



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO



Quedas em Pessoa(s) Idosa(s)

: um desafio à intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

Tânia Cristina de Sousa Araújo

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar
Ano letivo 2024/2025**

Quedas em Pessoa(s) Idosa(s)

: um desafio à intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda:

Tânia Araújo

Orientadora:

Prof.^a Doutora Carminda Morais

Enfermeira Tutora:

Mestre Especialista Elsa Cerqueira

Outubro, 2025

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório só foi possível com o apoio e colaboração de diversas pessoas, às quais deixo um agradecimento sincero e um reconhecimento especial.

À Professora Doutora Carminda Morais, minha orientadora, expresso a mais profunda gratidão pela sua disponibilidade, orientação, conhecimentos partilhados, além do apoio contínuo em todas as etapas deste relatório.

À Enfermeira orientadora de estágio, mestre e Especialista Elsa Cerqueira pela disponibilidade e apoio no decorrer de ambos os estágios e pela sua partilha enriquecedora permitindo-me ser melhor pessoa e melhor profissional.

À Enfermeira Chefe do Centro de Saúde Ponte de Lima, Olívia Gomes pela sua disponibilidade e pelas suas palavras sempre de incentivo.

Às pessoas Idosas que participaram no estudo o meu sincero obrigada.

Ao meu colega de mestrado Hélio, pela valiosa colaboração. A dedicação, troca de conhecimentos e espírito de cooperação contribuíram significativamente para o desenvolvimento desta pesquisa e para o enriquecimento da trajetória. Assim como os meus colegas de mestrado que trilharam este caminho comigo, em especial Isabel, Margarida, David por toda a ajuda, apoio e força. Com essa ajuda, o percurso tornou-se não apenas possível, mas também mais fácil de caminhar, muito obrigada.

Ao meu afilhado Luís, pela disponibilidade e colaboração ao longo da elaboração do relatório, isso é família, presente sempre e para sempre.

À minha família, às minhas filhas, espero que tenham orgulho no meu percurso e, no intenso calor da nossa família, superemos os momentos de afeto, de riso e brincadeira que neste período nem sempre foi possível vivenciar como efetivamente queremos e merecemos.

Ao meu marido, Rodolfo, deixo um profundo agradecimento por toda a compreensão, apoio incondicional, e pela paciência nos momentos de maior frustração e compreensão nas fases de maior ausência.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que não tiveram oportunidade de ser Idosos, e aos meus avôs pela sua perda durante a elaboração deste relatório.

PENSAMENTO

*“Mantenha seus pensamentos positivos, porque
seus pensamentos tornam-se suas palavras.
Mantenha suas palavras positivas, porque suas
palavras tornam-se suas atitudes”.*

Mahatma Gandhi



RESUMO

Enquadramento: As quedas são uma das principais causas de morbimortalidade em pessoas com mais de 65 anos, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias. Diante disso, este tema foi definido como uma das prioridades no contexto do estágio e um dos maiores 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 processos colaborativos 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: Assente nos pressupostos da investigação-ação realizou-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa, com recurso a um questionário sociodemográfico, à Escala de Morse e ao questionário dos fatores determinantes validado para a população portuguesa (Valente, 2012). A intervenção com as pessoas idosas e respetivas famílias deve ter por base a evidência e ser perspectivada numa lógica sistémica e colaborativa.

Resultados: No que se refere ao estudo realizado, verifica-se que das 610 pessoas idosas inscritas na lista, participaram 200, sendo maioritariamente do sexo feminino, com idades entre 65 e 95 anos. Na amostra, 24,53% (n=45) apresentam alto risco de queda, encontrando-se relações estatisticamente significativas entre o risco de queda e a idade ($p=0,306$; $p<0,001$), o sexo ($t= 2,679$; $p=0,008$), a escolaridade ($t= 2,679$; $p=0,008$), polimedicação ($t= -4,246$; $p<0,001$), e presença de comorbilidades, a saber: diabetes ($t= -3,042$; $p=0,003$); e doenças cerebrovasculares ($t= -3,155$; $p=0,002$). Partindo dos resultados do estudo, e numa lógica participativa, desenvolveu-se um processo de intervenção junto das pessoas idosas, com as famílias e comunidade, através de estratégias de promoção da saúde e prevenção de quedas, como visitas domiciliárias, ações de sensibilização, jogos interativos, caminhadas seniores em parceria com a Junta de Freguesia e distribuição de cartões com contactos de emergência.

Conclusão: A (co)construção do processo de implementação de práticas fundamentadas na melhor evidência, no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), conferiu sustentabilidade às intervenções desenvolvidas e, assegurando a consecução das competências académicas preconizadas no âmbito CMECAESF e profissionais segundo a OE.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar /Queda / Pessoas Idosas/ Família /Prevenção

ABSTRACT

Framework: Falls are one of the main causes of morbidity and mortality in people over 65 years old, significantly affecting the quality of life of individuals and their families. Consequently, this topic was defined as a priority within the context of the internship and as one of the major challenges of the Professional Nature Internship (ENP), integrated into the Community Nursing Course, in the Family Health Nursing area (ECAESF).

Objectives: Assessing the risk of falls in elderly people registered at a Family Health Unit (USF) in the northern region; identifying the risk factors for falls in elderly people; implementing collaborative processes for fall prevention in elderly people; and critically and reflectively presenting the formative journey within the scope of the ENP, aiming at academic qualification for the master's degree in ECAESF.

Methodology: Based on the action research premises, a descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted using a quantitative approach, supported by a sociodemographic questionnaire, the Morse Scale, and the validated determinants questionnaire for the Portuguese population (Valente, 2012). Interventions with elderly people and their families should be evidence-based and viewed through a systemic and collaborative perspective.

Results: Regarding the conducted study, out of the 610 elderly people registered on the list, 200 participated, mostly female, aged between 65 and 95 years. In the sample, 24.53% (n=45) presented a high risk of falls, with statistically significant relationships observed between fall risk and age ($p=0.306$; $p<0.001$), sex ($t=2.679$; $p=0.008$), education level ($t=2.679$; $p=0.008$), polypharmacy ($t=-4.246$; $p<0.001$), and presence of comorbidities, namely: diabetes ($t=-3.042$; $p=0.003$) and cerebrovascular diseases ($t=-3.155$; $p=0.002$). Based on the study results and following a participatory approach, an intervention process was developed with elderly people, their families, and the community, through health promotion and fall prevention strategies, such as home visits, awareness campaigns, interactive games, senior walking groups in partnership with the Parish Council, and distribution of emergency contact cards.

Conclusion: The (co)construction of the implementation process for evidence-based practices in the domain of Family Health Nursing (ESF) ensured the sustainability of the interventions carried out, while guaranteeing the achievement of the academic competencies recommended within the CMECAESF framework and professional competencies according to the Portuguese Nursing Order (OE).

Keywords: Family Health Nursing; Falls; Elderly People; Family; Prevention

ABREVIATURAS

Ed. - Edição

Et al.- E outros

n.º - Número

p. - Página

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

AM – Alto Minho

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESF- Enfermeiro de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

EEECASF – 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

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAM– Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USAG – Unidade de Serviços de Apoio Geral

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
DEDICATÓRIA	iv
PENSAMENTO	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
ABREVIATURAS.....	viii
ACRÓNIMOS E SIGLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	xii
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1 A FAMÍLIA E A TRANSIÇÃO DO ENVELHECIMENTO	16
1.2 ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR	18
1.3 QUEDA NA PESSOA IDOSA.....	20
1.4 EPIDEMIOLOGIA DAS QUEDAS.....	22
1.5 FATORES DETERMINANTES DE QUEDAS NO DOMICÍLIO	23
1.6 NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDA	26
1.7 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	29
1.7.1 Escala de Hendrich II	30
1.7.2 Escala Stratify.....	30
1.7.3 Escala de Downton.....	31
1.7.4 Escala de Morse	32
1.8. PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS: UM DESAFIO À ESF	32
1.9 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NA PRÁTICA	37
2 CAPÍTULO II- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL ...	45
2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO ALTO MINHO	46
2.2 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR.....	47
3. CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO	51

3.1	METODOLOGIA	51
3.1.1	Justificação da problemática, Questão de investigação, finalidade e objetivos e do estudo	51
3.1.2	Tipo de estudo	52
3.1.3	População e Amostra	53
3.1.4	Variáveis	54
3.1.5	Instrumento de recolha de dados	57
3.1.6	Procedimento de recolha de dados	57
3.1.7	Procedimento e tratamento e análise de dados.....	58
3.1.8	Considerações éticas	59
3.2.	APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS	59
3.2.1	Caracterização sociodemográfica	60
3.2.2	Caracterização do estado de saúde.....	61
3.2.3	O risco de queda da pessoa idosa.....	65
3.2.4	Fatores de risco na queda da pessoa Idosa	65
3.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	72
4.	CAPÍTULO IV – PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS.....	74
4.1.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS	74
4.1.1	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	75
4.1.2	Domínio da melhoria contínua da qualidade	76
4.1.3	Domínio da gestão dos cuidados	79
4.1.4	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	80
4.2	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS	81
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	82
4.2.2	Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	88

4.3	COMPETÊNCIAS DE SEGUNDO CICLO NO DOMÍNIO DA ECAESF	94
4.4	APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: CERTIFICAÇÕES DURANTE O ESTÁGIO.....	96
	CONCLUSÃO GLOBAL.....	97
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
	ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF.....	114
	ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE	116
	ANEXO III - QUESTIONÁRIO.....	121
	ANEXO IV – PANFLETOS DOS ALUNOS DA LICENCIATURA	124
	ANEXO V- CERTIFICADOS DA JUNTA	126
	ANEXO VI- DECLARAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES.....	129
	ANEXO VII- FORMAÇÕES FREQUENTADAS.....	132
	ANEXO VIII- CHECK-LIST DE 10 FRM	135
	APÊNDICES.....	137
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	138
	APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	140
	APÊNDICE III – CARTÃO DE CONTACTOS DE EMERGÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS COM ALTO RISCO DE QUEDA.....	143
	APÊNDICE IV – PROTOCOLO CONSULTA.....	145
	APÊNDICE V – PLANIFICAÇÕES PARA FORMAÇÕES	151
	APÊNDICE VI – COCONSTRUÇÃO DE JOGO “CASA SEGURA”	156
	APÊNDICE VII – CAMINHADAS	159
	APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO À EQUIPA DA USF.....	162
	APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES	168
	APÊNDICE X – RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE FAMILIAR.....	174

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Escala de avaliação de risco.....	31
Figura 2- Escala de Downton	31
Figura 3-Aplicação da Teoria Bioecológica na Prevenção de Quedas	41
Figura 4-Mapa do Concelho de Viana do castelo.....	47
Figura 5-Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em (outubro/2024)	50
Tabela 1 - Variável Dependente	54
Tabela 2 - Variáveis Independentes.....	55
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica.....	60
Tabela 4 - Caracterização do estado de saúde	63
Tabela 5 - Caracterização do risco de queda (Escala de Morse)	65
Tabela 6 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de queda avaliado pela escala de Morse	66
Tabela 7 - Relação entre as variáveis clínicas e o risco de queda avaliado pela escala de Morse	67

INTRODUÇÃO

O Relatório Final do ENP que se apresenta, integra o plano curricular do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESSIPVC), em consórcio 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. O objetivo principal do relatório final é apresentar e analisar o percurso de estágio colocando enfoque no aprofundamento e aquisição de competências que lhe estão inerentes com vista à obtenção do grau de mestre, na área do curso e, simultaneamente reunir condições à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista em ECAESF, pela Ordem dos Enfermeiros, (OE), após a conclusão deste percurso académico.

À luz do modelo formativo preconizado para o curso, a prática baseada na evidência assume centralidade. Assim, a intervenção no âmbito da prevenção de quedas em pessoas idosas constitui o foco central de desenvolvimento.

Na realidade, o envelhecimento da população em Portugal, associado ao aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crónicas, traz desafios específicos para os sistemas de saúde, incluindo o aumento da incidência de quedas em pessoas idosas.

Portugal é o segundo país da Europa com o índice de envelhecimento mais elevado, representando 161,3%. Portugal tem cerca de 2 424 122 pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde a 23,4% da população total residente (INE, 2021).

Assim, o risco e a incidência de quedas aumentam de forma significativa com o envelhecimento, especialmente entre mulheres e em pessoas com 75 anos ou mais (Rodrigues e Alvarenga, 2020). Segundo a OMS (2008, pág 8) as quedas são definidas como um acontecimento cujo resultado é “como o ato de cair não intencional no solo ou noutro nível inferior, podendo ter uma etiologia multifatorial, como resultado da interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos”.

A prevenção de quedas representa um desafio significativo face ao envelhecimento da população, uma vez que a quantidade de quedas aumenta proporcionalmente ao crescimento do número de adultos e pessoas idosas (OMS, 2008). Estes episódios de queda têm um impacto económico considerável nas famílias, comunidades e sociedade como um todo, sendo que esse efeito no setor da saúde tem crescido de forma alarmante em nível global (OMS, 2010). Para prevenir a ocorrência de quedas em idade mais avançada, é fundamental promover mudanças comportamentais e realizar modificações no ambiente, pois essas ações são essenciais para um envelhecimento saudável, para a manutenção da independência e para a redução do risco de quedas (OMS, 2010).

Uma temática tão complexa merece uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar. Assim sendo, os Enfermeiros de Saúde Familiar (ESF) desempenham um papel crucial na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e suas famílias, atuando na avaliação dos fatores de risco para quedas e na orientação de estratégias para prevenir esses eventos (Rodrigues e Alvarenga, 2020).

O ESF pode ter uma intervenção altamente eficaz e eficiente, que passa desde a abordagem das principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar, passando pela forma como lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde e o bem-estar no futuro (OMS,2023).

Segundo Figueiredo et al (2019), o Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar (EESF) tem um papel essencial na promoção da saúde, através de intervenções de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças contribuindo para autonomia da pessoa idosa. Impõe-se a maximização na operacionalização de orientações políticas e estratégicas nacionais que colocam a prevenção de quedas na agenda dos sistemas de saúde, em prol da saúde das pessoas idosas e das suas famílias. Neste contexto, destaca-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, na medida em que um dos objetivos passa pela prevenção de quedas através da implementação de estratégias de intervenção na prevenção e redução do número de quedas (DGS,2021).

Foi com base nesses pressupostos, sustentados pelo diagnóstico de situação realizado, que este relatório foi desenvolvido. Essa trajetória está alinhada com a consecução das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), onde se incluem as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (OE, 2018), e por esta via, garantir a atribuição do Título Profissional de Enfermeiro nesta área (pela OE) findo o percurso formativo. Através da reflexão sobre as experiências, procura-se evidenciar o processo bem como o resultado subjacente ao desenvolvimento destas competências a partir do estágio de natureza profissional, realizado no âmbito de uma USF do Alto Minho (AM), entre outubro de 2024 e março de 2025. Assim, todo o percurso formativo colocou o enfoque na capacitação para atender às demandas atuais do serviço de saúde, considerando as famílias e as pessoas idosas em particular no centro do sistema, ao nível de qualificação do grau de mestre à luz de Bolonha e, simultaneamente, garantir as condições à obtenção do referido título profissional pela OE.

Com base nestes pressupostos, delimitou-se a estrutura do relatório da seguinte forma: no primeiro capítulo integra-se o enquadramento teórico sobre quedas em pessoas idosas; no capítulo dois, procede-se à caracterização do contexto de estágio; no capítulo três expõe-se o estudo empírico em alinhado com o preconizado no primeiro capítulo. Por último, no capítulo quatro analisam-se as atividades e competências desenvolvidas na área da Enfermagem de

Saúde Familiar, considerando os domínios estabelecidos pela OE para o Estágio de Natureza Profissional, na área específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar (EEECASF).

Por fim apresentam-se as conclusões mais relevantes e implicações para a prática profissional. O relatório de estágio foi elaborado de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue as diretrizes de formatação da ESS, IPVC. As referências bibliográficas são apresentadas conforme os critérios estabelecidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta a estrutura concetual desenvolvida para caracterizar o fenómeno em estudo.

Em 2008, o Institute of Medicine (IOM), divulgou um artigo que mencionava que o envelhecimento da população terá implicações em vários domínios da sociedade, incluindo os profissionais de saúde que estão desajustados para responder à especificidade do cuidado à pessoa idosa, destacando assim a necessidade de capacitar profissionais para um suporte mais amplo.

1.1 A FAMÍLIA E A TRANSIÇÃO DO ENVELHECIMENTO

A tendência predominante ao longo do tempo nos cuidados de saúde tem se centrado no indivíduo, mudar o foco para a família amplia a complexidade do desafio. Assim, os cuidados ligados à família evoluíram simultaneamente com os cuidados de enfermagem. Desde o seu desenvolvimento intencional e crítico, a enfermagem de saúde familiar qualifica-se como um campo disciplinar da enfermagem, de conhecimento específico com domínios teóricos e de investigação que destaca a família como foco de cuidados (Figueiredo 2020).

Os Cuidados de Saúde Primários compõem o suporte do Serviço Nacional de Saúde, com cuidados centrados na família, e no seu ciclo de vida (Portugal, 2015). Assim, a intervenção no âmbito da Enfermagem Saúde Familiar coloca o foco no cuidado com a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a sua capacitação; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O processo de enfermagem de saúde familiar é sofisticado, pois envolve a interação de vários indivíduos e as múltiplas dinâmicas, tendo a família como o eixo central desse processo (Berkley & Hanson, citado por Hanson, 2005).

Os ESF devem estar dispostos para colaborar com os cuidadores e membros da família, demonstrando apoio e informação, tendo em conta os pontos fortes e limitações, com ênfase na comunicação enfermeiro-família para a partilha efetiva de informação, preocupações e necessidades (Hanson, 2005).

O documento da ULSAM, Plano Atividades e Orçamento (2021), refletiu que o diagnóstico demográfico no contexto da Região Norte e de Portugal, é imprescindível para destacar as profundas transformações que o conceito de família tem sofrido ao longo do tempo. Para além da estrutura familiar tradicional, emergem diversos modelos que refletem as complexidades das

sociedades contemporâneas: Família monoparental, Família recomposta, Família em coabitação, Família com progenitor ausente, Família sem filhos. Essas diferentes configurações coexistem e entrelaçam-se, sendo que, em Portugal, a forma predominante de organização familiar continua a ser a de "casal com filhos", embora o número de filhos por casal tenha sofrido uma redução acentuada. A redução no tamanho médio das famílias portuguesas está igualmente associada a dois fenómenos marcantes: o envelhecimento populacional e o aumento da esperança de vida. Estes fatores alteram de forma significativa a estrutura demográfica, invertendo a base da pirâmide etária, uma vez que o número de pessoas idosas supera os nascimentos. Esta inversão coloca o país perante desafios demográficos de elevada complexidade, que exigem respostas estruturais e estratégicas (ULSAM, 2021).

Com o envelhecimento populacional a nível da Europa e a nível mundial, a pessoa idosa terá um papel de realce neste capítulo, uma vez que nesta fase do ciclo vital, a pessoa idosa fica mais vulnerável, com alterações no andar, proporcionando um aumento do risco de queda e, por conseguinte, a sua frequência. Assim sendo trata-se de um grupo prioritário para investigação de enfermagem (OE, 2015).

O envelhecimento potencia alterações músculo- esqueléticas, neurológicas e sensoriais que intensificam o risco de quedas (Oliveira et al., 2018).

Segundo Figueiredo et al 2011 (cit Paul, 1997) verificamos nos últimos anos, um aumento da esperança de vida, acompanhada do aumento das doenças crónicas e, de níveis elevados de dependência na execução das atividades de vida diária. O desenvolvimento das funções familiares no âmbito dos cuidados de saúde ou com às pessoas idosas está associado a fatores intrínsecos à pessoa idosa.

Nos últimos anos, o índice de envelhecimento em Portugal passou de 144,4 em 2010 para 165,1% em 2020 (Pordata, 2022).

As quedas são recorrentes na pessoa idosa, que resultam em consequências negativas para bem-estar do utente, família e sociedade por isso a prevenção é imprescindível (Teixeira et al., 2019). Importante referir que os principais riscos é ausência de atividade física e sedentarismo, potenciados desde 2020 com pandemia da SARS-Cov2. Assim o tempo passado em casa aumentou para todos, para pessoa idosa com a família (Alves et al., 2021).

Ao longo do tempo, as famílias passaram por grandes transformações, tanto na sua estrutura quanto na sua dinâmica. Essas reformulações refletem a adaptação das famílias às exigências impostas pela sociedade. A preocupação da família permite continuidade dos ciclos vitais atendendo as necessidades (Furtado, 2017).

As pessoas idosas co habitam, na sua generalidade (62,8%), com os cônjuges, o que demonstra um número muito elevado de famílias na última etapa do ciclo vital em Portugal (INE, 2009). Daí as necessidades de readaptação familiar a novos modelos funcionais. É nesta etapa do ciclo vital que mais se comprova, o que Relvas (2000) caracteriza como o entrecruzar de gerações, ao que designa como etapa acordeão.

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se desenvolve ao longo da vida com sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos que lhe estão associados, necessitando de adaptação da pessoa idosa e da família (DGS, 2004).

1.2 ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem de Saúde Familiar é explicada por Hanson (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (...) pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”.

Apoiar e acompanhar a família exige do EESF o domínio de diversas competências, incluindo cognitivas, técnicas, humanas, éticas e de investigação.

Segundo Martins (2008), os enfermeiros experimentam cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua utilização prática a nível dos cuidados que prestam, reconhecendo a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão.

Os avanços na saúde, a melhoria das condições socioeconómicas, têm acompanhado um aumento da longevidade, contribuindo, assim, para o envelhecimento demográfico da população. Este fenómeno, embora seja um sinal positivo de progresso, acarreta também um acréscimo na probabilidade de surgirem situações de dependência entre as pessoas mais idosas. Neste contexto, torna-se crucial investir na investigação das necessidades das pessoas que vivem em situação de dependência ou que apresentam risco de a desenvolver. Igualmente importante é o estudo de estratégias de intervenção com potencial terapêutico, capazes de atenuar ou retardar os processos de perda de autonomia. Assim, a produção de conhecimento científico sobre as necessidades da população idosa revela-se essencial para a adequação das respostas no âmbito da saúde. Esta adequação poderá ter impactos significativos na melhoria da qualidade de vida, na promoção da autonomia, na maximização da independência e na maior satisfação dos cuidadores familiares — fatores decisivos para que se possa viver não apenas mais, mas com mais qualidade (Sequeira e Néné, 2022).

O desenvolvimento de competências para o EESF é um processo crucial que visa aprimorar a formação e a prática profissional nessa área, e concentra áreas essenciais, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a gestão de cuidados e o trabalho em equipa multidisciplinar. Estas competências permitem ao EESF intervir, de forma eficaz na família, identificando necessidades específicas de saúde, desenvolvendo planos de cuidado personalizados e implementando estratégias que promovam o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias. A formação contínua e a prática refletida são fundamentais nesse processo, capacitando o EESF a enfrentar os desafios da saúde familiar.

O EEECAESF deve tratar a família como uma unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar. Além disso, é fundamental oferecer cuidados específicos nas diversas fases do ciclo de vida da família, de forma atingir aos diferentes níveis de prevenção. Para isso, é importante realizar uma avaliação das intervenções, visando promover o funcionamento saudável da família (Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018).

As famílias, atualmente, compõem o principal sistema de socialização dos seus membros, sendo um espaço fundamental para a manutenção das relações familiares e dos vínculos afetivos. Importante destacar que cada família possui uma identidade própria, sendo única na sua forma de se organizar em torno de uma estrutura relacional, onde as funções e os papéis de cada um estão definidos. De acordo com Relvas (2004, p.14) “(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal”.

Para Noronha e Parron (2020), a família é vista como o principal centro de socialização e desenvolvimento dos seus membros, desempenhando um papel fundamental na formação de identidades e na transmissão de valores. A família é delineada como um espaço privilegiado para o fortalecimento de laços afetivos e para a preservação de relações interpessoais. Cada família possui uma identidade única, organizada em torno de uma estrutura relacional própria, na qual se definem funções e papéis específicos para cada membro, proporcionando um ambiente de apoio.

Já Hanson (2005, p.7) referia que o conceito de saúde familiar “(...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar”.

No âmbito da Enfermagem, e em particular na área da Saúde Familiar, torna-se impreterível que a prática profissional se alicerce em referenciais teóricos e operacionais que permitam apreender a complexidade e a multidimensionalidade pertencentes ao sistema familiar. O uso de múltiplos instrumentos de avaliação, relacionada a um trabalho em rede e colaborativo, compõe um eixo estratégico para o reconhecimento das necessidades singulares de cada família, necessidades estas que se apresentam como objeto distinto da intervenção do EESF. Esta

abordagem integrada possibilita a concepção e implementação de planos de intervenção individualizados, competentes de gerar repercussões positivas na dinâmica familiar e de assegurar a sua equifinalidade (Ahlberg et al., 2019).

Nessa perspectiva, o pensamento sistêmico assume relevância fundamental, uma vez que a família deve ser compreendida como um sistema aberto, relacional e interdependente, cujo atividade saudável se encontra intrinsecamente articulada à capacidade de adaptação positiva às mudanças. Este processo de reorganização ocorre de forma contínua e dinâmica, resultante da interação entre os seus membros ao longo do tempo (Ahlberg et al., 2019).

Assim, práticas de saúde desenvolvidas com a família, e não apenas para a família refletem a verdadeira essência da Enfermagem de Saúde Familiar, pois reconhecem o caráter holístico, circular e interativo dos fenômenos familiares, em concordância com a lógica sistêmica que orienta este domínio disciplinar.

Dessa forma, a Enfermagem de Saúde Familiar é fundamentada no pensamento sistêmico, com ênfase na interação e reciprocidade entre os membros da família, focando tanto no sistema familiar como no indivíduo (Friedman, 1998, in Hanson, 2005). Assim o EESF é o profissional responsável por garantir o cuidado à família como uma unidade, bem como a cada um de seus membros ao longo do ciclo vital, conforme indicado no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018 da OE. É imperativo conceber contextos promotores de um envelhecimento seguro e digno, nos quais a prevenção de quedas assuma um papel central com as famílias, capacitadas para sustentar a participação ativa da pessoa idosa, reforçando o seu sentido de pertença e relevância social.

1.3 QUEDA NA PESSOA IDOSA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007, pág. 9), no Relatório Mundial de Prevenção da Saúde da OMS de Quedas em Pessoas Idosas, as quedas são um “evento involuntário que faz com que perca o equilíbrio e encontre o seu corpo no chão ou em outra superfície firme para o impedir”.

A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define queda pelo foco de cair: “executar uma descida de um corpo a nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos e permanecer na vertical”.

Para Papaléo-Neto e Brito (2001), a queda pode ser explicada como um episódio não intencional que leva a pessoa imprevidente a cair ao chão, do seu nível ou de um nível inferior. São mais comuns na pessoa idosa e, na maioria das vezes, são proporcionadas por fatores ambientais.

Aproximadamente entre 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos caem em cada ano (OMS, 2010).

Em 2019, conforme os dados EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, a maioria dos casos de acidentes domésticos que recorreram às urgências foram as quedas com 67,9%, sendo a pessoa idosa o grupo mais afetado e com ocorrência de quedas em casa (EVITA, 2020). O número de óbitos por quedas acidentais no ano de 2019 foi de 876 (INE, 2022).

Quer em Portugal como noutros países, os acidentes domésticos e lazer na pessoa idosa tem aumentando desde abril de 2020 com representação de 73,2% (Alves et al., 2021).

Segundo a OMS (2021) uma queda consiste num evento que resulta em ficar inadvertidamente no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos.

As quedas são explanadas como uma modificação não intencional do corpo para uma altura inferior à posição inicial, sem correção em tempo útil e são explicadas por fatores multifatoriais que comprometem a estabilidade da pessoa (Gomes et al., 2014; Miranda et al., 2019).

Para Mendes et al., (2020), as quedas na pessoa idosa têm reflexão no seu dia-a-dia, através de lesões, aumentando a dependência e diminuindo a funcionalidade, que levam a consequências sociais e económicas. O aumento das taxas de morbilidade e mortalidade imediata ou após a queda divulgam que as influências da situação de quedas são elevadas, e estão subestimadas, necessitando de prevenção. Por sua vez American Geriatrics Society e a Bristish Geriatrics Society definem quedas como contatos não intencionais, resultado da mudança da posição de um nível inferior da posição inicial, influenciado por diversos fatores (2011).

Em 2019, o programa EVITA evidenciou que 88% dos acidentes nas pessoas com mais de 65 anos foram as quedas. Além disso, comprovaram que quase 50% dessas quedas ocorreram dentro de casa, sendo mais frequentes entre as mulheres. Segundo a mesma fonte, nesse ano, 112.988 portugueses sofreram quedas em ambiente doméstico, exigindo atendimento nos serviços de urgência (EVITA,2020).

Segundo dados da OMS, as taxas de incidência de quedas em faixas etárias superiores a 60 anos aumentou significativamente, assim como aumento nas pessoas idosas com mais de 95 anos (OMS, 2022). Por sua vez, Santos et al., (2020) as quedas interferem na qualidade de vida da pessoa idosa e condicionam o convívio social e familiar, pelo medo de cair, pelas fraturas que pode limitar a progressiva participação nas atividades do dia-a-dia e diminuir a sua capacidade funcional.

1.4 EPIDEMIOLOGIA DAS QUEDAS

Em 2019, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), expandiu um estudo, com base nas notificações de hospitais do serviço de urgência e detetou que 112.988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico e de lazer que resultou na necessidade de utilização do serviço de urgência, constituindo assim, o mecanismo de lesão mais frequente na ocorrência desta tipologia de acidente.

Os resultados dos Censos 2021, do Instituto Nacional de Estatística (INE), explicam que Portugal ostenta uma população de 10.343.066. Desses 2.423.639 são pessoas com mais de 65 anos (20,6% superior ao ano de 2011).

O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, foi o instrumento desenvolvido com objetivo delinear, de acordo com o período de melhoria contínua da qualidade, a importância de se nomear os riscos, avaliá-los e ordená-los de modo a delimitar estratégias e ações de mitigação. O mesmo é constituído por nove objetivos estratégicos observa-se no 6º objetivo estratégico “Prevenir a ocorrência de Quedas”, e no 8º objetivo “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”.

O novo PNSD 2021-2026, publicado a 24/09/2021, através do Despacho nº 9390/2021, organiza-se com cinco pilares e catorze objetivos estratégicos, reforçando no Pilar 4 a “Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente”, e no Pilar 5 a prevenção de quedas, nas “Práticas seguras em ambientes seguros”, fortalecendo a identificação da qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Segundo Ministério da Saúde (2010), a queda na pessoa idosa assume-se como problema de saúde pública com especial atenção dos enfermeiros, uma vez que terá um grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias.

Ao longo dos últimos cinco anos, tem-se verificado o aumento gradual do índice de envelhecimento, em 2019 o índice de envelhecimento em Portugal foi de 161,3 pessoas idosas por cada 100 jovens, mais 3,9 do que o ano anterior (Pordata, 2020).

De acordo com os dados mais recentes, em 2021, em Portugal, o índice de envelhecimento foi de 182,1 pessoas idosas por cada 100 jovens, mais 54,3 que em 2011 e mais 79,9 do que em 2001 (INE, 2021).

Rodrigues e Alvarenga (2020) demonstram que a incidência de quedas aumenta progressivamente com o avançar da idade, sendo especificamente prevalente em mulheres e em pessoas com 75 anos ou mais, nas quais o risco de ocorrência é principalmente superior. Tal situação deve-se à maior fragilidade fisiológica, à elevada prevalência de doenças crónicas, ao consumo contínuo de medicação e à maior longevidade das mulheres relativamente aos homens (ibidem, 2020). Este fenómeno é corroborado por Rubenstein (2006), que identifica a interação

entre fatores intrínsecos e fatores extrínsecos como determinantes no aumento da vulnerabilidade para quedas. De igual modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) identifica as quedas como um problema de saúde pública de elevada magnitude, com impacto direto na autonomia na morbidade e na qualidade de vida da pessoa idosa.

De encontro com pensamento sistémico, é fundamental perceber que as consequências das quedas não se circunscrevem apenas à pessoa idosa, mas refletem-se em todo o sistema familiar, afetando as dinâmicas relacionais, os papéis desempenhados pelos seus membros e a distribuição de responsabilidades no cuidar. Como salientam Wright e Leahey (2013), qualquer alteração significativa num dos elementos da família influencia inevitavelmente os outros, impondo processos de reorganização e adaptação. Neste sentido, a ocorrência de quedas pode desencadear sobrecarga emocional e física para os cuidadores, instabilidade económica e alterações na dinâmica quotidiana do agregado. Assim, a intervenção precoce assume carácter prioritário e deve contemplar a identificação sistemática de riscos em contexto domiciliário, bem como a implementação de estratégias preventivas centradas não apenas na pessoa idosa, mas no sistema familiar enquanto unidade de cuidados (Sousa et al., 2021; Pereira et al., 2019). Esta abordagem, sustentada no paradigma sistémico, possibilita promover ambientes seguros, reforçar a resiliência familiar e maximizar a qualidade de vida, favorecendo a manutenção da autonomia.

1.5 FATORES DETERMINANTES DE QUEDAS NO DOMICÍLIO

Segundo Coutinho e Silva (2002), as quedas originam uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre as pessoas idosas, e podem ainda refletir entre os seus familiares, que se mobilizam em cuidados especiais, acomodando a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.

A prevenção das quedas em pessoas idosas é um desafio para os EESF, e o mais pertinente será a deteção precoce de fatores de risco. Os fatores de risco podem estar associados a aspetos biológicos, comportamentais e ambientais. Habitualmente, dois destes fatores que interligam causando a queda, sendo fundamental a prevenção com foco em todos os fatores, pois são interdependentes (Pinto et al., 2019).

Segundo a OMS (2021), as consequências de uma queda dependem de diferentes fatores, nomeadamente da direção em que ocorre e da resistência óssea. Estas, são também influenciadas pela idade, sendo que, em idades mais avançadas, uma lesão com gravidade semelhante, leva a maiores níveis de incapacidade, mais dias de hospitalização, períodos mais longos de reabilitação, maior risco de dependência e de morte.

No cotidiano da pessoa idosa, são vários os fatores de risco que podem facilitar ou proporcionar o acontecimento de quedas (Freitas, Bonolo, Moraes & Machado, 2015).

Estes dividem-se em dois grandes grupos: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos (Freitas et al., 2015). Os fatores de risco intrínsecos estão inerentes ao indivíduo e estão alistados com características sociodemográficos, cognitivos e hábitos de vida, estado de saúde e com as modificações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento (Pimentel et al., 2018; OMS, 2015; Freitas et al., 2015).

Os fatores de risco extrínsecos obedecem as circunstâncias sociais e da interação da pessoa idosa com o meio ambiente (Pimentel, et al., 2018; OMS, 2015; Freitas et al., 2015).

Segundo Pinto et al, (2019) os fatores de risco biológico assumem-se como diminuição da força e a destreza muscular. Assim é importante evitar o sedentarismo e promover atividade física. Incentivar uma alimentação equilibrada e ingestão hídrica diária. No entanto, as patologias podem facilitar ocorrência de quedas nomeadamente, doenças reumáticas, neurológicas e cardíacas. A dificuldade em ver e ouvir também pode ser obstáculos e poderá levar a pessoa idosa a cair.

Por conseguinte os fatores de risco comportamentais também aumentam o risco de queda, nomeadamente calçado pouco aderente, excesso de medicação, não usar óculos, assim sendo é necessário adotar medidas para evitar os riscos (Pinto et al, 2019).

Por sua vez os fatores de risco com ambiente representam 50% das quedas, a maioria em casa, pisos escorregadios ou por pouca iluminação. É importante identificar esses riscos, verificando e atuando para os melhorar (Pinto et al, 2019).

A OMS (2021) acautela para os fatores de risco que estão relacionados com as características individuais e circunstâncias (idade, sexo, capacidade física, capacidade cognitiva); barreiras e riscos no ambiente em que pessoas residem (degraus, escadas e caminhos inseguros); e a falta de políticas para diminuir efetivamente os fatores de risco para quedas e suas consequências.

Segundo a OMS (2021), as quedas são difíceis atribuir a apenas um fator de risco, uma vez que estes, podem interagir dinamicamente e alguns fatores de risco podem sofrer modificações, pelo que Cruz e Leite (2018) avisam para o interesse da identificação de fatores de risco associados à ocorrência de quedas, uma vez que permite a criação de medidas de prevenção e promoção de saúde.

A evidência científica consta que história de queda, a toma de medicação e os défices na mobilidade, na força, no andar e no equilíbrio, são os fatores de risco mais frequentes para a queda (Sturnieks et al, 2008; Baixinho & Dixe, 2014; Baixinho, 2014; Costa-Dias et al, 2014, Marques-Vieira,2017).

Por sua vez Cebolla et al (2015), refere que a queda aumenta os custos em saúde e por sua vez reduz a mobilidade, aumento da dependência, estando dependente dos fatores extrínsecos e intrínsecos.

Para minimizar os problemas de saúde é importante que os profissionais de saúde compreendam as causas, os fatores de risco e o essencial para evitar as circunstâncias de uma queda. Com base na evidência científica, o enfermeiro deve manter-se atualizado, sobre a prevenção de quedas nas pessoas idosas, uma vez que a nível mundial existe aumento significativo de pessoas idosas, aumentando a necessidade de dar respostas (Rodrigues et al., 2018).

Por sua vez, Mendes et al., (2020), concorda que é fundamental capacitar as pessoas idosas, familiares, cuidadores formais, sociedade, relativamente aos fatores que originam os episódios de queda.

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS] 2017-2025 já se encontrava alinhada com o PNS revisão e extensão a 2020 na medida em que fortalece um conjunto orientações estabelecidas nos seus 4 eixos, cujo sentido se mantém e reforçada no PNS 2021-2030, sendo estes: a) saúde; b) participação; c) segurança; d) medição, monitorização e investigação. É essencial investir na investigação científica em parceria com pessoas idosas, de forma a manter a saúde, reduzindo a prevalência de doenças e de incapacidade, simultaneamente com a participação dos mesmos (promovendo a educação) e por fim a segurança, através da minimização dos riscos (DGS, 2017).

Em relação ao eixo da segurança, a ENEAS 2017-2025 coloca o enfoque nos ambientes físicos pelo impacto significativo na segurança das pessoas idosas, pelo que é essencial que estes permaneçam adaptados às suas necessidades e limitações, ampliando a sua capacidade funcional e prevenindo riscos, tal como as quedas (DGS, 2017). Constatamos que a queda é um episódio multifatorial que carece de estratégias para que os seus índices diminuam. Resultam da interação complexa e multifatorial de diversos elementos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. A compreensão aprofundada dos fatores de risco associados às quedas em pessoas idosas é fundamental para possibilitar a identificação precoce com maior propensão a esse tipo de evento e, consequentemente, para subsidiar o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes voltadas à minimização de acidentes.

A interferência junto das pessoas idosas e com a sua família é capital, evidenciando a prevenção de quedas e a minimização das suas complicações. As intervenções de enfermagem devem fornecer as pessoas idosas com a família as orientações fundamentais para prevenção quedas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018).

1.6 NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

A avaliação das práticas e comportamentos das pessoas idosas na prevenção da queda, surge como uma oportunidade de desenvolvimento, uma vez que não existe uma cultura de segurança nessa área (Oliveira et al., 2018). Cabe ao EESF promover a literacia e capacitação das pessoas idosas, famílias e líderes comunitários e sociedade em geral, de modo a evitar as quedas e contribuir para envelhecimento com qualidade.

Os EESF têm um papel fundamental na garantia de condições para um envelhecimento de excelência, conceito definido segundo ENAS, 2017-2025, como “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade da vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas (...)” (DGS, 2017, p.6).

De acordo com a DGS, citando a OMS (s.d.), o conceito de literacia em saúde consiste num “conjunto de (...) competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (2018, p.6). Os grupos mais vulneráveis registam níveis de literacia mais inadequados, nesse grupo estão incluídos os indivíduos com mais de 65anos, com baixo nível escolaridade, baixos rendimentos, e patologias crónicas (DGS, 2018).

Consultando o Plano de Ação para Literacia em Saúde (2018), e relativamente a temática da prevenção de quedas correspondem a “Adotar estilos de vida saudável” e ao “Promover o bem-estar”, uma vez que se trata de uma área prioritária para envelhecimento ativo e saudável (DGS,2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) designou o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Ativo, destacando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para aprimorar a qualidade de vida na terceira idade. Além da saúde, essa iniciativa requer a colaboração de diversos setores, como finanças, cuidados de longa duração, proteção social, educação, trabalho, transportes, habitação, informação e comunicação. A OMS também enfatiza que esse esforço deve ocorrer em níveis nacional e regional, envolvendo municípios, profissionais de saúde e assistência social (Conselho de Ministros, 2024).

Destacam-se as diligências no âmbito da promoção da saúde, a prevenção primordial e primária de doenças e a deteção e intervenção precoces, com objetivo de reduzir a mortalidade precoce, diminuir a carga de doença e reduzir a dependência nas próximas décadas. As estratégias desde adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física, uma alimentação equilibrada e a qualidade do sono, são essenciais para o bem-estar físico e mental. Não esquecendo que na prestação de cuidados foca-se na manutenção da autonomia e na preservação das capacidades das pessoas idosas, permitindo que permaneçam em suas casas e

recebam um reforço significativo no apoio domiciliar (Conselho de Ministros,2024). Em alinhamento com a OMS (2021), o Conselho de Ministros (2024) preconiza um conjunto de medidas de promoção do envelhecimento saudável, a saber : Alterar o formato como pensamos, sentimos e agimos perante a idade; Confirmar que as comunidades progridem nas capacidades das pessoas mais idosas; Conceder cuidados primários de saúde e cuidados integrados centrados na pessoa idosa; Promover o acesso a cuidados de longa duração para as pessoas idosas necessitadas; Promovendo a investigação na área da promoção das capacidades intrínsecas do indivíduo à medida que envelhece e o aumento das suas capacidades funcionais. Segundo o *Programa do XXIII Governo Constitucional 2022-2026*, a promoção de hábitos saudáveis, em contextos e etapas da vida, é uma prioridade básica do programa do Governo. Reconhecendo que as políticas de saúde vão além da prestação de cuidados médicos, elas estão integradas de forma transversal em diversas áreas, como habitação e ambiente. Assim, o Governo irá: (...)Prosseguir a intervenção dirigida aos principais fatores de risco, nomeadamente nas políticas dirigidas à promoção da alimentação saudável e da atividade física, ao combate à obesidade, tabagismo e excesso de álcool, entre outros;(...) Melhorar o acesso a consultas de promoção da saúde e prevenção da doença, ao nível dos cuidados de saúde primários, através de intervenções multidisciplinares adequadas às características de cada cidadão e de acordo com as estratégias e orientações dos Programas Prioritários, designadamente com presença de psicólogos e nutricionistas nos cuidados de saúde primários; Garantir a visita domiciliária pelos cuidados de saúde primários dos residentes em estruturas para pessoas idosas (SNS, 2022).

As quedas desempenham um papel importante na deterioração da qualidade de vida das pessoas idosas. As consequências são negativas no quotidiano das pessoas idosas, pois afetam consideravelmente a qualidade de vida e têm implicações para a família, pois são os responsáveis pelos cuidados dessa população (Costa et al., 2018).

Por sua vez, Baptista et al., (2019) refere que as quedas podem comprometer temporária ou permanentemente a mobilidade, levando a contusões, fraturas, ou até mesmo a óbito.

Para Santos et al (2015), a atividade física tem uma evidência importante na manutenção da capacidade funcional, possibilitando a melhoria da qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

A prática habitual, uniformizada, estruturada e gradual de exercício físico, é vista por vários autores, como eficiente para alterar fatores intrínsecos que acontecem da deterioração normal do envelhecimento (Fernández- Argüelles et al., 2015; Oliveira et al., 2015). Os mesmos autores, referem que existe evidência entre a relação da prática de exercício físico e a manutenção e melhoria da capacidade física e motora na pessoa idosa, e por sua vez, a diminuição do risco de queda.

Diminuindo o risco de incidência de doenças através da prática de atividade física, melhorando, especificamente, a capacidade cardiorrespiratória e a força muscular trazem benefícios para saúde (Xavier et al., 2014). A prática de atividade física, contribui para a proteção e melhoria da autonomia funcional, no que respeita ao desempenho de tarefas diárias e proporciona uma melhor qualidade de vida à pessoa idosa (Xavier et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) define como benefícios da prática da atividade física três níveis: Fisiológicos, Psicológicos e Sociais, apresentando-se como uma estratégia eficaz para promover o envelhecimento saudável e ativo.

Os resultados do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física divulgaram que mais de 73% das pessoas com 65 ou mais anos não realizavam exercício físico (pelo menos durante 10 minutos) em nenhum dia da semana. Estes dados são especificamente preocupantes entre as mulheres com mais de 85 anos (SNS, 2016).

De facto, a promoção da atividade física como instrumento de saúde pública, tem um papel incontornável na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças crónicas e é uma prioridade de saúde a nível internacional e nacional.

Tendo por base a evidência existente, em 2019, a OMS recomendou que os adultos mais velhos cognitivamente bem aumentassem os níveis de atividade física diária com vista à redução do risco de declínio cognitivo (OMS,2019).

De forma a combater o problema da inatividade física, a OMS lançou o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, com finalidade: aumentar os níveis de atividade física para não aumentar os custos, com impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e qualidade de vida (OMS,2018).

A OMS tem como objetivo no Plano de Ação Global para atividade física 2018-2030 aumentar em 15% os níveis de atividade física em todo o Mundo até 2030.

O Governo português também assumiu a promoção da atividade física como prioridade nacional e adotou medidas, com realce para a criação de um Programa Prioritário para a Promoção da Atividade Física, a implementação de um projeto-piloto de sensibilização para a atividade física nos cuidados de saúde primários, e ainda o lançamento de um Plano de Ação Nacional para a Promoção da Atividade Física e de uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo (SNS ,2018).

Na pessoa idosa, a atividade física proporciona benefícios para os vários desfechos de saúde: diminui a mortalidade por todas as causas, mortalidade por doenças cardiovasculares, incidência de hipertensão. Neste âmbito, a OMS (2016) recomenda que para adultos com 65 anos ou mais; deve realizar-se pelo menos, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de moderada intensidade, ou, pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de vigorosa

intensidade, ou uma combinação equivalente de atividades físicas de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.

É pertinente frisar que a prevenção não elimina 100% do risco, nomeadamente nas situações de queda. Assim, é fundamental capacitar a comunidade, em geral, a pessoa idosa com a família, em particular para a intervenção em caso de queda. Como referem Pinto et al (2019) se a pessoa idosa cair, deverá saber pedir ajuda, dobrando o corpo sobre o estômago, de forma a gatinhar até uma mobília estável e firmar as mãos sobre a mobília. Se a queda for incapacitante, não conseguindo levantar-se, deve procurar manter-se quente utilizando o que estiver ao seu dispor. Face a esta problemática, existe a necessidade de suporte e apoio com a família, sendo esta a principal fonte de apoio informal (Silva et al., 2015; Marzola et al., 2019).

Além do apoio informal, por norma a família constitui o suporte social significativo para a pessoa idosa, onde sobressaem os vínculos, a atenção, o cuidado e o suporte para ultrapassar as dificuldades inerentes ao envelhecimento (Oliveira et al., 2014; Marzola et al., 2019). Desta forma é importante e necessário o envolvimento dos familiares, em conjunto com a pessoa idosa, para incentivar e estimular a adoção de medidas preventivas de queda eficazes.

A educação sobre os fatores de risco e proteção é fundamental para capacitar a pessoa idosa sobre risco de quedas. Assim a educação é uma das formas mais eficazes de prevenir as quedas, e capacitar para a intervenção caso a mesma ocorra, daí a importância da enfermagem para desenvolver os níveis mais elevados de literacia (DGS, 2012), nomeadamente da ESF. A adequação da intervenção deve ser mediada pelas condições das pessoas com as famílias e pela avaliação rigorosa e sistemática do risco de queda.

1.7 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade hospitalar, dos cuidados hospitalares, no que se refere à segurança do doente, sobretudo aos doentes com 65 ou mais anos. Porém, no âmbito de políticas de saúde de proximidade, impõe-se que a segurança a este nível constitua uma prioridade comunitária e familiar. Torna-se necessário que as organizações de saúde identifiquem quais os instrumentos disponíveis, e devidamente estudados, que permitam uma correta avaliação do risco de queda, como primeira etapa de desenvolvimento de um programa de prevenção de quedas.

Existem diversos instrumentos para avaliar o risco de queda, que foram criados para uma avaliação prática e ágil. Alguns desses instrumentos atribuem uma classificação de risco (alto, médio ou baixo), enquanto outros oferecem uma análise mais detalhada.

A avaliação do risco de queda na pessoa idosa é elementar para que se consiga implementar medidas preventivas e aumentar a consciencialização da população, de maneira que não sejam perspetivados como uma prioridade a desenvolver apenas após o episódio de queda, mas no sentido de instruir e aplicar ações preventivas, proporcionando qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018). Apresentam-se, de seguida, alguns dos instrumentos suscetíveis de serem mobilizados na avaliação do risco de queda.

1.7.1 Escala de Hendrich II

O Modelo de Risco de Queda de Hendrich II constitui um instrumento específico para a avaliação do risco de quedas, distinguindo-se por incluir, de forma isolada, a confusão mental como um fator de risco determinante para sua ocorrência (Hendrich, 2007). Essa abordagem é singular entre as ferramentas disponíveis, uma vez que, o modelo de Hendrich atribui relevância autônoma à presença de confusão cognitiva. Desenvolvido por profissionais de enfermagem, visa identificar precocemente os utentes, nomeadamente em situação de hospitalização com maior probabilidade de sofrer quedas (Hendrich, 2007). Neste sentido, urge perspetivar a gestão de risco de quedas em alinhamento com as mudanças organizacionais operadas no serviço de saúde, nos últimos anos, marcados, por exemplo, pela hospitalização domiciliária e altas cada vez mais precoces. Trata-se de uma ferramenta de aplicação rápida, baseada na avaliação de oito fatores de risco clínicos: confusão, desorientação ou impulsividade; sintomas depressivos; alterações na eliminação; presença de tonturas ou vertigens; sexo masculino; uso de antiepilépticos (incluindo alterações na dose ou interrupção); administração de benzodiazepinas; e desempenho reduzido no teste funcional "Levantar e Andar". A cada fator identificado é atribuído um valor específico, refletindo o seu peso relativo no cálculo do score total. Entre os itens avaliados, a presença de confusão mental e a incapacidade de se levantar sem auxílio obtêm a maior pontuação, sendo, portanto, os preditores mais significativos de risco. Um score final igual ou superior a 5 indica um elevado risco de queda. Importa referir que este modelo não contempla fatores extrínsecos, como as condições ambientais.

1.7.2 Escala Stratify

Foi desenvolvida em 1997 por David Oliver e colaboradores, no Reino Unido (Oliver et al., 1997), tendo sido estruturada em três fases distintas. Na fase inicial, foram identificadas características clínicas dos utentes hospitalizados com 65 ou mais anos que se associavam à ocorrência de quedas. O objetivo consistia em determinar fatores de risco suscetíveis de serem avaliados de forma objetiva e sistemática pelos profissionais de enfermagem, no âmbito da prática clínica de rotina. A escala é constituída por cinco perguntas com opções dicotómicas (sim/não) de

resposta. A pontuação total da escala é obtida com base na soma das respostas referentes às cinco perguntas, podendo tomar valores entre zero e cinco. Uma pontuação igual a 0 corresponde a um risco considerado baixo, igual a 1 corresponde a um risco moderado e, por fim, superior ou igual a 2 corresponde a um risco elevado.

Figura 1- Escala de avaliação de risco

Perguntas da escala de avaliação de risco STRATIFY

Pergunta	
1	Doente internado por causa de uma queda ou com episódios de queda durante o internamento?
2	Doente agitado?
3	Doente com alterações visuais que condicionem a sua atividade diária?
4	Doente com necessidade de utilizar a instalação sanitária com frequência?
5	Doente tem pontuação de transferência ou de mobilidade de 3 ou 4?

Fonte: Ferreira e Costa Dias (2014)

1.7.3 Escala de Downton

É utilizada para avaliar o risco de queda, se necessário, considera o fato da não ocorrência de quedas anteriores, as causas que produziram ou fatores de risco apresentados a respeito de cada utente e da idade, atribuindo a cada ponto um valor de 0 ou 1. Quando o score da escala for maior que 2 pontos considera-se que o utente tem um elevado risco de quedas. As categorias avaliadas incluem: histórico prévio de quedas, disfunções sensoriais (como comprometimento visual ou auditivo), estado mental alterado (incluindo confusão ou desorientação), deambulação comprometida (com ou sem uso de auxiliares de marcha) e medicação associada ao risco de queda (como sedativos, diuréticos, anti-hipertensivos ou psicotrópicos). Cada fator presente recebe uma pontuação de 1, sendo possível alcançar um score máximo de 11 pontos (OMS).

Figura 2- Escala de Downton

Quadro 1 - Escala de Downton		Pontuação
Itens avaliados		
Quedas anteriores	Não	0
	Sim	1
Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes / Sedativos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros Medicamentos	1
Déficits sensoriais	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1

Fonte: Downton, 1993

1.7.4 Escala de Morse

Foi desenvolvida em 1985 no Canadá, por Janice M. Morse, com base num estudo prospetivo, com o objetivo de identificar e predizer as pessoas com risco de quedas fisiológicas. A escala encontra-se a ser aplicada a nível internacional e em Portugal é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde indica a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011).

Em 2014, Dias et al concluiu que a sua utilização é recomendada nas organizações de prestação de cuidados. É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia entre 0 a 125 pontos, sendo sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos), Alto risco (≥ 51 pontos).

1.8. PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS: UM DESAFIO À ESF

A Carta de Ottawa (1986) em articulação com o Plano Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026) constituem referenciais estratégicos, no âmbito da promoção da Saúde das pessoas idosas. O envelhecimento populacional em crescendo, como temos vindo referir, resulta de melhorias substâncias nas condições de vida e de saúde das populações, constituindo-se, assim, num fenómeno socialmente positivo (Carneiro et al 2012). Contudo, aporta impactos inegáveis às pessoas, às famílias e às novas formas de famílias, à sociedade, aos serviços sociais e de saúde, que urge atrasar (Carneiro et al, 2012). Envelhecemos, desde o dia em que nascemos. Ao longo da vida impõe-se, assim, abordagens intencionais e efetivas de modo a garantir “mais anos à vida aos anos”, nos termos preconizados pela OMS (1994). A Carta de Otawa (DGS, 1986), traz a debate a promoção de saúde, colocando o enfoque, no desenvolvimento de todos os setores sociais e na capacitação dos indivíduos, família e comunidade, para melhorarem a sua saúde atingindo bem-estar físico, mental, social e obter ganhos em saúde. A Carta de Otawa sublinha que a saúde deve estar presente em todas as políticas públicas, numa perspetiva de prevenção universal. Neste contexto, importa que sejam implementadas políticas promotoras de estilos de vida saudável, de condições e acessibilidades habitacionais, da literacia em saúde e o apoio económico às famílias contribuindo também para a redução de fatores de risco de quedas. A enfermagem de saúde familiar contribui identificando necessidades, orientando famílias e articulando recursos comunitários. A primeira estratégia preconizada pela Carta Otawa, construir políticas públicas saudáveis, está diretamente relacionado com os pilares do Plano de Envelhecimento Ativo e Saudável, nomeadamente saúde e bem-estar, vida laboral saudável e rendimentos e economia do envelhecimento. Promover o

envelhecimento de forma ativa implica a criação de políticas que promovam acesso equitativo a cuidados preventivos a todos (DGS,2024), ou seja, garantir intervenção aos cinco níveis de prevenção. Desta forma, EESF pode contribuir de forma diferenciada neste contexto, pois possui competências avançadas para identificar as potencialidades e necessidades populacionais, propor estratégias baseadas em evidência e participar na conceção e implementação de políticas locais e regionais. A implementação de programas de prevenção de quedas bem como a intervenção em parcerias com autarquias e outros setores sociais e empresariais com vista assegurar condições habitacionais acessíveis e seguras, constituem alguns exemplos da intervenção. A Carta de Ottawa preconiza ainda, criar ambientes favoráveis sendo que o Plano de Envelhecimento Ativo e Saudável se encontra alinhado com esta estratégia através do pilar da autonomia e vida independente. A interação constante em reciprocidade e em mutualidade traduz o nível estrutural do ambiente caracterizando o que é ser família (Figueiredo, 2023).

Neste ponto, o EESF diferencia-se nas suas avaliações considerando a composição familiar, isolamento social e capacidade de cada pessoa idosa para se adaptar as condições físicas e sociais que possam minimizar riscos. Segundo Figueiredo (2021), os enfermeiros em CSP podem empoderar os cidadãos, famílias e comunidade, promovendo a literacia para a saúde, de modo a capacitá-los para a tomada de decisões, tanto individuais como coletivas, relativamente à construção do seu projeto de vida”. A terceira estratégia da Carta de Ottawa visa fortalecer ações comunitárias norteia o pilar da participação na sociedade do Plano de Envelhecimento Ativo e Saudável. Preparar a população para envelhecer implica estimular redes comunitárias, combatendo o isolamento e promovendo saúde mental e física, pelo seu reconhecimento da sua contribuição na promoção de saúde familiar , o enfermeiro especialista tem capacidade para liderança e coordenação projetos comunitários, organizador de recursos potencializadores da família enquanto sistema transformativo envolvendo familiares, voluntários e instituições locais, fortalecendo vínculos sociais e aumentando a resiliência da população idosa (DGS,2024). O EESF deve englobar o seu saber como recurso para desenvolver práticas construídas, promotoras de competências profissionais com vista à otimizar as respostas às necessidades familiares (Figueiredo, 2016). A quarta estratégia da Carta, desenvolver habilidades pessoais, conjuntamente com o pilar desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida, norteiam a capacitação de indivíduos e famílias para o autocuidado, a gestão de doenças crónicas, a adoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de riscos, como quedas. Na ótica do empoderamento, o profissional de enfermagem incentiva a pessoa idosa a modificar seus comportamentos por meio da autorreflexão, do aprimoramento de habilidades e da motivação para cuidar da sua saúde (Rajão, 2020). O EESF aplica metodologias de empowerment,

ocupando um papel de destaque na equipa de saúde devido às características inerentes à sua profissão. Espera-se que apoie a família na adaptação a novas situações, através da educação para a saúde, promovendo o desenvolvimento de competências que se concretizam na partilha de poder entre profissionais e familiares. Este processo favorece a consciência crítica e a capacidade de julgamento, conferindo um carácter reflexivo, partilhado e não diretivo às intervenções (Figueiredo, 2023). A quinta estratégia da Carta visa reorientar os serviços de saúde. Os serviços de saúde devem ser proativos e preventivos, oferecendo acompanhamento contínuo, avaliação de riscos e planos individualizados. O EESF atua como líder entre os multiprofissionais. Essa articulação assegura intervenções integradas, como programas de prevenção de quedas que incluem educação familiar, exercício físico, ajustes ambientais e monitorização contínua. A abordagem sistémica assegura que a prevenção seja sustentável e centrada na pessoa idosa e na sua família. Neste contexto, a adaptação familiar resulta dos esforços empenhados na coconstrução de um novo nível de funcionamento, promovendo respostas adaptativas por parte dos indivíduos. A este processo acrescenta-se o reconhecimento das forças do sistema familiar, valorizando as competências e recursos da família (Figueiredo & Charepe, 2010, cit. in Figueiredo, 2023). Preparar ativamente a população para o envelhecimento, numa sociedade marcada pelo aumento do número de pessoas idosas, cuidadores idosos, e isolamento social, exige intervenções multissetoriais, baseadas em princípios da Carta de Ottawa e nos pilares do Plano Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026). O EESF desempenha um papel central neste processo, ao combinar proximidade familiar, competências clínicas avançadas, liderança e visão integrada dos serviços de saúde. Segundo Falcão, et al. (2021), é essencial profissionais qualificados para atender as necessidades dos utentes com as suas famílias, aumentando a literacia dos mesmos com ações de educação para saúde, dessa forma podermos colmatar lacunas e prestar cuidados mais eficazes e abrangentes. A conexão entre EESF e familiares é primordial para a qualidade da prática em enfermagem, e hoje investiga-se perceber a importância concedida à família pelos enfermeiros e de que forma a apreciação da família por parte destes profissionais, delimita o sucesso dos cuidados de enfermagem prestados (Hagedoorn et al., 2017; Østergaard et al., 2020).

Segundo OE (2005), os enfermeiros têm a responsabilidade de “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”, revelando-se importante identificar necessidades e colaborar com outros profissionais para considerar os fatores com impacto na saúde. O cuidado de enfermagem, quando centrado na família numa lógica colaborativa, deve seguir uma abordagem holística, que considere as dinâmicas familiares, suas necessidades emocionais, sociais e psicológicas. Os EESF com aquisição de competências poderá

desempenham diferentes funções, nomeadamente: dinamizadoras, facilitadoras, advogados, uma vez que as competências não se esperam apenas o domínio técnico-científico, mas da coconstrução com os valores e os princípios da profissão, em prol da maximização da literacia em saúde das pessoas, famílias e comunidades (Graça, 2015).

Assim, o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), lançado em 14, de junho, de 2023, pela Direção-Geral da Saúde, é fundamental para prática do enfermeiro da saúde familiar, uma vez que defende a literacia em saúde como um processo contínuo, aberto à comunidade e sustentado pelas ciências do comportamento, com o objetivo de transformar a ciência em conhecimento e este em práticas saudáveis (DGS,2023). A mobilização do pensamento sistémico favorece a inteligibilidade inerente à interligação entre literacia em saúde e envelhecimento saudável, nomeadamente no que se refere ao foco na prevenção de quedas. A literacia nesta área específica da saúde quer favorece o reconhecimento dos riscos e adequação das estratégias face aos mesmos, por parte pessoas idosas (compreender, avaliar e aplicar informação), quer a identificação das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e intervenção no ambiente físico (como instalação de barras de apoio ou remoção de obstáculos) e nos comportamentos (como equilíbrio, mobilidade e uso de fisioterapia),por parte dos profissionais de saúde (DGS,2023). Apesar dos progressos, a literacia em saúde mantém-se como uma necessidade permanente tanto identificada pela população como pelos profissionais de saúde, configurando-se como uma das prioridades estratégicas de intervenção do Plano Nacional de Saúde (PNS 2030). A promoção da literacia em saúde deve ser compreendida como uma estratégia transdisciplinar e multissetorial, essencial para a melhoria dos resultados em saúde e para a redução das desigualdades. O PNS sublinha, ainda, a importância de investir não apenas na literacia em saúde, mas nos seus componentes específicos, como a literacia digital, de modo a responder às exigências emergentes dos sistemas de saúde contemporâneo, assegurando que, a nível individual, cada cidadão se encontra capacitado para a gestão da própria saúde e na eficiência nos cuidados de saúde e, a nível coletivo, reforça a promoção e proteção da saúde, fomentando comunidades mais informadas, participativas e resilientes (DGS,2023). Recomendações estas que devem ser norteadoras das práticas clínicas, nomeadamente no que se refere à Prevenção de Quedas em Pessoas idosas.

Neste contexto, urge centrarmo-nos nos modelos de literacia em saúde, enquanto ferramentas valiosas para a análise das competências e habilidades necessárias em diferentes contextos de saúde. Entre estes modelos, destaca-se o originalmente proposto por Nutbeam (2000), que classifica a literacia em saúde em três níveis complementares: funcional, correspondente às habilidades básicas de leitura e escrita para compreender informações de saúde; interativa ou comunicativa, que engloba competências cognitivas e sociais para interpretar e aplicar

informação de forma eficaz; e crítica, que envolve a capacidade de análise crítica e tomada de decisões informadas, com impacto na autonomia individual e na promoção da saúde coletiva (DGS, 2019).

O modelo de Nutbeam (2000), particularmente útil neste contexto, distingue três níveis de literacia aplicáveis à atuação do EESF: A Literacia funcional envolve a capacidade da pessoa idosa com a sua família de compreender informações básicas sobre prevenção de quedas, como instruções sobre uso correto de bengalas ou mudanças de comportamento para evitar riscos em casa. O EESF assegura informações claras, adaptadas ao nível de compreensão, garantindo que os conselhos sobre exercícios de equilíbrio, revisão de medicação e adaptação do ambiente sejam compreendidos. A articulação entre unidades funcionais do ACES e ULS favorece o acesso a consultas de vigilância e programas educativos adaptados à pessoa idosa com a sua família. A Literacia interativa/comunicativa engloba a habilidade da pessoa idosa de interpretar, discutir e aplicar informação de forma autónoma, incluindo no seu quotidiano. O EESF atua como facilitador, promovendo diálogos, estimulando perguntas e acertando estratégias de prevenção às preferências e capacidades individuais, fortalecendo a participação ativa da pessoa idosa na gestão do seu risco de quedas. O EESF capacita a pessoa idosa com a família aplicar ativamente o conhecimento adquirido no quotidiano (ex.: workshops práticos sobre exercícios de equilíbrio, treino para reorganização segura do espaço doméstico, adesão a programas comunitários de atividade física). Neste âmbito, a colaboração com a UCC é essencial de modo a assegurar o acesso a visitas domiciliárias e bem como o acompanhamento próximo e intervenções personalizadas.

A literacia crítica versa a capacidade de analisar e tomar decisões informadas sobre os fatores de risco, promovendo mudanças sustentáveis no comportamento e no ambiente, numa perspetiva de compromisso coletivo. O EESF apoia o desenvolvimento e mobilização de recursos comunitários por parte da pessoa idosa a refletir sobre hábitos, reconhecendo sinais de risco, familiares ou tecnológicos, fomentando autonomia e empoderamento para prevenir quedas de forma sólida. Assim sendo, a partir do modelos centrados nas pessoas e comunidades, como de Nutbeam e de Soransen (2012) , os EESF desenvolver intervenções personalizadas e integradas, que não se limitam à transmissão de informação, mas promovem o compromisso individual e coletivo com a participação ativa, decisão participada e prevenção efetiva de quedas, contribuindo para o envelhecimento saudável e a manutenção da autonomia da pessoa idosa. O EESF fomenta a capacidade da pessoa idosa com a sua família em tomar decisões informadas e autónomas, nomeadamente na transição de cuidados hospitalares após uma queda para contexto domiciliário. A articulação com o hospital permite partilhar planos de alta estruturados, envolvendo a pessoa idosa com a família nas decisões de reabilitação, avaliar alternativas

terapêuticas e mobilizar recursos comunitários para garantir continuidade e segurança no domicílio. Neste processo, o EESF atua como gestor de caso e facilitador da literacia em saúde, articulando diferentes níveis de cuidados e setores da comunidade. Esta abordagem, claramente estribada na perspetiva sistémica, não só reduz riscos de novas quedas e o comprometimento subjacente à continuidade de cuidados, como também promove a autonomia, participação ativa e envelhecimento saudável.

Em suma, urge maximizar de sinergias na transferibilidade dos princípios e pressupostos subjacentes à Carta de Ottawa, à literacia em saúde, ao Plano Envelhecimento Ativo e Saudável e à teoria bioecologia para o processo de cuidados dos EESF, em geral, na prevenção de quedas e na pessoa idosa em particular.

1.9 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NA PRÁTICA

A valorização das teorias de enfermagem nas práticas profissionais é essencial, pois reflete o conhecimento produzido a partir das experiências humanas. Essas teorias abordam aspetos básicos como o ser humano, a saúde, o ambiente e a prática de enfermagem, oferecendo como alicerce para direcionar e aprimorar o cuidado, através da abordagem holística atendendo às diversas necessidades de indivíduos. Ao integrar a teoria e as habilidades práticas, as teorias de enfermagem desempenham um papel crucial na melhoria da qualidade do cuidado (Souza et al, 2021).

As teorias e modelos de Enfermagem constituem-se ferramentas fundamentais para o processo de reflexão crítica, possibilitando a ligação entre o conhecimento e às necessidades da população, sendo essenciais para a implementação eficaz da Sistematização da Enfermagem, colaborando diretamente para a construção de práticas baseadas em fundamentos científicos sólidos (Souza et al, 2021).

Os EESF têm acesso a uma formação no âmbito da epistemologia em enfermagem de qualidade, que lhes permite nortear o processo de cuidados à luz de teorias e modelos, que entendem mais adequados ao âmbito de cuidados que prestam.

No âmbito deste ENP, o pensamento sistémico é fundamental, sendo a família percebida como um sistema estruturado, constituído por indivíduos que iniciam uma rede interativa e interdependente, com interações entre si cujo resultado é funcional ou disfuncional. As famílias modificam constantemente em resposta ao *stress* e utilizam os recursos familiares que possuem para manter a estabilidade do sistema. O sistema está interrelacionado, logo influenciar uma parte do sistema influencia todas as outras (Figueiredo, 2023; Robinson et al., 2022). Concebe-se a família como um todo organizado, cujas propriedades excedem a soma das partes, e onde a mudança num elemento repercute nos restantes. Esta perspetiva enfatiza

a circularidade, a coparticipação e a coevolução dos membros do sistema, convocando intervenções que mobilizam recursos e competências familiares para a adaptação a transições normativas (envelhecimento,) e não normativas (doença crónica). (Figueiredo & Charepe, 2010, cit. in Figueiredo, 2023).

É importante compreender a pessoa idosa dentro do seu contexto familiar e social, reconhecendo que a prevenção de quedas não depende apenas do comportamento da pessoa idosa.

A abordagem é holística, envolvendo a família no cuidado e promovendo mudanças no ambiente para reduzir os riscos de quedas, assim a família tem um papel central, as suas ações e atitudes influenciam diretamente o comportamento da pessoa idosa. Para prevenir quedas, é fundamental que todos os membros da família estejam cientes dos riscos e colaborem na implementação de estratégias de prevenção.

Um ambiente familiar positivo, com apoio constante, pode ajudar a pessoa idosa a adotar comportamentos preventivos, como realizar atividades físicas regulares e usar dispositivos de auxílio, como bengalas. A enfermagem familiar, com base na teoria sistêmica, deve entender as relações dentro da família e como essas interações podem ser usadas para promover a saúde da pessoa idosa. A intervenção deve ser adaptada ao contexto específico da família, para garantir que a pessoa idosa tenha os recursos e o suporte necessários para prevenir quedas. É fundamental ensinar toda a família sobre os fatores de risco de quedas e como cada membro pode ajudar a criar um ambiente mais seguro para a pessoa idosa.

A Teoria dos Sistemas Bio ecológicos (TSBE), central a este percurso formativo, tem como princípio o desenvolvimento individual e familiar é contextual ao longo do tempo e afetado por cinco níveis de sistemas ambientais - micro, meso, exo, macro e crono. Permite compreender como as pessoas com as suas famílias fortalecem e modificam ao longo do tempo na sociedade, mas não como se adaptam a essas mudanças contextuais, aplicada à enfermagem da família, ela nos permite ver a família como unidade de cuidado e, assim, o foco se dirige a toda a família como unidade de cuidado. A experiência de cada membro da família afeta o sistema familiar (Robinson et al., 2022; Rosa & Tudge, 2013).

Assim, o que as famílias “são” e “fazem” depende do entrelaçar de recursos, oportunidades e constrangimentos que emergem das suas interações quotidianas com pessoas, serviços e políticas, e de como essas interações se transformam ao longo do tempo.

A TSBE estrutura-se em quatro dimensões interdependentes — indivíduo, dinâmica relacional, envolvente e temporalidade — que, em articulação, moldam o percurso de crescimento e mudança ao longo da vida. Esta abordagem valoriza as características biológicas e psicológicas

da pessoa, reconhece a reciprocidade das interações estabelecidas com os diferentes contextos e sublinha a transformação dessas interações ao longo do tempo (Rosa & Tudge, 2013; White et al., 2015). Quando aplicada à família enquanto unidade sistémica, a teoria parte do pressuposto de que o desenvolvimento, tanto individual como coletivo, se constrói de forma situada e temporal, sendo condicionado por diferentes esferas ambientais — imediatas, relacionais, institucionais, socioculturais e históricas (Robinson et al., 2022; Rosa & Tudge, 2013).

A TSBE propõe o estudo do indivíduo a partir das suas características biopsicológicas, articuladas com os chamados *processos proximais*. Estes são entendidos como formas específicas de interação entre a pessoa e o ambiente, que se prolongam no tempo e constituem os principais mecanismos promotores do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998). A intensidade e eficácia desses processos variam de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo e com as condições do seu ambiente imediato (ibidem). Para Bronfenbrenner, as relações estabelecidas com o outro assumem papel central no desenvolvimento humano, pois são nelas que se estruturam aprendizagens, significados e competências fundamentais. Na perspetiva bioecológica, o desenvolvimento é compreendido como uma transformação duradoura na forma como a pessoa percebe e interage com o seu meio (Bronfenbrenner, 1996), constituindo-se, simultaneamente como um fenómeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas do ser humano, quer individualmente, quer em grupo (Bronfenbrenner, 2011). Nesta linha, a família ocupa um lugar privilegiado, pois integra o microssistema. É relevante salientar que a Teoria Bioecológica, embora reconheça o papel central da família na formação do indivíduo, amplia o olhar ao enfatizar as inter-relações entre os diferentes microssistemas e os demais sistemas que compõem o seu modelo teórico. Essas interações configuram dinâmicas colaborativas entre dois ou mais sistemas. Na perspetiva da prevenção de quedas, esta abordagem revela-se particularmente pertinente. O EESF atua como mediador dessas interações, promovendo a colaboração entre a família (microssistema) e outros sistemas, como a unidade de saúde, os serviços sociais ou as estruturas comunitárias. Através dessa articulação, é possível desenvolver intervenções educativas, estratégias de adaptação do domicílio e planos de acompanhamento que envolvam não apenas a pessoa idosa, mas também os cuidadores e a rede de suporte. Deste modo, a teoria bioecológica oferece ao EESF um quadro de referência que integra os múltiplos níveis do ambiente humano, permitindo que a prevenção de quedas seja compreendida não apenas como uma ação individual, mas como resultado da interação contínua entre pessoa, família e contextos institucionais.

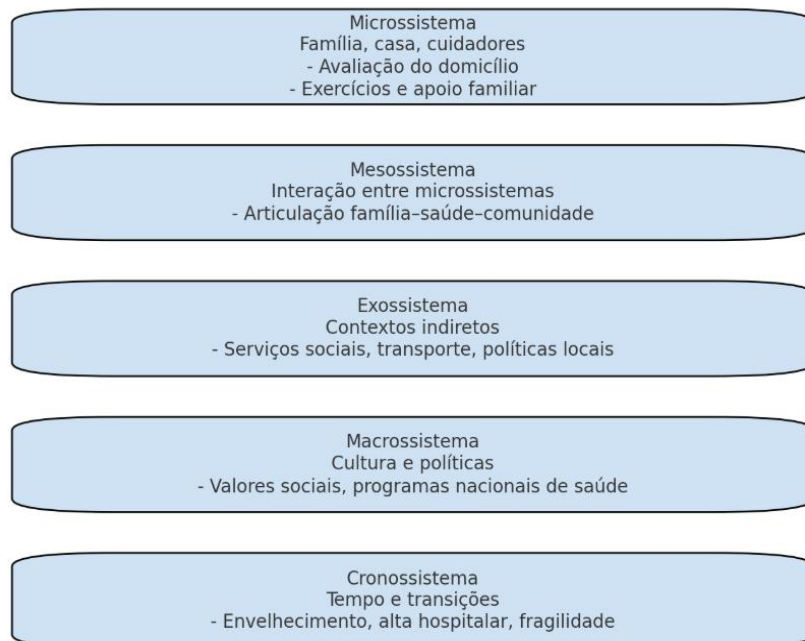
A teoria reforça a importância de estabelecer metas durante a interação do enfermeiro com o utente, tornando-se intencional para que as metas sejam definidas e direcionadas (Souza et al, 2021).

A compreensão desses sistemas permite ao EESF fornecer cuidados mais personalizados e centrados à pessoa idosa com família servindo como uma ferramenta valiosa para orientar a atuação profissional. A nível do Sistema Pessoal, abrange as características individuais da pessoa idosa, como crenças, valores, objetivos e histórico de saúde. Por sua vez, o Sistema Interpessoal, foca na interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa, utilizando essa relação para alcançar objetivos de saúde, baseando o relacionamento em confiança e respeito mútuo. E por fim o Sistema Social, refere-se ao ambiente no qual a pessoa idosa reside e como ele influencia sua saúde (Sousa et al, 2021).

A TSBE propõe uma perspectiva que integra dimensões biológicas, psicossociais, culturais e espirituais, reconhecendo que o crescimento das pessoas e das famílias ocorre em constante interação com o meio envolvente. Este desenvolvimento é influenciado por fatores internos e externos ao sistema familiar, situando-se sempre numa relação dinâmica com o contexto mais amplo. A teoria permite compreender de que forma a pessoa idosa e suas famílias evoluem e se transformam ao longo do tempo na sociedade, embora não explore diretamente os mecanismos de adaptação face às mudanças contextuais.

Como destacam Carvalho e Oliveira (2016), os EESF necessitam de se posicionar como educadores, promovendo a consciencialização sobre cuidados preventivos, controle de doenças crônicas, e estilos de vida saudáveis.

Figura 3- Aplicação da Teoria Bioecológica na Prevenção de Quedas



Fonte: própria

A nível microssistema é fundamental a avaliação do contexto domiciliário e envolvimento da família para o acompanhamento diário, com orientação de exercícios de equilíbrio e força para prevenir a queda e eventual apoio na (re)configuração das dinâmicas e processos familiares.

Por sua vez no mesossistema é fundamental o enfermeiro facilitar a articulação com família, Unidade Saúde Familiar e instituições locais, referenciar para a equipa multidisciplinar, liderando, coordenando programas comunitários de prevenção.

A nível de Exossistemas, relatam os ambientes que afetam as pessoas idosas sem contacto direto, e os cuidados ao cuidador/família nomeadamente com políticas de apoio e com serviço social.

O macrossistema representa contexto sociocultural mais amplo: políticas sociais e saúde pública, condições económicas, normas sobre cuidado familiar. As políticas de habitação acessível, apoio a cuidadores, programas de rastreio de queda, assim como programas governamentais para apoio financeiro e técnico para equipamentos de mobilidade. O EESF atua como agente de mudança social, política e educativa. Tem papel essencial em defender políticas públicas que promovam a prevenção de quedas com envelhecimento ativo. O EESF é agente transformador da sociedade, não apenas cuida, ele influencia o sistema que sustenta o cuidado. E por fim cronossistema, a influência do tempo e das mudanças do ciclo da vida, referente as transições críticas como hospitalizações, viuvez e aumento da fragilidade assim sendo é necessário a monitorização regular do risco de queda ao longo do envelhecimento.

A pessoa idosa e a sua família, ao partilharem medos e preocupações com o EESF, contribuem para a construção conjunta de respostas eficazes e adequadas às suas forças necessidades (Sibiya, 2018). A prestação de cuidados de saúde que respeitem e satisfaçam essas necessidades é essencial para alcançar resultados positivos e fortalecer a percepção da qualidade dos cuidados, constituindo um eixo central da prática centrada na família. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde 2030 destaca a relevância da comunicação, sublinhando a importância de “informar, motivar, envolver, participar e avaliar”, reconhecendo que a participação de todos é imprescindível para atingir o objetivo de uma “Saúde Sustentável: de Todas para Todas” (DGS, 2022, p. 87).

No processo comunicacional entre quem cuida e quem é cuidado, torna-se fundamental garantir clareza na transmissão da informação, de forma que a mensagem seja compreendida em pleno, num contexto de apoio e empatia (Kamalraj et al., 2021).

Diferentes estudos confirmam que a comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pessoas idosas e famílias é determinante na prevenção de eventos adversos.

O EEECASF desenvolve competências especializadas que apoiam a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que considera a família como um sistema.

Um dos modelos utilizados na ESF em Portugal, é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo, em 2010. Foi desenvolvido e enquadrado numa investigação com enfermeiros de saúde familiar, com fundamento de uma prestação de cuidados ao longo do ciclo vital familiar, com a família como alvo dos cuidados (Figueiredo, 2020). O Pensamento Sistémico constitui o referencial epistemológico usado e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família. O MDAIF distingue-se dos Modelos de Calgary principalmente na abordagem menos segmentada e categorizada da experiência familiar, tendo em conta a dinâmica temporal contínua da família (Figueiredo, 2020).

A intervenção de enfermagem de saúde familiar é baseada num modelo biopsicossocial, tendo como norteadora uma prática especializada em seis enunciados descritos para qualidade do exercício profissional; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; e organização dos cuidados de enfermagem. A enfermagem de saúde familiar foca estes enunciados especialmente na promoção de saúde, deve ser lógica e utilizar o processo de enfermagem para alcançar a qualidade do exercício profissional (Figueiredo, 2023).

A prática do EEECAESF requer que seja utilizada uma abordagem disciplinada para avaliar a família e têm surgido modelos que orientam essa avaliação, desde a teoria à prática dos cuidados, garantindo um exercício profissional.

É imperativo valorizar o processo de conceção dos cuidados de saúde e a natureza multidisciplinar das equipas como alicerces essenciais na construção de um processo assistencial. Reconhecendo-se o papel catalisador do EESF no seio da equipa multidisciplinar, sublinha-se a importância da colaboração interdisciplinar, conforme sustentado por diversos referenciais normativos e científicos (OE, 2017; IFNA, 2017; Regulamento n.º 428/2018, 2018). Sustentado pelo conhecimento científico próprio da disciplina de enfermagem e pela incorporação sistemática de práticas baseadas na evidência, potencia não apenas a visibilidade da profissão (Schulze et al., 2024), mas também o reconhecimento do seu papel social e do cumprimento do mandato social que lhe está legal e eticamente.

O objetivo é promover o bem-estar e a coesão familiar, além de ajudar a família a mobilizar seus recursos internos para enfrentar as demandas associadas a transições complexas de forma eficaz (Souza et al, 2021). Cada família integra membros com experiências biopsicossociais e espirituais únicas, além de uma herança cultural e uma história que constituem elementos essenciais da sua saúde e modo de vida (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022). Assim, a saúde familiar é compreendida como um estado dinâmico e mutável de bem-estar, que abrange fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais, tanto dos indivíduos quanto do sistema familiar como um todo. A condição de saúde de um dos seus membros repercute-se no funcionamento familiar global, da mesma forma que o modo de funcionamento da família influencia a saúde de cada elemento (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022). Compete à ESF participar na construção conjunta de ambientes que promovam a saúde familiar em todos os níveis de cuidados (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022). A ESF distingue-se de outras especialidades que intervêm com famílias pela amplitude com que concebe a unidade familiar. De acordo com Robinson et al. (2022), esta especialidade adota quatro abordagens distintas à família como foco de cuidados: como contexto, como cliente, como sistema, e como componente da sociedade, em interação com outros sistemas ecológicos.

É essencial que o EESF ajuste a sua intervenção de acordo com as forças, fraquezas e necessidades específicas de cada família, tendo em consideração a perspetiva dessa família bem como de outros profissionais, de modo a garantir cuidados holísticos e eficazes (Sousa,2021). Souza et al. (2019) afirmam que a prática de enfermagem saúde familiar deve ser cada vez mais centrada nas necessidades da família, com um enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Repensar os cuidados de enfermagem na área de saúde familiar é essencial para garantir uma prática profissional mais eficaz e sensível às mudanças na sociedade e às especificidades inerentes às necessidades de saúde. A atualização contínua dos profissionais,

bem como a incorporação de novas tecnologias e modelos de cuidado, são fundamentais para que a prática de enfermagem no contexto familiar atenda de maneira eficaz quer às exigências do século XXI quer às especificidades dos contextos das práticas. Como a aplicação do MDAIF que ajuda a estrutura familiar adapta-se fisicamente e organizacionalmente. Os papéis e tarefas são redistribuídos. A comunicação e suporte são fortalecidos a pessoa idosa sente-se mais segura, valorizada e incluída.

Tanto a teoria Bioecológica quanto o MDAIF, tem uma visão sistêmica da pessoa e da família no seu contexto. O EESF promove as intervenções com base na avaliação global, empoderamento e corresponsabilidade. O EESF não atua apenas sobre a pessoa idosa, mas sobre as relações, significados e as competências familiares. Sobre o olhar da Teoria Bioecológica, o EESF entende a queda como interação entre fatores pessoais, familiares, ambientais e sociais e atua em múltiplos níveis do sistema.

Aplica o MDAIF e reorganiza as dinâmicas familiares, fortalecendo a coesão. O foco não é evitar a queda, é melhorar a funcionalidade, segurança e qualidade de vida familiar com intervenção holística, participativa e sustentável.

A Ordem dos Enfermeiros (2020), reiterou o pressuposto de que os cuidados de saúde primários constituem o primeiro nível de serviços de saúde pessoais oferecidos à comunidade, assegurando cuidados acessíveis, contínuos e abrangentes para responder às necessidades de saúde de cada pessoa ao longo de sua vida. Os enfermeiros são os profissionais que trabalham junto aos utentes e suas famílias, atendendo às necessidades de saúde imediatas e às de longo prazo. Assim sendo, desempenham um papel crucial na prestação, expansão e coordenação dos cuidados de saúde primários. Com a sua formação e atuação, têm demonstrado capacidade para oferecer cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão.

Por sua vez o Plano de Emergência de Saúde – Emergência e Transformação na Saúde, (Ministério da Saúde, 2024), refere que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) prestam uma função crucial em Portugal, como a porta de entrada para o sistema de saúde e oferecendo cuidados amplos e acessíveis à população. As unidades de CSP regem-se por pilares fundamentais com finalidade de assegurar a equidade, prevenindo as doenças e seguindo condições crónicas, abordando as necessidades de saúde, nas vertentes preventiva e curativa. A melhoria contínua dos cuidados de saúde primários é um pilar essencial para o bem-estar da população e para eficácia do sistema de saúde em Portugal (SNS,2024). O mesmo plano, realça o doente como o indivíduo principal do sistema de saúde português e o elemento de coesão das políticas de saúde, favorecendo o seu ingresso equitativo aos cuidados de saúde, valorizando os profissionais de saúde e estimulando a inovação e a eficiência na gestão em saúde. A elaboração do plano estabeleceu diferentes prioridades: medidas urgentes, com soluções exatas para os problemas imediatos, as medidas prioritárias, que demonstram às necessidades em saúde a curto e a médio prazo; e, por fim, as medidas estruturantes, que apontam a reforma do sistema atual, reforçando e adequando as necessidades reais e as expetativas dos utentes e das suas famílias (SNS,2024).

Um Programa de Promoção da Saúde e de Prevenção da Doença é fundamental para abonar a saúde e a sustentabilidade da comunidade, identificando as áreas prioritárias de intervenção, que possibilitarão ganhos em Saúde, inerentes à promoção da saúde, à intervenção aos diferentes níveis da prevenção da doença, de forma a capacitar os cidadãos a efetuarem escolhas mais esclarecidas e mais saudáveis. A promoção de estilos de vida saudáveis bem como a implementação destas soluções e da prevenção de fatores de risco, irá contribuir para melhorar, a qualidade de vida dos indivíduos e famílias. A diminuição da doença permite reduzir a sobrecarga dos sistemas de saúde, pela diminuição dos custos com o tratamento e

inevitavelmente melhorar a produtividade dos familiares. Tudo isto traduz-se numa população mais saudável e sustentável. Por último, o objetivo primordial, a palavra-chave deste Plano de Emergência da Saúde, é, Mais e Melhor Saúde para Todos (SNS,2024).

Segundo OMS (2023), a definição de cuidados primários concebeu-se numa definição coesa com base em três componentes: satisfazer as necessidades de saúde das pessoas por meio de cuidados abrangentes. É também necessário abordar de forma sistemática os determinantes mais amplos da saúde (incluindo fatores sociais, económicos e ambientais, bem como as características e comportamentos das pessoas), por meio de políticas e ações públicas baseadas em evidências, e finalmente, deve-se capacitar as pessoas, famílias e comunidades a otimizar sua saúde, promovendo-as como defensoras de políticas de saúde e bem-estar (OMS, 2023).

O atual enquadramento legislativo dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) adota um modelo voltado para a oferta de cuidados de proximidade por meio das Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas unidades são reconhecidas como fundamentais na prestação de cuidados de saúde, tanto a nível individual quanto familiar (Decreto-Lei nº 298/2007, 2007).

2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO ALTO MINHO

No âmbito do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área de Alto Minho, a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população é assegurada pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), uma Entidade Pública Empresarial (EPE). Este agrupamento é composto por 12 centros de saúde, totalizando 37 unidades funcionais, sendo elas: 17 Unidades de Saúde Familiares Modelo B, 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 12 Unidades de Cuidados na Comunidade e 1 Unidade de Saúde Pública (SNS, 2023).

A área de atuação da ULSAM abrange todo o distrito de Viana do Castelo, incluindo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

O Centro de Saúde de Ponte de Lima é composto por seis Unidades Funcionais. Além disso, o Centro de Saúde conta com a Unidade de Serviço de Apoio à Gestão (USAG) e a Unidade de Recursos Partilhados (URAP), que são parte integrante do Centro de Saúde e contribuem para a complementação das atividades nas diversas Unidades Funcionais, incluindo logística, serviços gerais, parque automóvel. A área geográfica abrangida pelas Unidades Funcionais é de 321 km², com uma população residente de 40.996 pessoas. O número de inscritos no Centro de Saúde é de 45.621 utentes. A área distribui-se por 39 freguesias, com uma grande dispersão geográfica de 128 km², sendo atendida por uma excelente rede viária. De seguida, apresentamos o mapa do concelho de Ponte de Lima de forma a demonstrar as suas freguesias.

Figura 4-Mapa do Concelho de Viana do castelo



Fonte: <http://mapas.igeo.pt/igp/igp.phtml> (adaptado)

2.2 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR

Este estágio decorreu numa Unidade Funcional integrada no ACeS do AM, da qual se fará a respetiva caracterização e enquadramento conceptual e contextual. A Unidade Funcional sobre a qual se irá realizar a caracterização e onde se desenvolveu o estágio é uma USF modelo B. Com o objetivo de obter uma compreensão da situação da Unidade de Saúde Familiar, recorri à plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) para consultar o Índice de Desempenho Global (IDG) da unidade. Este índice é essencial na avaliação da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados à população, integrando diversos indicadores que abrangem áreas como o acesso aos cuidados, a satisfação dos utentes, a eficácia das intervenções, a promoção da saúde. No relatório de atividades apresentou um Índice de Desempenho global de 82,20 segundo a plataforma do BI-CSP em 12/2024.

No seguimento da análise do IDG e dos indicadores específicos da USF, constatei que esta apresenta um desempenho preocupante no indicador 2017.372.01 FL – Taxa de Internamento por Fratura do Colo do Fémur, com um score 1,175. Este dado evidencia uma área prioritária que requer atenção e intervenção imediata. Trata-se de uma problemática de grande relevância, não apenas pelo impacto direto na qualidade de vida das pessoas idosas, mas também pelo sofrimento e sobrecarga que impõe às famílias e aos serviços de saúde. De acordo com o diagnóstico efetuado no âmbito da Rede Social do Município, bem como a análise dos dados censitários existentes, a população sofreu um progressivo envelhecimento, sendo que no

período 2011-2022, houve uma acentuada perda de população jovem e um aumento da população idosa. Analisando o índice de dependência das pessoas idosas (nº de pessoas idosas por 100 pessoas em idade ativa), segundo o plano de atividades e orçamento da ULSAM (2021), verifica-se que, entre 2001 e 2019, no Alto Minho, registou-se um crescimento de 30,9 para 39,7, assim como na Região Norte, onde aumentou de 20,5 para 31,1. Entre 2001 e 2019, o índice de longevidade no Alto Minho (número de pessoas com 75 ou mais anos por cada 100 pessoas idosas) aumentou significativamente, passando de 43,6 para 53,6. No mesmo período, na Região Norte, este índice subiu de 40,8 para 46,5. Por outro lado, o índice de envelhecimento (número de pessoas idosas por cada 100 jovens), no intervalo de 2010 a 2019, registou um aumento expressivo no Alto Minho, de 164,2 para 223,0. Na Região Norte, o índice passou de 106,8 para 162,7, enquanto em Portugal o crescimento foi de 121,6 para 161,3 (ULSAM, 2021).

Segundo o mesmo documento, Plano de Atividades e Orçamento, a pirâmide etária do Alto Minho, com base nos dados mais recentes de 2019, reflete claramente o fenómeno do duplo envelhecimento que esta sub-região enfrenta. O estreitamento da base da pirâmide, resultado da acentuada diminuição da natalidade nos últimos anos, tem contribuído para o envelhecimento da população mais jovem. Outro fator relevante relacionado com o envelhecimento, tanto no Alto Minho como na Região Norte e em Portugal, é o isolamento. Um número crescente de pessoas idosas, em especial mulheres (que chegam a ser o dobro dos homens em algumas regiões), vivem sozinhas ou em situação de isolamento. Este dado torna-se ainda mais preocupante considerando que a maioria dos pensionistas portugueses por velhice recebe menos do que o salário mínimo nacional (ULSAM, 2021).

As USF, são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica e que contratualizam os objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, garantindo aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). A USF onde se desenvolveu o estágio iniciou atividade a 2 novembro de 2009 e passou a USF de Modelo B a 1 de janeiro de 2013, após um processo de auditoria por parte da ERA Norte. A unidade é parte integrante do Centro de Saúde de Ponte de Lima, possuindo autonomia organizada, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes inscritos, nos termos legalmente preconizados. A característica que melhor define a USF é o espírito de equipa segundo o manual de acolhimento da unidade. Possui uma hierarquia pré-estabelecida, de três grupos de profissionais, cada um com direito a votar todas as questões relacionadas com a USF, no seio do seu Conselho Geral. Esta organização permite manter a proximidade e o bom funcionamento entre todos os elementos.

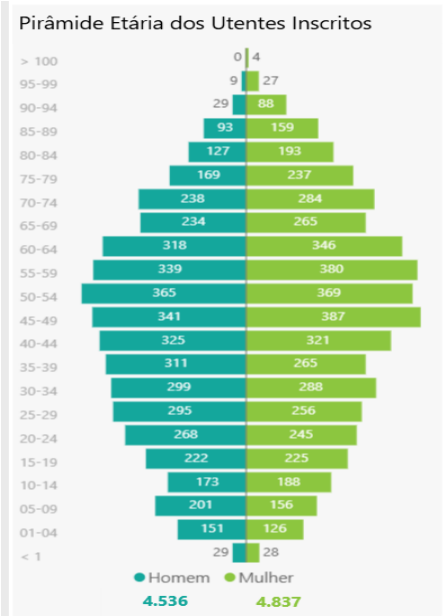
A USF é coordenada por um médico e a equipa multidisciplinar é constituída pelos seguintes profissionais de saúde: 5 médicos de família, 5 enfermeiros de família, 4 secretários clínicos e 4

médicos internos. Embora não estejam contemplados na legislação das USF como profissionais, é importante referir que a USF tem como colaboradores diretos: TAS; Nutricionista; Podologista; Internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar; Outras colaborações: Enfermeiro com funções de chefia, assistente social, USAG, USP, Gabinete do Cidadão, UCC. Existe ainda um Polo integrado nesta USF. Relativamente ao horário de atendimento, a USF funciona das 08h às 20h de segunda a sexta-feira, e encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Os enfermeiros da USF têm uma lista de famílias sob sua responsabilidade, proporcionando todos os cuidados necessários ao longo do ciclo de vida. A USF tem como missão: promover a melhoria contínua da qualidade e eficiência dos seus serviços, para aumentar os ganhos em saúde da população inscrita, bem como a visão de fazer sempre melhor. Pretendem ser uma USF de referência a nível nacional em termos de satisfação dos utentes e profissionais, bem como no atendimento de qualidade, eficiência e acessibilidade dos utentes. No que diz respeito aos valores referem a Disponibilidade, Lealdade, Transparência, Respeito pelo utente, Dedicação e Qualidade. A 31, de outubro de, 2024, na USF encontravam-se inscritos 9373 utentes, perfazendo uma média de cerca de 1874 utentes por enfermeiro. Podemos observar, através da pirâmide etária da população inscrita na USF, apresentada na Figura 3, que a distribuição de utentes por sexo é relativamente equivalente, 4536 são do sexo masculino e 4837 do sexo feminino. A faixa etária entre os 50-54 anos representa o maior número de utentes. No entanto, é importante referir 1021 utentes apresentam entre 65 e 74anos, e, por sua vez, há 1135 utentes com idade superior 75anos. O índice de dependência total de 52,04%, (Serviço Nacional de Saúde, 2024).

Todos os elementos da USF regem-se pela Carta de Ética da Administração Pública, que engloba os seguintes princípios éticos: a) Princípio do serviço público, Princípio da legalidade, Princípio da justiça e imparcialidade, Princípio da Igualdade e Princípio da Proporcionalidade.

Figura 5-Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em (outubro/2024)



Fonte: dados populacionais da PAUF existentes na base de dados do RNU a 31 de outubro de 2024

3. CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

Este capítulo coloca o enfoque no trabalho de investigação, sendo que em grande medida, o mesmo norteou o percurso do de estágio.

Segundo Vilelas (2022, pág 41), a investigação científica é “a atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. (...) A investigação científica desenvolve-se de acordo com as linhas gerais do processo de conhecimento (...)”.

É sobre o processo de produção de conhecimento, mais concretamente sobre o percurso metodológico que nos centramos de seguida.

3.1 METODOLOGIA

A metodologia constitui como base estruturante do estudo, uma vez que orienta todo o processo investigativo e assegura a coerência entre os objetivos delineados e os resultados obtidos.

Segundo Vilelas (2022, pág. 79), “a atividade científica não se ocupa igualmente de todos os fenómenos que se apresentam na nossa população, nem tem intenção de responder a cada uma das perguntas que os homens se interrogam”. Assim, seguidamente, apresenta-se o desenho de investigação, iniciando-se pela justificação da problemática, seguindo-se a questão de investigação, finalidade, objetivos de estudo, tipo de estudo, população e amostra, variáveis, instrumento de recolha de dados, procedimento de tratamento e análise de dados e, por fim, considerações éticas.

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

Reconhecer as necessidades e especificidades acarreta entender o contexto com o qual nos confrontamos, de forma a recolher esclarecimentos sobre as potencialidades e as necessidades atuais de saúde da população, que futuramente serão alvo de intervenção ajustada, mais objetiva e célere (Nunes, 2020).

Urge, assim, que se realize um diagnóstico de situação participado de modo a identificar as áreas prioritárias para intervenção.

Conscientes desta necessidade através de espaços/tempos diversos com os enfermeiros que integram a USF, designadamente com a enfermeira orientadora do estágio, identificou-se a prevenção de quedas em pessoa idosa como área prioritária. Após a identificação da temática,

o enfoque foi colocado na concetualização de todo o processo de intervenção, assente em lógicas participativas e de (co)construção envolvendo pessoas com famílias.

No sentido de objetivar mais a abrangência da problemática recorreu-se à quantificação com triangulação de dados, a partir da plataforma do bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP), verificou-se que a taxa de internamento por fratura do colo do fémur registava, score 1,175. Assim, a prevenção de quedas na pessoa idosa conformava-se como problemática prioritária ainda durante o estágio realizado no segundo semestre do 1ºano do curso. Este é um dos indicadores do impacto local de um fenómeno absolutamente indiscutível, o envelhecimento mundial da população.

Segundo a OMS (2018), em 2050, o número de pessoas com mais 60 anos duplicará. Esse aumento traz desafios para os serviços de saúde. Assim sendo, o EESF tem um papel fundamental na promoção, prevenção e diagnóstico para contribuir para independência da pessoa idosa (Figueiredo et al, 2019). De um dos cuidados específicos com a pessoa idosa, é a prevenção de quedas. Segundo a OMS (2018), as estratégias de prevenção devem incluir a avaliação do risco de queda, intervenções multifatoriais e a promoção de atividade física. Neste alinhamento e considerando que para suportar uma investigação rigor científico, “a escolha dos métodos e técnicas constitui uma etapa relevante do processo de investigação, aquele em que operacionalizamos, em que concretizamos, uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer” (Alvarés,2021, p.5), surgiu a seguinte questão de investigação: Como se caracteriza o risco de queda em pessoas idosas inscritas na USF onde se realizou o estágio?

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da tomada de decisão partilhada em enfermagem de saúde familiar no âmbito prevenção de queda em pessoa idosa.

Decorrentes desta, formularam-se os seguintes objetivos:

- Identificar o risco de queda em pessoas idosas que frequentem a consulta de enfermagem;
- Analisar fatores de risco de queda em pessoas idosas;
- Identificar associações entre o risco de queda e fatores de risco presentes nas pessoas idosas onde se realizou o estágio;

3.1.2 Tipo de estudo

Para Vilelas (2022, p.83), “o problema de investigação pode expressar-se, geralmente, sob a forma de alguma ou algumas perguntas básicas. Definir com exatidão e clareza tais perguntas é essencial para a boa conduta do trabalho” .

Considerando os objetivos delineados, a estrutura metodológica deste estudo foi baseada no paradigma quantitativo, uma vez que segundo Vilelas (2022: p.198), visa “(...) a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações. (...) colhe os dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos”. A abordagem quantitativa tem como propósito identificar e demonstrar relações entre variáveis que podem ser mensuradas, de forma direta ou indireta (Oliveira & Ferreira, 2014).

O alcance deste estudo classifica-se como descritivo, uma vez que neste tipo de estudo o investigador, descreve o que se investiga, não procurando a sua explicação, uma vez que os estudos descritivos “servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo desta maneira uma visão mais completa” (Vilelas, 2022: p.214). Além disso, trata-se de um estudo observacional transversal, pois os dados recolhidos estão relacionados com um fenómeno presente numa população no momento da investigação, sem que o investigador interfira no seu ambiente.

É também correlacional porque procura “determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo (...) a sua utilidade está em saber como pode comportar uma variável conhecendo o comportamento da outra” (Vilelas, 2022: p.216).

3.1.3 População e Amostra

Segundo Fortin (2009, p.69; p.312), a população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns.”, e por sua vez a amostra é “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”.

Definimos como população alvo deste estudo as pessoas idosas, inscritas e vigiadas na USF.

Tendo em conta as limitações temporais inerentes à realização deste trabalho académico, não foi possível inquirir todas as pessoas idosas inscritas e acompanhadas na USF em análise. Assim optou-se pela utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas Idosas com mais sessenta e cinco anos, seguidas em consulta de enfermagem, quer na Unidade de Saúde, quer no domicílio e que se encontra, inscritos na lista de utentes da enfermeira orientadora.
- Pessoas Idosas que aceitaram pertencer ao estudo, assinando o consentimento informado livre e esclarecido.

Como critérios de exclusão definimos: Pessoas idosas que não integrem a lista de utentes da orientadora e pessoas idosas privadas do exercício de autonomia cognitiva.

As amostras não probabilísticas caracterizam-se por serem compostas por elementos da população selecionados de forma não aleatória, o que implica uma maior probabilidade de inclusão de alguns participantes em detrimento de outros. Esse tipo de amostragem é frequentemente utilizado por ser de mais fácil acesso e aplicação (Fortin, 2009).

3.1.4 Variáveis

Uma variável corresponde a uma característica ou atributo de um indivíduo, grupo ou ambiente que desperta interesse em um determinado estudo, podendo apresentar variações entre diferentes indivíduos ou ao longo do tempo (Fortin, 2009).

O presente estudo apresenta como variável dependente o risco de queda, avaliado pela escala de Morse. A descrição e operacionalização desta variável baseada em Marôco (2021), está relatada na seguinte tabela 1:

Tabela 1 - Variável Dependente

Variáveis Dependentes		
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/andarrilho 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

Como variáveis independentes temos as de natureza sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, e formação em saúde), bem como Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa que identifica os fatores de risco de queda, a saber: estado de saúde geral, autonomia, doenças crónicas e medicação, ocorrências de queda. Na tabela seguinte pode-se verificar a operacionalização destas variáveis (Tabela2):

Tabela 2 - Variáveis Independentes

Variáveis Independentes				
Tipo	Nome		Operacionalização	Nível de Mensuração
Sociodemográficas		Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa -Nominal
		Idade	Idade (anos)	Quantitativa -Métrica
		Estado civil	Solteiro(a) Casado(a) Outro	Qualitativa - Nominal
		Escolaridade	Analfabeto Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento	Qualitativa -Ordinal
		Formação em Saúde	Sim/Não	Qualitativa -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 Músculo-esquelética	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 12 meses	Quantitativa - Métrica
Pior Queda (Onde caiu)	Dentro da sua casa/ Á entrada de casa ou no quintal / Fora de casa no exterior / Fora de casa num espaço fechado	Qualitativa - Nominal
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

3.1.5 Instrumento de recolha de dados

Para realizar este estudo optamos por utilizar três instrumentos, a saber: Escala de Morse para avaliação do Risco de Queda; um questionário sociodemográfico; e do Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa (Valente, 2012).

A escolha dos instrumentos de colheita de dados foi feita tendo em consideração os objetivos e o tipo de estudo. A investigadora optou por este método por acreditar que é o mais adequado para a investigação quantitativa, pois segundo Vilelas (2022), a realização de um questionário constitui um instrumento de registo escritos e planeados, que pretende através de questões, obter de maneira sistemática e ordenada, informações acerca da população que se estuda e das variáveis que são objeto do estudo.

Para identificar os fatores de risco de queda, utilizou-se a primeira parte do “Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa”, validado por Valente, em 2012 (Anexo III). O questionário foi elaborado e utilizado por uma investigadora, solicitamos autorização quer a investigadora, quer a orientadora do processo para utilização do mesmo. Durante a pesquisa teórica, não foram encontradas outras escalas validadas para Portugal que avaliassem esses fatores. O questionário de fatores determinantes para risco de queda com 4 dimensões – Estado de Saúde Geral, Autonomia, Doenças Crónicas e Medicação, Ocorrência de quedas.

Optou-se pela utilização exclusiva da primeira parte do questionário, por esta contemplar os domínios mais relevantes para os objetivos do presente estudo, nomeadamente os relacionados com o estado de saúde do indivíduo e a ocorrência prévia de quedas. A segunda parte do instrumento, correspondente à aplicação do “Yale Physical Activity Survey”, avalia a prática de atividade física, atendendo ao propósito desta investigação e limitações temporais não se incluiu essa componente de avaliação.

3.1.6 Procedimento de recolha de dados

Após a autorização do coordenador da Unidade Saúde Familiar (Anexo I), foi pedido autorização à Comissão de Ética da ULSAM, EPE (Anexo II), e o mesmo foi apresentado à equipe de enfermagem da USF para informá-los sobre o projeto de pesquisa.

A colheita de dados aconteceu no período compreendido entre janeiro e fevereiro de 2025, ocorrendo em um gabinete da USF, garantindo a privacidade dos participantes sendo realizada pela enfermeira, que disponibilizou as informações e os esclarecimentos relativos ao estudo, adotando as medidas necessárias para assegurar a anonimização dos dados, nomeadamente através da codificação alfanumérica do instrumento de recolha. Além disso, forneceu ao(à)

participante os elementos informativos, tanto orais como escritos, exigidos para a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice III).

3.1.7 Procedimento e tratamento e análise de dados

Após a recolha de dados, a interpretação e o processamento dessas informações são essenciais para garantir a validade de um estudo de investigação. O tratamento estatístico começa com a coleta de dados que se estende até a análise e interpretação dos resultados. Segundo Vilelas (2022), análise quantitativa explica os factos observados, contribuindo para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, de forma generalizar os resultados e controlar acontecimentos. Permite testar teorias e estabelecer relações entre as variáveis. Ainda, segundo este autor, o objetivo principal do estudo quantitativo é a generalização dos resultados de uma população em estudo e estabelecer relações causa-efeito. Deste modo, foram aplicadas medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão) e da estatística inferencial nos termos referenciados de seguida.

Para a interpretação dos valores, recorreremos a Pestana e Gageiro (2020). Os autores referem os seguintes critérios: inadmissível se $\alpha < 0,6$; fraca se α se situa entre 0,6 e 0,7; razoável se α entre 0,7 e 0,8; por sua vez boa se α entre 0,8 e 0,9 e muito boa se $\alpha > 0,9$. Para verificar a distribuição da normalidade nas variáveis foi utilizado coeficiente de assimetria/curtose.

Segundo Kline (2023), a normalidade é satisfeita se o quociente da divisão entre o valor de assimetria pelo desvio padrão de assimetria e o valor do coeficiente da divisão da curtose pelo desvio padrão de curtose se situar no intervalo entre -3 e 3.

Sempre que o pressuposto foi assegurado recorreu-se testes não paramétricos. Em alinhamento com os objetivos e com base nos pressupostos dos testes, no presente estudo recorreu-se, ao teste *t-Student*, e à correlação de Pearson.

Nos termos propostos por Marôco (2021), a correlação de Pearson apresenta como referência valores de $r < 0,25$ a correlação é fraca, se $0,25 < 0,5$ é moderada e se $0,5 < 0,75$ a correlação é forte e se $r > 0,75$ a correlação é muito forte. Na análise inferencial consideramos a transformação de algumas variáveis, nomeadamente a idade optando-se pela constituição de dois grupos um composto pelas pessoas com menos de 80anos e outro pelas pessoas cuja idade é igual ou superior a 80anos; a escolaridade, e aqui criamos um grupo com pessoas analfabetas e outro com pessoas detinham algum grau de escolaridade e por último a medicação na qual foram criados dois grupos, as pessoas polimedicadas, isto é, as pessoas que tomavam mais de cinco fármacos e as não polimedicadas, as que tomavam cinco ou menos fármacos.

Nos termos apresentados por Marôco (2021), para este estudo o nível de significância admitido na estatística indutiva foi de 5%.

A análise e o tratamento de dados foram efetuados com recurso ao programa estatístico IBM – Statistical Package for Social Sciences (versão 29,0) para Windows.

3.1.8 Considerações éticas

Qualquer investigação em enfermagem implica do investigador as questões morais e éticas. Quando realizamos uma investigação com seres humanos temos que respeitar sempre o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2022).

Assim, para realizar esta investigação, foi solicitado o parecer à Coordenadora da USF para a implementação do projeto (Anexo I). Em seguida, o projeto de investigação foi apresentado ao Conselho de Administração da ULSAM para apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, tendo obtido parecer favorável (Anexo II).

Durante todo o processo de investigação, as pessoas idosas tiveram a sua privacidade salvaguardada, e os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos mesmos, devendo a confidencialidade obrigatória ao longo do processo. Após concordarem em participar de forma esclarecida e voluntária, foi pedido que assinassem o Consentimento Informado, (Apêndice I).

O material que resulta da recolha de dados, é de acesso restrito à investigadora, encontrando-se o computador protegido com palavra-passe. Os consentimentos informados serão destruídos após a análise e discussão do trabalho.

A divulgação dos resultados é um dever ético, devendo o investigador incluir toda a informação pertinente, transmitindo as limitações do estudo e a possibilidade, ou não, de generalização dos resultados. Assim, nos termos preconizados por Vilelas (2022), assumimos compromisso de publicação e divulgação dos resultados de forma honesta rigorosa e transparente, com maior brevidade possível.

3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste ponto do relatório, procede-se à apresentação dos resultados do estudo, baseados nos objetivos e recorrendo à sua representação através de tabelas, devidamente identificadas e numerados, precedida de uma breve descrição. Inicialmente apresenta-se uma breve caracterização sociodemográfica da amostra, seguida da segunda da tabela com dados do “Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa” e finalmente as tabelas da relação entre as variáveis sociodemográficas com risco de queda e das variáveis clínicas com risco de queda.

A amostra deste estudo é constituída por 200 pessoas idosas inscritas na USF, de um total de 610 pessoas idosas, cujos resultados se apresentam de seguida.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos inquiridos baseou-se no enunciado no ponto da metodologia, sendo consideradas fundamentais não só a este estudo, mas também ao processo de intervenção com a pessoa idosa.

No que diz respeito ao variável sexo, constatou-se que maioritariamente a amostra é constituída por mulheres 115 (57,5%).

A idade média dos inquiridos é de $81 \pm 7,83$, variando entre o mínimo de 65 e o máximo 98, com a moda a recair nos 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, 111 (55,5%) inquiridos são casados, 28 (14,0%) são solteiros e os restantes 61 (30,5%) são viúvos.

Relativamente à escolaridade, confirmamos que a amostra maioritariamente possui o ensino básico com 159 (79,5%) inquiridos, existindo 29 (14,5%) analfabetos. Por último, apenas duas das pessoas idosas apresentavam formação em saúde.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica

Variável	Valor	Amostra n	%
Sexo	Feminino	115	57,5%
	Masculino	85	42,5%
Idade	Idade (Anos)	Média($\bar{X}$) $\pm$ dp	$81 \pm 7,83$
		Máx.	98
		Mín.	65
Estado Civil	Solteiro(a)	28	14,0%
	Casado(a)/União de facto	111	55,5%
	Viúvo(a)	61	30,5%
Habilitações literárias	Analfabeto	29	14,5%
	Ensino Básico	159	79,5%
	Ensino Secundário	9	4,5%
	Licenciatura	3	1,5%
Formação em Saúde	Sim	2	1,0%
	Não	198	99,0%

3.2.2 Caracterização do estado de saúde

A caracterização do estado de saúde das pessoas idosas inquiridos assentou nas respostas obtidas, com a aplicação do “Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa portuguesa”, relativamente à referida temática. Desde o estado de saúde (perceção do estado atual de saúde geral, visão e audição; realização de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses; tipo de intervenção cirúrgica; autonomia para as AVD's; utilização de auxiliar de marcha; deslocação autónoma com a utilização de auxiliar de marcha; medicação diária, medo de cair, possibilidade do medo de cair condicionar as AVD's, dependência para as AVD's, , risco de queda).

Na questão relativa à perceção do estado atual de saúde, os inquiridos na sua maioria 127 (63,5%) afirmaram ser “Razoável”, seguido da resposta “Boa” com 49 (24,5%). Face ao estado da acuidade visual, também a maioria das pessoas idosas referiu ser “Razoável” 110 (55,0%); seguido de “Boa” com 51 (25,5%). Quanto ao uso de lentes bifocais, mais de metade da amostra, 108 (54,0%) respondeu afirmativamente. Quanto à acuidade auditiva as respostas “Razoável” e “Boa” apresentaram os seguintes valores, respetivamente 104 (52,0%) e 48 (24,0%).

Relativamente à realização de alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses, as pessoas idosas responderam negativamente em 181 (90,5%). Dos 19 inquiridos com cirurgia, tratou-se na maioria de cirurgia oftalmológica com 14 (73,7%).

Dos inquiridos, verificou-se que a maioria da amostra, 162 (81,0%) é autónomo nas tarefas diárias. Destes inquiridos, 64 (32,0%) utilizam um equipamento auxiliar de marcha. Dos 162 (81,0%) que se consideram autónomos, 38 (23,5%) indicaram utilizar algum equipamento auxiliar de marcha (ex: bengala, andador, etc.). O auxiliar de marcha mais utilizado é a bengala 36 (56,3%) seguido da canadiana 22 (34,4%). Dos 64 (32,0%) que utilizam auxiliar de marcha, 56 (87,5%) 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 3 (1,5%) das pessoas idosas não fazem medicação. Desses 159 (80,7%) tomam medicação para a patologia cardiovascular e 83 (42,1%) na área da patologia psíquica. Constatamos que mais de metade da amostra, 111 (56,4%) utiliza mais de 5 medicamentos diários. Das 111 pessoas idosas que tomam mais de 5 medicamentos, 60 (54,0%) relataram ter sofrido pelo menos uma queda no último ano. Por sua vez, as pessoas idosas que apenas tomam 2 medicamentos, dos 17 (9,0%) inquiridos somente 2 sofreram queda no último ano. Dos 34 (17%) inquiridos que tomam 4 medicamentos, 15 (44,1%) sofreram queda. Com o aumento do número de medicamentos, aumenta a percentagem de quedas.

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 33(16,5%) das pessoas idosas não apresentaram risco de queda, no entanto 122 (61,5%) apresentaram “baixo risco” e 45 (22,5%) “alto risco”.

Relativamente ao medo de cair maioritariamente afirma que tem medo, 163 (81,5%), por sua vez 109 (54,5%) respondeu ocasionalmente e 38 (19%) frequentemente. No entanto 147 (87,7%) dos inquiridos afirmam que esse medo não os impede realizar atividades diárias.

Relativamente ao número de quedas no último ano do total de 182 (91,0%) que responderam positivamente, 92 (50,0 %) inquiridos sofreram episódio de queda, 54 (27,0%) caíram uma vez, 30 (15,0%) caíram duas vezes e 8 (4,0%) caíram 3 ou mais. A maioria dos episódios de quedas nas pessoas idosas ocorreu dentro de casa com 92 (50,5%) seguido fora de casa no exterior, com 45 (24,7%). Os motivos que levaram à ocorrência de quedas, foram tropeçar com 79 (43,4%) inquiridos e escorregar com 56 (30,8%) inquiridos. Relativamente ao que estava a fazer 124 (68,1%) inquiridos estavam a caminhar, seguido de 16 (8,8%) a subir escada, e de 14 (10,9%) a caminhar a subir(rampa). Em relação à impossibilidade de realizar atividades do dia-a-dia, 146 (80,2%) inquiridos referiam 0-10dias e apenas 11 (6,0%) inquiridos estiveram mais de 30dias.

Em relação resultado da queda (n:182), 116 inquiridos (63,7%) afirmaram que sofreram lesão. Destes 37 (31,9%) inquiridos afirmou que a lesão resultou em fratura. O local mais afetado tratou-se da coxa/anca com 11 (29,7%) inquiridos, assim como 7 (18,9%) inquiridos referiram os joelhos e tornozelos.

Comparativamente à prática de exercício apenas 37 inquiridos (18,5%) realiza, desses 9 (4,5%) inquiridos realizam três vezes por semana, seguido de 9 (4,5%) cinco vezes por semana, e por último 8 (4,0%) inquiridos realizam de forma diária. Com duração média de 60min apontada por 12 (6,0%) inquiridos. Relativamente ao tipo 22(11,0%) inquiridos referiam a caminhada, seguida de 6 (3,0%) inquiridos com fisioterapia e apenas 3 (1,5%) referiam os alongamentos.

Tabela 4 - Caracterização do estado de saúde

Amostra					
Tipo	Variável		N	%	
Questionário de Saúde e Identificação de Fatores de Risco de Queda para a População Idosa Portuguesa	Estado de Saúde Geral	Saúde	Muito Má	1	0,5%
			Má	23	11,5%
			Razoável	127	63,5%
			Boa	49	24,5%
			Excelente	0	0,0%
		Visão	Muito Má	3	1,5%
			Má/	34	17,0%
			Razoável/	110	55,0%
			Boa	51	25,5%
			Excelente	2	1,0%
		Lentes Bifocais	Sim	108	54,0%
			Não	92	46,0%
		Audição	Muito Má	1	0,5%
			Má	41	20,5%
			Razoável	104	52,0%
			Boa	48	24,0%
			Excelente	6	3,0%
		Intervenção cirúrgica	Sim	19	9,5%
			Não	181	90,5%
	Autonomia	Autónomo	Sim	162	81,0%
			Não	38	19,0%
		Auxiliar de Marcha	Sim	64	32,0%
			Não	136	68,0%
		Deslocação autónoma n=64	Sim	56	87,5%
	Não		8	12,5%	
	Doenças Crónicas e Medicação	Medicação	Sim	197	98,5%
			Não	3	1,5%
		Nº de Fármacos	1	8	4,0%
			2	17	9,0%
			3	27	14,0%
			4	34	17,0%
			+5	111	56,0%
		Patologias	Cardiovascular	159	34,0%
			Psíquica	83	18,0%
			Músculo-Esquelético	69	15,0%
			Cérebro-Vascular	63	13,0%
			Diabetes	54	11,0%
	Alergias		8	1,0%	
	Outra		36	8,0%	
	Ocorrência de quedas	Medo de Cair	Nunca	37	18,5%
			Ocasionalmente	109	54,5%
			Frequentemente	38	19,0%
			Sempre	16	8,0%
		Impedimento	Sim	53	26,5%
			Não	147	73,5%
		1	54	27,0%	

Nº de quedas nos últimos 12 meses n=92	2 +3	30 8	15,0% 4,0%
Pior Queda (Onde caiu) n=182	Dentro da sua casa À entrada de casa ou no quintal	92	50,5%
	Fora de casa no exterior	41	22,5%
	Fora de casa no exterior	45	24,7%
	Fora de casa num espaço fechado	4	2,2%
Pior Queda (Porque caiu) n=182	Escorreguei	56	30,8%
	Tropecei	79	43,4%
	Perdi os sentidos	16	8,8%
	Tive uma tontura	22	12,1%
	Senti fraqueza nas pernas	5	2,7%
	Outra	4	2,2%
Pior Queda (O que estava a fazer) n=182	Caminhar	122	67,1%
	Caminhar a subir (rampa, ladeira, outra)	14	7,7%
	Caminhar a descer (rampa, ladeira, outra)	6	3,3%
	Subir escadas	16	8,8%
	Descer escadas	4	2,2%
	Baixar ou Levantar	13	7,1%
	Ultrapassar Obstáculos (passeio, outro)	5	2,7%
	Outra	2	1,1%
Resultante da queda quantos dias esteve impossibilitado de realizar as AVD normais	0-10	146	80,2%
	11-20	11	6,0%
	21-30	14	7,7%
	31+	11	6,0%
Fez lesão	Sim	116	63,7%
	Não	66	36,3%
Fez fratura	Sim	37	20,3%
	Não	145	70,7%
Local n=37	Tornozelo/Pés	7	18,9%
	Coxa-Anca	11	29,7%
	Joelhos	7	18,9%
	Ombros	2	5,4%
	Zona Dorsal	3	8,1%
	Pulso-Mão	2	5,4%
	Cotovelos	2	5,4%
	Pescoço	2	5,4%
	Zona lombar	1	2,7%
Prática de exercício	Sim	37	18,5%
	Não	163	81,5%

Tipo n=37	Caminhada	24	64,9%
	Pedaleira	1	2,7%
	Alongamentos	3	8,1%
	Ginástica	1	2,7%
	Fisioterapia	6	16,2%
	Hidroginástica	1	2,7%
	Bike Estática	1	2,7%
Frequência Semanal n=37	1	3	8,1%
	2	5	13,5%
	3	9	24,3%
	4	2	5,4%
	5	9	24,3%
	Diário	9	24,3%
Duração do exercício físico (em minutos) n=37	15	4	10,8%
	30	6	16,2%
	60	12	32,4%
	90	4	10,8%

3.2.3 O risco de queda da pessoa idosa

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 33 (16,5%) das pessoas idosas não apresentaram risco de queda, no entanto 122 (61,5%) apresentaram “baixo risco” e 45 (22,5%) “alto risco” (Tabela 5).

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

Risco de queda	n	%
Sem Risco	33	16,5
Baixo risco	122	61,5
Alto risco	45	22,5

3.2.4 Fatores de risco na queda da pessoa Idosa

De modo a identificar os fatores de risco na queda da pessoa idosa no presente estudo, estudou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a escala de Morse.

Assim, relativamente às variáveis sociodemográficas (Tabela 5), a estatística inferencial evidenciou como fatores de risco de queda nas pessoas idosas da amostra: o sexo ($t=2,679$; $p=0,008$), no qual pessoas idosas do sexo feminino apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas do sexo masculino; a idade ($t=3,731$; $p<0,001$), na qual pessoas idosas com idade superior ou igual a 80anos apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas com menos de 80 anos; a escolaridade ($t=3,319$; $p<0,001$), sendo que pessoas

analfabetas apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas com escolaridade.

Com recurso ao teste correlação de Pearson, evidencia-se em conformidade com o referido anteriormente, uma correlação moderada e positiva com a idade ($p=0,306$; $p<0,001$).

Tabela 6 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de queda avaliado pela escala de Morse

Tipo	Escala	Variável	Categoria	n	Média	Valor de Teste	p-value
Sociodemográfico	Escala de Morse	Sexo	Feminino	115	41,91±19,808	2,679	0,008
			Masculino	85	34,53±18,510		
		Idade	Menor que 80 anos	102	33,87±18,588	-3,731	<0,001
			Maior ou igual a 80 anos	98	43,88±19,336		
		Escolaridade	Analfabeto	29	49,66±18,319	3,319	<0,001
			Com escolaridade	171	36,93±19,214		

No que respeita às variáveis clínicas (Tabela 6), a estatística inferencial identificou como fatores de risco de queda nas pessoas idosas da amostra: a polimedicação ($t= -4,246$; $p<0,001$), na qual as pessoas idosas polimedicadas apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas não polimedicadas; a diabetes ($t= -3,042$; $p=0,003$) na qual as pessoas idosas com esta patologia apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas que não têm esta patologia e a doença cerebrovascular ($t= -3,155$; $p=0,002$), na qual as pessoas idosas com esta patologia apresentam um valor médio de risco de queda superior às pessoas idosas que não têm esta patologia.

Tabela 7 - Relação entre as variáveis clínicas e o risco de queda avaliado pela escala de Morse

Tipo	Escala	Variável	Categoria	n	Média	Valor de Teste	p-value
Clínica	Escala de Morse	Polimedicação	Sim	88	45,11±20,000	-4,246	<0,001
			Não	109	33,67±17,790		
		Diabetes	Sim	54	45,56±20,596	-3,042	0,003
			Não	146	36,27±18,623		
		Doença Cerebro-Vascular	Sim	64	45,00±19,660	-3,155	0,002
			Não	136	35,85±18,891		

3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Verifica-se um predomínio do sexo feminino entre os inquiridos, em consonância com os resultados obtidos outras investigações. Junior et al. (2020) reportaram uma prevalência de 68,3% de mulheres na sua amostra, enquanto Santos et al. (2020) observaram 63,6% e Rodrigues e Alvarenga (2020) identificaram uma prevalência de 68,4%. Segundo Branco et al (2019), as quedas não fazem parte do processo normal do envelhecimento, embora sejam frequentes entre a população idosa, especialmente entre as mulheres.

Relativamente à idade, com um valor médio de 81±7,83 anos, verifica-se que 138 (69%) inquiridos têm idade superior a 75 anos, exigindo atenção acrescida em saúde, nomeadamente por parte dos EESF. Em 2020, Portugal já se apresentava entre os quatro países da Europa com maior percentagem de população com idade igual ou superior a 65anos (Pordata, 2022). De acordo com OMS, a partir dos 60 anos, acentuam-se os problemas de audição, visão e mobilização, verificando uma maior propensão para surgimento de quedas.

Relativamente ao estado civil das pessoas idosas inquiridas, constata-se que a maioria é casada, o que vai de encontro aos dados do CENIE (Centro Internacional sobre o Envelhecimento), que afirma que a nível nacional, entre as pessoas idosas, as categorias mais frequentes de estado civil são o casamento (60,45%) e a viuvez (28,95%). Os dados do Censos de 2021, também corroboram os achados do presente estudo, apresentando nesta faixa etária uma taxa de 41,1% de casados, seguida de 8% de divorciados e 7,5% de solteiros.

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos inquiridos, verificou-se que a maioria das pessoas idosas apresenta o ensino básico, relevando-se também que 14,5% dos inquiridos é analfabeta. Estes dados corroboram os resultados de outras investigações. Santos et al. (2020) reportam uma taxa de analfabetismo de 34,1% entre as pessoas idosas da sua amostra e

Rodrigues e Alvarenga (2020) de 39%. Assim, os resultados deste estudo corroboram as tendências observadas na literatura e, que necessariamente têm que ser equacionados em termos de estratégias de prevenção em dupla perspectiva a saber: acesso e mobilização de informação e em termos de condições económicas inerentes ao montante auferido na qualidade de pensionistas ou aposentados.

Observou-se que relativamente à percepção da sua saúde, que a maioria das pessoas idosas a consideram razoável, bem como a visão e a audição. Segundo Pinto et al. (2019), o avanço da idade está associado a um declínio progressivo da acuidade visual e auditiva, sendo esta última particularmente afetada na percepção de sons de alta frequência. A diminuição dessas capacidades sensoriais, nem sempre autovalorizada prejudica a percepção espacial, dificultando a estimativa de distâncias e a deteção de obstáculos ou sinais de alerta, o que pode aumentar consideravelmente o risco de quedas entre as pessoas idosas.

A maioria da amostra afirma que é autónoma nas tarefas diárias. Em relação à necessidade de recorrerem ao uso de auxiliares de marcha, esta refere que utilizam auxiliares de marcha e que estes lhes permitem ser autónomos. Conforme apontado por Porto et al. (2020), os dispositivos auxiliares de marcha podem representar um recurso importante para promover a funcionalidade e a autonomia das pessoas idosas na realização das atividades da vida diária. Contudo, é essencial que o uso desses dispositivos seja devidamente avaliado, garantindo que o equipamento se encontre adequado às necessidades individuais das pessoas idosas e que seja utilizado corretamente. O uso incorreto ou a escolha inadequada do dispositivo pode, ao invés de prevenir, aumentar o risco de quedas e comprometer a segurança da pessoa idosa.

No que concerne à terapêutica medicamentosa, verificou-se que 98,5% das pessoas idosas, referem estar medicadas, para diversas patologias. Dessas, mais de metade estão polimedicadas, o que corrobora os achados de Yang et al., (2023) que refere que a polifarmácia comum nas pessoas idosas contribui para perda de equilíbrio devido aos seus efeitos. A integração de avaliações farmacológicas periódicas poderá servir como estratégia de intervenção motora, reduzindo o risco de queda. A evidência científica indica que o consumo diário de quatro ou mais fármacos configura um fator de risco significativo para a ocorrência de quedas na população idosa (Garcia et al, 2018). Assim como o uso prolongado de benzodiazepínicos é um dos maiores causadores de quedas (Freire et al.,2022).

A terapêutica medicamentosa constitui, atualmente, uma ferramenta clínica de uso crescente no alívio sintomático das doenças, assumindo um papel relevante na promoção da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida da população idosa (Garcia et al, 2018). Importa reconhecer que muitas das circunstâncias predisponentes à ocorrência de quedas

podem ter origem iatrogénica nomeadamente associadas ao uso de determinados fármacos, com especial destaque para ansiolíticos, hipnóticos e analgésicos (Pinto et al, 2019).

Relativamente ao medo de cair, a amostra maioritariamente afirma que tem medo. No entanto 73,5% refere que esse medo não impede de realizar atividades diárias. O medo de voltar a cair, perda de segurança podem condicionar a atividade física, levando à redução de atividade, contribuindo para deterioração física e cognitiva e aumentado o risco de queda (Sherrington et al., 2019). Segundo Souza et al., (2019), as quedas levam ao aparecimento do medo de cair, sendo assim reconhecimento como um fator de risco para as quedas (Santos et al., 2019). Para Pereira et al., (2024), o medo de cair, colabora como um ciclo vicioso de inatividade e declínio funcional, exacerbando as condições da pessoa idosa. Assim, os EESF têm aqui um papel fundamental junto das pessoas idosas e das suas famílias.

Verificou-se que 46% das pessoas idosas inquiridas apresentou episódios de queda nos últimos 12 meses e 19% destes reportam mais do que uma queda, o que vai de encontro ao descrito na literatura. Junior et al. (2020) identificaram que, nos 12 meses precedentes à investigação, 31,3% das pessoas idosas sofreram pelo menos uma queda. No estudo conduzido por Santos et al. (2020), foi reportada uma frequência de 15,90%, enquanto Sousa-Araújo et al. (2019) reportaram 24,70% no mesmo período de referência. Assim, os dados obtidos sugerem uma prevalência mais elevada de quedas entre os participantes deste estudo, quando comparados com investigações semelhantes, o que reitera a relevância da problemática para a saúde em geral, e para a ESF, em particular.

Em relação à pior queda ao longo da vida, a maioria das pessoas idosas refere ter experienciado esta realidade ao longo das suas vidas. Os achados referentes ao local onde caíram estão de acordo com a investigação realizada por Rodrigues e Alvarenga (2020) revelou que, entre as pessoas idosas que sofreram quedas, 24 relataram ter caído dentro da própria residência, 6 em ambientes externos e 11 em ambos os contextos. Num estudo de Costa (2019), 34,5% das pessoas apresentam risco de queda, admitindo pelo menos uma queda, dentro de casa (58,4%), caminhar (50,4%), escorregar (33,6%) e por tropeçar (32,8%). O estudo de Sousa-Araújo et al. (2019) identificou o quintal como o local com maior incidência de quedas, correspondendo a aproximadamente 22,5% dos casos reportados. Esses dados reforçam a evidência de que a maioria das quedas ocorre principalmente no ambiente domiciliário, sublinhando a importância de estratégias específicas de prevenção adaptadas a esse contexto. A pesquisa de Huang et al. (2022) demonstra que a educação dos familiares/cuidadores e da própria pessoa idosa sobre a importância da segurança ambiental, resultará em melhores resultados. O empoderamento das famílias, na identificação do risco e na implementação de soluções será essencial para reduzir as quedas. Assim sendo as intervenções ambientais devem ser visar não só a informação, mas

também capacitação e consciencialização de forma a todos participarem ativamente na promoção da segurança. Nestes processos, a relação estabelecida entre pessoas idosas e famílias com os profissionais de saúde releva-se fundamental, encontrando-se o EESF, assim, numa situação privilegiada.

Relativamente aos motivos da queda, 43,4% da amostra referiu que tropeçou, seguida de 30,8% que escorregou. As atividades que estavam a realizar no momento da queda mais referidas foram a caminhada, subir escadas e caminhar a subir(rampa). Estes resultados estão em harmonia com os resultados por Sousa-Araújo (2019), em que 53,6% das pessoas idosas atribuíram as suas quedas a alterações do equilíbrio e 17,2% a episódios de tonturas ou vertigens.

Quando questionados sobre a prática de exercício, a maioria das pessoas idosas referiram que não realiza. Dos 37 inquiridos que realizam, a caminhada é referida por 22, seguida da fisioterapia com 6. A maioria exercita-se 3,5 dias ou diariamente, o que é positivo. No entanto, comparando com o total, representa apenas 20% um valor muito baixo. Como referem Ambrose et al., (2020) a diminuição da força muscular e variabilidade da marcha podem aumentar o risco de queda. A baixa adesão ao exercício pode ser um fator explicativo do elevado risco de queda, especialmente em mulheres idosas. Ekegren et al. (2022) referem que abordagem ao exercício de físico na prevenção de queda nomeadamente com treinos de força e equilíbrio.

Embora a duração seja adequada, como recomendado por Sherrington et al., (2019), a falta de diversidade e a não inclusão de exercícios de força e equilíbrio (como, por exemplo, tai chi, fisioterapia, exercícios de resistência) pode limitar os benefícios funcionais. Isso é particularmente relevante para as mulheres com mais 75anos, que são as mais expostas ao alto risco, mas provavelmente sub-representadas no grupo que pratica exercício. O EEESF deve realizar uma avaliação funcional e global da pessoa idosa, considerando: Mobilidade, equilíbrio e força muscular; Risco de queda (histórico, ambiente, uso de medicação, comorbidades); Participação em atividades físicas e motivação. O EEESF pode promover parcerias com fisioterapeutas, autarquias locais para ampliar o acesso a atividades diversificadas.

Apesar de algumas pessoas idosas realizarem exercício com frequência e duração adequadas, a maioria da população estudada é sedentária, especialmente pessoas idosas com mais de 75 anos, grupo que também apresenta os maiores índices de risco de queda.

A identificação de sub-representação deste grupo de mulheres com mais de 75 anos implica que o EEESF deverá garantir equidade no acesso a programas de exercício e promoção da saúde; adaptar estratégias de adesão, por exemplo, através de visitas domiciliárias, e reforçar o empoderamento e a autoconfiança das mulheres idosas na prática de atividade física.

No que concerne ao risco de queda, avaliado através da aplicação da Escala de Quedas de Morse – Versão Portuguesa (DGS, 2019), o presente estudo revela que 22,5% apresenta alto risco de queda, seguida de 61% com baixo risco. Estes dados estão em alinhamento com Bittencourt et al., em que 38,2% dos utentes foram classificados com risco baixo de queda, 30,1% com risco moderado e 31,7% com risco elevado (2017).

Como constatamos no relatório de 2019, foi a avaliação do nível de risco, dos 92,5% utentes avaliados, 29,2% tinham alto risco de queda e 18,6% vieram a sofrer quedas

No estudo de Espada (2022), a amostra apresentava 17,6% alto risco de queda e 64,7% médio risco. As análises das publicações demonstraram a importância do uso da escala de Morse para avaliação de riscos intrínsecos e extrínsecos como modo de prevenir quedas.

Relativamente aos fatores de risco na queda da pessoa idosa, o presente estudo identificou em termos sociodemográficos: o sexo, o que pode estar relacionado a diferenças fisiológicas, padrões de atividade física e condições de saúde específicas; a idade, e neste contexto o envelhecimento determina alterações no equilíbrio, força muscular e mobilidade; a escolaridade, que pode explicar um menor acesso e/ou apropriação das informações sobre prevenção de acidentes. Em termos clínicos a estatística inferencial identificou a polimedicação, que impacta no equilíbrio e na cognição, bem como a presença de diabetes e doença cerebrovascular, o que pode ser explicado por sequelas neurológicas, défices motores e alterações cognitivas decorrentes desses quadros clínicos. Estes achados corroboram trabalhos anteriores (Almeida et al., 2012; Heesch et al., 2008; Moniz- Pereira et al., 2012; OZcan et al., 2005).

A análise dos dados obtidos através dos instrumentos de recolha permitiu evidenciar que a problemática das quedas na população idosa é uma realidade presente e significativa. Identificaram-se ainda fatores que potencializam a ocorrência de futuras quedas, os quais poderão ser mitigados mediante a implementação atempada de intervenções preventivas eficazes. Segundo Duarte e Barbosa (2018), é importante prática de exercício físico, alimentação saudável, medicação ajustada e adequada às necessidades e participação em atividades sociais para diminuir o risco de queda.

Assim sendo é fundamental, que o EESF proceda à avaliação do risco de quedas para implementar medidas preventivas adequadas à pessoa idosa com família, assim como após o episódio de queda para promover a reorganização funcional e qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018). Surge a necessidade de suporte e apoio pelo que a família é principal fonte de apoio informal, fazendo referência que existência de funcionalidade familiar, ajuda na ausência de quedas (Marzola et al., 2019). No entanto é importante indicar que a prevenção não elimina na

totalidade o risco de queda. Assim é fundamental a pessoa idosa como a sua família saber como agir caso sofra uma queda (Pinto et al., 2019).

De acordo com Mendes et al., (2020) é fundamental capacitar as pessoas idosas, familiares/cuidadores para identificar os fatores que originam as quedas. Assim os EESF devem assegurar a apropriação das orientações inerentes à prevenção quedas e assim, proporcionar condições para que as pessoas idosas e suas famílias, em particular e a comunidade, em geral sejam autores dos seus projetos de saúde e de qualidade de vida. Segundo a OMS (2021) as quedas são difíceis de associar apenas a um fator de risco, daí a importância de identificar os fatores associados a cada pessoa idosa e criar medidas de prevenção e promoção de saúde. Ao conhecer o risco de queda, e os fatores de risco é possível direcionar as estratégias a nível individual, familiar e em comunidade, corroborando com o presente estudo que sugere que o risco de queda não deve ser compreendido apenas sob a perspectiva clínica, mas também a partir de variáveis sociodemográficas, o que reforça a importância de estratégias preventivas construídas com grupos mais vulneráveis e suas famílias.

Este trabalho leva-nos a interpelação de que a prevenção de quedas deve ser abordada de forma integrada e sustentada, mediante o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidência que considerem as especificidades individuais, familiares e contextuais promovendo a educação em saúde, adaptação do ambiente domiciliar e o acompanhamento regular dos fatores de risco. Assim, destaca-se o EESF na monitorização sistemática dos fatores de risco, na implementação de planos de cuidados centrados na pessoa com a família, contribuindo para a redução da incidência de quedas, melhoria da qualidade de vida, promovendo envelhecimento saudável.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

A ampliação da conscientização global sobre a prevalência, evidências e gravidade das quedas entre pessoas idosas possibilita a formulação de diretrizes e intervenções baseadas em evidências científicas, com o objetivo de mitigar o risco de quedas. Essa abordagem constitui uma ferramenta estratégica para a reformulação de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida e à redução de custos associados, nomeadamente através da diminuição de hospitalizações e da necessidade de tratamentos prolongados. Ademais, ressalta-se a importância do envolvimento familiar e comunitário na promoção de práticas preventivas eficazes. O relatório evidencia, ainda, a urgência de assegurar o acesso equitativo às intervenções preventivas para todas as pessoas idosas, independentemente do seu contexto. O reconhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para o risco de quedas, aliado à implementação de estratégias preventivas eficazes, permite reduzir significativamente a

frequência desses eventos e mitigar as suas consequências. Tal abordagem promove a excelência na prestação de cuidados à população idosa, ao mesmo tempo que contribui para a elevação da sua qualidade de vida e bem-estar geral (OMS, 2021).

No âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, um dos objetivos estratégicos delineados é a prevenção da ocorrência de quedas, materializado através de ações concretas, como a implementação de estratégias de intervenção direcionadas para a sua prevenção e redução (DGS, 2021). Nesse contexto, é imperativo que os profissionais de enfermagem, nomeadamente que os EESF, desenvolvam práticas consistentes de promoção para a saúde junto com pessoa idosa e sua família, com o intuito de colmatar lacunas no conhecimento e potenciar uma abordagem sistémica e colaborativa, e por isso, mais eficaz em termos de prevenção em saúde. Assim, o EESF deve orientar a sua atuação para a promoção da saúde, fomentando mudanças comportamentais sustentáveis, com enfoque na família e na comunidade enquanto agentes fundamentais no processo de empoderamento e responsabilização em saúde. Assim, o EEECESF assume um papel crucial na promoção do funcionamento saudável da família, ao capacitá-la para prestar apoio nas atividades de vida diária de um dos seus membros. Este profissional intervém no desenvolvimento de processos de adaptação eficazes face às transições inesperadas decorrentes de eventos acidentais, contribuindo para que a família alcance o seu máximo potencial de saúde. Simultaneamente, atua na prevenção de eventuais complicações que possam comprometer o bem-estar físico, psicológico e social de um dos seus elementos (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Este estudo apresenta limitações, e que decorrem da sua aplicabilidade apenas em pessoas idosas inscritas numa lista de uma USF, com recurso a amostragem não probabilista de conveniência, trata-se de um trabalho académico de um horizonte temporal restrito, com a fase de recolha de dados ocorrer em dois meses.

Assim, a realização de estudos envolvendo amostra representativas, abrangendo outras realidades em saúde poderá permitir uma perceção mais abrangente da problemáticas e, eventualmente de especificidades relativas às pessoas idosas e famílias bem como às comunidades onde estão inseridas. Neste contexto, sugere-se a realização de estudos assentes no paradigma misto, de modo a conhecer a perceção da problemática e dos recursos para lhe fazer face a pluralidade de vozes das pessoas e entidades envolvidas, a saber: gestores em saúde, profissionais, designadamente EESF e das Unidades de Cuidados na Comunidade (com quem temos necessariamente que articular) e o poder local.

Apesar de tudo, este trabalho permitirá (re)pensar os cuidados de EESF e perspetivar ganhos em saúde e na qualidade de vida.

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

A formação em enfermagem configura-se como um processo educativo contínuo, intencional e complexo, que visa assegurar a existência de profissionais dotados de competências técnico-científicas, ético-políticas e socioculturais, indispensáveis ao cuidado de enfermagem, nas áreas específicas. Mais do que a mera transmissão de conhecimentos, o processo formativo implica a mobilização de saberes, habilidades e atitudes que se articulam na construção de um agir profissional crítico, reflexivo e socialmente comprometido, neste caso com a enfermagem de saúde familiar.

Garantir um percurso formativo de modo a garantir o desenvolvimento integrado de competências académicas com vista à qualificação do grau de mestre em ECAESF e simultaneamente garantir condições para a atribuição do título profissional na área, pela OE, uma vez concluído o curso, é algo que existe ‘auto’ regulação desse percurso. Neste contexto, o projeto de estágio, onde se integra a construção da matriz de competências a desenvolver, foi crucial.

Neste capítulo, visa, assim, uma análise aprofundada das dinâmicas que atravessam o desenvolvimento das competências comuns e específicas no âmbito da formação em enfermagem saúde familiar.

4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

No que se refere as competências comuns, a análise crítica e reflexiva sobre as práticas, tem por base o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A atribuição do título de EE “pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019, pág. 4744).

No caso concreto do ENP em que se estriba o presente relatório, deu-se ênfase à prevenção de quedas em pessoas idosas. Reconhecemos que impacto na qualidade de vida e a segurança da pessoa idosa atendida pela Unidade de Saúde Familiar (USF). O trabalho desenvolvido assenta nas práticas que visam minimizar os riscos de quedas, potenciando ações individuais, familiares e comunitárias que integram a promoção da saúde, a educação para a saúde, a gestão do cuidado, e a colaboração intra e interprofissional e a prática baseada na evidência. Assegurava-se, assim, o desenvolvimento de competências comuns e específicas do ESF, cuja reflexão se apresenta de seguida.

4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Conforme o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, emitido pelo Ministério da Saúde, a enfermagem passava a ser reconhecida como uma profissão autorregulada, orientada por princípios éticos e deontológicos. Esses princípios encontram-se delineados no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), ambos documentos imprescindíveis para garantir um exercício responsável pela excelência na prática da enfermagem. O ENP foi pautado pelo compromisso com a melhoria das práticas da equidade de acesso aos cuidados de saúde pelas pessoas idosas e famílias. No âmbito da realização do estudo, foi solicitada autorização para utilização do questionário e à Comissão de Ética, sendo ambos favoráveis e respeitando todos os princípios ético-legais. A elaboração de consentimento livre e informado e esclarecido respeitando o princípio do anonimato e confidencialidade, bem como o compromisso relativo à segurança na recolha e tratamento dos dados assumiram contornos rigorosos e de respeito absoluto pelos participantes.

A consideração pelos princípios éticos e bioéticos da enfermagem é fundamental para garantir a qualidade e a integridade dos cuidados prestados aos utentes e suas famílias. Ao seguir as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegura-se que a prática é realizada dentro dos mais altos padrões de conduta ética e legal. Isso não só protege os direitos dos utentes, mas também fortalece a confiança e a credibilidade dos enfermeiros de SF e da profissão de enfermagem como um todo.

O envolvimento da família nas estratégias de resolução de problemas demonstra um compromisso com uma abordagem centrada no utente e na família, reconhecendo a importância da sua colaboração/parceria no próprio processo de cuidado. Garantir o acesso e apropriação da informação relevante para os utentes é essencial para a sua participação ativa, consciente e intencional na gestão dos próprios projetos de saúde e na definição de metas realizadas com vista ao alcance dos objetivos na área.

O sigilo profissional e a privacidade da informação são aspetos críticos da prática de enfermagem. É reconfortante a certeza de que se assegurou a confidencialidade e o respeito pela privacidade de cada uma das pessoas e das suas famílias ao longo da vida e em todas as circunstâncias. O compromisso e o respeito pelos direitos humanos, a deontologia profissional e a prática ética são essenciais para proporcionar cuidados de alta qualidade e para promover a relações colaborativas, centradas no pensamento sistémico. A confiança e a integridade da profissão de enfermagem, no geral e da prática especializada afirma-se também por esta via. Adotei uma conduta correta, garantindo a segurança, a privacidade e dignidade das pessoas ao

longo da vida e aos diferentes níveis de prevenção bem como das famílias, entendidas como unidade central do processo de cuidados. Realizei visitas domiciliares a utentes dependentes nas AVD's ou em situação de vulnerabilidade, garantindo continuidade dos cuidados, com vista à monitorização e vigilância da saúde dos mesmos e das famílias no conforto das suas casas. De forma, consciente e intencional visava-se a promoção do cuidado com pessoas e famílias na perspetiva bioecológica preconizada por Bronfenbrenner. Todas as consultas foram realizadas em espaço adequados, à porta fechada por forma a manter a privacidade e confidencialidade da pessoa idosa e da família. Adotámos uma abordagem salutogénica na perspetiva de Antonovsky e/ou preventiva, priorizando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa e da família, enquanto realizámos uma avaliação contínua dos resultados das decisões implementadas. Um cuidado humanizado ao utente com a família deve respeitar todas as diferenças culturais, religiosas e sociais, mas atendendo sempre o pensamento crítico nas decisões éticas. Todas as ações implementadas no estágio e refletidas no presente relatório, tiveram por base a relação enfermeiro/utente/família/comunidade/profissionais numa lógica de complementaridade e de respeito pelos direitos humanos e pelos regimes de verdade, nos termos propostos por Foucault. O compromisso com a prática pautada pela excelência e aperfeiçoamento profissional, como descrito no artigo 99º., Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, (OE,2015) constitui marca deste estágio.

É fundamental referir que o acompanhamento, supervisão e orientação da enfermeira tutora e da gestora pedagógica, permitiu melhorar a minha postura ética e ao mesmo tempo melhorar e adequar a responsabilidade como EEECAESF.

4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o enfermeiro especialista “deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade” (OE, 2019, p.4747).

Como futura EEECAESF importa investir na promoção da saúde, ou seja, na perspetiva salutogénica de Antonovsky (1979) uma vez que se visa que as pessoas e famílias sejam capazes de assumir o controlo sobre sua própria saúde com qualidade de vida. Ao longo do meu percurso de estágio, compreendi que a verdadeira essência do cuidar está em empoderar a pessoa idosa e sua família, ajudando-os a desenvolver um sentido de coerência.

A continua atualização de conhecimentos assente em evidência científica rigorosa, contribuiu fortemente para uma prática clínica de enfermagem com o compromisso na excelência e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, garantindo ambientes terapêuticos, confiáveis e seguros.

No âmbito ENP identifiquei oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria, das práticas clínicas. Avaliei e analisei a qualidade das práticas tendo em conta a evidência científica existente, as normas DGS e os procedimentos da USF. A USF apresenta vários procedimentos baseados em evidência com a finalidade de melhorar os cuidados prestados, nomeadamente o Procedimento Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva-Planeamento Familiar, Procedimento de Emergência (Saco de Emergência). Uma colega num estágio anterior em colaboração com a enfermeira tutora desenvolveram um projeto inovador direcionado para “democratização da ciência” - criação de um Espaço Ciência Saúde e Cidadania. Este pode ser entendido como um ambiente integrado onde a saúde, a ciência e a cidadania se unem para promover o bem-estar e a participação ativa dos utentes na gestão de sua própria saúde e na melhoria das condições de vida da comunidade, a publicitação de trabalhos de investigação realizados na USF, a celebração de datas comemorativas tendo por base as necessidades elencadas pelas famílias. A unicidade do contributo traz uma contribuição única e valiosa para a situação, valorizado as diferenças, reconhecendo que cada pessoa possui habilidades, experiências que enriquecem o trabalho em equipa. Quando todos os membros de uma equipa são incentivados a contribuir com suas habilidades e conhecimentos únicos, o grupo torna mais forte e eficaz. O sentimento de valorização e reconhecimento pelas suas contribuições únicas pode aumentar a motivação, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. A diversidade de pensamentos e abordagens pode ser a solução para um problema. Durante o estágio como futura EESF pode interferir positivamente na prevenção de quedas neste espaço para aumentar a literacia em saúde das pessoas idosas e suas famílias; transformar o conhecimento científico em ações práticas; Reforçar a autonomia, inclusão e participação social; de forma potenciar o enfermeiro especialista como promotor de saúde e conciliador entre ciência e comunidade.

O EEECAESF deve promover a melhoria contínua dos serviços prestados, através da identificação de áreas que necessitam de aperfeiçoamento e a implementação de planos de ação. Assim sendo a elaboração do meu relatório permitiu identificar as áreas prioritárias de intervenção por base da elaboração do PAI. Tive oportunidade de contribuir para elaboração, colaborei com a equipa na implementação do PAI da unidade para referente ano 2025. O PAUF também inclui componentes de formação e capacitação para as equipas das USF, visando dotá-las das competências necessárias para a implementação de práticas de melhoria da qualidade, é essencial para garantir que as Unidades de Saúde Familiar em Portugal ofereçam serviços de alta qualidade, respondendo às necessidades dos utentes e promovendo a melhoria contínua dos cuidados de saúde primários.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o EESF deve desenvolver competências que:

- Garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garanta um ambiente terapêutico e seguro.

Imbuída destes pressupostos assumi compromisso com inovação e mudança, numa lógica de processo, ou seja, intervindo nas diversas etapas, desde a conceção, passando implementação e monitorização de atividades estratégicas que apontam a consolidação da governação clínica e de saúde.

Esta competência implica aptidão de cuidar em articulação com as lideranças institucionais para promover práticas baseadas em evidências, tendo em conta as vulnerabilidades específicas que exigem uma abordagem estruturada, baseada em evidência e centrada na pessoa idosa e na família.

Relativamente à segunda competência o EE é responsável por reconhecer as oportunidades de melhoria nos processos, liderando ou participando ativamente em programas de melhoria contínua da qualidade. Essa atuação inclui o recurso a metodologias específicas, de instrumentos promotoras da qualidade, no trabalho em equipa e na aprendizagem contínua.

O EE desempenha um papel crucial na criação e manutenção de ambientes que promovam o bem-estar dos utentes, familiares e profissionais de saúde, adotando estratégias de gestão de riscos. Promove a implementação de boas práticas e assegura o cumprimento de normas e regulamentos de segurança, através de uma vigilância contínua para não comprometer a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

Em síntese, o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade exige do EESF uma visão estratégica, habilidades de liderança e um compromisso sustentado com a excelência nos cuidados de saúde, fortalecendo a governança clínica, promoção de práticas baseadas em evidência e garantia de ambientes propícios à segurança e ao bem-estar.

Além disso, adquiri competências de investigação ao elaborar um trabalho de investigação. O EESF é um elemento principal na área da formação, mobilizando saberes, experiências e promovendo a mudança, o que contribuiu para o crescimento e desenvolvimento da equipa. Na medida em que a prevenção de quedas em pessoas idosas assumiu o enfoque central do estágio, em resultado da priorização estabelecida como equipa multidisciplinar da USF, consideramos que o potencial estruturante desta mudança se encontra maximizado.

Durante o estágio, juntamente com orientadora, tive oportunidade de utilizar os programas informáticos: SClínico, GOTA, SIMA Rastreios, “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, que desempenham um papel ativo no avanço e apoio das iniciativas estratégicas

institucionais na área de governação clínica e de saúde. Para garantir a qualidade dos cuidados, o EESF deve reconhecer quando termina o seu campo ação e colaborar, referenciando para outros profissionais (Assistente social, nutrição, Rede Nacional Cuidados Continuados), apresentando um trabalho de equipa multiprofissional. A utilização dos sistemas de informação permitiu-me apropriar da sua imprescindibilidade, enquanto garante processos de cuidados dinâmicos, centrados nas forças e fraquezas das pessoas e famílias, orientado para a melhoria contínua e excelência do cuidar em logicas colaborativas e, conseqüentemente, cada vez mais suportado na evidência científica produzida em contexto de proximidade em diálogo com o que se entende por melhores práticas nacionais e internacionais mediando, por sua vez, os processos de aprendizagem ao longo da vida.

4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

É evidente que, como EEESCEF, desempenha-se um papel crucial na adaptação dos recursos e na promoção da qualidade dos cuidados, posição privilegiada que permite que seja um agente de mudança, influenciando positivamente as conceções de cuidados e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde, assim sendo o acompanhamento da enfermeira orientadora foi fundamental, ajudando no desenvolvimento dessa competência.

Ao longo deste percurso, comprometi-me de forma intencional com a segurança e qualidade das atividades realizadas, otimizando os cuidados de saúde para aprimorar as respostas tanto da enfermagem quanto da equipe de saúde, nos termos preconizados pela OE (OE, 2019).

A gestão dos cuidados envolve muito mais do que apenas prestar assistência; é necessário planejar, organizar, coordenar e avaliar todas as ações realizadas na unidade de saúde. Claramente, a compreensão da relevância e complexidade do cuidado, numa lógica de processo colaborativo, com centralidade na família e em cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e aos diferentes níveis de prevenção, constituiu uma das competências que merece destaque.

Dominar a gestão dos cuidados para garantir um atendimento mais seguro, eficiente e centrado na família, contribuiu diretamente para a melhoria da qualidade de vida, no projeto de saúde da família.

A implementação das atividades e concretização das mesmas foram assumidas com liderança e gestão dos recursos. Procedi à gestão dos recursos disponíveis assim como à articulação com outros profissionais e parceiros de outras entidades a fim de alcançar os objetivos. Face ao descrito considero que adquiri as competências no domínio da gestão de cuidados.

4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais no contexto do EESF envolve um conjunto de práticas e estratégias que visam aprimorar a competência, a eficácia e a qualidade da atuação profissional na área da saúde familiar. É um processo contínuo, dinâmico e envolve a inclusão de conhecimentos teóricos, aptidões práticas e posturas éticas, culminando no atendimento das necessidades das famílias de forma holística. Deve-se manter atualizado sobre as melhores práticas, novas abordagens, sustentadas na evidência científica, participando em cursos de formação, workshops, conferências e, quando aplicável, em atividades de investigação. A constante atualização é essencial para garantir que as intervenções sejam baseadas nas mais recentes descobertas científicas e no desenvolvimento da prática. Frequentei diversos congressos em diferentes áreas de forma a manter-me atualizada e acrescentar competências. Durante a prática clínica tive oportunidade de realizar estudos de famílias, quer com recurso à plataforma e4nursing, quer com suporte digital, segundo o modelo MDAIF.

Esta metodologia permitiu-me desenvolver uma avaliação sistemática e integral das famílias, considerando as suas dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional. A utilização do MDAIF favoreceu a identificação precoce de vulnerabilidades, a planificação de intervenções adequadas e a promoção da capacitação familiar face às suas necessidades específicas de saúde. Além disso, o recurso a ferramentas digitais otimizou o registo, a partilha de informação e a continuidade de cuidados, em consonância com os princípios da enfermagem de saúde familiar. Esta experiência contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional, reforçando competências de avaliação, comunicação e intervenção centrada na família enquanto unidade de cuidados.

Tive oportunidade de realizar uma avaliação completa das necessidades de saúde das famílias, usando instrumentos de avaliação familiar, bem como a habilidade de identificar fatores de risco, de saúde e sociais que podem afetar o bem-estar da família. A avaliação foi realizada de forma holística, levando em consideração a dinâmica familiar, os fatores socioeconômicos, culturais e as condições de saúde física e mental, dessa avaliação fui capaz de planear e implementar as intervenções específicas para as diferentes famílias. A avaliação holística não apenas dos aspetos físicos e médicos, mas emocionais, sociais e culturais para entender a complexidade de interações. Cada ferramenta oferece uma perspetiva única e valiosa para uma compreensão mais abrangente promovendo melhores resultados.

No desenvolvimento das aprendizagens foquei-me na promoção de saúde e na prevenção de doenças envolvendo os subsistemas familiar. Consegui educar as famílias sobre estilos de vida saudáveis, oferecendo orientações sobre alimentação, exercício físico, controle de doenças crônicas e prevenção nomeadamente como vacinas (inseridas no plano vacinal de saúde), exames periódicos, vigilância de saúde programada, consoante orientações (circulares

normativas e informativas) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo, a formação e o aprimoramento constante são fundamentais, para garantir que desempenha um papel eficaz na promoção da saúde e na prestação de cuidados de alta qualidade superior às famílias, com um foco nas necessidades específicas de cada grupo familiar e nas complexidades do ciclo vital.

Além disso todos os momentos de partilha quer com enfermeira tutora quer com a gestora pedagógica sobre bibliografia, base de dados, estratégias de pesquisa e de intervenção baseada em evidência científica, fomentou crescimento profissional e pessoal. Todas as experiências ao longo dos estágios exigiram esforço, estudo e procura constante de modo atuar de acordo com melhores práticas e ao mesmo tempo potenciar desenvolvimento de competências.

4.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

De acordo com a OE (2019), o EE, é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, que são “aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (p. 4744).

Por sua vez, OE relativamente ao conceito de competência refere que o enfermeiro apresente “um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas” (OE, 2012, p.7).

No Regulamento das Competências Comuns do EE, o EE sustenta: “Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas a um campo de intervenção” (OE, Regulamento n.º 140/2019).

O mesmo testemunho afirmar ainda que: “Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2010).

Para Benner (2001, pág.114), “as enfermeiras peritas.....antecipam os problemas que podem surgir, e o que fariam para os resolver”.

A prática de enfermagem identifica cinco níveis de competência, e segundo Benner (2009), o que difere o enfermeiro perito é sua capacidade de conhecimento, com experiência alinhado com

juízo crítico, envolvendo o utente e a família nos cuidados. Assim este relatório permite uma transposição da teoria para situações da prática.

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

Ao cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um de seus membros ao longo do ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção, os profissionais de saúde podem promover uma abordagem integrada e centrada na família, que visa melhorar não apenas a saúde individual, mas também o bem-estar e a resiliência familiar como um todo (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Para Figueiredo (2012), o cuidado de enfermagem à família centraliza-se na interação entre o enfermeiro e a família, o que envolve estabelecer um processo interpessoal, significativo e terapêutico.

No decorrer do estágio, foram adquiridas competências significativas inerentes ao cuidado às pessoas e famílias no âmbito de distintos programas de saúde, com ênfase o Programa de Saúde da Família, Programa Nacional de Prevenção e Combate à Diabetes, Programa Nacional de HTA, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Vacinação e o Programa de Tratamento de Úlceras e Feridas, Programa de Pessoas Idosas, Programa de Pessoa Adulta, Rastreios, Planeamento Familiar. A interação com os núcleos familiares evidenciou a relevância dos instrumentos de avaliação familiar na atuação do enfermeiro durante as visitas domiciliárias, as quais favoreceram o aprimoramento de competências essenciais. O EESF desempenha um papel fundamental no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital.

A competência de prestar cuidados centrados na pessoa com a família implica a compreensão das necessidades individuais e familiares de cada utente, com um olhar atento às dinâmicas sociais e culturais. Durante as consultas investimos, no máximo das possibilidades, na compreensão das diferentes dinâmicas entre os elementos das famílias, procurando identificar forças, fraquezas, necessidades e possibilidades inerentes a cada família.

O participar nas visitas domiciliárias permitiu avaliar o ambiente familiar intrínseco e extrínseco, contribuindo para projeto individual de saúde de cada elemento da família, proporcionando uma relação de empatia e aumento da confiança, uma vez que é realizada dentro do seu espaço.

A interação com as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI'S, no decurso das sessões educativas sobre Quedas- Prevenção, na globalidade, e nas situações em que alguns familiares assistiram, participaram com eles revelou-se marcante. Na minha opinião, esta intervenção teve um impacto positivo nas famílias uma vez que permitiu maior consciencialização, por parte das

mesmas, pois passaram a entender melhor os riscos de quedas e com pequenas alterações no ambiente familiar, que eram desvalorizadas por estes, foi mesmo possível melhorar. Tivemos oportunidade de constatar, que na sequência destas sessões algumas das famílias procederam a ‘pequenas’, mas importantes adaptações no seu ambiente, de modo a apresentar uma casa mais segura, instalação de corrimãos, tapetes antiderrapantes, melhoria a iluminação e remoção obstáculos. Neste contexto, procedeu-se incentivo pequenas mudanças de comportamento, como o uso de calçado adequado, acompanhamento da pessoa idosa para ativação física para melhorar o equilíbrio, entre outras. Ao prevenir, conseguimos reduzir o risco de queda, diminuir as hospitalizações e assim reduzir o stress familiar. As famílias sentem-se mais motivadas a participar na rotina da pessoa idosa, incitando à prática de exercícios, acompanhando-o a consultas de vigilância de saúde garantindo que a pessoa idosa adere às recomendações de segurança. Com um ambiente mais seguro e apoio familiar, a pessoa idosa sente-se mais confiante para realizar suas atividades diárias, reduzindo o medo de quedas e promovendo maior independência. As informações recolhidas durante as consultas e visitas domiciliárias permitiram identificar os fatores risco e avaliar as forças e recursos que família dispunha, tendo-se relevado fundamentais para adequação do plano de cuidados da família face a alterações momentâneas. Ao conhecer a complexidade da família e os fatores que afetam a família foi mais fácil compreender as dinâmicas entre os seus membros. Para recolher o máximo de informação e conseguir uma avaliação familiar o mais completa possível, recorri ao MDAIF como ferramenta, garantindo segurança e qualidade dos cuidados.

A possibilidade de apresentar um jogo de atividade física e prevenção de quedas foi muito importante porque permitiu intervir a nível da prevenção primária, através de uma estratégia lúdica, que para além de abordar a prevenção de queda, permitiu as pessoas idosas desenvolver capacidades cognitivas como memória, concentração e atenção. Atingir capacidades físicas nomeadamente a coordenação motora, equilíbrio e mobilidade, não menos importante as capacidades emocionais e psicológicas referentes a socialização, vínculos familiares e bem-estar, assim como capacidades sociais através do trabalho de equipa e empatia.

A inclusão da gamificação como estratégia inovadora na prevenção de quedas tem se revelado um campo produtivo para a emergência de uma prática de enfermagem pautada na transdisciplinaridade, promovendo uma observação clínica alargada, sensível às complexidades da pessoa idosa na sua totalidade biopsicossocial e existencial. Ao aproveitar os jogos digitais ou analógicos com fins de prevenção, a enfermagem transcende o plano biomédico da observação, alcançando as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais.

Vários autores, destacam que a aplicação dessas metodologias é de grande importância na formação do profissional de enfermagem, pois contribui para o desenvolvimento das

competências necessárias à integração entre teoria e prática. Dessa forma, favorece uma aproximação mais próxima do estudante com a pessoa idosa e sua família e fortalece a interação entre ensino, pesquisa e assistência, configurando-se como ferramenta educativa, como dispositivo que entrelaça os diferentes saberes. Tal abordagem, ao se articular com uma matriz transdisciplinar de pensamento, permite que o enfermeiro atue na co-construção de intervenções integradas (Silva et al., 2020; Conceição & Moraes, 2018).

Além disso, a gamificação possibilita a identificação precoce de fatores de quedas, tais como o medo de cair, o déficit de atenção, a perda de autoconfiança e a desmotivação, elementos frequentemente subestimados nos protocolos convencionais (Oliveira et al., 2020). Ao observar o comportamento da pessoa idosa em contextos simulados ou lúdicos, a enfermagem acede a indícios que extrapolam a esfera do risco físico, incorporando variáveis emocionais e psicossociais ao plano de cuidados. Nesse sentido, o processo de observação promovido pela gamificação não se restringe à mensuração de indicadores objetivos, o EESF pode constituir-se num agente articulador de saberes. A transdisciplinaridade, portanto, não se apresenta apenas como uma retórica integradora, mas como fundamento ontológico de uma prática de cuidado que visa à complexidade do ser humano em situação de vulnerabilidade (Barros et al., 2021; Santos & Moreira, 2019). Conclui-se que a gamificação, ao ser inserida na prática clínica de ESF, constitui um incentivo à observação transdisciplinar robusta, ético-afetiva e centrada na pessoa idosa.

No âmbito da prevenção secundária destaco a realização de rastreios HTA e DM durante as consultas de Saúde de Adulto ou de pessoa idosa, na medida em que se revelou fundamental para priorizar os utentes com fatores de risco, como a idade avançada, a obesidade, o histórico familiar, o sedentarismo, o tabagismo e os hábitos alimentares inadequados, em particular nos utentes assintomáticos. Face a resultados alterados, procedeu-se à referenciação encaminhar para exames complementares e acompanhamento médico, nunca esquecendo monitorização contínua, e as consultas regulares para revisão dos parâmetros.

No âmbito da prevenção terciária destaco o acompanhamento dos utentes com doenças crónicas, o que permitiu aprofundar o desenvolvimento do cuidado holístico com família e promover cuidados mais eficazes aos diferentes níveis de prevenção.

Face aos reconhecidos condicionalismos de transportes e acessos que afetam a região do Alto Minho, procedi à elaboração de cartões de Contatos Urgentes que teve como objetivo assegurar um meio rápido e eficiente de comunicação em emergências, particularmente úteis em caso de queda. Esse cartão, distribuído às pessoas idosas, contém contatos de telefone, a pessoa de referência e coordenadas do seu domicílio. A medida não só atende a necessidade de uma

intervenção imediata, mas também reforça a confiança das pessoas idosas e suas famílias na resposta do serviço de saúde.

Por sua vez, conformou a possibilidade de, em parceria com enfermeira orientadora elaborar um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) para a USF, na perspectiva de melhorar o indicador internamento por fratura do colo fémur, garantindo que todos os profissionais da USF estariam envolvidos. A sua elaboração permitiu estabelecer reuniões com os diferentes profissionais contribuindo para a sua concretização numa lógica de coconstrução. A elaboração de um PAI fortalece a liderança do EESF de diversas formas, contribuindo para uma gestão mais eficiente e para a melhoria da qualidade dos cuidados. O EESF participa ativamente no planeamento estratégico, ajudando a definir protocolos de atuação, indicadores de qualidade e metas, orientando-se para boas práticas, promovendo a melhoria contínua e ganhos em saúde para o utente e família. A liderança do EESF destaca-se muitas das vezes na articulação com os diferentes profissionais de saúde e parceiros sociais, assumindo o papel de coordenador de cuidados na promoção do projeto de saúde de cada família.

No primeiro estágio, Estágio de Enfermagem Familiar, realizado no 1ºano do curso, através de um levantamento de dados, verificou-se que, em 2023 apenas 23 utentes tinham registo da avaliação do risco de queda. Surgiu então a necessidade de sensibilizar a equipa para avaliação do mesmo e explicar como em equipa se poderá melhorar a taxa de quedas em pessoas idosas e as suas consequências. Durante o estágio, nas reuniões de serviço, o assunto foi abordado e realizada uma apresentação com recurso a PowerPoint no sentido de percebermos se esta realidade conformava uma necessidade sentida de melhorar no âmbito dos cuidados com pessoa idosa e sua família.

Estamos conscientes de que a formação contínua da equipa multidisciplinar é essencial para garantir que todos compreendem a importância da prevenção de quedas e como suas respetivas funções podem contribuir para o sucesso dessa iniciativa. A comunicação eficaz entre todos os membros é fundamental para garantir que a prevenção de quedas seja uma prioridade compartilhada. Com o envolvimento de todos os profissionais de saúde, desde a formação até a implementação de estratégias práticas no cuidado, a prevenção de quedas torna-se uma prioridade institucional, resultando em melhores resultados e maior qualidade de vida para os utentes e sua família.

É importante referir que a equipa esteve sempre disponível, motivada para colaborar, e começar a implementação da avaliação do risco de queda aos utentes em consulta. Podemos verificar que no decorrente ano, 2025, em apenas 3 meses, já existem 150 utentes com avaliação de risco de queda, o que revela reconhecimento e motivação por parte da equipa para fazer face a este problema.

Além destas atividades a equipa identificou a necessidade de criar um procedimento de consulta para avaliar o risco de queda aos utentes na USF.

A consulta de enfermagem é um momento crucial para a avaliação e o acompanhamento das pessoas idosas no que diz respeito à prevenção de quedas. Este procedimento foi estruturado conforme as competências gerais e específicas do enfermeiro de saúde familiar. O acompanhamento inclui visitas domiciliares regulares com identificação de fatores de risco, como a medicação, o ambiente doméstico e as condições físicas das pessoas idosas. O principal objetivo do protocolo da consulta foi identificar os fatores de risco para quedas, tendo-se definido, os seguintes objetivos específicos: Avaliar o risco de quedas por meio de uma anamnese detalhada e da aplicação de instrumentos de avaliação de risco (Escala de Morse); Capacitar a pessoa idosa e os seus familiares sobre as estratégias de prevenção de quedas, adaptando o ambiente doméstico e estimulando a prática de exercícios; Elaborar um plano de cuidados individualizado, com estratégias específicas para a redução do risco de quedas.

Para que esse acompanhamento fosse eficaz e eficiente, procedeu-se à monitorização do risco de queda na consulta através do SClínico. Aos utentes que apresentassem elevado risco de queda era agendada visita domiciliária multidisciplinar para avaliar os fatores de risco. Esta estratégia implicou, solicitação de autorização às médicas de MSF da ULSAM que elaboraram a Check-list 10FRM, sendo a mesma aplicada aos utentes. O passo posterior implicou realizar novamente VD's aos mesmos utentes, no período de um mês, para reavaliar se existiu ajuste sobre os fatores de risco encontrados. Devido ao atraso das autorizações e ao término do estágio apenas foi realizado a 3 utentes a primeira visita e aplicação de Check-List (AnexoVIII).

A visita destes 3 utentes apresentavam alto risco de queda, sendo que dois deles apresentaram queda, com necessidade de visita domiciliar para tratamento de feridas como sequelas da queda. Dessa forma aplicou-se a Check-list 10FRM e verificou-se que os três elementos apresentavam mais do que um fator de risco associado. Após intervenção com a Pessoa Idosa e familiares os fatores de risco diminuíram.

Após a avaliação, as intervenções foram planeadas, com base nas necessidades e possibilidades dos utentes e da sua família, tendo-se realizado educação para a saúde, à pessoa idosa e seus familiares no domicílio. Foi delineado um plano, em conjunto, com os mesmos, orientado para implementação de estratégias de prevenção de acidentes em casa (remoção de obstáculos, instalação de corrimãos, melhoria da iluminação) e a importância de exercícios de equilíbrio e força muscular. O enfermeiro especialista tem um papel orientador/facilitador para com pessoa idosa e sua família sobre adaptações necessárias no ambiente doméstico, sobre ajudas disponíveis nomeadamente de outros profissionais assistente social, fisioterapeuta, outras especialidades. É expectável que o acompanhamento e monitorização possa reduzir o risco de

quedas, melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, com aumento da autonomia e independência nas atividades diárias, e maior adesão ao tratamento e à prevenção de quedas, com o envolvimento ativo dos familiares no processo. Além disso, a consulta é uma oportunidade para identificar precocemente problemas de saúde e atuar de forma proativa, refletindo a competência do enfermeiro em questionar e coordenar o cuidado, além de promover autonomia e qualidade de vida. O EESF desempenha um papel essencial na articulação entre a coordenação de cuidados e a implementação dos processos na Unidade de Saúde Familiar (USF), atuando como um elo fundamental entre a gestão e a prática, garantindo a comunicação e a eficiência dos cuidados prestados à comunidade. Facilita o alinhamento entre a gestão de recursos e as necessidades da equipa, atua na organização e supervisão do plano, promovendo a continuidade. Além de facilitar a comunicação eficaz entre os diferentes profissionais da USF sempre em pro do utente e sua família, sendo o elo de ligação e líder de processos fortalece a organização do serviço, melhora a qualidade dos cuidados prestados e impulsiona o desenvolvimento da equipe, garantindo um atendimento mais eficaz e humanizado. Reconheço e agradeço a oportunidade para desenvolver estas competências.

A prática da enfermagem de família, identifica a reciprocidade entre a família e a saúde; os vários níveis de impacto na dinâmica de saúde da família (IFNA, 2022).

Nos termos preconizados pela IFNA (ibidem) a intervenção com famílias em situações complexas, exige que o EESF desenvolva uma abordagem holística, com vista à promoção da autonomia da família, reforce a sua capacidade de liderança e de gestão e prestação do cuidado, numa perspetiva integrada e centrada na família. Para isso, é necessário desenvolver e aprimorar diversas competências, nomeadamente a avaliação da família, considerando aspetos biopsicossociais, económicos e culturais, utilizando instrumentos de avaliação familiar (APGAR familiar, Genograma, Ecomapa) para compreender a dinâmica familiar e os recursos disponíveis, simultaneamente elaborando planos de intervenção individualizados, alinhados com as necessidades da família, com monitorização continuamente e adaptação dos cuidados.

O EESF tem a capacidade de se integrar nas equipas multidisciplinares, promovendo uma abordagem colaborativa. A comunicação deve ser adaptada ao nível de compreensão da família, utilizando linguagem clara, acessível e respeitosa, através de uma escuta ativa, garantindo que todas as preocupações da família sejam consideradas, tendo em conta a cultura, valores e crenças familiares.

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

No processo de formação e desenvolvimento de competências do EEESF, é essencial incluir a liderança eficaz e a colaboração com enfermeiros e outros profissionais da instituição, pois esses aspetos representam um dos pilares fundamentais da organização do estágio (Pentecoste et al., 2020).

A capacidade de adaptar a liderança e a gestão de recursos às diversas situações e contextos reflete a habilidade de responder de forma eficaz às necessidades dos utentes, família e da equipa. Desenvolvi a capacidade de liderança, desde logo, ao elaborar o projeto estágio e o projeto de investigação, sempre reconhecendo as funções e responsabilidades de todos, promovendo um ambiente positivo, colaborando nas decisões e articulando-me com a equipa multidisciplinar. Respeitei e mobilizei os normativos legais vigentes bem como os procedimentos adequados, sendo responsável pela prestação e gestão dos cuidados e pela utilização eficiente dos recursos para promover a qualidade do atendimento. A investigação contribui de forma significativa ao identificar melhores práticas, e desenvolvendo estratégias. Funciona como base sólida de evidências orientadoras das decisões com base em resultados comprovados. Além disso, permitiu o desenvolvimento de competências fulcrais, como pensamento crítico, tomada de decisão, comunicação eficaz.

A implementação de um programa estruturado de prevenção de quedas, com avaliação contínua do risco de queda as pessoas idosas, ações educativas as pessoas idosas e suas familiares e acompanhamento dos mesmos, foi um exemplo da competência do enfermeiro na gestão de cuidados. A coordenação entre os diferentes membros da equipa de saúde foi essencial para permitir a continuidade das intervenções. O trabalho em equipa interdisciplinar nas reuniões, contribuiu para elaboração de planos com as necessidades individuais e familiares. Com elaboração PAI, o EESF assume um papel fundamental na sua implementação, evidenciando liderança na gestão de cuidados e na coordenação da equipa multidisciplinar, identificando as necessidades específicas do utente e família, define objetivos, elabora o protocolo de acordo com as normas de boas práticas e garante que a equipa segue o plano. A liderança do EESF na implementação do PAI resulta em maior efetividade dos cuidados, redução de riscos e complicações, maior satisfação das pessoas idosas e familiares, garantindo cuidados de excelência.

A intervenção precoce por parte da enfermagem contribui para a diminuição da taxa de internamentos por fratura do colo do fémur, indicador relevante no BI-CSP, com impacto direto no desempenho da USF. O EESF avalia não só a pessoa idosa, mas também o seu contexto

familiar e ambiental, promovendo a educação e capacitação dos familiares e fortalecendo a autonomia e segurança no domicílio.

A inclusão da avaliação do risco de queda como indicador de desempenho dos profissionais de saúde, nomeadamente dos ESF, justifica-se pela sua relevância na promoção da segurança da pessoa idosa, na prevenção de internamentos e na eficiência da resposta em saúde comunitária. O EESF, pela sua proximidade e continuidade nos cuidados, encontra-se numa posição privilegiada para identificar precocemente fatores de risco, intervir de forma individualizada e capacitar a família na implementação de estratégias de prevenção eficazes. Esta prática contribui diretamente para a redução da taxa de internamento por fratura do colo do fémur, indicador sensível à qualidade dos cuidados prestados. A inclusão da avaliação do risco de queda como indicador de desempenho traduz: a proatividade da equipa de enfermagem, a qualidade das intervenções; e no alinhamento com os objetivos estratégicos da USF e da política nacional de saúde centrada na prevenção. Além disso, reforça a literacia em saúde da população, estimula a melhoria contínua dos cuidados e evidencia o compromisso da USF com uma abordagem centrada na pessoa, preventiva e orientada para resultados em saúde.

A oportunidade durante o estágio de usar aplicação e4Nursing, desenvolvida pela VirtualCare em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e integrada no consórcio internacional Health from Portugal. Ao dominar modelos conceptuais e ferramentas como esta estribada na ontologia, o enfermeiro especialista demonstra pensamento crítico e competência para orientar equipas, tomar decisões fundamentadas e promover a melhoria contínua da prática clínica. A sua liderança é refletida não só na gestão dos cuidados, mas também na capacidade de transformar dados em conhecimento e em resultados em saúde. Assim sendo a Ontologia de Enfermagem representa um marco técnico-científico, mas também fortalece a competência do enfermeiro especialista como líder, na implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, colaborando de forma ativa na qualidade e segurança da prestação de cuidados.

A e4Nursing é uma ferramenta de formação avançada que ajuda a reforçar o entendimento em contextos familiares, garantindo mais qualidade do registo de cuidados, promovendo um feedback estruturado e contínuo, essencial para o desenvolvimento profissional. Apoia-se na definição de diagnósticos, objetivos e intervenções adaptados à família e em contexto familiar, permitindo que os cuidados sejam documentos com linguagem universal e forma clara.

Esta ação permitiu-me maior apropriação do processo de cuidados, uma vez que desenvolvi o pensamento crítico, na promoção da reflexão sobre intervenções e resultados, reforçando a responsabilidade e autonomia. Permitiu uma melhoria na qualidade de registos, como uniformizar a linguagem, facilitando a comunicação.

No entanto a utilização desta ferramenta, também teve constrangimentos, como dificuldade no uso eficiente da ferramenta, com necessidade de formação e acompanhamento técnico, que gerou desmotivação inicial, e a percepção de “mais trabalho administrativo”, uma vez que os profissionais envolvidos apresentavam diferentes níveis literacia digitais.

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

O EEECESF desempenha um papel fundamental, ao desenvolver a competência de avaliar o estado de saúde dos membros da família e determinar os cuidados especializados e articulando com diferentes profissionais e diferentes serviços, de forma a garantir que os diferentes membros da família recebem cuidados contínuos (Schlunegger et al, 2023).

O enfermeiro especialista em saúde familiar desempenha um papel de liderança, sendo responsável pela coordenação de equipas interprofissionais, articulando com outros profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, para garantir uma abordagem integrada e colaborativa no cuidado à família. A liderança do enfermeiro deve ser flexível, adaptando-se às diferentes situações e necessidades do utente e das famílias, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo.

A competência de cuidar em equipa implica a colaboração eficaz com outros profissionais de saúde para garantir a implementação de planos de cuidado integrados. A colaboração nos processos de orientação, supervisão e avaliação de estudantes da Licenciatura em Enfermagem, no Ensino Clínico Cuidados de Enfermagem à Família, em parceria da minha orientada e responsável pedagógica da faculdade permitiu a elaboração de panfletos educativos como uma ação colaborativa importante. Além de proporcionar uma aprendizagem prática para os estudantes, essa parceria possibilitou a criação de materiais informativos que foram distribuídos às pessoas idosas e suas famílias. A elaboração dos panfletos envolveu discussões sobre prevenção de quedas, com ênfase na importância do exercício físico, da adaptação do ambiente e da gestão das medicações, sendo esses materiais essenciais para a educação em saúde da comunidade. Estas discussões constituíram espaços/tempos de aprendizagem que me permitiram reforçar a relevância dos processos de auto, hétero e ecoformação preconizados pela pedagogia de Paulo Freire. Assim sendo desenvolvi competências na liderança do projeto e articulado com novos elementos para proporcionar uma promoção em saúde mais pertinente e mais eficiente.

A utilização dos sistemas informação, durante estágio, permitiu-me tomar consciência das insuficiências claras e objetivas no âmbito do cuidado com famílias perspetivadas enquanto unidade, situação que poderá repercutir-se em termos adequação e/ou desatualização, e interferir na identificação das necessidades e afetando de forma negativa a qualidade dos cuidados, bem como os resultados em saúde (Laukka et al, 2023).

A oportunidade pedagógica de elevada relevância, o estágio, permitiu-me uma visão sistémica de forma desempenhar um papel crucial na formação em contexto de prática nomeadamente na formação da equipa multidisciplinar e o envolvimento dos estudantes da licenciatura na prevenção de quedas representaram pilares fundamentais para promover uma mudança efetiva, sustentável e transformadora na abordagem deste problema de saúde pública. Desenvolver educação por pares e a coprodução emergem abordagens pedagógicas inovadoras, permitindo uma relação mais empática entre a equipa e os alunos, facilitadora de aprendizagem, permitindo uma avaliação holística respondendo às necessidades da pessoa idosa. Uma equipa cada vez mais capacitada e coesa, aumenta a segurança do utente, a partilha de conhecimento e inovação, promovendo melhores resultados em saúde.

A oportunidade de integrar estudantes em projetos de prevenção de quedas permitiu desenvolver competências pedagógicas, éticas e comunicacionais com foco na prática centrada na família e, simultaneamente responder às prioridades consensualizadas com a equipa, numa lógica de gestão participada por objetivos, na linha de Peter Drucker. Ao participar em equipas multidisciplinares, os estudantes aprendem a afirmar-se profissionalmente pelas competências, a valorizar a colaboração interprofissional e, a cooperarem com a motivação e espírito crítico. A coprodução nos panfletos pressupõe uma ajuda colaborativa entre os professores, cuidadores, família, pessoa idosa, profissionais de saúde para construir conjuntamente soluções para um problema baseando o reconhecimento mútuo, valorizando a autonomia da pessoa idosa com a família. O EESF estimula a responsabilidade partilhada para contribuir para literacia em saúde, dando sustentabilidade aos cuidados. A formação contínua das equipas multidisciplinares e o envolvimento estratégico dos estudantes são impulsionadores de mudança na prevenção de quedas. Fortalecem os pilares da segurança, eficácia, trabalho colaborativo e desenvolvimento profissional, garantindo que a intervenção tem impacto na qualidade de vida da pessoa idosa.

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

Segundo o regulamento do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, 2019), a possibilidade de planear programas de melhoria continua e estabelecendo as prioridades e estratégias permite uma boa prática. O conhecimento das diferentes etapas, possibilita identificar características próprias de cada sistema familiar e permite respostas aos seis níveis de prevenção (primordial, primária, secundária, terciária, quaternária e quinquenária).

Envolve coordenar e organizar os cuidados de saúde da família em diferentes etapas. Embora não seja tradicionalmente incluída nas categorias clássicas, a prevenção primordial resulta de conjunto de ações e políticas de saúde pública que visam a promoção da saúde das comunidades, assumindo um carácter mais universal. As abordagens salutogénias e a advocacia na área inserem-se a este nível.

As caminhadas saudáveis, quando articuladas como políticas públicas, podem ser uma estratégia poderosa na promoção da saúde e prevenção de doenças, inserem-se em todos os níveis de prevenção, desde a redução de fatores de risco até a reabilitação dos utentes e sua família. O EESF pode atuar como líder na implementação dessas iniciativas, incentivando a adesão da comunidade e monitorizando os impactos na saúde.

A prevenção primária permite implementar estratégias para reduzir o risco de doenças e promover a saúde da família. Isso pode incluir a promoção de hábitos de vida saudáveis, educação em saúde, vacinação. Por sua vez a secundária permite organizar e coordenar programas de rastreio e deteção precoce de doenças para identificar e tratar condições de saúde antes que se tornem mais graves. Isso pode incluir exames de rotina, rastreios de cancro, deteção precoce de doenças crónicas. Por conseguinte a terciária facilita o acesso da família a serviços de reabilitação e cuidados especializados para promover a recuperação e a reabilitação após doenças ou lesões. Isso pode envolver encaminhamento para fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicológico. A prevenção quaternária refere-se a ações e intervenções destinadas a identificar utentes em risco de polimedicação e a proteger esses utentes de intervenções invasivas desnecessárias e potencialmente prejudiciais. Esta abordagem é importante para garantir que os cuidados de saúde sejam proporcionais às necessidades reais dos utentes, evitando danos causados por exames e tratamentos desadequados, por excessivos.

A prevenção quinquenária fundamenta-se em intervenções preventivas sistemáticas, com ênfase no papel do cuidador enquanto eixo central do processo assistencial, a partir do qual se estruturam e se articulam as práticas de cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A gestão de cuidados de saúde com a família em diferentes níveis de prevenção, o enfermeiro especialista em enfermagem de família desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria do bem-estar da família. Isso envolve uma abordagem holística e centrada na família, que aborda as necessidades de saúde em todas as fases da vida. Segundo Plano Emergência da Saúde (DGS,2024), é possível constatar que “a implementação de um Programa de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde é essencial para garantir a saúde e sustentabilidade de uma comunidade”.

Assim, é fundamental reconhecer os âmbitos prioritários de intervenção, que permitirão mais ganhos em Saúde, “quer através dos múltiplos níveis de prevenção da doença, quer através da promoção da saúde, capacitando os cidadãos para fazer escolhas mais informadas e mais saudáveis”, sendo o papel do enfermeiro Especialista essencial (DGS,2024).

Nós, enquanto EESF, somos promotores da saúde familiar, possuímos habilidades para promover a saúde e prevenir doenças não apenas em indivíduos, mas também a nível familiar, identificando fatores de risco e implementando estratégias de promoção da saúde dentro do contexto familiar. Podendo alcançar a coordenação de cuidados uma vez que possuímos capacidade de coordenar os serviços de saúde garantindo uma abordagem integrada e holística aos cuidados de saúde da família, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde e da comunidade. Somos capazes de fornecer apoio à transição e mudança, apoiando as famílias durante estes períodos, oferecendo suporte emocional, educacional e prático, intervindo como “advogados” de família, defendendo os interesses e necessidades da família dentro do sistema de saúde, garantindo que recebem cuidados de saúde de alta qualidade e acesso a recursos e serviços de excelência. E somos investidores da educação e capacitação, ajudando-as a desenvolver habilidades para tomar decisões de saúde informadas e conscientes, promovendo o autocuidado e a saúde preventiva.

Promover a saúde e prevenir a doença são competências essenciais para o EESF, a preocupação para sensibilização para Avaliação do Risco de Queda durante o estágio foi realizada a formação da equipa de saúde da USF sobre a importância da avaliação do risco de queda. Esta atividade visou capacitar os profissionais para identificar e monitorar os riscos de quedas, promovendo uma abordagem proativa na redução dos fatores predisponentes a quedas.

Apresentação sobre Prevenção de quedas- Barreiras foi uma estratégia importante de educação para a saúde. O diálogo com as pessoas idosas e suas famílias incluiu orientações sobre como fazer ajustes simples em casa para garantir a segurança, alinhando-se com a necessidade de prevenir acidentes no ambiente domiciliar.

A promoção da atividade física, como caminhadas, foi uma das estratégias de promoção da saúde utilizadas. As caminhadas não apenas ajudaram a melhorar a força muscular e o

equilíbrio, mas também fomentaram o envelhecimento ativo, uma das diretrizes essenciais para saúde das pessoas idosas.

Por sua vez, o jogo do “Movimenta em família” foi uma inovação na abordagem lúdica da prevenção de quedas. Por meio de atividades recreativas e cognitivas, as pessoas idosas realizaram exercícios para fortalecer a coordenação motora, o equilíbrio e a atenção. As atividades realizadas no ENP, com foco na prevenção de quedas em pessoas idosas ilustrou a aplicação prática das competências gerais e específicas do enfermeiro de saúde familiar. Por meio da educação para a saúde, da avaliação e monitorização do risco de queda, e do trabalho colaborativo com a equipa multiprofissional, contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo a autonomia, a segurança e o bem-estar. Este ENP evidenciou a importância do cuidado integral e preventivo na enfermagem de saúde familiar, alinhado aos princípios de cuidado centrado na pessoa com a família, fundamentais para a prática de enfermagem. A prevenção de quedas em pessoas idosas é uma estratégia para reduzir complicações de saúde, hospitalizações e perda de autonomia. O meu papel foi fundamental, na colaboração com parceiros sociais, como autarquias, instituições de apoio à pessoa idosa, promovendo um cuidado mais abrangente e eficaz. Essa colaboração permitiu-me constatar que a prevenção de quedas não se restringe ao ambiente da saúde, alcançando diferentes setores da sociedade, e permitindo uma abordagem mais completa. As diferentes respostas sociais podem também ajudar na adaptação de espaços públicos e domiciliares para reduzir riscos (ex.: melhoria de passeios públicos, iluminação, corrimões). As autarquias podem pedir parcerias a empresas para oferecer equipamentos auxiliares de locomoção (bengalas, tapetes antiderrapantes). A colaboração entre o EESF e os parceiros sociais produz um maior impacto na prevenção de quedas, através da articulação de ações educativas, adaptações ambientais e suporte contínuo às pessoas idosas e família, garantindo mais segurança e qualidade de vida. Estas competências conjugaram-se com um processo académico qualificante para a obtenção do grau de mestre em ESF.

4.3 COMPETÊNCIAS DE SEGUNDO CCICLO NO DOMÍNIO DA ECAESF

Segundo o Decreto- lei nº63/2016, art 15, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem: “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar

conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Neste âmbito, reconheço o aprofundamento da compreensão dos processos de ESF, valorizando a sua relação com as políticas sociais e de saúde, a gestão de cuidados e as metodologias de investigação em enfermagem, com base de uma prática mais fundamentada em evidências e orientada para a inovação e transformação social. Assume-se que na atualidade, surgem constantemente novos e complexos desafios à ESF. A aquisição de competências de nível de mestrado, permitem-nos assumir o mandato social de que a ESF se arroga, através da capacidade de aplicar seu conhecimento, integrando os cuidados multidisciplinares e adaptação às mudanças nos sistemas de saúde. Exige a tomada de decisões, em prol da maximização do potencial de saúde de pessoas e famílias, com recurso à prescrição de cuidados de cuidados de enfermagem, nomeadamente em situações complexas.

A ESF é um campo das ciências de enfermagem que está em constante evolução, exigindo atualização contínua sobre novas abordagens com as pessoas, famílias e comunidades, confrontando novas opções terapêuticas, avanços tecnológicos e normas clínicas nacionais e internacionais. Um enfermeiro mestre deve ter a capacidade de aprender de forma independente e crítica, comprometendo-se como a excelência do cuidado, com a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com as pessoas e famílias e, consequentemente dos serviços de saúde. Implica a assunção efetiva dos pressupostos da aprendizagem ao longo da vida e nos múltiplos contextos, comprometendo-se com o seu desenvolvimento, mas também da profissão, contribuindo de forma sistemática para (re)configuração identitária da ESF. Ao desenvolver essas competências, o EESF atua nos termos previstos para “um mestre”, ou seja, não apenas no sentido académico (realizando um mestrado), mas também na prática, sendo um líder no cuidado, na pesquisa em enfermagem e no contributo para a formulação de políticas de saúde. Perante os pressupostos mencionados e tendo em contas as atividades desenvolvidas durante ENP, foi possível desenvolver competências de grau de mestre. A análise crítica e reflexiva ao longo do relatório permite analisar as aprendizagens e competências adquiridas, assumindo que apresentou requisitos para obtenção do grau de Mestre.

4.4 APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: CERTIFICAÇÕES DURANTE O ESTÁGIO

Durante o estágio, a obtenção de certificações e a participação em congressos desempenharam um papel fundamental no aprimoramento profissional de um enfermeiro de saúde familiar.

São um formato de validar o conhecimento adquirido e demonstrar competência em áreas específicas, enriquecem a prática clínica com novas abordagens, metodologias e técnicas para o cuidado diário.

Os congressos apresentam os avanços mais recentes na área da saúde, proporcionando ao enfermeiro um conhecimento atualizado sobre novas intervenções. São excelentes oportunidades para os enfermeiros se conectarem com outros profissionais da área, compartilhando experiências e criando oportunidades futuras. Permite ao enfermeiro desenvolver uma visão crítica sobre suas práticas e a refletir sobre a qualidade do cuidado que oferece.

Portanto, tanto as certificações quanto a participação em congressos são meios eficazes de aprimorar e atualizar as competências do EESF, possibilitando um cuidado de alta qualidade e alinhado com as melhores práticas da área. Em anexo apresento as formações frequentadas.

CONCLUSÃO GLOBAL

O ENP em enfermagem familiar, permitiu vivenciar uma variedade de experiências que contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Os objetivos definidos no início do estágio foram alcançados com sucesso, permitindo uma compreensão mais aprofundada do desempenho do enfermeiro especialista em enfermagem familiar e as suas responsabilidades na promoção da saúde na família. Todos os objetivos foram alcançados com empenho e dedicação. Foi possível mobilizar os conhecimentos aprendidos nos momentos teóricos, na resolução de problemas enfrentados com as famílias, bem como desenvolver habilidades de comunicação, trabalho em equipa e liderança necessárias para uma prática clínica eficaz e ajustada.

O mesmo possibilitou desenvolver competências e habilidades em diferentes áreas desde, a Prática Avançada onde adquiri competências clínicas avançadas para manusear casos complexos e realizar procedimentos especializados; a Liderança e Gestão, onde alcancei capacidade para liderar equipas de saúde, desenvolver e implementar políticas de saúde, e gerir programas de saúde familiar; na Pesquisa e Evidência, onde conquistei habilidade para conduzir e aplicar pesquisa, implementar práticas baseadas em evidências, e promover a inovação na prestação de cuidados e no âmbito da Educação e Formação, onde desenvolvi competências na formação de novos enfermeiros, bem como na educação contínua de profissionais de saúde. Enquanto o enfermeiro generalista desempenha um papel crucial na prestação de cuidados diretos e na prevenção da saúde, o especialista possui uma formação avançada que lhe permite assumir responsabilidades de liderança, conduzir pesquisa e desenvolver políticas e programas de saúde. Ambos são essenciais para um sistema de saúde robusto e eficaz, cada um contribuindo de forma complementar.

Ao longo do ensino clínico, foi possível identificar algumas limitações, como a disponibilidade limitada de recursos em determinadas comunidades atendidas e a complexidade das necessidades de saúde das famílias. No entanto, essas limitações foram enfrentadas com criatividade e trabalho em equipa multidisciplinar e com os parceiros sociais, demonstrando a importância da adaptabilidade e colaboração na prática de enfermagem familiar.

O desenho metodológico no trabalho de investigação realizado, não permite generalização dos resultados, restringindo as conclusões. Contudo, permitiu contribuir para a prevenção, acompanhamento no curto prazo em que se desenvolveu o ENP não permitiu avaliar as intervenções preventivas, contudo tanto a orientadora de estágio como restante equipa comprometeu-se dar continuidade.

Estou certa, que ser EESF permitir-me-á adotar abordagens mais completas e concentradas na família, aumentando as capacidades para garantir cuidados de qualidade, atendendo às necessidades únicas das famílias. De salientar que, as experiências vivenciadas durante o ENP, conduziram-me a abordagem centrada na família na promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, proporcionou-me insights valiosos sobre a importância da educação em saúde, nos diferentes níveis de prevenção e cuidados continuados na melhoria do bem-estar das famílias.

A elaboração deste relatório possibilitou-me desenvolver competências na gestão, comunicação, criatividade, liderança, entre outras. A investigação em enfermagem é uma prática importantíssima para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adaptadas e consistentes para uma prestação de cuidados qualificada, sustentada no saber e na ciência, o que dará um forte contributo para a sua visibilidade social.

O presente Relatório de Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar constitui um documento crítico que retrata o percurso desenvolvido numa USF. Atendendo os objetivos inicialmente delineados, e considerando que foram atingidos, destacamos algumas ideias chave. A comunicação e interação com as famílias demonstraram-se pilares básicos para a promoção de cuidados de saúde. A família, enquanto unidade, beneficia de uma abordagem integrada que considere as suas especificidades e dinâmicas. A atuação do enfermeiro de saúde familiar, devem atender às necessidades das famílias em todas as suas dimensões, o cuidado holístico, é essencial para garantir um suporte personalizado.

Como sugestão, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que explorem a eficácia de programas de prevenção, novas pesquisas sobre tecnologias assistidas para minimizar os riscos, é notório que existem programas e projetos na área de prevenção de quedas na pessoa idosa, mas ainda existe necessidade na prevenção primária para diminuir prevalência de episódios de queda.

Como conclusão deste percurso, considero que esta experiência foi positiva. No entanto realizar um estágio enquanto conciliávamos as atividades laborais foi um desafio significativo, ressalva-se a aprendizagem e desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos e competências, e identificação de áreas de melhoria para prática mais segura e com qualidade. No percurso de dois anos de mestrado é importante também destacar as dificuldades, foi intenso, desafiante, difícil, houve um esforço familiar e profissional que me acompanharam. O fim é, compensatório pela bagagem que adquiri. A elaboração deste relatório acrescentou-me como pessoa e como profissional, partilhando saberes e desafiando o (re)pensar o futuro com foco na prática baseada na evidência sempre com vista à melhoria dos cuidados de ESF.

É necessário procurar soluções para contribuir para o progresso da Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo melhorias nos serviços e na prática clínica.

Em resumo, esta experiência profissional e acadêmica foi extraordinariamente importante para adquirir competências na área da saúde familiar, num caminho recheado de aprendizagens e crescimento para alcançar o grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2021). Acidentes domésticos e de lazer ocorridos em pessoas com 65 e mais anos durante a pandemia da COVID-2019: comparação entre 2019 e 2020. *Observações: Boletim Epidemiológico*, 30, 62–66. ISSN: 0874-2928 2182-8873.
- 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. (2011). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal Compilation*, 59, 148–157.
- Baixinho, C., & Dixe, M. A. (2014). Monitorização de episódios de quedas em instituição para pessoas idosas. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 16(1), 28–34.
- Baixinho, C. L., Dixe, M. D. A., Henriques, M. A., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2021). The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.202000258>
- Baixinho, C. R. S. L. (2014). Gestão do risco de queda em equipamentos para pessoas idosas (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.
- Baptista, F. L. D., Zymbal, V., & Carnide, F. (2019). Prevenção da sarcopenia, fragilidade e de quedas. Faculdade de Motricidade Humana. <http://formesp.fmh.ulisboa.pt/go4training-payments/registration/book>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Quarteto.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2021). Gestão e Planeamento BI-CSP. SPMS.
- BI – CSP. (2022). Planos de ação das unidades funcionais. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

- Bittencourt, V. L. L., Graube, S. L., Stumm, E. M. F., Battisti, I. D. E., Loro, M. M., & Winkelmann, E. R. (2017). Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas.
- Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2021). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 7502205040p1-7502205040p12. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041276>
- Carneiro, R. (Coord.), Chau, F., Soares, C., Fialho, J. de S., & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório final*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão.
- Cebolla, E. C., Rodacki, A. F., & Bento, P. B. (2015). Balance, gait, functionality and strength: Comparison between elderly fallers and non-fallers. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 19(2), 146–151. <https://doi.org/10.1590/S01012-311X2002000500029>
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. (2022). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. <https://ces.pt/wp-content/uploads/2022/03/20121.pdf>
- Conselho de Ministros. (2024). Resolução n.º 14/2024 aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026.
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 2, 7–17.
- Costa, J. C., De Lima, M. O., Pequeno, J. A., de Lima, M. O., Lima, T. O., & de Lima Junior, A. A. (2018). Trauma por queda em idosos e a assistência de enfermagem. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 11(1 ESP), 40.

- Coutinho, E. S., & Silva, S. D. (2002). Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em pessoas idosas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1359–1366. <https://doi.org/10.1590/S01012-311X2002000500029>
- Cruz, D. T. & Leite, I. C. (2018). Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 551-561.
- Costa-Dias, M. J. M., & Ferreira, P. L. (2014). *Escala de avaliação de risco de quedas* [Fall risk assessment tools / Escalas de evaluación del riesgo de caída]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIII12145>
- Direção-Geral da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde: 1.ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17 a 21 de novembro de 1986. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. inf_13_dgscg.doc
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: Projeto COM MAIS CUIDADO – Manual e formulário de candidatura. APP.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025. Ministério da Saúde. <http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019–2021. <https://www.dgs.pt>

- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019 – Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano de Ação – Literacia em Saúde: Portugal 2019–2021. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-paraa-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021–2030. PNS. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030 apresentado em Mafra. <https://www.dgs.pt>
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (PNSD 2021–2026). *Diário da República, II Série (n.º 187)*, 96–103.
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2018). Sinta-se seguro. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords.). Manual de Envelhecimento Ativo (2ª ed). Lidel.
- Downton, J. H. (1993). *Falls in the elderly*. Edward Arnold.
- Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA). (2020). Infográficos acidentes domésticos e de lazer – Mecanismos de lesão. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/EVITA_Infografico_BIG_1640X2321.jpg
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2021). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: Conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 115–116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Figueiredo, A. E., et al. (2019). Nursing care in elderly health promotion: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 538–545. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0516>
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Lusociência.

- Figueiredo, M. H. (2023). Enfermagem de saúde familiar. Lidel Edições Técnicas Lda.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.
- Freitas, M. G., Bonolo, P. F., Moraes, E. N., & Machado, C. J. (2015). Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Ciência Saúde Coletiva*, 20 (3), 702-712
- García BP, González SM, Muñoz AM, Antón-Solanas I, Caballero VG, Vela RJ. Uso de medicamentos asociados al riesgo de caídas en ancianos no institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018 Apr 16;52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017012603319>
- Gomes, E. C., Marques, A. O., Leal, M. C., & Barros, P. B. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em pessoas idosas institucionalizadas: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543–3551. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03543.pdf>
- Governo de Portugal. (2022). Programa do XXIII Governo Constitucional 2022–2026. <https://www.portugal.gov.pt>
- Hagedoorn, E., Paans, W., Jaarsma, T., & Keers, J. C. (2018, novembro). Translation and psychometric evaluation of the Dutch Families Importance in Nursing Care: Nurses' attitudes scale based on the Generalized Partial Credit Model. *Journal of Family Nursing*, 24(4), 538–562. <https://doi.org/10.1177/1074840718809286>
- Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação. Lusociência.
- Hendrich, A. (2007). Predicting patient falls: Using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50–58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.000029361X>
- Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. National Academies Press.
- International Family Nursing Association. (2017). IFNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing. IFNA. <https://internationalfamilynursing.org/wp->

<content/uploads/2017/05/APC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Estimativas da população residente em Portugal: Dados provisórios de 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Indicadores demográficos. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010082&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021. Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013) e Sexo; Decenal. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011610&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). EVITA – Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.insa.minsaude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>

Junior MM, Dos Santos DA, Fernandes IG, de Carvalho RF, da Silva CL, Rodrigues SM, de Moraes Forjaz CL, Queiroz AC. Ocorrência de quedas em idosos da Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares. *Motricidade*. 2020 Dec 24;16(S1):85-93. Disponível em: <https://doi.org/10.6063/motricidade.22284>

King, I. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. Delmar Publishers.

Kline, R. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (5.ª ed.). The Guilford Press.

Laurence Z. Rubenstein. *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*. *Age and Ageing*, Vol. 35, Supl. 2, Setembro 2006, pp. ii37-ii41. [OUP Academic+1](#)

- Loan, L. A., Parnell, T. A., Stichler, J. F., Boyle, D. K., Allen, P., VanFosson, C. A., & Barton, A. J. (2018). Call for action: Nurses must play a critical role to enhance health literacy. *Nursing Outlook*, 66(1), 97–100. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.11.003>
- Luciano, V., Marques-Vieira, C., Low, G., Sousa, L., & Cruz, P. J. (2019). Fear of falling among Brazilian and Portuguese older adults. *International Journal of Older People Nursing*. <https://doi.org/10.1111/opn.12345>
- Marôco, J. (2021). Análise estatística com utilização do SPSS (8.ª ed.). ReportNumber. Análise e gestão de informação, Lda.
- Marques-Vieira, C. M. A. (2017). Validação do diagnóstico de enfermagem Impaired Walking (00088) em pessoas idosas (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Marzola, T. S., Molina, N. P. F. M., Assunção, L. M., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, L. R. (2019). A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: Fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(1), 78–86. <http://www.redalyc.org/journal/4979/497962779011/497962779011.pdf>
- Mendes, F., Pereira, C., & Bravo, J. (2020). Envelhecer em segurança no Alentejo – Compreender para agir. ESACA.
- MIM@UF. (2021). Diretório de informação em saúde. <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minuf-modulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República Eletrónico*, 1.ª série, n.º 176, 3159–3191. <http://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Ministério da Saúde. (2012). Papel do enfermeiro da saúde familiar em CSP: Pressupostos para a sua implementação. <https://silo.tips/download/papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementa>
- Miranda, D. P., Santos, T. D. D., Santo, F. H. D. E., Pinho, C. L. D., & Barreto, E. A. (2019). Quedas em pessoas idosas em ambiente domiciliar: Uma revisão integrativa. *Revista*

- Enfermagem Atual in Derme*, 2017, 120–129. <http://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.2017-n.0-art.560>
- Moniz-Pereira V., Carnide F., Machado M., André H., Veloso AP (2012). Falls in portuguese older people: Procedures and preliminary results of the study Biomechanics of Locomotion in the Elderly. *Acta Reumatológica Portuguesa*
- Morin, E. (2005). *Introdução ao pensamento complexo* (5ª ed.). Sulina.
- Nicolescu, B. (2008). *Transdisciplinaridade: Ciência, espiritualidade e sociedade*. Triom.
- Nogueira, I. S., Silva, G. A., & Baldissera, V. D. A. (2019). Saberes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde sobre prevenção de quedas em pessoas idosas. *Revista Kairós Gerontologia*, 22(4), 339–359. <https://doi.org/10.23925/217901X.2019v22i4p339-359>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação da enfermagem* [E-book]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20in_vestigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Oliveira, E., & Ferreira, P. (2014). *Métodos de investigação: Da interrogação à descoberta científica*. Vida Económica Editorial, S.A.
- Oliveira, R. M., Bezerra, M. V., Cavalcante, M. L. R., & Freitas, J. V. (2020). Jogos sérios na prevenção de quedas em pessoas idosas: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 14(1), e242178. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.e242178>
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em pessoa idosa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6428>
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case–control and cohort studies. *BMJ*, 315(7115), 1049–1053. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1049>

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária: Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública – na área de enfermagem de saúde familiar.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice (7ª ed.). Pearson Education, Inc.
- Pereira, M. E. A., Santos, G. d. S., Almeida, C. R. d., Nunes, K. C. S., Silva, M. C. M. d., José, H., Sousa, L., & Vitorino, L. M. (2024). Association between falls, fear of falling and depressive symptoms in community-dwelling older adults. *Healthcare*, 12(16), 1638. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161638>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (7ª ed.). Edições Sílabo.

- Pimentel, W. R., Pagotto, V., Stopa, S. R., Hoffman, M. C., Andrade, F. B., Souza Junior, P. R., Lima Costa, M. F. & Menezes, R. L. (2018). Queda entre idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52(2), 1-9.
- Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019). Envelhecimento da epidemiologia à fisiopatologia. In A. M. Pinto, M. Veríssimo, & J. Malva (Coords.), *Manual do cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pordata. (2021). O que mudou no seu município em 10 anos? [Online, 12 abril 2024]. <http://www.pordata.pt/censos/resultado/emdestaque-ponte+de+lima-1085>
- Pordata. (2022). Indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt>
- Portugal. Ministério da Saúde. (s.d.). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável de todas para todos. http://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 9, 31.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série, n. 26.
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, II Série, n.º 135, 19354–19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família*. Edição Afrontamento.
- Rodrigues II, Alvarenga MRM. Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados?. *Enfermagem Foco* 2020;11(6): 72-77. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=04d2ddde-ba74-4909-a850->

[0002fdc43d5d%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=a9](https://doi.org/10.1111/jocn.16109)

- Rodrigues, B., Marçal, D., & Paula, A. (2018). A enfermagem na prevenção do risco de quedas em idosos. *Revista Científica Univçosa*, 10 (1), pp. 1383-1389. <https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/1242>
- Rosa, R. G., & Tudge, P. (2013). Quedas em pessoas idosas: Prevenção e tratamento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 817–825. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400010>
- Santos, B. W. dos, & Baixinho, C. L. (2020). Possibilidade de intervenção da enfermagem na prevenção de queda em pessoas idosas: Estudo de revisão. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.713>
- Santos, M. R., & Moreira, M. C. N. (2019). Transdisciplinaridade e cuidado em saúde: Para além dos discursos integradores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180663. <https://doi.org/10.1590/Interface.180663>
- Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). *Exercise for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD012424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIII131>
- Silva, N. C. M., Oliveira, A. R. S., & Carvalho, E. C. (2015). Conhecimento produzido sobre os resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC): Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 104–111.
- Smith, G. D., Ho, K. H., Poon, S., & Wai-Chin, S. (2021a). Beyond the tip of the iceberg: Health literacy in older people [Editorial]. *Journal of Clinical Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.16109>

- Smith, G. D., Lai, V., & Poon, S. (2021b). Building the case for health literacy in gastroenterology. *Gastrointestinal Nursing*, 19(7), 26–30. <https://doi.org/10.12968/gasn.2021.19.7.26>
- Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21ED8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388270215001>
- Sousa, S. C. (2020). Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas. Instituto Politécnico de Portalegre. Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária 81 e de Saúde Pública. Portalegre. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>
- Teixeira, D. K. S., Andrade, L. M., Santos, J. L. P., & Caires, E. S. (2019). Falls among the elderly: Environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), e880229. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>
- Valente, S. (2012). Validação de um questionário de saúde e identificação de fatores de risco de quedas para a população idosa portuguesa (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo Lda.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca
- World Health Organization. (2016). Falls: Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- World Health Organization. (2019). WHO global report on falls prevention in older age. <http://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>
- Yang, F., Su, X., Sanchez, M. C., Hackney, M. E., & Butler, A. J. (13 de February de 2023). Vibration training reducing falls in community-living older adults: a pilot randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, pp. 803-814. doi:10.1007/s40520-023-02362-6

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF

Ex.ma Sr.
Coordenador da Unidade de Saúde
Familiar Mais Saúde
Dr. Sílvia Barge

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Tânia Cristina de Sousa Araújo, 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 Mais Saúde, especificamente sob a responsabilidade da Equipa de Saúde da Enfermeira Tutora Elsa Cerqueira. O foco principal será na prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

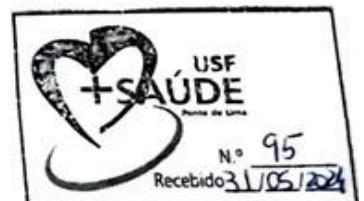
Está inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, incluído no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-Os-Montes. O estágio decorre na USF acima citada, 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.

Grata pela colaboração.

A investigadora principal,

Tânia Araújo

(Mestranda Tânia Cristina de Sousa Araújo)



*Estudo autorizado
pelo coordenador,*

Sílvia Barge 31/05/2024

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE

Valido, com as
assinaturas
15/12/2024

Rosinda Costa
Enfermeira Diretora
ULS Alto Minho, EPE

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da Unidade
Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.,

Assunto: Pedido de autorização para realização do estudo de investigação “Queda em Pessoas Idosas Capacitação e Prevenção”.

Eu, Tânia Cristina de Sousa Araújo, Enfermeira com cédula profissional nº69670, a exercer funções na ULSAM, E.P.E – UCSP Fontão - Centro de Saúde Ponte de Lima, a frequentar o II Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, proponho-me desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “Queda em Pessoas Idosas – Capacitação e Prevenção”, integrado na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, para o qual solicito autorização de V.ª Excelência.

O estudo realizar-se-á na Unidade de Saúde Familiar “Mais Saúde”, em Ponte de Lima, sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em articulação com a Enfermeira Mestre e Especialista Elsa Cerqueira, orientadora em contexto clínico.

Toma-se como ponto partida a seguinte questão de investigação: “Quais os conhecimentos das pessoas idosas frequentadores da consulta de Enfermagem da enfermeira Tutora Mestre e Especialista Elsa Cerqueira sobre medidas eficazes de prevenção de quedas?”

O trabalho tem por finalidade contribuir para a construção de um projeto de capacitação no âmbito da prevenção de quedas em pessoas idosas, sendo que nesta fase, visa-se os seguintes objetivos:

- Avaliar o conhecimento de pessoas idosas sobre prevenção de quedas;
- Identificar a importância atribuída pelas pessoas idosas à prevenção de quedas e a sua disposição para adotar medidas preventivas;
- Analisar a associação entre o conhecimento das pessoas idosas sobre a prevenção de quedas e aspetos sociodemográficos (escolaridade, idade, sexo) e de saúde (estado de saúde, histórico anterior de quedas).

Para o efeito, nos termos do protocolo do estudo que junto se anexa, aplicar-se-á o Questionário de Saúde e Quedas, validado para população portuguesa por Valente (2012), previamente autorizado pela autora.

Mais se informa, que o processo se encontra instruído nos termos preconizados na "lista de verificação de documentos (Mod.Q741.2 Ago/2020)".

Pede deferimento,

Ponte de Lima, 20 de junho de 2024

Tânia Araújo

Deliberação tomada na ata N.º 716, data 16-01-2025

Autorizado

> ACA

Dr. João Porfírio Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Manuel Silva da Cunha
Diretor Clínico CSP Diretora Clínica CSH

Dra. Paula Cristina Amorim Felgueiras

Enf. Rosinda Marinho Pereira da Costa
Enfermeira Diretora Vogal Executiva

Dra. Susana Maria Lopes Cardoso

ANEXO III - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

1. Estado de Saúde Geral

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

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.2. 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

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

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

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.5. Foi sujeito a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses? ☐ Não ☐ Sim

1.5.1. 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:

Doença	Tipo	Nº de Medicamentos	Há quanto tempo?
Psíquica			
Cardiovascular			
Alergias			
Músculo-esquelética			
Diabetes			
Cerebro-vascular			
Outra			

4. Ocorrência de quedas (últimos 12 meses)

4.1. Tem medo de cair?

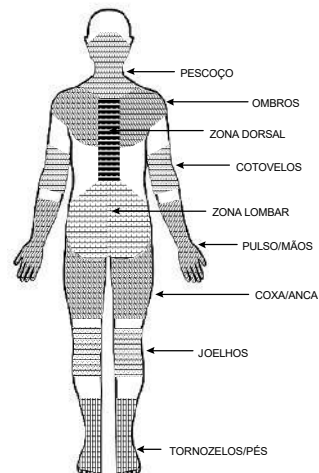
Nunca Ocasionalmente Frequentemente Sempre

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

☐ Não ☐ Sim Qual (quais)? _____

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 (passeio, outro)
Porque caiu?	
☐ Escorreguei ☐ Tropecei ☐ Perdi os sentidos ☐ Tive uma tontura ☐ Senti fraqueza nas pernas Outra: _____	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.	

4.3. Pratica exercício regularmente? ☐ Não ☐ Sim

Tipo _____ Frequência semanal _____ Duração _____

Tipo _____ Frequência semanal _____ Duração _____

ANEXO IV – PANFLETOS DOS ALUNOS DA LICENCIATURA



PASSOS SEGUROS

PREVINA AS QUEDAS E TORNE A SUA VIDA MAIS SEGURA!



USE CALÇADO E VESTUÁRIO APROPRIADO



PEÇA AJUDA SE NÃO CONSEGUIR LEVANTAR-SE SOZINHO



COLOQUE CORRIMÃO FIXADO NA PAREDE PARA APOIAR-SE



VERIFIQUE SE A BORRACHA DOS AUXILIARES DE MARCHA ESTÃO ÍNTEGROS



ADAPTE OS MÓVEIS ÀS SUAS NECESSIDADES



NÃO SE LEVANTE RÁPIDO



CONHEÇA A SUA MEDICAÇÃO



ASSEGURE-SE QUE O PISO ESTÁ SECO, SEM OBJETOS E TAPETES SOLTOS



MANTENHA UMA BOA ILUMINAÇÃO



ENSINO CLÍNICO-CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA GESTORA: ENF.ª ELSA CERQUEIRA
ALUNAS: RAQUEL FERNANDES E SÓFIA TOMÁS
DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2019) PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NA QUEDA DO ADULTO EM CUIDADOS HOSPITALARES.
GOVERNO DOS AÇORES (2017) ENVELHECIMENTO ATIVO: MANUAL DO CUIDADOR PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS. REDE REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.

REPÚBLICA PORTUGUESA

SNS

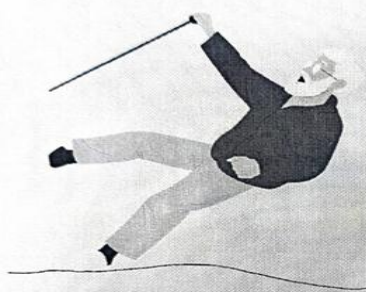
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO

USP Leões ipvc

Prevenção de Quedas

QUEDA...

Definida pela OMS como "o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior, excluindo a intenção de mudança de posição".



CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS:

- Redução da qualidade de vida e da produtividade.
- Aumento da ansiedade e depressão.
- Diminuição da atividade e mobilidade.
- Redução do contacto social.
- Aumento do uso de medicação.
- Maior dependência dos serviços médicos e sociais e de cuidadores informais.
- Limitação física a longo prazo, dependência grave ou lesões fatais.

RECOMENDAÇÕES:

- Remova objetos espalhados pelo chão, ou que não pertençam ao campo de visão (objetos pequenos).
- Remova os tapetes ou aplique fitas antiderrapantes nos tapetes e em degraus.
- Dê preferência a bases de chuveiro ao invés de banheiras. Todavia, no caso de banheiras aplique fitas antiderrapantes.
- Mantenha uma boa iluminação nos quartos/salas de toda a casa, com especial atenção a escadas.
- Ligue a luz nas idas à casa de banho durante a noite.
- Coloque um candeeiro ao lado da cama que não se encontre a uma distância maior do que o braço estendido e que seja fácil de ligar.
- Arranje os degraus soltos ou irregulares.
- Instale corrimões nas escadas, de preferência dos dois lados. Coloque também barras de apoio junto da banheira/chuveiro e sanita.
- Não ande descalço em casa e, de preferência opte por calçado antiderrapante e fechado.







Freguesia de Fontão

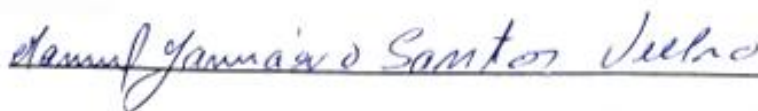
Declaração

A Junta de Freguesia de Fontão, concelho d Ponte de Lima, com sede na Av. Fonte da Igreja, mº 224, 4990-610 Fontão, declara, para os devidos fins, que a Enfermeira Tânia Cristina de Sousa Araújo com CP nº 69670 realizou uma formação sobre Quedas em Pessoas Idosas: Prevenção – Barreiras e Medidas no dia 15 fevereiro de 2025 com duração de 1h.

Mais se declara que, no âmbito das suas funções, a referida Enfermeira organizou, no dia 16 março de 2025, uma caminhada pela Pessoa Idosa, Caminhamos Juntos pela Prevenção com o principal objetivo de promover, incentivar a atividade, hábitos saudáveis entre pessoas idosas, prevenindo a queda.

Fontão, 30 março de 2025

Assinatura e carimbo,



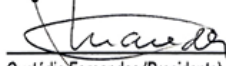


Certificado

Tânia Cristina de Sousa Araújo, portadora do Cartão Profissional n.º 69670, organizou a atividade **“Caminhada pela Pessoa Idosa – Caminhamos Juntos pela Prevenção”**, realizada no dia 30 de março de 2025, na Freguesia de São Pedro D’Arcos.

A iniciativa teve como principal objetivo promover e incentivar hábitos de vida saudáveis entre a população idosa, contribuindo para a prevenção de quedas e para a valorização do envelhecimento ativo.

Freguesia de São Pedro d'Arcos


Custódio Fernandes (Presidente)

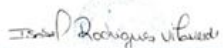


Certificado

Tânia Cristina de Sousa Araújo, portadora do Cartão Profissional n.º 69670, organizou a atividade **“Caminhada pela Pessoa Idosa – Caminhamos Juntos pela Prevenção”**, realizada no dia 30 de março de 2025, na Freguesia de Bertandos.

A iniciativa teve como principal objetivo promover e incentivar hábitos de vida saudáveis entre a população idosa, contribuindo para a prevenção de quedas e para a valorização do envelhecimento ativo.

Isabel Rodrigues Vilaverde


(Presidente da Junta de Freguesia)

Declaração

A Casa da Cerca- Residência Sénior, com sede na R. Dom João Peres De Aboim 10, 4980-016 Pte. Da Barca, declara, para os devidos fins, que a Enfermeira Tânia Cristina de Sousa Araújo com CP nº 69670 realizou uma formação sobre Quedas em Pessoas Idosas: Prevenção – Barreiras e Medidas no dia 22 fevereiro de 2025 com duração de 1h.

Mais se declara que, no âmbito das suas funções, a referida Enfermeira divulgou um jogo “**Movimenta em Família**”, às Pessoas Idosas presentes, seus familiares, assim como aos colaboradores da instituição.

Ponte da Barca , 27 fevereiro de 2025

Assinatura e carimbo,


SAG- SERVIÇO DE APOIO SÉNIOR, Lda.
Cont. nº 207 905 508
R. Dom João Peres de Aboim
4980-016 PONTE DA BARCA



Centro Social Paroquial da Correlhã
IPSS n.º 1555- NIF: 501859144
Tel. 258 909 620 (chamada para rede fixa nacional)
Rua de S. Tomé da Correlhã n.º 130 - Correlhã
4990-306 Ponte de Lima
e-mail: cspcorrelha@gmail.com

DECLARAÇÃO

O Centro Social Paroquial da Correlhã com sede Rua de S. Tomé da Correlhã n.º 130, 4990-306 Ponte de Lima, declara, para os devidos fins, que a Enfermeira Tânia Cristina de Sousa Araújo com CP n.º 69670 realizou uma formação sobre Quedas em Pessoas Idosas: Prevenção – Barreiras e Medidas no dia 13 fevereiro de 2025 com duração de 1h.

Mais se declara que, no âmbito das suas funções, a referida Enfermeira divulgou um jogo **“Movimenta em Família”**, às Pessoas Idosas presentes, seus familiares, assim como aos colaboradores da instituição.

Correlhã, 17 fevereiro de 2025



ANEXO VII- FORMAÇÕES FREQUENTADAS

- Webinar “Papel das Superfícies de Apoio na Prevenção das Úlceras de Pressão – Ordem dos Enfermeiros, no dia 20 setembro de 2023;
- Webinar- Cuidados Paliativos, Projetos Liderados por Enfermeiros – Ordem dos Enfermeiros – 20 setembro de 2023
- V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar no dia 26,27 e 28 outubro de 2023;
- Webinar – Ontologia de Enfermagem – Ordem dos enfermeiros; 9 abril de 2024;
- II Encontro de Enfermagem Comunitária – (Re)Conhecer e (Trans)Formar; 15 maio de 2024;
- IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem; Ordem dos Enfermeiros; 21 maio de 2024;
- Enfermagem às Quintas – Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade – Ordem dos Enfermeiros – 23 maio 2024;
- Congresso ATPFeridas24 “A 26ª Sinfonia: Os tons da Cicatrização nos dias 7 e 8 novembro de 2024;
- Primeiras Jornadas de Enfermagem dos CSP da ULS Barcelos/Esposende; 12 novembro de 2024;
- III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de Respostas” – 21,22 e 23 novembro de 2024;
- Quedas, como prevenir – Trofa Saúde; 8 janeiro de 2025;
- Health Literacy – Programa doutoral em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia e Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra entre os dias 13 a 17 janeiro de 2025;
- Webinar: Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros; 21 janeiro de 2025;
- Workshop: Controlar a diabetes: se não agora, quando? Ascensia; 21 a 25 janeiro de 2025;
- International Congresso Family Health (ICFH’25) – 7 E 8 fevereiro de 2025;
- Sexualidade ao longo da Vida – Trofa Saúde no dia 5 março 2025;
- III Congresso de Obesidade – Trofa Saúde 6 março de 2025;
- Webinar: Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade – Ordem dos Enfermeiros; 15 abril de 2025;

- Workshop: A narrativa como estratégia de intervenção em Saúde Familiar; 29 maio de 2025;
- Workshop: Cessação Tabágica: Intervenção com a Família; 29 maio de 2025;
- VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, nos dias 29,30 e 31 maio 2025;
- Vidas sem Feridas – Desbridar a quebra do ciclo; 11 junho 2025;
- EaQ – Governace Clínica – Ordem dos Enfermeiros- 12 junho 2025;
- Webinar: Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoa Idosa – 25 junho de 2025;
- EaQ – Esclarecer sobre a Ética e Deontologia; Ordem dos Enfermeiros -26 junho de 2025;
- EaQ – Cuidador Informal; Ordem dos Enfermeiros – 11 setembro de 2025
- Jornadas de Endocrinologia e Diabetes de Braga; 10 outubro de 2025;

Divulgações:

Coconstrução de uma apresentação “Gestão de conflitos em Enfermagem de Saúde Familiar: Da revisão narrativa às perceções de enfermeiros na forma de Comunicação oral, inserido no IV Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar, apresentado pela colega de trabalho Isabel Pereira;

Coconstrução de uma apresentação “Comunicação de más notícias em Enfermagem de Saúde Familiar: Da revisão narrativa às perceções de enfermeiro na forma de Comunicação oral, inserido no IV Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar, apresentado pela colega de trabalho Ana Abreu;

Intervenção nos Fatores de Risco Modificáveis para Quedas no Domicílio

Joana Cameira¹, Ana Coroads¹, Joana Gonçalves¹, Isabel Chão¹

1. Internas de Formação Específica de MGF- USF Gil Eanes, ULSAM



INTRODUÇÃO

As quedas nos idosos originam significativa morbimortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar e a segunda principal causa de mortes acidentais em todo o mundo. A sua prevenção é um objetivo de saúde pública, sendo essencial investigar as causas e determinar estratégias de sensibilização para a criação de ambientes mais seguros, eficazes na redução do risco.

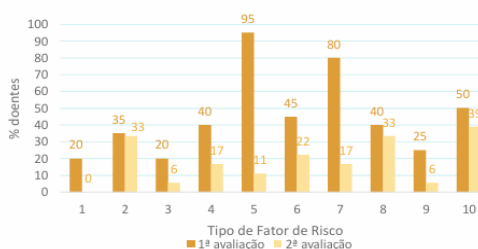
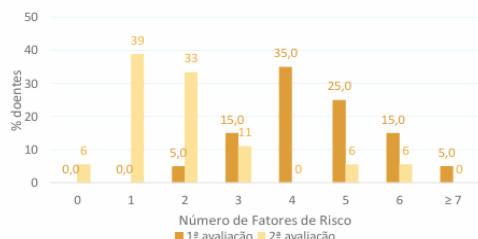
OBJETIVOS

- Identificação de Fatores de Risco Modificáveis (FRM) para queda existentes no domicílio de doentes idosos dependentes
- Promoção de estratégias de forma a que estes FRM possam ser modificados ou eliminados.

METODOLOGIA



RESULTADOS



Na primeira fase foram avaliados 25 doentes, excluindo-se 5 por se encontrarem alectuados. A totalidade dos doentes avaliados apresentava pelo menos 2 FRM, sendo que 45% (n=9) apresentavam 5 ou mais.

FRM mais frequentes (1ª VD)



Calçado desadequado (95%)



Presença de obstáculos (80%)



Ausência de WC adaptada (50%)

Na segunda fase foram avaliados 18 doentes. Os FRM mais corrigidos foram a adequação do calçado e a eliminação dos obstáculos. A proporção de doentes com mais de 5 FR reduziu.

FRM mais frequentes (2ª VD)



Ausência de WC adaptada (38,5%)



Ausência de sinalização nas escadas (33,3%)



Altura da cama desadequada (33,3%)

DISCUSSÃO

Avaliaram-se 67% dos doentes com VD agendada durante o período de estudo, verificando-se uma redução no número de FRM em todos (média de 4,45 para 2). Pela elevada taxa anual de queda em doentes idosos, é essencial a sua prevenção, tendo a equipa de saúde familiar um papel central na identificação dos FRM e sensibilização para a sua correção. Face aos bons resultados obtidos, as autoras consideram generalizar o uso da Check-list nos domicílios realizados pelas equipas de saúde familiar.

BIBLIOGRAFIA: World Health Organization – WHO (2012a). Falls. Disponível em <http://www.WHO.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>. Acedido em fevereiro 1, 2019. | NOC 008/2019 "Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares", DGS; 2019

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** especifique Sim ☐ Não ☐ Se sim,

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Investigador: Tânia Cristina de Sousa Araújo

Orientação: Prof. Doutora Carminda Morais

Este estudo irá ser realizado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com relatório, inserido no II Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Saúde de Viana do Castelo, inserido no ano letivo 2024/2025, sob orientação pedagógica pela Professora Doutora Carminda Morais e com orientação de prática clínica Enfermeira Especialista e Mestre Elsa Cerqueira. Este estudo decorrerá na Unidade de Saúde Familiar “Mais Saúde” em Ponte de Lima.

Como objetivos pretende-se:

- Avaliar o conhecimento de pessoas idosas sobre prevenção de quedas;
- Identificar a importância atribuída pelas pessoas idosas à prevenção de quedas e a sua disposição para adotar medidas preventivas;
- Analisar a associação entre o conhecimento das pessoas idosas sobre a prevenção de quedas e aspetos sociodemográficos (escolaridade, idade, sexo) e de saúde (estado de saúde, histórico anterior de quedas);

A participação no estudo é de livre e espontânea vontade e após leitura prévia desta informação. A não participação não implica quaisquer implicações no estudo. Fica a ressalva que em caso de participação serão salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos dados até ao momento da sua divulgação formal e que esta prova será destruída após a conclusão do estudo. Disponível para qualquer esclarecimento através do email tcristinaaraujo@ipvc.pt.

Fui convidada(o), a participar do estudo “Queda em Pessoas Idosas -Capacitação e Prevenção”. Como este estudo pretendo avaliar o conhecimento dos PESSOA IDOSAPESSOA IDOSAs 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 colocar questões e as mesmas foram esclarecidas.

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: tcristinaaraujo@ipvc.pt.

(Assinatura Entrevistado)

Data __/____/____

(Assinatura Investigadora)

Data __/____/____

**APÊNDICE III – CARTÃO DE CONTACTOS DE EMERGÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS
COM ALTO RISCO DE QUEDA**

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO  USF +SAÚDE  utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO  Faculdade de Ciências da Saúde Escola Superior de Saúde		
 INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde		
	Nº Emergência	112
	Linha Apoio Saúde 24	808242424
	Bombeiros	258909200
	Hospital	258909500
	USF Mais Saúde	258909286
	GNR	258900240
	PSP	258743768
	Coordenadas	
	Familiar Referência	

		
		Versão: Próx. Revisão:

Introdução

Nos últimos anos, o índice de envelhecimento em Portugal passou 144,4% em 2010 para 165,1% em 2020 (Pordata,2022).

As quedas são recorrentes na população idosa, que resultam em consequências negativas para bem-estar do utente, família e sociedade por isso a prevenção é imprescindível (Teixeira ~~et al.~~, 2019).

O risco e a incidência de quedas aumentam de forma significativa com o envelhecimento, especialmente entre mulheres e idosos com 75 anos ou mais. Essa situação poderá estar associada a uma maior fragilidade das mulheres, maior prevalência de patologias crónicas, consumo de medicação e longevidade das mulheres em relação aos homens (Rodrigues &Alvarenga, 2020).

A prevalência da osteoporose continua a crescer, contribuindo para o aumento da morbimortalidade relacionada às fraturas osteoporóticas, que, em sua maioria, ocorrem devido a quedas. Dentre essas, a fratura do fémur proximal destaca-se por ter o maior impacto socioeconómico (Branco ~~et al.~~, 2019).

A prevenção de quedas representa um desafio significativo face ao envelhecimento da população, uma vez proporção de quedas tem aumentando ao longo dos grupos etários, tendo 31,4 do total de quedas ocorrido no grupo dos 85anos e mais (Branco ~~et al.~~, 2019).

Estes episódios de queda têm um impacto económico considerável para as famílias, comunidades e sociedade como um todo, sendo que esse efeito no setor da saúde tem crescido de forma alarmante em nível global. Para prevenir a ocorrência de quedas em idade mais avançada, é fundamental promover mudanças comportamentais e realizar modificações no ambiente, pois essas ações são essenciais para um envelhecimento saudável, para a manutenção da independência e para a redução do risco de quedas (OMS, 2010).

Definições

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007, pág. 9), no Relatório Mundial de Prevenção da Saúde da OMS de Quedas em Pessoas Idosas, as quedas são um “evento involuntário que faz com que perca o equilíbrio e encontre o seu corpo no chão ou em outra superfície firme para o impedir”.

A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define queda pelo foco de cair: “executar uma descida de um corpo a nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos e permanecer na vertical”.

Para ~~Papaléo~~-Neto e Brito (2001), a queda pode ser explicada como um episódio não intencional que

Elaborado por:	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral	Página 1 de 4
Em:	Em:	Em:	

		
		Versão: Próx. Revisão:

leva a pessoa imprevidente a cair ao chão, do seu nível ou de um nível inferior. São mais comuns em idosos e, na maioria das vezes, são proporcionadas por fatores ambientais.

Aproximadamente entre 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos caem em cada ano (OMS,2010). Em 2019, conforme os dados EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, a maioria dos casos de acidentes domésticos que recorreram às urgências foram as quedas com 67,9%, sendo as pessoas idosas o grupo mais afetado e com ocorrência de quedas em casa (EVITA,2020).

Quer em Portugal como noutros países, os acidentes domésticos e lazer na pessoa idosa tem aumentando desde abril de 2020 com representação de 73,2% (Alves et al., 2021).

Segundo a OMS (2021) uma queda consiste num evento que resulta em ficar inadvertidamente no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos.

As quedas são explanadas como uma modificação não intencional do corpo para uma altura inferior à posição inicial, sem correção em tempo útil e são explicadas por fatores multifatoriais que comprometem a estabilidade da pessoa (Gomes et al., 2014; Miranda et al., 2019).

Para Mendes et al (2020), as quedas nas pessoas idosas têm reflexão no seu dia-a-dia, através de lesões, aumentando a dependência e diminuindo a funcionalidade, que levam a consequências sociais e económicas. Em Portugal, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) referentes a 2020, as quedas foram responsáveis por 1.033 mortes, o que corresponde a 1,13 % do total de óbitos.

Segundo Santos et al (2020) as quedas interferem na qualidade de vida da pessoa idosa e condicionam o convívio social e familiar, pelo medo de cair, pelas fraturas pode limitar a progressiva participação nas atividades do dia-a-dia e diminuir a sua capacidade funcional.

Objetivos

Estabelecer um procedimento sistemático para avaliar os fatores de risco dos utentes com mais de 65anos através do uso da Escala de Morse;

Âmbito

Pessoas com 65 anos ou mais inscritas na USF.

Elaborado por:	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral	Página 2 de 4
Em:	Em:	Em:	

		
		Versão: Próx. Revisão:

Periodicidade da Avaliação:

Primeira avaliação aos 65 anos;

Reavaliação anual na primeira consulta de enfermagem na USF;

Reavaliação a cada evento (ex: queda, hospitalização, agravamento funcional).

Instrumentos de Avaliação:

Escala de Morse

Descrição do Procedimento:

Anamnese:

- Histórico de quedas nos últimos 12 meses
- Alterações recentes na marcha, equilíbrio ou visão
- Uso de dispositivos de auxílio
- ~~Polimedicação.~~

Exame físico:

- Marcha, postura e equilíbrio
- Acuidade visual
- Sinais neurológicos
- Pressão arterial ortostática

Avaliação ambiental:

- Condições de habitação e fatores de risco domiciliares.

Classificação do Risco

- Sem risco
- Baixo risco
- Alto risco

Elaborado por:	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral	Página 3 de 4
Em:	Em:	Em:	

		
		Versão: Próx. Revisão:

Intervenções

- Educação para Saúde para pessoa Idosas e familiares, através da VD;
- Revisão da medicação;
- Encaminhamento para serviços de apoio;
- Intervenção transdisciplinar

Registo Clínico

- Registo no sistema informático (~~Sc~~~~línica~~)
- Atualização do plano de cuidados individualizado

Avaliação e Qualidade

Indicadores: número de quedas, reavaliações, encaminhamentos

Reuniões de equipa para revisão do protocolo

Responsabilidades: Equipa de enfermagem em articulação com equipa médica

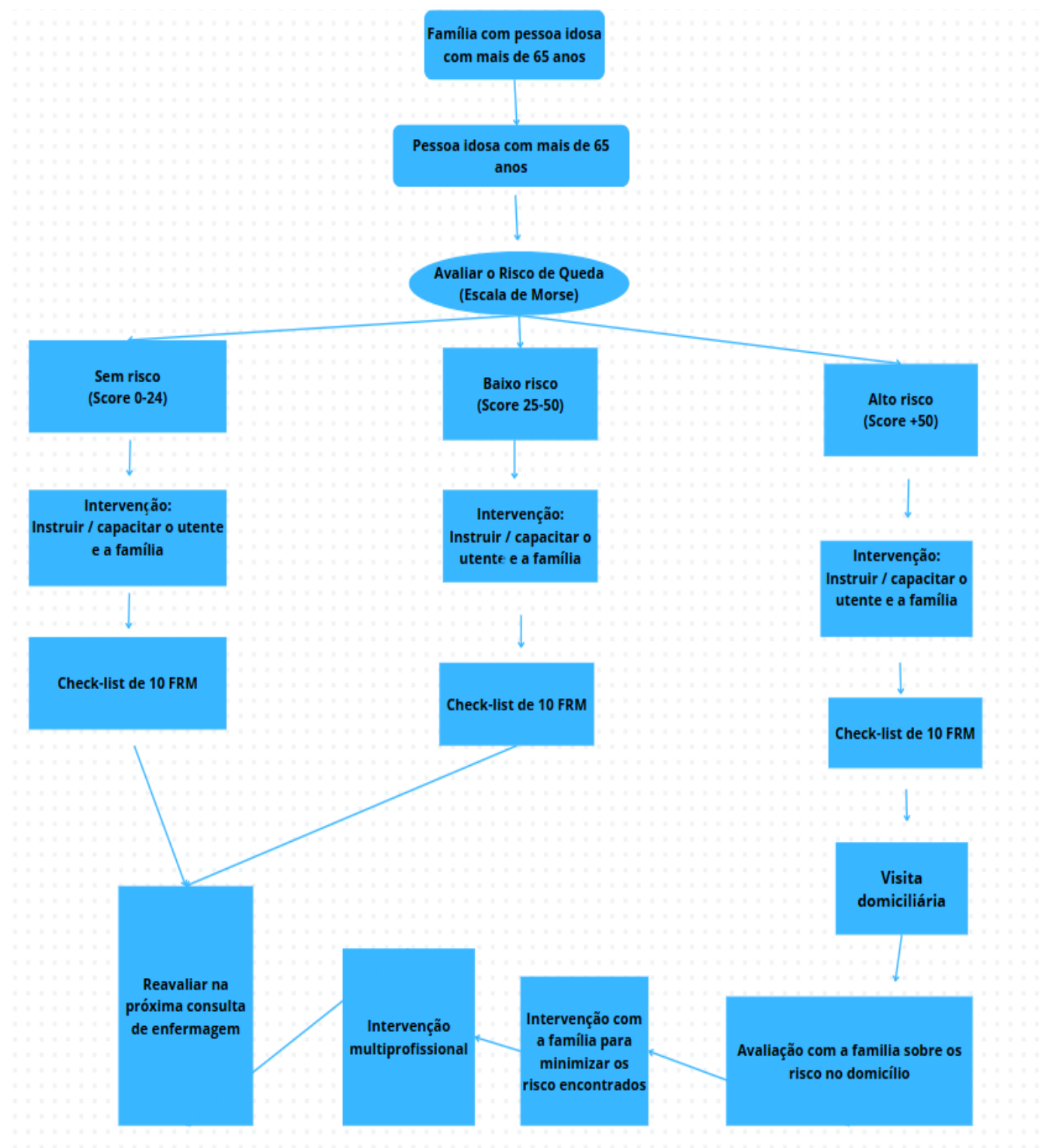
Aplicação do procedimento: a todos os enfermeiros da USF Mais Saúde

Avaliação do procedimento: sempre que necessário

Revisão: sempre que necessário

|

Elaborado por:	Verificado Conselho Técnico	Aprovado Conselho Geral	Página 4 de 4
Em:	Em:	Em:	



APÊNDICE V – PLANIFICAÇÕES PARA FORMAÇÕES

Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde

Área de formação: Quedas em Pessoas Idosas

Sessão: Prevenção – Barreiras e Medidas

Contextualização do tema: As quedas são acontecimentos que surgem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). Com o processo de envelhecimento, diferentes alterações, como a incapacidade funcional da pessoa idosa apresentam maior probabilidade de ocorrência de quedas (Santos et al., 2020). Deste modo, torna-se imprescindível desenvolver intervenções na prevenção de quedas na pessoa idosa, envolvendo as mesmas e a sua família para a adoção de medidas preventivas, de modo a diminuir o risco de queda.

Data: 13 fevereiro de 2025

Horário: 9.30

Local: Centro Social e Paroquial da Correlhã

Duração: 60 min

Destinatários: Pessoas idosas e familiares

Formadora: Tânia Araújo

Objetivos:

- Enunciar pelo menos duas barreiras
- Enunciar pelo menos duas medidas preventivas.
- Mencionar o que fazer em caso de queda

Conteúdo:

- Definição de quedas
- Quedas – problemas
- Dicas para prevenir queda
- Como fazer se cair e como fazer se não se conseguir levantar?

Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde

Área de formação: Quedas em Pessoas Idosas

Sessão: Prevenção – Barreiras e Medidas

Contextualização do tema: As quedas são acontecimentos que surgem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). Com o processo de envelhecimento, diferentes alterações, como a incapacidade funcional da pessoa idosa apresentam maior probabilidade de ocorrência de quedas (Santos et al., 2020). Deste modo, torna-se imprescindível desenvolver intervenções na prevenção de quedas na pessoa idosa, envolvendo as mesmas e a sua família para a adoção de medidas preventivas, de modo a diminuir o risco de queda.

Data: 22 fevereiro de 2025

Horário: 9.30

Local: Casa da Cerca – Residência Sénior

Duração: 60 min

Destinatários: Pessoa Idosa e familiares

Formadora: Tânia Araújo

Objetivos:

- Enunciar pelo menos duas barreiras
- Enunciar pelo menos duas medidas preventivas
- Mencionar o que fazer em caso de queda
- Apresentação do jogo Movimenta em Família

Conteúdo:

- Definição de quedas
- Quedas – problemas
- Dicas para prevenir queda
- Como fazer se cair e como fazer se não se conseguir levantar?

Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde

Área de formação: Quedas em Pessoas Idosas

Sessão: Prevenção – Barreiras e Medidas

Contextualização do tema: As quedas são acontecimentos que surgem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). Com o processo de envelhecimento, diferentes alterações, como a incapacidade funcional da pessoa idosa, apresentam maior probabilidade de ocorrência de quedas (Santos et al., 2020). Deste modo, torna-se imprescindível desenvolver intervenções na prevenção de quedas na pessoa idosa, envolvendo a mesma e a sua família para a adoção de medidas preventivas, de modo a diminuir o risco de queda.

Data: 15 fevereiro de 2025

Horário: 9.30

Local: Junta de Freguesia de Fontão

Duração: 60 min

Destinatários: Pessoas Idosas e familiares

Formadora: Tânia Araújo

Objetivos:

- Enunciar pelo menos duas barreiras
- Enunciar pelo menos duas medidas preventivas.
- Mencionar o que fazer em caso de queda

Conteúdo:

- Definição de quedas
- Quedas – problemas
- Dicas para prevenir queda
- Como fazer se cair e como fazer se não se conseguir levantar

Planeamento de atividade – Sessão de Educação para a Saúde

Área de formação: Quedas em Pessoa Idosa

Sessão: Ação de sensibilização para prevenção de quedas

Contextualização do tema: As quedas são dos incidentes que ocorrem com mais frequência entre a população idosa (Miranda et al., 2019). A pessoa idosa apresenta uma grande probabilidade de quedas durante o processo de envelhecimento dadas as alterações decorrentes do mesmo, como a incapacidade funcional (Santos et al., 2020).

Data: 31 janeiro de 2025

Horário: 13:30

Local: USF Mais Saúde

Duração: 30 min

Destinatários: Equipa multidisciplinar da USF Mais Saúde

Formadora: Tânia Araújo

Objetivos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção de quedas;
- Promover participação de equipa na prevenção de quedas (através da monitorização da escala de morse);
- Promover a comunicação e a cooperação interprofissional na prevenção de quedas.

Conteúdo:

- Breve enquadramento: impacto das quedas na saúde;
- Compreender os fatores de risco e consequências das quedas;
- Prevenção de quedas;
- Registo no SClínico.

APÊNDICE VI – COCONSTRUÇÃO DE JOGO “CASA SEGURA”



Objetivo: Ser o primeiro a chegar ao final do percurso superando desafios e adquirindo conhecimentos sobre prevenção de quedas.

Material:

1 Tabuleiro com um caminho

4 Peões

1 Dado

Cartas de Desafio

Cartas de Sorte/Azar

Como Jogar:

Cada jogador escolhe um peão e posiciona na casa inicial.

Na sua Vez, o jogador lança o dado e avança o número de casas correspondente.

Cada casa representa um desafio: tira uma carta e responde a uma pergunta sobre prevenção de quedas. Se acertar, pode avançar 1 casa extra.

Se errar, tira uma carta de exercício: O jogador deve realizar uma atividade simples, como levantar os braços, equilibrar-se por alguns segundos ou levantar-se e sentar-se da cadeira. Ao completar, pode avançar 1 casa extra.

O primeiro a alcançar a chegada vence o jogo.

Categoria:

Atividade Física

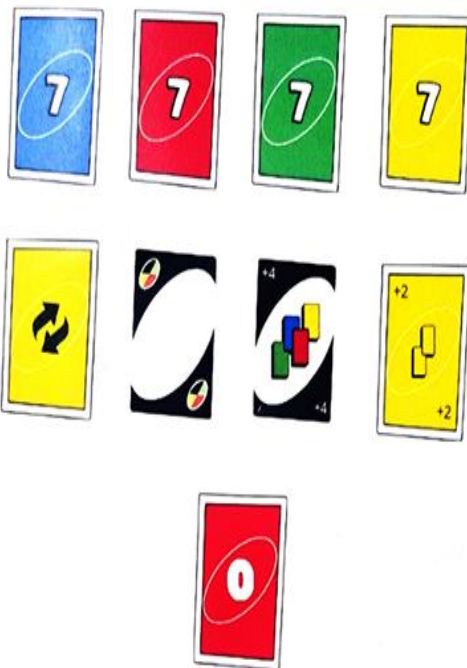
Movimenta em Família

Categoria:

Atividade Física

Instruções

- 1 **Inverter** - Mudança de direção dos jogadores
- 2 **Carta branca** - Exercício livre para o grupo
- 3 **Cartas +4** - Escolhe a cor e o próximo jogador realiza 4 vezes o exercício da cor escolhida
- 4 **Cartas +2** - O próximo jogador realiza o exercício 2 vezes
- 5 **Cartas 0** - Não realiza exercício e escolhe o jogador para realizar



Instruções

- 1 **Cartas azuis** - Exercícios de mobilidade
- 2 **Cartas vermelhas** - Exercícios de equilíbrio
- 3 **Cartas verdes** - Exercícios de alongamento
- 4 **Cartas amarelos** - Exercícios de coordenação

Nota: Os números indicam a quantidade de repetições

Nota: o jogo termina quando alguém ficar sem cartas

Mobilidade - Sentar e levantar da cadeira devagar (x vezes) / Na cadeira estique as pernas à frente e volte lentamente (x vezes)

Equilíbrio - Apoiar em uma perna x segundos/ Caminhada em linha reta (x passos)

Alongamento - Em pé incline o tronco para o lado, com os braços esticados acima da cabeça/(x vezes)

Coordenação - Levantar o joelho dto e toque com mão esq (x vezes) / Levantar o braço dto, perna esq, bater palmas, braço esq, perna dta, bater palmas (x vezes)

APÊNDICE VII – CAMINHADAS



MÊS DE MARÇO SAÚDE SÊNIOR

CAMINHADA PELA PESSOA IDOSA
CAMINHAMOS JUNTOS PELA PREVENÇÃO

BERTIANDOS

- **2 de Março 2025** – Junta de Freguesia de Bertandos
- Saída do Parque das Minodas
- Inscrições até 28 de fevereiro
- (+ 65anos – residentes no concelho)

SÃO PEDRO ARCOS

- **9 de Março 2025** – Junta de Freguesia São Pedro Arcos
- Saída da Junta de Freguesia
- Inscrições até 2 de março
- (+ 65anos – residentes no concelho)

FONTÃO

- **16 de Março 2025** – Junta de Freguesia Fontão
- Partida da Junta de Freguesia
- Inscrições até 9 de março
- (+ 65anos – residentes no concelho)





APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO À EQUIPA DA USF

Quedas em Pessoas Idosas: Capacitação e Prevenção

Monitorado:
 Tânia Araújo
Docente:
 Professora Doutora Carolina Mendes
Orientador:
 Mestre Especialista Elia Cristina

REPÚBLICA PORTUGUESA
 INE
 Plano de Uta, Junho de 2023

1

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo OMS (2021), "O ritmo de envelhecimento populacional é muito mais rápido do que no passado".

"O envelhecimento populacional é um problema de saúde emergente a nível mundial" (Carriaco&Claus, 2020)

PESSOA IDOSA

Para a OMS (2021), idoso é aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, esta etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos.

Plano de Uta, Junho de 2023

2

DADOS

Portugal é considerado o segundo país da Europa com o Índice de Envelhecimento mais elevado, configurando 161,3% (Pondra, 2021).

Segundo INE (2021), 23,4% da população residente em Portugal tem idade igual ou superior 65anos.

De acordo com OMS (2021) a saúde dos idosos devem-se a fatores genéticos, fatores pessoais, fatores ambientais físicos e sociais onde vivem.

Os incidentes que acontecem mais na pessoa idosa são as quedas que acontecem com maior incidência (Miranda et al, 2019).

Plano de Uta, Junho de 2023

3

DADOS

A população deste concelho tem vindo a caracterizar-se por um forte envelhecimento, Índice de Envelhecimento 215,7 (INE, 2023).

No âmbito da Rede Social do Município, bem como, a análise dos dados censitários existentes, revelaram que a população sofreu um propositivo envelhecimento, sendo que no período 2011-2022, houve uma acentuada perda de população jovem e um aumento da população idosa.

Plano de Uta, Junho de 2023

4

DADOS

No IB-CS2, através da pirâmide etária da população inscrita na USE, constatamos que a distribuição de utentes por sexo é relativamente equivalente, 4536 do sexo masculino e 4837 do sexo feminino.

A faixa etária entre os 50-64 representa o maior número de utentes, no entanto importante referir 1021 utentes apresentaram entre 65 e 74anos, e por sua vez 1135 utentes com idade superior 75anos.

Por sua vez o índice de dependência total de 52,04%, (SNS, 2024).

Plano de Uta, Junho de 2023

5

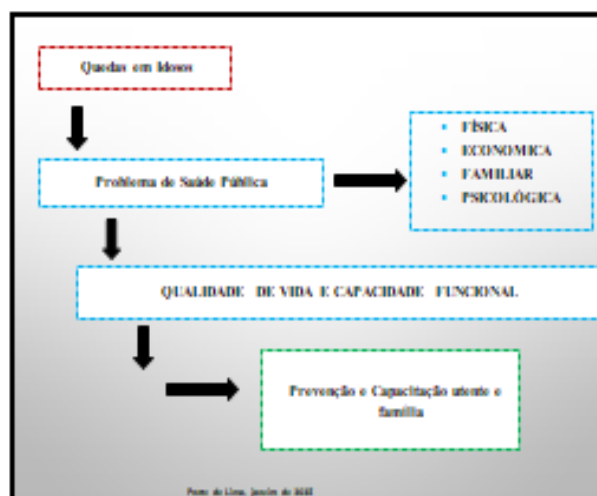
QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Objetivos

- Desenvolver competências em enfermagem especializada nomeadamente na enfermagem de saúde familiar;
- (Co)construir um projeto de intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF);
- Promover a participação da equipa multidisciplinar na prevenção de quedas;

Plano de Uta, Junho de 2023

6



7

QUEDAS NA PESSOA IDOSA

QUEDA

As quedas são consideradas um problema de saúde pública com sua incidência, mortalidade e morbilidade (Gaspard et al., 2019)

As quedas nos idosos tem impacto no dia-a-dia e no dia-a-dia das suas famílias.

Fonte de Lima, Jacinto de 2020

8

IMPACTOS E COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS

A incidência de quedas aumenta significativamente com avanço da idade, com pessoas com mais de 75 anos o risco de queda é maior (Rodrigues e Alvares, 2020).

A avaliação do risco de queda é fundamental para que se possam implementar medidas e consciencializar o utente e a família para proporcionar qualidade de vida (Rodrigues et al., 2018).

Para Alves et al. (2016) a queda é uma das importantes causas de dependência e incapacidade nos idosos, sendo é a causa direta de fraturas, em virtude da alta incidência, com consequências e grandes custos assistenciais.

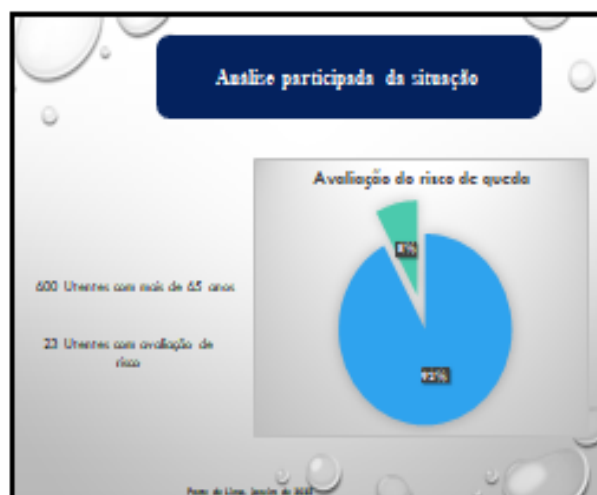
Fonte de Lima, Jacinto de 2020

9

PREVENÇÃO : É PRECISO CONHECER PARA PREVENIR

Fonte de Lima, Jacinto de 2020

10



11

PREVENÇÃO : É PRECISO CONHECER PARA PREVENIR

É fundamental capacitar/adaptar os idosos, familiares, cuidadores sobre fatores que originam os episódios de queda (Mendes et al., 2020).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 consolda quatro eixos:

- Saúde
- Participação
- Segurança
- Monitorização e investigação.

Fonte de Lima, Jacinto de 2020

12



13

A OMS (2010) indica três pilares para a prevenção de quedas:

- Aumentar a conscientização sobre a importância da prevenção das quedas.
- Melhorar a identificação e a avaliação dos fatores de risco e dos determinantes das quedas.
- Identificar e implementar intervenções realistas.

14



15

FATORES DE RISCO

Classificam-se os fatores de risco como intrínsecos (características biológicas do indivíduo como idade, sexo, comportamento e condições de saúde) e extrínsecos (ambiente familiar e social em que o idoso está inserido) (ALMEIDA et al., 2012).

Os fatores intrínsecos e extrínsecos podem interagir de diferentes maneiras e quanto maior a exposição aos fatores de risco, maior é a probabilidade de quedas e suas consequências (OMS, 2007).

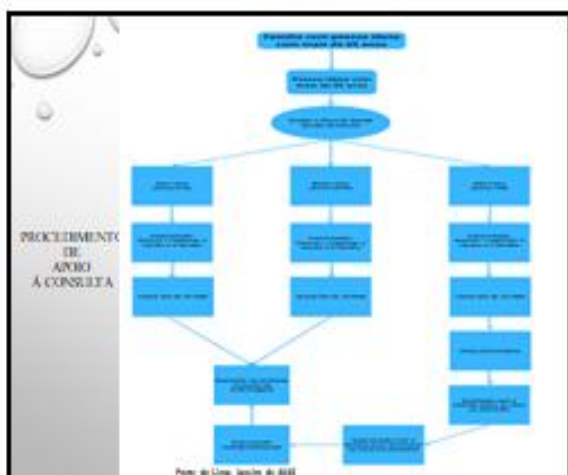
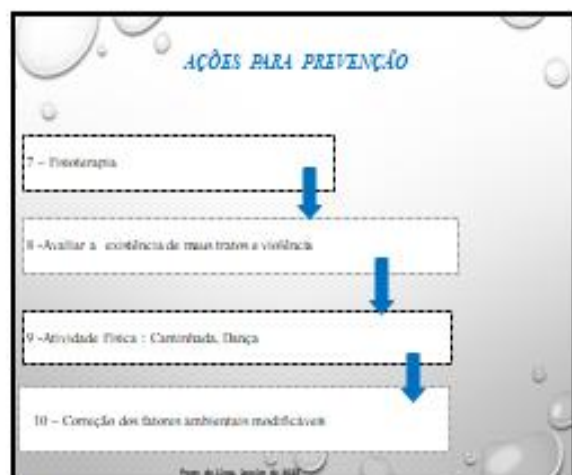
16



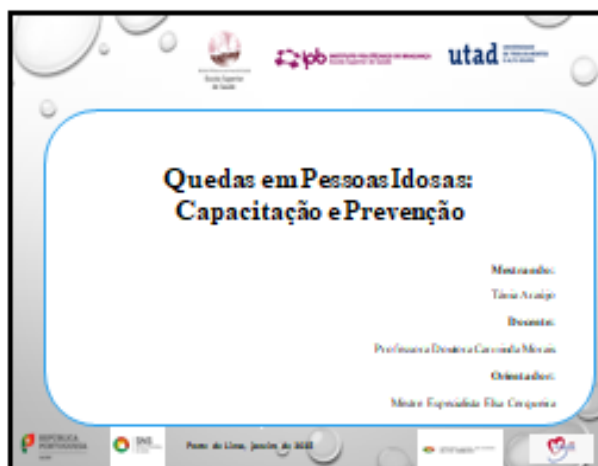
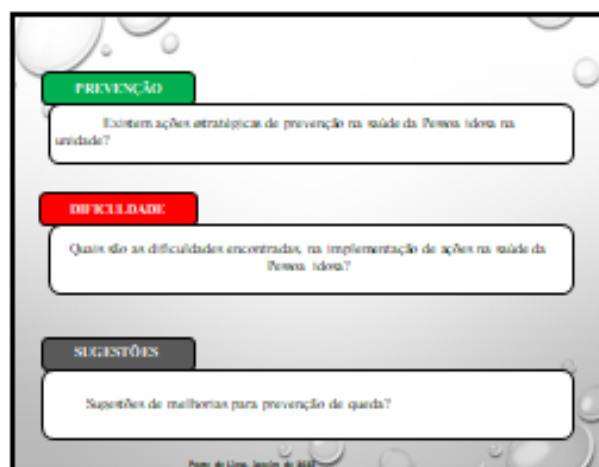
17



18

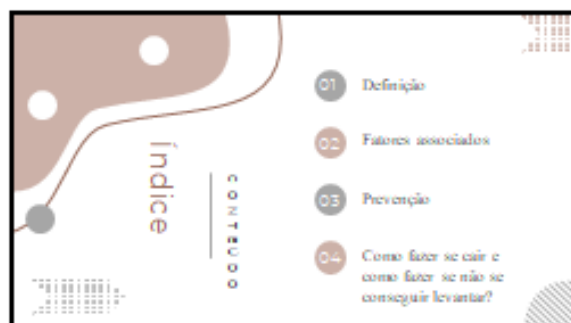


  		
	Nº Emergência	112
	Unidade Apoio Saúde 24	808242424
	Bombeiros	254909000
	Hospital	254909000
	USF Man Saúde	254909286
	GNR	254900240
	FPF	254743768
	Coordenadas	
	Função Referência	





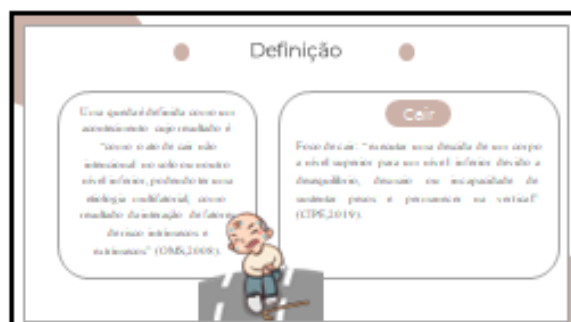
1



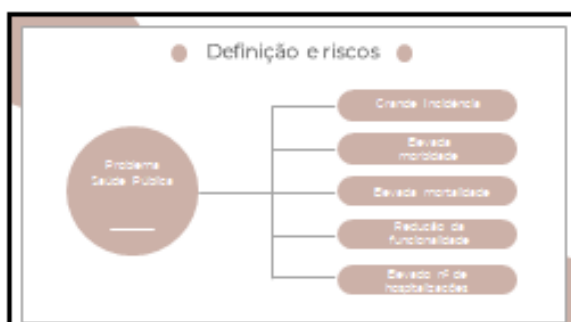
2



3



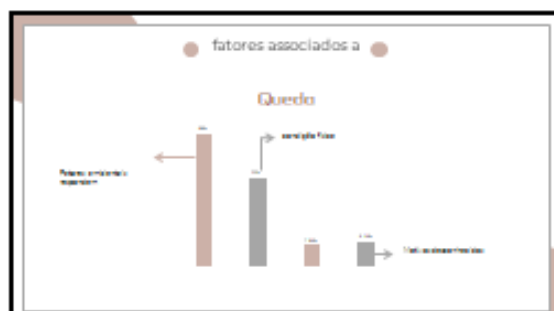
4



5



6



- fatores associados a

fatores contextuais

 - *Existe relação entre o uso de agentes baseados, e o uso de sistemas de apoio, com o uso de sistemas de apoio baseados em regras?*
 - *Podemos considerar que o uso de agentes baseados em regras é um tipo de sistema de apoio baseados em regras?*
 - *Por exemplo, quando os sistemas baseados em regras são usados para apoiar o uso de sistemas de apoio baseados em regras, são considerados sistemas de apoio baseados em regras?*
 - *Por exemplo, quando os sistemas baseados em regras são usados para apoiar o uso de sistemas de apoio baseados em regras, são considerados sistemas de apoio baseados em regras?*





13



14



15



16



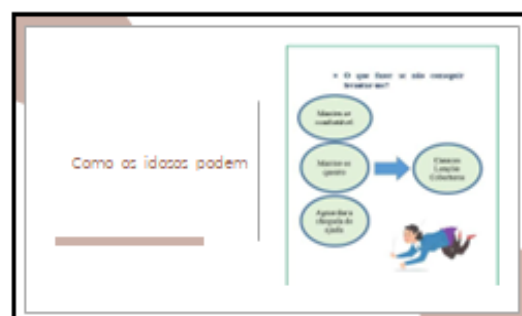
17



18



19



20



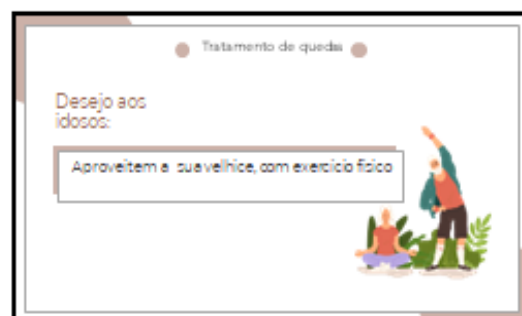
21



22



23



24

Bibliografia

- Conselho Interministerial da Estatística. (2019). *Classificação Internacional de Profissões da Regiões da América Latina (CIPRO)*. Conselho Interministerial da Estatística.
- Cruz, D. T., & Lamy, E. G. (2018). Quando o fator matemático não é o único responsável no desempenho: Revisão teórica de literatura e revisão sistemática. *Estadística*, 3, 874, 574-584. <https://doi.org/10.1590/1981-2256/20180021180090>
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Prevenção de quedas em idosos: recomendações. Estratégias e intervenções*. OMS.
- Xue, P., Shi, A., J. J., & Faller, J. W. (2014). Correlates of the main postural gait in elderly: the prevalence of gait and balance disorders. *Ageing & Health*.



Obrigada



Cartão de Apresentação do Curso de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas. O cartão apresenta o título principal "Quedas em Pessoas Idosas" e o subtítulo "Prevenção". Abaixo, há uma lista de temas a serem abordados: Mecanismos, Tipos de Quedas, Prevenção, Prevenção a Quedas e Condições Médicas, Orientações e Riscos e Espere! Não, Cuidado! No canto superior esquerdo, há uma ilustração de um casal idoso sentado em um banco. No canto superior direito, há uma barra com logos de parceiros institucionais, incluindo a Prefeitura Municipal de São Paulo e a Universidade de São Paulo (USP).

173

**APÊNDICE X – RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE FAMILIAR**

Atividade Desenvolvida	Competências Desenvolvidas
Formação à equipa multidisciplinar sobre diagnóstico de situação e prevenção de quedas (2 sessões)	- Demonstra capacidade de liderança e de trabalho em equipa multidisciplinar, fomentado a implementação de estratégias preventivas. - Promove práticas de enfermagem baseadas na evidência. - Desenvolve competências de comunicação e formação de pares com partilha e reflexão conjunta - Promove o trabalho colaborativo para melhoria continua da qualidade dos cuidados. - Planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da saúde junto de grupos vulneráveis.
Ações de educação para a saúde em instituições no total de 4 sessões (1 sessão numa EPSS, Lar Residência, ULDM e junta de freguesia direccionada as pessoas idosas, funcionários e familiares)	- Atua como facilitador de processos de capacitação individual, familiar e comunitária. - Adota uma abordagem educativa e preventiva, estimulando adoção de comportamentos seguros e reforça corresponsabilização da família na prevenção. - Garante a continuidade e a segurança dos cuidados. Garantir acesso rápido e apoio em emergência. - Promove a autonomia e a proteção da pessoa idosa em situação de risco. - Desenvolve intervenções centradas na pessoa e família. - Desempenha papel formador, mentor e promotor de práticas.
Elaboração e distribuição de cartões de contactos de emergência	
Coconstrução de panfletos informativos com estudantes da licenciatura em enfermagem sobre prevenção de quedas e “Passos Seguros”	- Valoriza a partilha de conhecimento e o trabalho colaborativo intergeracional. - Fomenta a utilização de práticas educativas baseadas na evidência.

Atividade Desenvolvida	Competências Desenvolvidas
Organização de caminhadas seniores em três Juntas de Freguesia e divulgação semanal de atividade física	- Promove o envelhecimento ativo e saudável. - Mobiliza recursos comunitários para a promoção da saúde. - Atua como agente de mudança e dinamizador comunitário.
Divulgação do jogo “Movimenta em Família” na EPSS, Lar e ULDM	- Desenvolve intervenções criativas e participativas na prevenção de quedas. - Incentiva a coesão familiar e o envolvimento intergeracional. - Utiliza estratégias educativas inovadoras.
Frequência de 27 ações de formação como formanda durante o período do mestrado	- Demonstra compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo. - Atualiza conhecimentos técnico-científicos de forma crítica e reflexiva. - Integra a aprendizagem ao longo da vida na sua prática.
Elaboração de protocolo para a consulta de avaliação do risco de queda	- Implementa processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. - Produz instrumentos de normalização da prática. - Garante a segurança e eficácia das intervenções de enfermagem.
Coconstrução do jogo educativo “Casa Segura”	- Desenvolve metodologias participativas e inovadoras. - Sensibiliza a comunidade para a prevenção de riscos no domicílio. - Promove o empoderamento e a literacia em saúde.

As ações de formação, tanto como formadora (6 ações) tanto como formanda (27 ações), reforçou o meu compromisso com a aprendizagem ao longo da vida e permitiu atualizar conhecimentos, competências essenciais à prática avançada de Enfermagem. A elaboração do protocolo de avaliação do risco de queda e a coconstrução de ferramentas educativas, como os jogos “Movimenta em Família” e “Casa Segura”, consistiram em momentos

de inovação com os princípios da investigação-ação, favorecendo o meu desenvolvimento na análise crítica, no planeamento e de avaliação, bem como a capacidade de adaptar intervenções à especificidade das pessoas e das famílias. As ações comunitárias, nomeadamente as caminhadas seniores, as sessões de educação para a saúde, e a distribuição dos cartões de contacto de emergência reforçando e ampliando as competências do EESF, no âmbito dos subsistemas, à luz de Bronfenneber. As mesmas ao serem desenvolvidas em parceria com as Juntas de Freguesia, evidenciam a importância do trabalho em rede, com envolvimento do poder local nas co construção da saúde. Do ponto de vista pessoal e profissional, este percurso potenciou o desenvolvimento de competências relacionais, éticas e científicas, promovendo uma prática crítica e reflexiva, sustentada na evidência. A mudança efetiva e sustentável em saúde só se constrói a partir da colaboração, da participação ativa e da coautoria com as pessoas, comunidades, designadamente do poder local, sustentando práticas baseadas na melhor evidência e na humanização dos cuidados.