicos e vigilância de doenças crónicas. A prevenção terciária visa facilitar o acesso a cuidados especializados e de reabilitação, promovendo a recuperação funcional, a adaptação à doença e a melhoria da qualidade de vida, através de referenciação adequada para serviços como fisioterapia, terapia ocupacional ou apoio psicológico.

A prevenção quaternária assume particular relevância na prática do EEESF, ao centrar-se na identificação de situações de risco associadas à polimedicação e à realização de intervenções

excessivas ou potencialmente iatrogénicas. Este nível de prevenção procura garantir que os cuidados prestados são proporcionais às necessidades reais dos utentes, evitando exames e tratamentos desnecessários e promovendo a segurança clínica. Complementarmente, a prevenção quinquenária, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2012), fundamenta-se em intervenções preventivas sistemáticas que valorizam o papel do cuidador como eixo central do processo assistencial, a partir do qual se estruturam e articulam as práticas de cuidado.

A gestão dos cuidados de saúde da família ao longo dos diferentes níveis de prevenção coloca o EEESF numa posição estratégica na promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria do bem-estar familiar, exigindo uma abordagem holística, integrada e centrada na família. De acordo com o Plano de Emergência da Saúde (DGS, 2024), a implementação de programas de prevenção da doença e promoção da saúde é essencial para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e o bem-estar das comunidades. Neste contexto, torna-se fundamental identificar os âmbitos prioritários de intervenção que permitam maximizar os ganhos em saúde, quer através da prevenção, quer da capacitação dos cidadãos para escolhas mais informadas e saudáveis, sendo o contributo do enfermeiro especialista determinante (DGS, 2024).

Enquanto EEESF, assume-se o papel de promotor da saúde familiar, com competências para intervir não apenas ao nível individual, mas também no contexto familiar e comunitário. Esta atuação inclui a identificação de fatores de risco, a implementação de estratégias de promoção da saúde, a coordenação de cuidados e a articulação com outros profissionais de saúde e recursos da comunidade, garantindo uma abordagem integrada e holística. O EEESF desempenha igualmente um papel relevante no apoio às transições e mudanças ao longo do ciclo vital, oferecendo suporte emocional, educacional e prático às famílias, bem como na defesa dos seus interesses enquanto advogado de saúde, assegurando o acesso a cuidados de qualidade e a recursos adequados. A educação e capacitação das famílias constitui,

assim, um eixo central da intervenção, promovendo o autocuidado, a literacia em saúde e a prevenção de situações de risco.

No decurso do estágio, a sensibilização para a avaliação do risco de queda constituiu uma prioridade, tendo sido desenvolvidas ações de formação dirigidas à equipa de saúde da USF, com o objetivo de capacitar os profissionais para a identificação, monitorização e redução dos fatores predisponentes a quedas. A realização de sessões educativas sobre prevenção de quedas, com enfoque nas barreiras ambientais, permitiu orientar as pessoas idosas e as suas famílias para a adoção de medidas simples de segurança no domicílio, alinhando-se com os princípios da prevenção de acidentes em contexto familiar.

A promoção da atividade física, constituiu uma estratégia relevante de promoção da saúde, contribuindo para a melhoria da força muscular, do equilíbrio e para a promoção do envelhecimento ativo, enquanto diretriz essencial da saúde da pessoa idosa. Complementarmente, a introdução do jogo “*Missão Casa Segura*” representou uma abordagem inovadora e lúdica na prevenção de quedas, integrando componentes físicas, cognitivas e relacionais, com impacto positivo na coordenação motora, na atenção e na interação social.

As atividades desenvolvidas no âmbito ENP, com enfoque na prevenção de quedas em pessoas idosas, ilustram de forma clara a aplicação das competências gerais e específicas do EEESF. Através da educação para a saúde, da avaliação e monitorização do risco de queda e do trabalho colaborativo com a equipa multiprofissional, foi possível contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo autonomia, segurança e bem-estar. Este percurso evidenciou a importância do cuidado integral e preventivo na Enfermagem de Saúde Familiar, alinhado com os princípios do cuidado centrado na pessoa e na família.

A prevenção de quedas constitui, assim, uma estratégia fundamental para a redução de complicações de saúde, hospitalizações evitáveis e perda de autonomia. A articulação com parceiros sociais, como autarquias e instituições de apoio à pessoa idosa, revelou-se essencial para uma abordagem abrangente e eficaz, permitindo a adaptação de espaços públicos e domiciliários, a melhoria das condições de acessibilidade e a disponibilização de recursos auxiliares de mobilidade. A colaboração intersectorial entre o EEESF e os parceiros sociais potencia um impacto significativo na prevenção de quedas, através da articulação de ações educativas, adaptações ambientais e suporte contínuo às pessoas idosas e às suas famílias, garantindo maior segurança e qualidade de vida.

O conjunto destas competências integrou-se num processo académico qualificante, contribuindo de forma consistente para a consolidação do perfil profissional e para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

4.3 COMPETÊNCIAS DE SEGUNDO CICLO NO DOMÍNIO DA ECAESF

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016, nomeadamente no artigo 15.º, a atribuição do grau de mestre pressupõe a demonstração de competências avançadas, traduzidas num elevado nível de conhecimento, compreensão e autonomia intelectual. Entre estas, destaca-se a capacidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos, sustentando aplicações originais, frequentemente em contexto de investigação, bem como a aptidão para resolver problemas em situações complexas, novas e multidisciplinares.

O diploma legal enfatiza ainda a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com problemáticas complexas e formular juízos fundamentados, mesmo em contextos de informação limitada, incorporando uma reflexão ética e social. Exige-se igualmente a comunicação clara e rigorosa de conclusões a diferentes públicos, bem como a evidência de competências de aprendizagem autónoma ao longo da vida.

Neste enquadramento, o percurso desenvolvido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar permitiu aprofundar a compreensão dos processos próprios desta área, articulando-os com políticas de saúde, gestão de cuidados e metodologias de investigação. Este processo contribuiu para uma prática mais sustentada na evidência, orientada para a inovação e melhoria contínua dos cuidados.

Face à crescente complexidade dos contextos familiares e dos sistemas de saúde, o desenvolvimento destas competências permite ao Enfermeiro Especialista assumir o seu mandato social, integrando cuidados multidisciplinares, adaptando-se a contextos em mudança e tomando decisões clínicas fundamentadas, com elevado julgamento crítico e responsabilidade ética.

A natureza dinâmica da Enfermagem de Saúde Familiar exige atualização contínua e capacidade de aprendizagem autónoma, crítica e reflexiva, sustentando o compromisso com a excelência do cuidado e o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Neste sentido, o EEESF afirma-se como profissional qualificado para intervir não só na prática clínica, mas também na investigação e na melhoria das políticas de saúde. A reflexão desenvolvida ao longo do presente relatório permitiu evidenciar a aquisição e consolidação de competências de nível de mestrado, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 63/2016.

4.4 APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: CERTIFICAÇÕES DURANTE O ESTÁGIO

Ao longo do estágio, a obtenção de certificações e a participação em congressos científicos assumiram um papel relevante no processo de desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro de saúde familiar. Estas atividades constituíram oportunidades estruturadas de consolidação e validação dos conhecimentos adquiridos, permitindo evidenciar competências em áreas específicas da prática clínica e contribuindo para o enriquecimento da intervenção em contexto de cuidados de saúde primários.

As certificações obtidas refletem o investimento contínuo na qualificação profissional, ao assegurarem o domínio de conteúdos atualizados, metodologias e técnicas fundamentadas na evidência científica. Este processo reforça a credibilidade profissional e promove a incorporação de novas abordagens no cuidado diário às pessoas e às famílias, potenciando intervenções mais seguras, eficazes e ajustadas às necessidades identificadas.

A participação em congressos científicos possibilitou o contacto com avanços recentes na área da saúde, promovendo a atualização de conhecimentos sobre estratégias de intervenção, modelos de cuidado e evidência relevante para a Enfermagem de Saúde Familiar. Estes eventos constituíram também espaços de partilha, reflexão crítica e discussão interdisciplinar, contribuindo para uma análise mais aprofundada da prática e da qualidade dos cuidados.

Paralelamente, favoreceram a criação de redes profissionais, o intercâmbio de saberes e a identificação de oportunidades de colaboração e desenvolvimento científico, reforçando o pensamento crítico e a capacidade de melhoria contínua das práticas.

Neste sentido, a participação em congressos e a realização de formações configuram-se como elementos fundamentais para a atualização e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, sustentando uma prática baseada na evidência e orientada para a qualidade. As ações de formação encontram-se descritas em anexo, evidenciando o percurso formativo desenvolvido.

5- CONCLUSÃO GLOBAL

A realização deste ENP em Enfermagem de Saúde Familiar constituiu uma etapa determinante no meu percurso académico e profissional, proporcionando a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências fundamentais para uma prática especializada, crítica e reflexiva. Este percurso permitiu uma integração efetiva entre teoria e

prática, favorecendo uma compreensão aprofundada do papel do EEESF na promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital.

Os objetivos inicialmente definidos foram alcançados com empenho e sentido de responsabilidade, traduzindo-se no desenvolvimento de competências nos domínios da prática clínica avançada, liderança, investigação e educação. Destaca-se a capacidade de intervir em situações complexas, tomar decisões fundamentadas, dinamizar equipas e integrar a evidência científica na prática, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Tornou-se igualmente evidente a complementaridade entre o enfermeiro generalista e o especialista, sendo este último dotado de competências diferenciadas que potenciam a liderança clínica, a inovação e o desenvolvimento de respostas ajustadas às necessidades das famílias, reforçando a eficácia do sistema de saúde.

O contexto de prática revelou desafios associados à complexidade das necessidades das famílias e à limitação de recursos, os quais constituíram oportunidades de aprendizagem, exigindo capacidade de adaptação, trabalho em equipa e articulação interprofissional.

No âmbito da investigação desenvolvida, reconhecem-se limitações inerentes ao desenho metodológico e ao período de implementação, nomeadamente no que respeita à generalização dos resultados e à avaliação do impacto das intervenções a médio e longo prazo. Ainda assim, o estudo permitiu sensibilizar a equipa, iniciar estratégias preventivas e contribuir para a melhoria das práticas no contexto dos cuidados de saúde primários.

Este percurso reforçou a importância de uma abordagem centrada na família, baseada na corresponsabilização, na literacia em saúde e na continuidade dos cuidados, enquanto elementos essenciais para a promoção do bem-estar e da autonomia das pessoas.

A elaboração do presente relatório constituiu um processo exigente e enriquecedor, promovendo o desenvolvimento de competências ao nível do pensamento crítico, comunicação, liderança e investigação, fundamentais para uma prática baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Em síntese, este percurso revelou-se profundamente transformador, permitindo a aquisição de competências avançadas e a consolidação de uma identidade profissional especializada. Representa não apenas a conclusão de um ciclo formativo, mas o compromisso com uma prática de Enfermagem de Saúde Familiar mais qualificada, inovadora e centrada nas necessidades reais das pessoas e das famílias.

Bibliográfica

Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.

Alves, T., et al. (2025). *Epidemiology of falls among older adults in Portugal: Analysis of unintentional injuries reported by a national emergency surveillance system*.

Ambrose, A. F., Cruz, L., & Paul, G. (2020). Falls and fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*, 134, 7–12.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.02.002>

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

American Geriatrics Society. (2023). *Clinical practice guideline for the prevention of falls in older adults*.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.

Aranda-Gallardo, M., et al. (2013). Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 185–203.

Araújo, F. M. T., & Porto, E. S. (2016). *Avaliação dos cuidadores: Considerações e orientações para a prática*.

Barros, J., Almeida, P., & Cunha, M. (2021). Transdisciplinaridade e cuidado em saúde. *Saúde & Sociedade*, 30(3), e210145. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210145>

Barry, E., et al. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community-dwelling older adults? *BMC Geriatrics*, 14, 14.

- Bell, J. M., & Wright, L. M. (2024). Suffering and healing in family nursing: A systems and relational approach. *Journal of Family Nursing*, 30(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/10748407231206345>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. Smelser & P. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 6963–6970). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/00359-4>
- Campos, M. J. A., Barbieri-Figueiredo, M. C., Rua, M., Pestana, C. B., et al. (2025). Mapping family nursing in undergraduate education at a national level: A cross-sectional study. *Collegian*, 32(5).
- Carneiro, R., et al. (2012). *O envelhecimento da população portuguesa: Desafios e oportunidades*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Charepe, Z., & Figueiredo, M. H. (2021). *Enfermagem de saúde familiar: Fundamentos, modelos e práticas*. Lidel.
- Conceição, M., & Moraes, M. (2018). Metodologias ativas e formação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 45–54. <https://doi.org/10.12707/RIV18018>
- Costa, A. C., et al. (2025). *Epidemiology of falls among older adults in Portugal: Detailed analysis by age, sex and place of occurrence*.
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (3.ª ed.). Almedina.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2023). *Designing and conducting mixed methods research* (4th ed.). SAGE.

Dang, M., et al. (2024). Association between household and family composition and mental health outcomes among older adults. *BMC Public Health*, 24, 19516. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19516-4>

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 175.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Escala de quedas de Morse – Versão portuguesa*.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2021–2026*.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026*.

Downton, J. H. (1993). *Falls in the elderly*. Edward Arnold.

Ekegren, C. L., Beck, B., Climie, R. E., Owen, N., & Dunstan, D. W. (2022). Physical activity and falls prevention in older people. *Age and Ageing*, 51(4), afac079. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac079>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.

Florence, C. S., et al. (2024). Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *Journal of Safety Research*, 88, 123–130.

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place: Envelhecimento em casa e na comunidade*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. Paz e Terra.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Méndez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2022). Health professionals for a new century:

Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

Gil, R., Amaral, O., Carvalho, P., Ribeiro, A., Pinto, R., & Coimbra, T. (2025). Risco de queda no domicílio em idosos – avaliação numa comunidade. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(Special Issue 17), e39129. <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39129>

Gitlin, L. N., & Wolff, J. L. (2020). Family involvement in care transitions of older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(2), 181–195. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.002>

Guccione, A. A., Wong, R. A., & Avers, D. (2020). *Geriatric physical therapy* (4th ed.). Elsevier.

Hendrich, A. (2007). How to try this: Predicting patient falls. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50–58.

Hendrich, A., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1620–1625.

Hopewell, S., et al. (2023). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD012221. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012221.pub3>

Illeris, K. (2018). *Contemporary theories of learning: Learning theorists... in their own words* (2nd ed.). Routledge.

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>

International Family Nursing Association. (2015). *IFNA position statement on generalist competencies for family nursing practice*. International Family Nursing Association. <https://internationalfamilynursing.org>

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Robinson, M., & Hanson, S. M. H. (2023). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F.A. Davis.
- Kim, E. A., et al. (2021). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 53–59.
- Lord, S. R., Sherrington, C., Menz, H. B., & Close, J. C. T. (2021). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Melnik, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2024). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- Menz, H. B. (2021). Footwear, orthoses, walking aids, wearable technology, and restraint devices for fall prevention. In S. R. Lord, C. Sherrington, & V. Naganathan (Eds.), *Falls in older people: Risk factors, strategies for prevention and implications for practice* (pp. 348–359). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108594455.023>
- Montero-Odasso, M., et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program*. Springer.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025). *Falls: Assessment and prevention in older people* (NG249).
- Oliveira, D., et al. (2018). Caregiving and burden in informal caregivers of older adults: A systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 440–450.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Diário da República*.

Ping, Y., Lim-Soh, J., Østbye, T., Ting, Y., A'Azman, S. D. O., & Malhotra, R. (2025). Trajectories of burden or benefits of caregiving among informal caregivers of older adults: A systematic review. *Innovation in Aging*, 9(4), igaf014. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaf014>

Pisco, L. A. (2011). Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841–2852. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600010>

Pisco, L. A., & Ramos, V. B. (2025). Vinte anos da Reforma dos Cuidados Primários em Portugal: lições aprendidas e novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(7), e21532024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.21532024>

Pordata. (2022). *Índice de envelhecimento*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>

Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2021). Competencies and scope of practice of nurse practitioners in primary health care: A scoping review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 19(4), 899–905. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00554>

Schulz, R., Eden, J., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Families caring for an aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>

- Schulz, R., Eden, J., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Family caregiving for older adults. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727–736. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1903540>
- Seppala, L. J., Petrovic, M., Ryg, J., et al. (2019). STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): A Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age and Ageing*, 50(4), 1189–1199. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz174>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Sherrington, C., et al. (2019). Exercise for preventing falls in older people. *British Journal of Sports Medicine*, 53(14), 905–911.
- Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., et al. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: An abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(15), 885–891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>
- Silva, R., Santos, M., & Teixeira, L. (2020). Gamificação na educação em saúde: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6(1), 23–31.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 119–126.
- Titchen, A., McCormack, B., Wilson, V., & Solman, A. (2023). *Practice development in nursing and healthcare* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Van Houtven, C. H., Voils, C. I., & Weinberger, M. (2020). An organizing framework for informal caregiving research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 219–225. <https://doi.org/10.1111/jgs.16292>

Vetrano, D. L., Palmer, K., Marengoni, A., et al. (2020). Frailty and multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(4), 659–666. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz287>

Wolff, J. L., Fabius, C. D., Wu, M., & Freedman, V. A. (2025). Family caregiver experiences coordinating care of older adults. *JAMA Network Open*, 8(11), e2544315. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44315>

Wolff, J. L., Freedman, V. A., Mulcahy, J. F., & Kasper, J. D. (2020). Family caregivers' experiences with health care workers in the care of older adults with activity limitations. *JAMA Network Open*, 3(1), e1919866. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19866>

Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2021). A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 372–379. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664>

World Health Organization. (2010). *Global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing 2021–2030*.

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021914>

World Health Organization. (2023). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications>

World Health Organization. (2023). *Step safely: Strategies for preventing falls in older adults*.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.

ANEXOS

Ex.mo Sr. Dr. Fernando Albano
Coordenador da Unidade de Saúde Familiar
Corino de Andrade

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

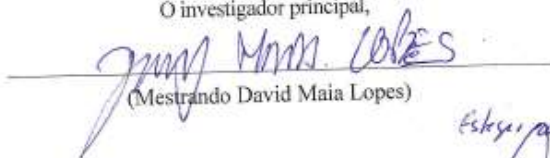
Eu, David Maia Lopes, venho, por este meio, solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização do estudo supracitado subordinado ao tema "Queda em Pessoas Idosas- Capacitação e Prevenção".

Este estudo tem como objetivo produzir evidências que suportem a proposta de um plano de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Esse plano será voltado para os utentes idosos inscritos na Unidade de Saúde Familiar Corino de Andrade, especificamente sob a responsabilidade da Equipa de Saúde do Enfermeiro Paulo Ramos. O foco principal será na prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

Está inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-Os-Montes. O estágio decorre na USF Corino de Andrade, no período de 1 de outubro de 2024 a 31 março de 2025, sendo que se prevê a entrega do relatório em finais entre março a junho, com defesa pública previsível em outubro de 2025.

Grato pela colaboração.

O investigador principal,


(Mestrando David Maia Lopes)

Está autorizado
 **USF Corino de Andrade**
Dr. Fernando Albano
Coordenador

ANEXO II



PARECER PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Data 04/10/2024

Solicitado parecer a 24/07/2024

Investigadores: David Maia Lopes, Paulo Ramos, Maria Carminda Soares Morais

Título:

“Queda em Pessoas Idosas – Capacitação e Prevenção”

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHPVVC, em reunião realizada nesta data, analisou o pedido de autorização para realização de estudo acima referenciado.

Dr^ª Paula Silva

Dr^ª Angelina Maia

Dr^ª Conceição Silva

Decisão:

Decisão: Os Membros da Comissão de Ética participantes da reunião em unanimidade, concordaram com a realização do Projeto de Investigação.

Submete-se a consideração Superior

A presidente da CES

Assinado por: MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS SILVA
Num. de identificação: 06548858
Data: 2024.10.10 12:25:49+01'00'

Conceição Silva

Data: 1/03/2018

Página 1 / 1





CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação: Queda em Pessoas Idosas - Capacitação e Prevenção

Fui convidada(o), a participar do estudo “Queda em Pessoas Idosas - Capacitação e Prevenção”. Como este estudo pretendo avaliar o conhecimento dos idosos em relação às medidas de prevenção de quedas e identificar necessidades de intervenção em saúde/enfermagem.

Li e compreendi a informação que me foi fornecida, acerca da minha participação nesta investigação, tive oportunidade de fazer questões.

Tomei conhecimento dos objetivos, métodos previstos, consisto que me seja aplicado o método ou o tratamento proposto. Além disso, foi-me explicado que tenho o direito a desistir a qualquer momento, da minha participação no estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Foi-me explicado ainda que todos os dados são confidenciais e garantido o anonimato.

Desta forma, aceito participar neste estudo, de forma voluntária, e consinto o uso dos dados para a investigação.

Disponível para qualquer informação por email: davidlopes@ipvc.pt.

(Assinatura Entrevistado)

Data ____/____/____

(Assinatura Investigadora)

Data ____/____/____

ANEXO IV



27

QUESTIONÁRIO

Formulário 1000

COD.AVAL _____

Hora: ____ h ____ m

CODIGO _____

1. Estado de Saúde Geral

1.1. Considera que, actualmente, a sua **saúde** é (assinale com um círculo):

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.1. Actualmente diria que a sua **visão**, usando **ambos os olhos** (com óculos ou lentes de contacto, se os utilizar) é:

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.2. Usa **lentes bifocais**? ☐ Não ☐ Sim

1.3. Considera que, actualmente, a sua **audição** (com aparelho auditivo, se o utilizar) é:

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.4. Foi sujeito a alguma Intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses? ☐ Não ☐ Sim

1.4.1. Em caso afirmativo, especifique: _____

2. Autonomia

2.1. É autónomo em todas as tarefas diárias (ex: vestir-se, tomar banho, etc.)? ☐ Não ☐ Sim

2.2. Utiliza algum auxiliar de marcha (canadiana, bengala, etc)? ☐ Não ☐ Sim

2.2.1. Se sim, este equipamento permite que se desloque autonomamente? ☐ Não ☐ Sim

3. Doenças Crónicas e Medicação

3.1. Toma **medicamentos** actualmente? ☐ Não ☐ Sim Quantos? _____

Se **sim**, toma medicamentos para doenças do foro psíquico?. ☐ Não ☐ Sim

4. Ocorrência de quedas (últimos 12 meses)

4.1. Tem medo de cair?

Nunca

Ocasionalmente

Frequentemente

Sempre

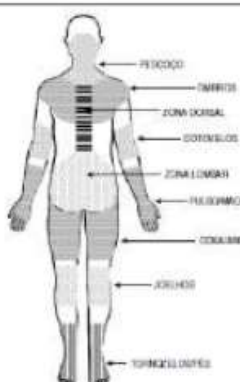
4.1.1. Esse medo de cair o impede-o de realizar alguma(s) das actividades diárias? que se seguem?

☐ Não

☐ Sim

4.2. No último ano (12 meses) quantas vezes caiu? _____

4.2.1. Em relação à pior queda (consequência mais grave):

Onde caiu?	O que estava a fazer?
☐ Dentro da sua casa ☐ À entrada de casa ou no quintal ☐ Fora de casa no exterior ☐ Fora de casa num espaço fechado	☐ Caminhar ☐ Caminhar a subir (rampa, ladeira, outro) ☐ Caminhar a descer (rampa, ladeira, outro) ☐ Subir escadas ☐ Descer escadas ☐ Baixar ou Levantar ☐ Ultrapassar Obstáculo (passelo, outro) ☐ Outra: _____
Porque caiu? ☐ Escorreguel ☐ Tropecei ☐ Perdi os sentidos ☐ Tive uma tontura ☐ Senti fraqueza nas pernas ☐ Outra: _____	
Como resultado da queda, quanto tempo esteve impossibilitado de realizar as actividades normais do dia-a-dia ? _____ dias Como resultado da queda sofreu alguma lesão? ☐ Não ☐ Sim Se sim, fez alguma fractura? ☐ Não ☐ Sim Onde? Assinale o local na imagem.	

Hora: __h__min

COD.AVAL _____

YPAS – The Yale Physical Activity Survey For Older Adults

Hora: ____ h ____ m

CODIGO _____

Entrevistador: (Por favor leia ao sujeito). Em relação às actividades que realizou no mês passado, vou perguntar-lhe quantas vezes e durante quanto tempo costuma realizar actividades vigorosas, caminhar a um ritmo ligeiro, estar sentado, estar de pé e outras situações.

1. Durante o mês passado, quantas vezes participou em actividades vigorosas, com duração superior a 10 minutos, que tenham causado: grande aumento da frequência respiratória e da frequência cardíaca, fadiga nas pernas ou transpiração? (entregue ao sujeito o cartão nº2)

Pontuação:

0 = Nenhuma vez (vá para a questão nº3)

1 = 1-3x por mês

2 = 1-2x por semana

3 = 3-4x por semana

4 = 5+ vezes por semana

7 = Recusa responder

8 = Não sabe

Pontuação de Frequência: _____

2. De cada vez que realizou este tipo de actividades, durante quanto tempo o fez? (entregue ao sujeito o cartão nº3)

Pontuação:

0 = Não é aplicável

1 = 10-30 minutos

2 = 31-60 minutos

3 = 60+ minutos

7 = Recusa responder

8 = Não sabe

Pontuação de Duração: _____

(Ponderação: 5)

Pontuação de actividade vigorosa

Pontuação de Frequência ____ x Pontuação de Duração ____ x Ponderação ____ = ____

(Respostas 7 e 8 são tratadas como missing data)

3. Pense nas caminhadas que fez durante o mês passado. Quantas vezes caminhou durante pelo menos 10 minutos sem parar, realizando um esforço que não foi suficiente árduo para causar: grande aumento da frequência respiratória e da frequência cardíaca, fadiga nas pernas (dores musculares) ou transpiração? (entregue ao sujeito o cartão nº2)

Pontuação:

0 = Nenhuma vez (vá para a questão nº5)

1 = 1-3x por mês

2 = 1-2x por semana

3 = 3-4x por semana

4 = 5+ vezes por semana

7 = Recusa responder

8 = Não sabe

Pontuação de Frequência: _____

4. Qual a duração aproximada destas caminhadas? (entregue ao sujeito o cartão nº3)

Pontuação:

- 0 = Não é aplicável
- 1 = 10-30 minutos
- 2 = 31-60 minutos
- 3 = 60+ minutos
- 7 = Recusa responder
- 8 = Não sabe

Pontuação de Duração: ____
(Ponderação: 4)

Pontuação de Caminhada

Pontuação de Frequência ____ x Pontuação de Duração ____ x Ponderação ____ = ____
(Respostas 7 e 8 são tratadas como missing data)

5. Considerando um dia típico do mês passado, quantas horas passa de pé em deslocamento a realizar tarefas quotidianas (e.g. ir às compras, limpar a casa)? Por favor tenha em consideração apenas o tempo em que está realmente a movimentar-se. (entregue ao sujeito o cartão nº4)

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Menos de 1 hora por dia
- 2 = [1;3[horas por dia
- 3 = [3-5[horas por dia
- 4 = [5-7[horas por dia
- 5 = 7 ou + horas por dia
- 7 = Recusa responder
- 8 = Não sabe

Pontuação de Movimento: ____
(Ponderação: 3)

Pontuação de Movimento

Pontuação de Movimento ____ x Ponderação ____ = ____
(Respostas 7 e 8 são tratadas como missing data)

6. Considerando um dia típico do mês passado, quantas horas é que passa de pé, parado e em movimento? (entregue ao sujeito o cartão nº4)

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Menos de 1 hora por dia
- 2 = [1;3[horas por dia
- 3 = [3-5[horas por dia
- 4 = [5-7[horas por dia
- 5 = 7 ou + horas por dia
- 7 = Recusa responder
- 8 = Não sabe

Pontuação da posição de Pé: ____
(Ponderação: 2)

Pontuação da posição de Pé

Pontuação da posição de pé ____ x Ponderação ____ = ____
(Respostas 7 e 8 são tratadas como missing data)

Questionário Sócio-Demográfico

1. Sexo Masculino ☐ Feminino ☐ Outros ☐

2. Idade ____ anos

3. Estado Civil Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Outro ☐

4. Escolaridade Analfabeto ☐ Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐

Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

5. Formação em Saúde Sim ☐ Não ☐ Se sim,
especifique _____

Apêndices

Apêndice I- Apresentação sobre a prevenção de quedas no idoso à USF

**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa**

Queda em Pessoas Idosas - Capacitação e Prevenção

Secretaria
Secretaria de Atenção à Saúde
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
Departamento de Geriatria e Gerontologia

Maio 2024

PLANO DE AÇÃO

Objetivo: Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a prevenção de quedas em idosos.

Metas:

- Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Elaborar e implementar o plano de prevenção de quedas em idosos.

Indicadores:

- Porcentagem de profissionais de saúde da atenção primária capacitados sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Porcentagem de idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.

Maio 2024

PLANO DE AÇÃO

Objetivo: Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a prevenção de quedas em idosos.

Metas:

- Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Elaborar e implementar o plano de prevenção de quedas em idosos.

Indicadores:

- Porcentagem de profissionais de saúde da atenção primária capacitados sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Porcentagem de idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.

Estágio 2024/2025

Foco: Quedas nas pessoas idosas...

As quedas representam um dos principais riscos à saúde dos idosos, podendo levar a lesões graves, como fraturas e traumatismos cranianos, além de causar consequências psicológicas, como medo e isolamento social.

Impacto para toda a família

O cuidado do idoso requer atenção especial em nível físico, na identificação dos fatores de risco, na implementação de medidas preventivas e na organização da família e da equipe para evitar outras estratégias de cuidado.

Impacto para toda a Comunidade

A prevenção de quedas em idosos é uma estratégia de saúde pública que pode ser realizada em nível comunitário, envolvendo a participação da família, da comunidade e da equipe de saúde.

Interface de gestão de pacientes idosos, mostrando dados pessoais, histórico de consultas e plano de cuidado.

Dashboard com indicadores de saúde dos idosos, incluindo taxa de quedas, uso de medicamentos e acompanhamento de risco.

Queda em Pessoas Idosas - Capacitação e Prevenção

Objetivos:

- Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Elaborar e implementar o plano de prevenção de quedas em idosos.

Indicadores:

- Porcentagem de profissionais de saúde da atenção primária capacitados sobre a prevenção de quedas em idosos.
- Porcentagem de idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.

Ação 1: Análise participada da situação

Objetivo: Realizar a análise participada da situação de quedas em idosos, envolvendo a família, a comunidade e a equipe de saúde.

Metas:

- Realizar a análise participada da situação de quedas em idosos, envolvendo a família, a comunidade e a equipe de saúde.
- Elaborar e implementar o plano de prevenção de quedas em idosos.

Indicadores:

- Porcentagem de idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.
- Porcentagem de idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.

Ação 1: Análise participada da situação

Gráfico de pizza mostrando a distribuição das quedas entre os idosos, com 70% de quedas em idosos com plano de prevenção de quedas em idosos.

Ação 2: Elaboração do plano de intervenção

Objetivo: Elaborar e implementar o plano de intervenção para a prevenção de quedas em idosos, envolvendo a família, a comunidade e a equipe de saúde.

Metas:

- Elaborar e implementar o plano de intervenção para a prevenção de quedas em idosos, envolvendo a família, a comunidade e a equipe de saúde.
- Elaborar e implementar o plano de intervenção para a prevenção de quedas em idosos, envolvendo a família, a comunidade e a equipe de saúde.

Indicadores:

- Porcentagem de idosos com plano de intervenção para a prevenção de quedas em idosos.
- Porcentagem de idosos com plano de intervenção para a prevenção de quedas em idosos.

Problemas da qual é o objetivo de desenvolver um índice de risco de quedas em pessoas idosas com base de 11 itens para a prevenção de quedas.

Projeto de Gamificação do Tema

Jogo de tabuleiro (Jogo de Quedas)

Missão Casa Segura

Check-list

Lista de verificação a realizar em casa para... (ver foto)

Missão Casa Segura

Check-list para prevenção de quedas na pessoa idosa no domicílio

Introdução:
 Este jogo tem o objetivo de ajudar a prevenir quedas e a melhorar a segurança no domicílio. É um jogo de tabuleiro que pode ser usado por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores. O jogo é uma ferramenta educativa e de avaliação que pode ser usada por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores.

Objetivos do Jogo:
 - Avaliar a segurança no domicílio e identificar os riscos de quedas.
 - Melhorar a segurança no domicílio e prevenir quedas.
 - Educar os idosos e familiares sobre a importância da segurança no domicílio.
 - Promover a autonomia e a independência dos idosos.

Como Jogar:
 - O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade.
 - O jogo é jogado por 2 a 4 jogadores.
 - O jogo é jogado no tabuleiro com 11 itens de avaliação.
 - O jogo é jogado com as cartas de dicas e sugestões.

Missão Casa Segura

Check-list para prevenção de quedas na pessoa idosa no domicílio

Introdução:
 Este jogo tem o objetivo de ajudar a prevenir quedas e a melhorar a segurança no domicílio. É um jogo de tabuleiro que pode ser usado por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores. O jogo é uma ferramenta educativa e de avaliação que pode ser usada por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores.

Objetivos do Jogo:
 - Avaliar a segurança no domicílio e identificar os riscos de quedas.
 - Melhorar a segurança no domicílio e prevenir quedas.
 - Educar os idosos e familiares sobre a importância da segurança no domicílio.
 - Promover a autonomia e a independência dos idosos.

Como Jogar:
 - O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade.
 - O jogo é jogado por 2 a 4 jogadores.
 - O jogo é jogado no tabuleiro com 11 itens de avaliação.
 - O jogo é jogado com as cartas de dicas e sugestões.

Missão Casa Segura

Check-list para prevenção de quedas na pessoa idosa no domicílio

Introdução:
 Este jogo tem o objetivo de ajudar a prevenir quedas e a melhorar a segurança no domicílio. É um jogo de tabuleiro que pode ser usado por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores. O jogo é uma ferramenta educativa e de avaliação que pode ser usada por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores.

Objetivos do Jogo:
 - Avaliar a segurança no domicílio e identificar os riscos de quedas.
 - Melhorar a segurança no domicílio e prevenir quedas.
 - Educar os idosos e familiares sobre a importância da segurança no domicílio.
 - Promover a autonomia e a independência dos idosos.

Como Jogar:
 - O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade.
 - O jogo é jogado por 2 a 4 jogadores.
 - O jogo é jogado no tabuleiro com 11 itens de avaliação.
 - O jogo é jogado com as cartas de dicas e sugestões.

Missão Casa Segura

Check-list para prevenção de quedas na pessoa idosa no domicílio

Introdução:
 Este jogo tem o objetivo de ajudar a prevenir quedas e a melhorar a segurança no domicílio. É um jogo de tabuleiro que pode ser usado por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores. O jogo é uma ferramenta educativa e de avaliação que pode ser usada por idosos e familiares para avaliar e melhorar a segurança no domicílio. O jogo é composto por um tabuleiro com 11 itens de avaliação e um conjunto de cartas de dicas e sugestões. O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade e pode ser jogado por 2 a 4 jogadores.

Objetivos do Jogo:
 - Avaliar a segurança no domicílio e identificar os riscos de quedas.
 - Melhorar a segurança no domicílio e prevenir quedas.
 - Educar os idosos e familiares sobre a importância da segurança no domicílio.
 - Promover a autonomia e a independência dos idosos.

Como Jogar:
 - O jogo é dividido em 4 níveis de dificuldade.
 - O jogo é jogado por 2 a 4 jogadores.
 - O jogo é jogado no tabuleiro com 11 itens de avaliação.
 - O jogo é jogado com as cartas de dicas e sugestões.

Investigação:

"Otimização de Saúde e Qualidade de Vida"

Investigação de Saúde e Qualidade de Vida

Superfície

Investigação de Saúde e Qualidade de Vida

"Cuidar hoje é prevenir quedas amanhã, juntos pela segurança das nossas idosas"

Muito Obrigado!

Apêndice II- Jogo “*Missão Casa Segura*”

Proposta de uma Solução Gamificada em Saúde

PROPOSTA DE UMA SOLUÇÃO GAMIFICADA EM SAÚDE

NOME DA INTERVENÇÃO / SOLUÇÃO GAMIFICADA:

Missão Casa Segura

PROBLEMA OU NECESSIDADE EM SAÚDE A SER ABORDADA:

Prevenção de quedas em idosos no domicílio

POPULAÇÃO-ALVO:

Idosos, com envolvimento intergeracional (crianças, adultos, idosos)

OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO:

Sensibilizar e educar para a prevenção de quedas no domicílio
Promover a segurança em casa de forma lúdica
Reduzir o número de acidentes domésticos

TIPO DE REABILITAÇÃO (PREVENÇÃO, COGNITIVA, FÍSICA, DOENÇA CRÔNICA, ETC.):

Prevenção

MECÂNICAS DE GAMIFICAÇÃO (DESAFIOS, RECOMPENSAS, FEEDBACK, ETC.):

- Desafios: Situações simuladas de risco no jogo, e atividades físicas.
- Feedback: Certo ou Incorreto consoante as escolhas dos jogadores.
- Interatividade: Participação ativa dos jogadores.
- Progresso: Percorso no tabuleiro.

PLATAFORMA(S) (DIGITAL, APP, FÍSICA, JOGO DE TABULEIRO, ...):

Jogo de tabuleiro físico e versão digital para Android.

INDICADORES DE SUCESSO (ADESÃO, MOTIVAÇÃO, RESULTADO CLÍNICO):

- Nível de adesão dos idosos e dos cuidadores ao jogo
- Aumento do conhecimento sobre prevenção de quedas
- Redução das quedas e do medo à cair

RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Versão digital do jogo
 - Dispositivo Android
 - Espaço adequado para jogar
- (Profissionais de Saúde em caso de que seja em contexto clínico)

PARCERIAS E STAKEHOLDERS ENVOLVIDOS:

- Criador: David Meis Lopes
- Colaboração para digitaliza-lo: Professor Pedro Faria e Aluno Paulo Novo
- Apresentação em Power Point e desenvolvimento: Sandra Martins Gonzalez

URL DO RECURSO GAMIFICADO (LINK PÚBLICO DO GENIALLY):

OBSERVAÇÕES / SUGESTÕES:

- Recomendado para uso em sessões de Educação para a Saúde.
- Poder ser integrado em Programas de Prevenção de Quedas.
- Futuras versões poderiam incluir-se adaptações para IOS e tradução para outras línguas.

Missão Casa Segura

Elementos

- 35 perguntas que surgem de forma aleatória
- Respostas de escolha múltipla
- Atividades físicas.

