

2012

# Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

Projeto: COM MAIS CUIDADO

Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas

## Manual de Apoio

## Formulário de Candidatura

1899-2012  
**112 anos**

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



FUNDACIÓN MAPFRE



FACULDADE DE MEDICINA HUMANITÁRIA



universidade  
de aveiro



Associação Portuguesa dos  
Enfermeiros de Reabilitação



Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa. 2012, 37 p

ISBN:

Palavras-chave:

*Acidentes/ Acidentes domésticos/ Pessoas idosas/ Envelhecimento ativo/ Projeto/Promoção da Segurança/ Comportamentos de Risco/ Promoção da Saúde/ Prevenção e Controlo / Serviços de Saúde*

#### **Autor:**

Gregória Paixão von Amann, Assistente Graduada Sénior da Carreira Médica de Saúde Pública  
Coordenadora do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (conforme Despacho do Diretor-Geral da Saúde, do dia 13 de dezembro de 2007  
Direção-Geral da Saúde/ Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde/ Divisão de Estilos de Vida Saudáveis

#### **Colaboração e revisão:**

Inês Silva, da Fundação MAPFRE

#### **Agradecimentos:**

A Direção-Geral da Saúde agradece a colaboração dos parceiros deste Projeto, nomeadamente, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Dr.ª Teresa Contreiras e Dr.ª Maria João Branco), da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Enf.ª Jorge Rosário), da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (Dr.ª Liliana Marques, Técnica de Saúde Ambiental), da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (Enf.ª Jorge Barros), dos especialistas da DGS, Arquiteta Claudia Weigert e Dr.ª Carlota Pacheco Vieira e da Dr.ª Maria João Quintela, consultora da DGS para a Saúde das Pessoas Idosas, da Universidade de Aveiro (Prof.ª Dr.ª Liliana Sousa e Prof.ª Dr.ª Maria da Piedade Brandão), da Faculdade da Motricidade Humana (Prof. Dr.ª Filomena Carnide), do Instituto de Ação Social das Forças Armadas (Enf.ª Maria José Cabrita), da IKEA Portugal (Dr.ª Maria João Franco) e da Fundação MAPFRE (Dr.ª Ana Teresa Ramos e Dr.ª Inês Silva).

#### **Edição:**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa.  
<http://www.dgs.pt/>

Todos os direitos reservados.

#### **Arranjo Gráfico:**

Gregória Paixão von Amann

Sugestão para citação: Amann, G P. *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário.* Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, Lisboa, 2012

## Índice

	Página
1. Enquadramento	4
a. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes	4
b. Envelhecimento demográfico	5
c. Envelhecimento ativo	6
d. Ano Europeu do envelhecimento ativo	7
e. Envelhecimento ativo e solidariedade intergeracional	8
2. Acidentes domésticos com pessoas idosas	10
a. Determinantes dos acidentes com pessoas idosas	11
b. Magnitude do problema	13
c. Custos económicos dos acidentes	15
3. Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas	18
a. Iniciativas na Europa e em Portugal	18
b. Estratégias de prevenção	20
c. Efetividade da intervenção	23
d. Avaliação da aptidão funcional	25
4. Projeto 'COM MAIS CUIDADO' de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas	28
a. Formulário do Projeto	29
b. Descrição e acesso aos materiais pedagógicos	33
5. Avaliação dos Projetos	34
6. Disposições Finais	36



## 1. Enquadramento

Nas pessoas com mais de 65 anos, os acidentes não intencionais são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade com elevado impacto na sua saúde e na qualidade de vida. Por isso, este tipo de acidentes, neste grupo etário é uma das prioridades do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

### a. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

O [Programa Nacional de Prevenção de Acidentes](#) tem como principal objetivo *promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência e, garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismo.*

Especificamente, o Programa desenvolve e/ou apoia iniciativas de promoção da segurança e prevenção universal dos acidentes destinadas à população em geral, já que todos podem ser vítimas de acidentes, mas, também, atividades de prevenção seletiva dirigidas a grupos ou segmentos da população identificados como de maior risco, como são as pessoas idosas.

O grupo etário de mais de 65 anos representa 14% das vítimas de acidentes de trânsito. O fator idade contribuiu, significativamente, para a mortalidade em geral, representando as pessoas idosas 29% dos peões mortos.

No que se refere aos acidentes doméstico e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas, sendo muito mais frequente nas mulheres e 'a casa' o principal local de ocorrência.

Por tudo isso, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes dá particular atenção às pessoas idosas, destacando a promoção da segurança e a prevenção dos acidentes entre as suas áreas de intervenção prioritária.

Compreender o envelhecimento numa sociedade em rápidas mudanças económicas e sociais, com um aumento crescente da esperança de vida e uma débil solidariedade intergeracional é fundamental para perspetivarmos, de forma global e integrada, as nossas atividades coletivas de promoção da saúde e da segurança, com e para, os mais velhos.

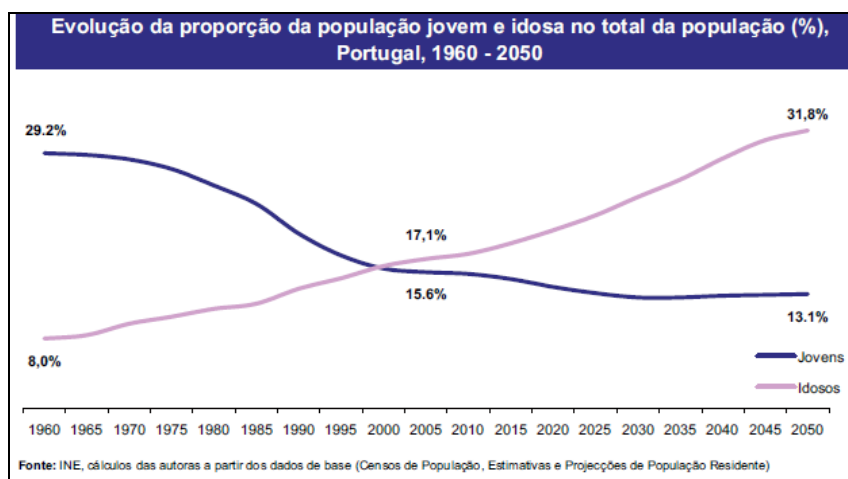
Por isso, com este Manual e o respetivo Formulário pretendemos integrar o fenómeno do envelhecimento numa dinâmica de trabalho por projeto que visa prevenir os acidentes com pessoas idosas, reduzir a sua incidência em ambiente doméstico e mitigar as suas consequências.

## b. Envelhecimento demográfico

Na segunda metade do século XX emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas – o **envelhecimento demográfico**, ou seja, o aumento significativo do número de pessoas idosas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística<sup>1</sup> a *população portuguesa continua a envelhecer mas o ritmo é diferente nas várias regiões. Os baixos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida são as causas da intensidade do fenómeno.*

Em Portugal, a população residente a 31 de Dezembro de 2007 era composta por 15,6% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,1% de idosos (65 e mais anos de idade) e 67% de população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade). Estima-se que, em 2050, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos atinja os 32% da população total<sup>1</sup>.



A relação entre o número de idosos e de jovens traduz-se no **índice de envelhecimento** que, em 2006, era de 112; em 2007, de 114 e em 2010, de 120 idosos por cada 100 jovens.

O fenómeno do envelhecimento estende-se a todo o território nacional. No entanto, envelhecer hoje, em Portugal, não é um fenómeno padronizado.

Enquanto um segmento das pessoas com mais de 65 anos tem acesso à informação e constitui um mercado em ascensão para operadores turísticos, bancos, imobiliárias, etc., outra vasta percentagem de pessoas idosas, estão longe desta realidade, constituindo um grupo bastante vulnerável à pobreza, incapacidades motoras ou do foro psicológico, abandono e solidão.

---

<sup>1</sup> Cristina Gonçalves, Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual, Revista de Estudos Demográficos, n.º 40. Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas Sociais, 2007

O grupo etário das pessoas com mais de 65 anos é muito vasto e heterogéneo, devendo ser respeitada a diversidade individual, a independência, a participação, a auto-realização e a dignidade do idoso.

Perante esta realidade, as recomendações internacionais consideram o envelhecimento das sociedades como um desafio e uma oportunidade.

Envelhecer é uma conquista das sociedades mais desenvolvidas e, só é um problema, se não nos prepararmos, devidamente, para esta fase da vida!

### c. Envelhecimento ativo

No encerramento da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento que decorreu em Madrid, em 2002, os Governos de todo o Mundo formularam uma resposta às oportunidades e desafios do envelhecimento da população no século XXI, que passa, pela promoção do conceito de “sociedade para todas as idades”, o tema principal do evento.

A resposta, plasmada na Declaração Política e no Plano de Ação Internacional, dirige-se a três áreas prioritárias: *peçoas idosas e desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice e assegurar um ambiente propício e favorável.*

*“As potencialidades das peçoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com as competências, experiência e sabedoria dos idosos para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam ativamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral”, afirma a Declaração.*

É preciso potenciar a experiência e as capacidades das peçoas idosas, de modo a dar-lhes mais oportunidades para intervir na vida em sociedade.

É preciso promover um envelhecimento mais ativo!

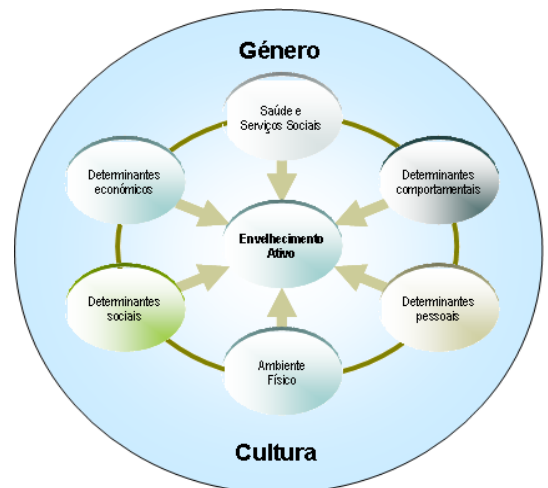
A Organização Mundial da Saúde define **Envelhecimento Ativo** como o *processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das peçoas que envelhecem*<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Cf. WHO. *Active Ageing. A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002, citado em <http://www.dgs.pt/> programas e projetos > envelhecimento ativo>

O envelhecimento ativo é condicionado pelo género e a cultura e depende de vários determinantes relacionados com o indivíduo, tais como, os comportamentos, a utilização dos serviços de saúde, a família e o ambiente social económico e físicos, resumidos na figura anexa.

Com o envelhecimento ocorrem alterações físicas e intelectuais que variam de pessoa para pessoa e dependem das características genéticas e dos hábitos tidos durante a vida.



Uma alimentação saudável, a prática de atividade física adequada, uma boa hidratação, repouso e exposição moderada ao sol, assim como uma boa saúde mental, são fundamentais para um envelhecimento saudável<sup>3</sup>.

A noção de envelhecimento ativo *refere-se à possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida. O desafio consiste em aproveitar da melhor forma o enorme potencial que cada um conserva, até ao fim da vida*<sup>4</sup>.

#### d. Ano Europeu do envelhecimento ativo

**O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012) visa chamar a atenção para a importância do contributo dos idosos para a sociedade e incentivar os responsáveis políticos e todas partes interessadas a tomarem medidas para criar as condições necessárias ao envelhecimento ativo e ao reforço da solidariedade entre as gerações**<sup>4</sup>

O Ano Europeu pretende promover o envelhecimento ativo em três domínios<sup>4</sup>

**Emprego:** *à medida que a esperança de vida aumenta em toda a Europa, a idade da reforma aumenta também, mas muitos receiam não conseguir manter o emprego ou não encontrar outro de forma a poderem usufruir de uma reforma decente. É necessário dar melhores perspetivas de emprego aos trabalhadores mais idosos.*

<sup>3</sup> Ribeiro O, Paul C. *Manual de Envelhecimento Activo*, LIDEL Edições Técnicas, Janeiro de 2011

<sup>4</sup> 2012 - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações: Acerca do ano. Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=pt>



**Participação na sociedade:** sair do mercado de trabalho não significa ficar inativo. O contributo dos mais velhos para a sociedade é muitas vezes ignorado. De fato, esquecemos que são eles que cuidam frequentemente dos netos e até dos próprios pais ou do cônjuge, além de fazerem muitas vezes um trabalho de voluntariado. O Ano Europeu pretende assegurar um maior reconhecimento do contributo dos idosos para a sociedade e criar condições para lhes dar mais apoio.

**Autonomia:** a saúde deteriora-se muitas vezes com a idade, mas as consequências dessa deterioração podem ser atenuadas de muitas maneiras. Pequenas mudanças à nossa volta podem melhorar significativamente a vida das pessoas com deficiência ou problemas de saúde. O envelhecimento ativo significa, também, desenvolver a capacidade dos idosos para manter a autonomia o máximo de tempo possível.

O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações constitui um momento para dar voz às pessoas idosas, mas pode ser, também, um momento de reflexão sobre as suas condições de vida, o bem-estar e os problemas de saúde que mais os afetam.

Os acidentes domésticos com pessoas idosas têm uma magnitude tal que impõem que se pense na segurança das pessoas idosas enquanto oportunidade de mudança das condições da habitação, do meio envolvente e das cidades, na perspetiva dos idosos, com o objetivo de os tornar mais seguros e capacitadores da autonomia das pessoas de todas as idades.

## **e) Envelhecimento ativo e solidariedade intergeracional**

O envelhecimento ativo deve começar a ser preparado desde cedo. A solidariedade intergeracional, ainda mais!

**O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações** é uma oportunidade para implementar programas de natureza inter-geracional.

Hoje, é reconhecido que as boas relações entre diferentes gerações são importantes na criação de um ambiente harmonioso, tanto na família como na comunidade em geral.

Para isso, teremos que desenvolver atividades que valorizem os conhecimentos e saberes dos mais velhos, reconhecer os diferentes valores culturais, enriquecer com as trocas afetivas resultante do convívio entre gerações, fortalecer os valores de amizade, altruísmo/solidariedade entre os mais jovens e os mais idosos.

*As sociedades necessitam de desenvolver, urgentemente, mecanismos, estratégias e políticas para moldar um cimento onde possam assentar experiências positivas de envelhecimento para a maioria das pessoas. Esse cimento é, numa palavra: solidariedade. Solidariedade entre ricos e pobres, entre o norte e o sul, entre setores - mas cima de tudo entre os jovens e os idosos.<sup>5</sup>*

As **escolas** têm um papel importante na “educação para a velhice”. *O encontro e convivência das várias gerações através de eventos comemorativos de datas especiais, envolvimento no processo de pesquisa sobre as tradições, costumes, depoimentos de memórias, transmissão de conhecimentos práticos (gastronomia, artesanato, profissões em vias de extinção, saberes agrícolas...). Acima de tudo, há que assumir e transmitir que a pessoa idosa tem uma vida de trabalho, experiência e sabedoria que não podem ser negligenciados e desperdiçados, em benefício da própria sociedade. Por outro lado, educam-se os mais jovens para os afetos e valores de respeito, dignidade, solidariedade e responsabilidade para com os mais vulneráveis. Um dia, também eles serão pessoas idosas – necessariamente diferentes! – mas sempre iguais no valor de pessoa humana.<sup>6</sup>*

*O relacionamento harmonioso e regular entre gerações deveria ser um ato espontâneo e simples. No entanto tornou-se necessária a mediação de profissionais para incentivar e organizar esse contato. Dar início a um plano de atividades de intercâmbio entre diferentes gerações suscita muitas fantasias, medos e inseguranças entre os profissionais compelidos a iniciar essa aventura.*

Os valores fundamentais do SNS são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade. O conceito da *saúde em todas as políticas* tem raízes profundas na saúde pública e ajuda a reforçar a ligação entre a política de saúde com a de outros setores, como a economia, a educação, o ambiente, os transportes, a agricultura, o sistema fiscal, etc.

No âmbito da intervenção da Saúde é fundamental utilizar a sua capacidade instalada e potenciar as oportunidades de trabalho na comunidade, integrando as ações desenvolvidas no meio escolar com as ações de vigilância da saúde, prestação de cuidados e seguimento de todas as pessoas ao longo do ciclo de vida, são caminhos desejáveis.

A característica fundamental do envelhecimento é a diferença. Por isso, na programação de ações coletivas o importante é saber preservar a individualidade da pessoa idosa.

<sup>5</sup> In Prefácio do *Guia de Ideias para Planear e Implementar Projectos Intergeracionais. Juntos:ontem, hoje e amanhã*. Projecto MATES - Mainstreaming Solidariedade Intergeracional é co-financiado pelo Programa Aprendizagem ao Longo da Vida da Comissão Europeia como um Projecto Grundtvig, Medidas de Acompanhamento (2008/09). Disponível em: [http://www.matesproject.eu/GUIDE\\_21\\_versions/Portugese.pdf](http://www.matesproject.eu/GUIDE_21_versions/Portugese.pdf)

<sup>6</sup> Autor: Ana Catarina Meireles. Artigo elaborado no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Idoso (2008). Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoldoso\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoldoso_CMeireles.htm)

## 2. Acidentes domésticos com pessoas idosas

Há muito que é reconhecido o impacto das condições da habitação e do meio ambiente envolvente, na saúde individual e colectiva. As crianças e as pessoas idosas são especialmente vulneráveis aos acidentes domésticos.

Em todas as habitações há riscos para a segurança: escadas, varandas e janelas, eletricidade e sistemas de aquecimento, entre muitos outros. Estes riscos não podem ser completamente evitados, mas deve existir um esforço, por parte dos diversos profissionais, para se construírem habitações onde os níveis de risco sejam aceitáveis e de fácil perceção por adultos<sup>7</sup>.

O ambiente construído, contemporâneo, reflete um sistema de planeamento urbano baseado em compartimentação, que difere do ambiente natural, no que diz respeito a edifícios e espaços criados ou modificados pelos humanos. Cenários naturais e espaços verdes são elementos do ambiente urbano essenciais para a qualidade de vida de todos os residentes<sup>8</sup>.

No âmbito do [Programa Nacional de Prevenção de Acidentes](#) os acidentes domésticos com pessoas idosas são uma área de intervenção prioritária. Esta preocupação emerge, também, do projeto **'COM MAIS CUIDADO'** de prevenção dos riscos domésticos entre os idosos, desenvolvido pela Fundação MAPFRE.

A necessidade sentida de intervenção, associada à evidência científica sobre a efetividade das ações preventivas e a disponibilidade de materiais pedagógicos sobre prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas, como Guias de prevenção, CD-Rom e outras ferramentas da Fundação MAPFRE, destinados aos idosos e aos profissionais que com eles trabalham, deu origem a uma vontade imperiosa de fomentar o trabalho por projeto e a disseminação de boas práticas em prevenção de acidentes.

Em casa, dois fatores são determinantes dos acidentes: o comportamento humano, que pode contribuir para uma maior ou menor extensão do acidente e o projeto /manutenção da casa, pois o desenho inadequado de portas, janelas, escadas, materiais e mobiliário podem aumentar o risco de lesão.

---

<sup>7</sup> H. Menezes, S. Eloy. *Segurança das Crianças nos Ambientes Construídos*. Comunicação apresentada no Congresso Construção 2007 - 3.º Congresso Nacional, 17 a 19 de Dezembro, comunicação 107, Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>8</sup> WHO Europe. *Local Housing and Health Action Plans. A Project Manual*. Publicado em Portugal pela Direcção-Geral da Saúde com apoio dos Fundos Estruturais da EU. WHO e DGS, 2007

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge realizou, em 2004, um Estudo sobre «Segurança na Habitação: Exposição ao risco de acidentes domésticos» tendo concluído que *mais de metade dos alojamentos tinham mecanismos ou os seus elementos adoptavam comportamentos protetores do risco de acidente doméstico.*

Segundo o Estudo, a exposição ao risco de acidente doméstico está minimizado nos alojamentos em que existem indivíduos de 14 ou menos anos, e pelo contrário, está maximizado, nas unidades de alojamento com indivíduos de 65 ou mais anos. Foi identificado o nível de escolaridade como determinante de ocorrência de acidentes - *quanto mais baixo for, maior é a percentagem de acidentes*<sup>9</sup>.

#### a. Determinantes dos acidentes com pessoas idosas

À medida que se envelhece, ocorrem alterações físicas e neurológicas que podem tornar os idosos mais vulneráveis aos acidentes.

Os **fatores intrínsecos e extrínsecos** mais frequentes, relacionam-se com:

##### 1. A saúde da pessoa idosa:

- a. Visão, que fornece informação sobre a orientação no espaço e influencia o equilíbrio. Doenças dos olhos, como glaucoma, cataratas e diminuição da visão, limitam a capacidade de avaliar um perigo e tomar uma decisão corretiva adequada;
- b. Audição: que fornece informação sobre a orientação no espaço (sistema vestibular) e, em caso de doença ou deficiência influencia a manutenção do equilíbrio;
- c. Problemas de locomoção, tais como os de natureza osteoarticulares, artrose, osteoporose, doenças inflamatórias das articulações, etc., podem provocar diminuição da perceção dos riscos;
- d. Doenças do foro neurológico, como tonturas ao levantar-se, perda do equilíbrio, tremores, etc., favorecem as quedas;
- e. Falta de vitamina D e a toma de vários medicamentos, especialmente os antidepressivos, tranquilizantes, indutores do sono e anti-hipertensores aumentam os riscos de acidentes.

---

<sup>9</sup> Branco MJ, Paixão E, Nunes B, Contreiras T. *Uma observação sobre Segurança na habitação. Exposição ao risco de acidentes domésticos.* Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, Dezembro de 2004.

## 2. O ambiente doméstico e de lazer:

- a. Em casa: Iluminação deficiente, tapetes soltos nos quartos, casas de banho, corredores e outras divisões da casa, inexistência de corrimão ou de barras de segurança, nomeadamente na banheira, pavimento molhado, encerado ou escorregadio;
- b. Móvel instável e móveis no meio do caminho, principalmente entre o quarto e a casa de banho, assim como gavetas abertas, por exemplo;
- c. Escadas com degraus de tamanhos diferentes e soleiras das portas não niveladas com o chão;
- d. Espaços públicos mal desenhados e inseguros: ruas, estradas e parques públicos com pavimento irregular, luzes intermitentes, animais domésticos soltos, etc;
- e. Transportes públicos com horários e condições de segurança inadequados para pessoas com mobilidade condicionada, paragens com uma localização inconveniente e que não estão bem iluminadas.

## 3. O comportamento humano:

- a. No dia-a-dia e nas atividades de rotina, desde o sair da cama, cozinhar ou arrumar a casa, não tendo em conta as medidas básicas de segurança;
- b. Em casa, andar de meias ou usar chinelos, subir e descer de um banco ou cadeira sem os devidos cuidados. Subir a um escadote para mudar uma lâmpada implica uma perda temporária do contato visual com o chão e aumenta o risco de queda;
- c. Na rua, andar distraído e com sapatos mal apertados, esquecendo-se de fazer da prevenção dos acidentes uma boa prática;
- d. Tomar medicamentos que não foram prescritos pelo médico e não dar prioridade à vigilância regular da saúde.

Habitualmente, nos acidentes domésticos e de lazer com pessoas idosas, os fatores de riscos são múltiplos, estando dois ou mais em interação (p. ex. falta de equilíbrio e baixa de visão). Os fatores de risco domésticos e ambientais estão envolvidos em cerca de metade das quedas.

Os estudos realizados nos últimos anos, revelaram que a compreensão dos fatores de risco e dos mecanismos da queda são o primeiro passo para a redução destes acidentes com pessoas idosas, que vivem de forma autónoma na sua comunidade<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> National Center for Injury Prevention and Control. *Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Disponível em: [http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC\\_Guide-a.pdf](http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC_Guide-a.pdf)

## b. Magnitude do problema

Na União Europeia, morrem cerca de 105.000 pessoas por ano vítimas de acidentes, dos quais 85.000 são “não intencionais” (acidente de viação, queda, queimaduras, intoxicações, afogamento) e 20.000 são “intencionais” (suicídios, homicídios, etc.).

Segundo a *European Network for Safety among Elderly* (EUNESE) no âmbito dos trabalhos que vem desenvolvendo com o apoio da DG Sanco (*Directorate General of Health and Consumer Protection*) tem sido produzida informação sobre a magnitude dos acidentes na Europa<sup>11</sup>.

<b>Acidentes na EU</b> (pessoas c/ >65 anos)	<b>N.º mortes/ano</b> (Média de 3 anos)	<b>Países com Tx mortalidade</b> <b>mais baixa</b>	<b>Países com Tx mortalidade</b> <b>mais alta</b>
Quedas	40.000	Bulgária, Espanha, Grécia	Hungria, R. Checa, Finlândia
Tráfego	11.000	Malta, Reino Unido, Suécia	Portugal, Lituânia, Grécia
Queimaduras	2.000	Holanda, Eslovénia	Látvia, Estónia
Intoxicações	2.000	Malta, Áustria, Holanda, Portugal	Lituânia, Estónia, Latvia
Afogamentos	1.800	Islândia, Reino Unido, Malta	Lituânia, Grécia, Estónia

A mortalidade por acidente tem variações entre países, mas é apenas a parte visível de um problema de saúde pública, cujo impacto se reflete na incapacidade e na co-morbilidade associada.

As quedas são, de facto, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico e, mas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, pelo menos uma vez no ano<sup>12</sup>.

Aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia.

As mulheres com mais de 75 anos, devido à osteoporose, têm muito mais probabilidade de sofrer uma fratura, com consequência no aumento do nível de ansiedade, na perda de confiança em si próprio, na redução das atividades da vida diária e de uma permanente sensação de medo de voltar a cair<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> EUNESE *Fact sheet series for the five leading causes of unintentional injuries among EU senior citizens*. Disponível em: <http://www.euroipn.org/eunese/>

<sup>12</sup> Petridou ET, Dikaloti SK, Dessypris N, Skalkidis I, Basbone F, Fitzpatrick P, Heloma A, Segui-Gomez M, Sethi D. *The evolution of unintentional injury mortality among elderly in Europe*, J Aging Health, 20: 159-82 (2008)

<sup>13</sup> Direção-Geral da Saúde. *Como prevenir as quedas. Auto-cuidados na saúde e na doença. Guia para as pessoas idosas*. N.º 4. Lisboa 2000

Em Portugal, segundo o Relatório ADELIA 2006-2008<sup>14</sup> (Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, dos anos 2006/7/8) os **acidentes domésticos e de lazer** afetaram 14% das pessoas com mais de 65 anos, anualmente.

Segundo o mesmo Relatório nos anos 2006/7/8 a proporção de acidentes ocorridos em ‘Casa’ manteve, sempre, valores acima dos 50% nos grupos etários 0-4 e a partir dos 35 anos. Os acidentes ocorridos em ‘Casa’, apesar de serem os mais frequentes em ambos os sexos, foram ainda mais frequentes nas mulheres, em todos os grupos etários.

A atividade ‘Doméstica’ foi a que esteve na origem do maior número de acidentes a partir dos 35 anos. O principal mecanismo de lesão foi a ‘queda’, aumentando a sua frequência com a idade. Nas pessoas com mais de 75 anos, as quedas, representam 90% das ocorrências.

As queimaduras e as intoxicações acidentais são, de seguida, os acidentes domésticos mais frequentes.

O encaminhamento das vítimas de acidente doméstico é diferente, caso tenham recorrido ao Hospital ou ao Centro de Saúde. Globalmente, 4% dos acidentes domésticos e de lazer geraram um internamento com um tempo médio de hospitalização de 5-6 dias.

Nas pessoas com mais de 75 anos a percentagem de internamentos variou entre 11% e 12%, aumentando o tempo de hospitalização, exponencialmente, à medida que a idade avança, sendo, em média de 11 dias neste grupo etário.

Os internamentos por **fratura de colo de fémur** aumentaram, significativamente, com a idade.

Segundo um artigo de revisão<sup>15</sup> sobre a epidemiologia das Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF), em Portugal, o aumento da incidência das Fraturas *é percentualmente superior ao aumento do envelhecimento da população, o que deixa supor a existência de outros factores condicionantes, como por exemplo um maior sedentarismo, o aumento da estatura e diminuição do IMC e o próprio aumento da prevalência da osteoporose.*

O mesmo estudo estimou que, em Portugal, no ano de 1989 terão ocorrido 5.600 Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur; em 1994, 6.718 e em 2006, 9523.

---

<sup>14</sup> ADELIA Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, Relatório 2006 -2008, INSA, 2011

<sup>15</sup> Branco J, Felicíssimo P, Monteiro J. *A epidemiologia e o impacto sócio – económico das fracturas da extremidade proximal do fémur uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave.* ACTA REUMATOL PORT. 2009;34:475-485. Disponível em: [http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/41/1/Acta%20Reumatol%20Port.%202009%20Jul-Sep%3B34\(3\)475-85.pdf](http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/41/1/Acta%20Reumatol%20Port.%202009%20Jul-Sep%3B34(3)475-85.pdf)

Segundo o mesmo artigo estima-se que *após um ano da FEFP, 10 a 20% dos doentes acabam por falecer, 50% apresentam perda funcional e/ou motora e somente 30% dos doentes obtêm recuperação funcional para os níveis anteriores à fractura, pelo que o seu impacto médico e socioeconómico é imenso e não se restringe ao evento em si, mas sobretudo às suas consequências.*

No que se refere à mortalidade, estudos realizados em Portugal<sup>15</sup>, após a alta hospitalar, a taxa de mortalidade aos 3 meses é de 10,2% e aos 6 meses de 14,1%.

A boa notícia é que os acidentes podem ser prevenidos! E assim, evitem-se muitas fraturas da anca e do fémur.

### c. Custos económicos dos acidentes domésticos

Os estudos sobre os custos económicos dos acidentes são escassos, pois a informação disponível nem sempre é adequada às necessidades da investigação.

As Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur têm custos clínicos e socio-económicos elevados, em grande parte, associadas à osteoporose<sup>15</sup>. Segundo o estudo supracitado, *o custo direto, anual, atribuível a todas as fraturas osteoporóticas ocorridas na Europa, com um número estimado de 2,7 milhões, é de 36 mil milhões de Euros.*

Em alguns países europeus, os custos diretos associados às Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur, *apresentam um custo médio, na perspectiva do Sistema Nacional de Saúde respetivo, de: Itália €8.346; Reino Unido €8.822 Espanha €9.772 e França €9.907, que na perspectiva da Sociedade dos mesmos países é: Itália €11.084, Reino Unido €10.578, Espanha €13.686 e França €13.036.*

Em Portugal, estima-se que os custos hospitalares de cada internamento por fratura do fémur, quer do colo quer de outras localizações, tenham um custo médio de €4.100.

*Durante o ano de 2006, a DGS estimou terem sido gasto 52 milhões de Euros em cuidados diretos hospitalares estritamente relacionados com as Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur.*

Esta estimativa, baseada no Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH), *não inclui os gastos subsequentes com a recuperação e apoio social, nem outros tipos de custos indiretos, que poderão ter enorme importância na perspectiva do Sistema Nacional de Saúde (por exemplo, número de camas ocupadas nos serviços de ortopedia e respetivo impacto negativo na capacidade de tratamento de outras indicações, e re-internamentos codificados em outras causas) e na perspectiva*



*da sociedade (por exemplo, institucionalizações, apoio domiciliário, cuidados continuados e cuidadores familiares em idade activa*<sup>155</sup>.

Por estas razões é expectável que o impacto económico deste tipo de fraturas seja muito superior ao que é atualmente considerado pelas Autoridades de Saúde portuguesas.

No âmbito do Projeto EUROCOST<sup>16</sup>, uma estimativa dos custos diretos dos acidentes domésticos e de lazer, as crianças 0-4 anos e as pessoas com mais de 65 anos apresentam os valores mais altos, *per capita*.

Segundo o tipo de lesão, a fratura de colo de fémur e os traumatismos pélvicos estão em primeiro lugar e em segundo lugar estão as queimaduras.

Em futuras investigações, a OMS recomenda a utilização de uma metodologia padronizada, ‘passo-a-passo’, para a avaliação dos custos dos acidentes, que deverá incluir informação sobre a incidência do fenómeno (o acidente), o mecanismo da lesão (causa) e as suas consequências (recurso à urgência, internamento, incapacidade, morte)<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Polinder S et al. *A surveillance based assessment of medical costs of injury in Europe: phase 2*. Amsterdam, ErasmusMC and Consumer Safety Institute, 2004, Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/144196/e95096.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf)

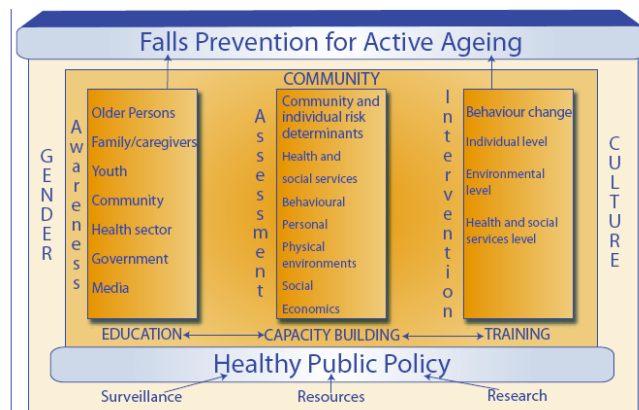
<sup>17</sup> Suzanne Polinder, Hidde Toet, Martien Panneman and Ed van Beeck. *Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures*. WHO Europe 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2011/methodological-approaches-for-costeffectiveness-and-costutility-analysis-of-injury-prevention-measures>



### 3. Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas

#### a. Iniciativas na Europa e em Portugal

**Falls Prevention in Older Age:** é um projeto da OMS de prevenção das quedas nas pessoas idosas que, tendo em conta o envelhecimento ativo e os seus determinantes, desenha um modelo de prevenção das quedas assente na sensibilização (das pessoas idosas, da família e cuidadores, dos jovens, da comunidade, do setor saúde, dos governantes e dos media), na avaliação dos determinantes dos riscos comunitários e individuais e, na intervenção na mudança de comportamentos, ao nível individual, de saúde e ambiental.<sup>18</sup>



**European Network for Safety among Elderly (EUNESE):** é uma Rede Europeia para a Segurança das Pessoas Idosas que, com o apoio da Comissão Europeia, desenvolveu um Plano Estratégico para a Prevenção dos Acidentes não Intencionais onde são definidas as prioridades para a Europa<sup>19</sup>.

**Prevention of Falls Network Europe (ProfaNE):** é um Projeto de Prevenção das Quedas coordenado pela Universidade de Manchester, com o apoio da Comissão Europeia, que estudou a melhoria da estabilidade postural das pessoas idosas na prevenção das quedas, tendo produzido um conjunto de material sobre boas práticas que pode ser útil à sua prevenção<sup>20</sup>.

**APOLLO Project:** desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Atenas estudou os fatores de risco, atitudes, fatores barreiras e facilitadores da prevenção das quedas, tendo produzido recomendações sobre a eficácia das intervenções preventivas inscritas num programa de prevenção de quedas nas pessoas idosas<sup>21</sup>.

**Age-friendly Cities:** 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' é um projeto assente num Guia da OMS, a que Portugal aderiu e que a Fundação Calouste Gulbenkian lançou em língua portuguesa. O Guia resultou de um trabalho que envolveu, em 33 cidades de 22 países, grupos de discussão compostos

<sup>18</sup> WHO Europa: *Ageing and life course*. Saber mais em: [http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/)

<sup>19</sup> *European Network for Safety among Elderly*. Saber mais em: [http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20050215\\_10](http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20050215_10) e <http://www.euroipn.org/eunese/index.htm>

<sup>20</sup> *Prevention of Falls Network Europe (ProfaNE)* <http://www.profane.eu.org/about/about.php>

<sup>21</sup> Apollo Project: <http://www.euroipn.org/apollo/index.htm>

por técnicos e idosos, que deram origem à elaboração de um conjunto de listas de verificação das características fundamentais das cidades 'amigas' das pessoas idosas. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades. O projeto parte das necessidades sentidas pelas pessoas idosas e conta com a participação ativa das mesmas na melhoria do ambiente doméstico e urbano<sup>22</sup>.

### **Em Portugal...**

**Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas:** assenta na preocupação da promoção de ambientes capacitadores, recomenda o desenvolvimento de ações para a prevenção de acidentes domésticos e de lazer e para a utilização, em segurança, dos transportes rodoviários. No âmbito do Dia Internacional das Pessoas Idosas, em 2008, foram publicadas pela DGS recomendações sobre prevenção dos acidentes domésticos, promoção da atividade física, alimentação e saúde oral das pessoas idosas<sup>23</sup>.

**Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade:** do Instituto Nacional para a Reabilitação, a quem compete planear, executar e coordenar as políticas nacionais de promoção dos direitos das pessoas com deficiência, tem em curso a sistematização de um conjunto de medidas *para proporcionar às pessoas com mobilidade condicionada ou dificuldades sensoriais, a autonomia, a igualdade de oportunidades e a participação social a que têm direito como cidadãos.*

**Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade:** dirigido para a promoção da acessibilidade ao meio edificado e aos transportes, a par da mudança de atitudes da população em geral.

**Plano de Ação para a Mobilidade Urbana:** assenta num conjunto de 20 medidas, adotadas pela União Europeia em Setembro de 2009, que pretendem ajudar as autoridades locais, regionais e nacionais numa abordagem integrada dos sistemas de transportes urbanos, tendo em conta as questões ambientais e de saúde. Este Plano dá especial atenção às necessidades aos grupos mais vulneráveis como são os idosos, os grupos com baixos rendimentos e as pessoas com deficiência,

---

<sup>22</sup> *Global age-friendly cities: a guide.* World Health Organization 2007  
[http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf) Em português: traduzido pela Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <http://www.gulbenkian.pt/section154artId1949langId1.html>

<sup>23</sup> Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* <http://www.dgs.pt/> (saúde no ciclo de vida> envelhecimento activo> programas e projectos)

cuja mobilidade se encontra reduzida por uma incapacidade ou deficiência de carácter físico, intelectual ou sensorial ou devido à idade.<sup>24</sup>

**Planos Locais de Ação em Habitação e Saúde (PLAHS):** assenta num Manual da OMS/EU/DGS que é um Guia para projetos de ‘habitação e saúde’ à escala local. Fornece informação para a preparação do projeto, recolha e análise de dados e opções políticas para o pôr em marcha. Poderá consultar, entre outros igualmente importantes, o capítulo ‘Acidentes domésticos’.<sup>25</sup>

## b. Estratégias de prevenção

Para além dos riscos relacionados com a saúde, o ambiente e os comportamentos individuais, a prevenção dos acidentes deve ser um lema de vida.

Fechar portas e janelas são gestos de segurança que podem evitar assaltos e crimes violentos que, quando ocorrem, têm um impacto significativo na vida da pessoa idosa, com aumento dos problemas relacionados com o sono, ansiedade, depressão e isolamento.

Em casa, mesmo com todo o cuidado, todas as divisões podem representar um enorme risco de ocorrência de acidentes para as pessoas idosas.

Há uma diversidade de objetos e situações que apresentam risco: um tapete que não está devidamente fixo, nem tem proteção antiderrapante, uma gaveta ou a porta de um armário abertas, um fio do telefone solto, etc., são situações que podem provocar quedas e traumatismos com consequências muito graves.

Embora muitos dos acidentes domésticos ocorram na cozinha, o lugar mais perigoso são as escadas, que apresentam riscos para todas as idades. Nas pessoas idosas, o pavimento da cozinha e da casa de banho estão na origem de muitos acidentes, mas os tapetes e carpetes, não fixos ao chão, são uma verdadeira armadilha.

Existem, recomendações genéricas para tornar a sua casa mais segura, como o livro da IKEA Portugal<sup>26</sup> ou o Manual de Segurança, da Direção-Geral do Consumidor<sup>27</sup> entre muitos outros que em cada tópico iremos referenciando ao longo do capítulo.

---

<sup>24</sup> <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0490:FIN:PT:PDF>

<sup>25</sup> Direção-Geral da Saúde [http://www.dgs.pt/segue: Saude de A a Z> letra H> Habitação e saúde](http://www.dgs.pt/segue:Saude%20de%20A%20a%20Z%20letra%20H%20Habita%C3%A7%C3%A3o%20e%20saude)

<sup>26</sup> IKEA FAMILY. *Torne a sua casa segura divisão por divisão*. IMP Books AB, 2008

<sup>27</sup> Direção-Geral do Consumidor. *Manual de Segurança*. Ministério da Economia da Inovação e do Desenvolvimento. Comissão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo. Disponível em: Portal do Consumidor: <http://www.consumidor.pt/>

Para a prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas, estão disponíveis Guias específicos, com conteúdos validados pela DGS, como são os Manuais da Fundação MAPFRE<sup>28</sup>, produzidos no âmbito do projeto ‘Com Mais Cuidado’.

A iluminação de uma casa é essencial para a sua segurança. A escolha das lâmpadas e das fontes de luz deve ser adequada a cada divisão, para a zona de passagem ou para o espaço exterior, a atividade da vida diária ou a altura do dia/noite.

Com a idade aumentam as necessidades de mais e melhor iluminação, que determina o conforto, o bem-estar e a segurança das pessoas idosas<sup>29</sup>, por isso, a adequação da iluminação a cada divisão ou atividade do dia-a-dia é fundamental.

Hoje, a domótica, uma tecnologia recente que faz a gestão dos recursos habitacionais, permite o uso de dispositivos para automatizar as rotinas e tarefas de uma casa, simplificando a vida diária das pessoas, satisfazendo as suas necessidades de comunicação, de conforto e de segurança.

As atuais tecnologias permitem uma utilização de forma moderada e eficiente da energia na habitação, reduzindo consumos e aumentando a eficiência global dos equipamentos com que lidamos diariamente, tal como, a regulação da temperatura do frigorífico, a utilização da máquina de lavar, dos audiovisuais, da informática, do aquecimento e arrefecimento do ambiente, bem como da iluminação da casa.

Conhecer a eficiência dos equipamentos e escolhê-los de forma adequadas às necessidades de uma família é meio caminho para poupar energia e dinheiro.

Para saber como pode melhorar a eficiência energética na sua casa, veja os conselhos práticos do Guia da Eficiência Energética<sup>30</sup>!

Prevenir os acidentes com a eletricidade implica ter em atenção as condições dos fios, fichas, tomadas, interruptores elétricos, mas também as condições de funcionamento dos equipamentos, como pequenos eletrodomésticos, máquinas, aquecedores, ferro de engomar, etc.

Os principais acidentes relacionados com a energia elétrica são o choque elétrico e/ou eletrocussão, a queimadura, o incêndio e o curto-circuito.

---

<sup>28</sup> FundacionMAPFRE. *Riscos domésticos entre idosos: Guia de prevenção* destinado a idosos e a profissionais. Disponível em: Fundação Mapfre: [http://www.commais cuidado.com.pt/index\\_por.htm](http://www.commais cuidado.com.pt/index_por.htm)

<sup>29</sup> Ministério da Economia e Inovação. A luz certa em sua casa. Brochura. Direção geral de Energia e Geologia. ADENE Agência para a Energia. Disponível em: [http://www.cm-seixal.pt/ameseixal/municipio/utilizacaoRacionalEnergia/documents/Brochura\\_LuzCerta\\_vf.pdf](http://www.cm-seixal.pt/ameseixal/municipio/utilizacaoRacionalEnergia/documents/Brochura_LuzCerta_vf.pdf)

<sup>30</sup> Guia da Eficiência Energética: disponível em: [http://www.adene.pt/pt-pt/Publicacoes/Documents/Guia\\_EEAdene.pdf](http://www.adene.pt/pt-pt/Publicacoes/Documents/Guia_EEAdene.pdf)

Para os evitar tenha em conta as normas de instalação, funcionamento e manutenção dos equipamentos, a imprescindibilidade de ligação à terra de fogões, fritadeiras, ferro de engomar, termoacumuladores, etc. e dê preferência aos que tenham termóstato.

Água e eletricidade não ligam, por isso, na casa de banho os riscos aumentam. Redobre os cuidados com a instalação elétrica, o circuito elétrico e a sua proximidade com o sistema de abastecimento de água<sup>31</sup>.

Os incêndios em casa são graves. A maior parte dos incêndios tem origem num mau funcionamento da rede elétrica, da rede de gás ou de fontes de calor. Velas que ficam a arder, cigarros que ficam acesos, fósforos e isqueiros ao alcance de crianças, produtos inflamáveis perto de uma fonte de calor, etc., estão com frequência na origem de incêndios que podem ser devastadores.

A cozinha é o local onde a maior parte dos incêndios começa. Para saber como prevenir os incêndios em casa consulte os folhetos da Autoridade Nacional de Proteção Civil<sup>32</sup>.

A evidência científica tem identificado intervenções que se revelaram efetivas na prevenção dos incêndios domésticos. Por isso se recomenda a instalação de um detetor de fumos em todas as habitações.

Um detetor de fumos a funcionar é a medida mais eficaz para prevenir os incêndios em casa. Em caso de acidente, por cada €1 gasto num detetor de fumos, poupamos €69 em cuidados de saúde!

Os detetores de fumo podem ser iónicos ('sente o fumo') e óticos ('vê o fumo'). Para evitar incêndios em casa é importante instalar o detetor de fumos mais adequado para as diferentes divisões da casa: por ionização, em locais onde existam materiais combustíveis, como madeira e fibras, que desenvolvem 'chama' e um detetor ótico, em locais onde existam materiais plásticos que desenvolvem 'fumo'.

Em caso de incêndio, uma manta anti-fogo e um extintor de pó em locais facilmente acessíveis e que sejam do conhecimento de todos os membros da família são, imprescindíveis, em todas as casas!

---

<sup>31</sup> Instituto Electrotécnico Português (IEP) / Instituto do Consumidor (IC). *Electricidade em Casa - Guia para a Segurança na sua Utilização*, 2002. Disponível em: Portal do Consumidor: <http://www.consumidor.pt/>

<sup>32</sup> Folheto: Incêndios em casa. Prevenção e Autoproteção. Disponível em: [http://www.procivil.pt/InformacaoPublica/ReInformativosPedagogicos/Documents/Incendios\\_Casa.pdf](http://www.procivil.pt/InformacaoPublica/ReInformativosPedagogicos/Documents/Incendios_Casa.pdf)

As intoxicações acidentais são a terceira causa de lesão não intencional nas pessoas com mais de 65 anos. Os medicamentos, os alimentos retardados e o monóxido de carbono são as principais causas de intoxicação.

Em casa, os acidentes por monóxido de carbono, geralmente, resultam de descuido e negligência devido a lareira não vigiadas, aparelhos de combustão, tais como, esquentadores, caldeiras, fogões e aquecedores instalados de forma incorreta, mal regulados ou em mau estado de conservação. Para evitar este tipo de acidente, instale um detetor de monóxido de carbono que, em caso de fuga ou acumulação de gases tóxicos faz tocar o alarme.

A acumulação de gás tóxico provoca sonolência, perda de sentidos podendo mesmo levar à morte. Para saber como prevenir este tipo de acidente, veja a Brochura 'Segurança em Casa' da Direção-Geral do Consumidor<sup>33</sup>.

Em Portugal o CIAV (Centro de Informação Antivenenos) presta informações toxicológicas sobre todos os produtos existentes, desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas tóxicas ou animais perigosos, sendo um recurso de primeira linha na resposta às necessidades dos cidadãos e dos profissionais.

### c. Efetividade das intervenções

As pessoas idosas, antes de terem um acidente, têm dificuldade em aceitar as suas próprias limitações físicas e os efeitos secundários de alguns medicamentos que afetam o estado de alerta e o equilíbrio.

Mas é nesta fase que as intervenções podem ser realmente eficazes, partindo do conhecimento do mecanismo de ocorrência das lesões e intervindo sobre as especificidades de cada uma das causas de lesão, seja por queda, queimadura, intoxicação, etc.

Um projeto que vise a redução sustentável dos acidentes domésticos com pessoas idosas deve ter como ponto de partida os dados existentes sobre o problema e os respetivos fatores de risco.

É fundamental identificar o potencial de uma intervenção preventiva de base comunitária, tendo em conta que existem desigualdades entre grupos sociais e económicos e conhecendo as recomendações específicas para a prevenção de todos os tipos de acidentes<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Direção-Geral do Consumidor. *Segurança em Casa: Riscos de intoxicação por monóxido de carbono*. Secretário de Estado Adjunto da Economia e Desenvolvimento Regional. Disponível em: Portal do Consumidor: <http://www.consumidor.pt/>



No desenho de um projeto de prevenção de acidentes domésticos, especialmente das quedas, há ainda que ter em conta a efetividade das ações<sup>35</sup>.

A avaliação dos fatores de risco individuais, relacionados com a saúde e o ambiente e uma intervenção baseada nos resultados são muito eficientes, se o grupo-alvo não tiver comprometimento cognitivo<sup>36</sup>.

As mais recentes recomendações publicadas pela *U.S. Preventive Services Task Force*<sup>37</sup> apontam para a avaliação individual do risco em todas as pessoas de mais de 65 anos, a fim de identificar as que têm risco acrescido de queda, de forma prática e rápida, baseada na história anterior de queda, na existência de problemas de mobilidade e numa execução inadequada do Teste *Timed Get-up and Go*.

A partir dessa avaliação, há recomendações genéricas, que incluem, atividade física em grupo ou em casa, suplemento de vitamina D e uma avaliação multifatorial dos outros riscos potenciais. As intervenções específicas deverão ter em conta os níveis de risco e de benefício para o idoso.

As ações, para serem efetivas, devem ser combinadas e incluir reforços em cinco áreas:

1. Promoção da atividade física: que previne várias patologias e o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa.

A sua prática, moderada, regular e disciplinadamente é essencial para a boa saúde física e mental e a preservação da independência das pessoas idosas, para além de permitir controlar o peso, manter a massa muscular e óssea, melhorar o equilíbrio, a mobilidade e o tempo de reação, reduzindo assim o risco de queda<sup>38</sup>.

Para as pessoas idosas que começam a praticar atividade física é importante perceber o nível de esforço que esta exige e a melhor forma de o controlar.

---

<sup>34</sup> EUNESSE. *Five-Year Strategic Plan for the prevention of unintentional Injuries among EU senior Citizens*. Disponível em: <http://www.euroipn.org/eunese/Documents/Policy%20documents/Policy%20Manual.pdf>

<sup>35</sup> Stevens JA, Sogolow ED. *Preventing Falls: What Works. A CDC Compendium of Effective Community-Based Interventions from Around the World*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2008

<sup>36</sup> The APOLLO Project: Development and assessment of strategic materials for implementation of recommendations for preventing falls among elderly people in the EU Working. Package Four: Developed by the Department of Epidemiology) Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Novembro de 2008. Disponível em: [http://www.injuryobservatory.net/documents/a\\_guide\\_implementation\\_prevent\\_falls.pdf](http://www.injuryobservatory.net/documents/a_guide_implementation_prevent_falls.pdf)

<sup>37</sup> Virginia A. Moyer, ; *Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *Annals of Internal Medicine*. Vol 157, n.º 3, agosto 2012. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-157-3-201208070-00462#ClinicalConsiderations>

<sup>38</sup> WHO. *Global report on falls prevention in older age/ Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice* (tradução brasileira). Secretaria de Estado da Saúde do Brasil. S. Paulo, 2010

2. Educação sobre fatores de risco e de proteção: é uma estratégia essencial, para capacitar os idosos sobre os riscos de acidente, os prestadores de serviços de saúde ou de assistência social a pessoas de risco, mas que, só por si não é efetiva. A educação individual funciona melhor para idosos que tem problemas de audição, visão ou necessidades especiais. As sessões em grupo permitem uma maior interação social, discussão informal, troca de experiências, facilitando a motivação para a adoção de comportamentos mais seguros e reduzindo a ansiedade.

Esta educação deve ser feita por profissionais treinados e incluir propostas concretas para a resolução dos problemas apresentados pelos idosos.

As apresentações deverão ser adaptados às dificuldades visuais do grupo, tendo em atenção o tamanho da letra e o fundo de contraste e, os materiais utilizados serem adequados à cultura e ao nível de literacia das pessoas.

A educação e a sensibilização para os fatores de risco de acidente doméstico e de lazer, deverá incluir os responsáveis pelo *design* e pela construção de habitações e de espaços públicos frequentados pelos idosos.

3. Melhoria das condições de segurança da habitação: que condiciona a vida no dia-a-dia e é promotora da autonomia, da liberdade e da qualidade de vida das pessoas idosas.

A avaliação de segurança da casa permite identificar fatores que podem colocar em risco de queda um indivíduo idoso. Muitas pessoas idosas, mas especialmente aqueles com um histórico de quedas, com dificuldades de locomoção ou de equilíbrio tem maior necessidade e podem beneficiar com uma avaliação de segurança da habitação.

O projeto COM MAIS CUIDADO de prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas inclui uma lista de verificação da segurança da habitação. A avaliação da segurança da habitação, que pode ser de auto-avaliação ou verificada por um profissional, deve ser integrada num projeto de intervenção, combinada com outras medidas.

As modificações e as correções dos riscos detetados numa habitação são cruciais para a redução do número e da gravidade das quedas.

Um Banco de Ajudas Técnicas assim como a utilização das novas tecnologias podem ser boas soluções para a manutenção da autonomia do idoso no seu domicílio.

4. Revisão da medicação: é fundamental porque quanto maior é o número de medicamentos que se toma maior é a probabilidade de efeitos secundário e de interações entre eles.

O objetivo da revisão da medicação é identificar os medicamentos que foram prescritos por um médico ou por vários médicos, mais os que são tomados por iniciativa pessoal que, associados à idade podem aumentar a interação e a sensibilidade aos potenciais efeitos colaterais. Nas pessoas idosas avaliar, sempre, a ingestão de álcool, que, é barato, acalma a solidão e a frustração e nos períodos de crise tem tendência para ser mais consumido.

As Farmácias, os Farmaceuticos ou os estudantes de farmácia podem ter um papel importante na gestão da medicação, dos nutrientes e dos suplementos que são usados por pessoas idosas, mas também, na revisão personalizada da medicação, na identificação dos medicamentos fora do prazo, na clarificação de duvidas, na organização das tomas de medicamentos.

Deste projeto faz parte um instrumento de auto-avaliação do risco de queda em pessoas idosas polimedicados.

5. Avaliação do risco individual: relacionados com a existência de uma doença crónica (como diabetes, incontinência urinária, patologia cardíaca, doença reumática e depressão), doença neurológica que interfere com o equilíbrio e a marcha, problemas cognitivos, mas, também e em especial, problemas de visão associados ao envelhecimento estão com frequência associados a um aumento do risco de queda no idoso. Todos estes problemas de saúde individual condicionam o risco de acidente, necessitam acompanhamento e controlo médico e determinam as recomendações preventivas, personalizadas.

O verdadeiro desafio que se coloca, já hoje e no futuro, face ao envelhecimento da população, será a co-habitação e o desenvolvimento de políticas integradoras, que respeitem a diversidade geracional e promovam a solidariedade entre elas.

#### d. Avaliação da Aptidão Funcional

Apesar do investimento de vários investigadores, nas últimas três décadas, na construção de métodos de avaliação dos fatores individuais de risco de queda na população idosa (mobilidade, aptidão física e funcional, entre outros), existe uma fraca evidência sobre a sua aplicabilidade à generalidade da população e às práticas.<sup>39,40</sup>

---

<sup>39</sup> Todd C, Skelton D (2004). *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf> , consultado em 6 Maio 2009

<sup>40</sup> Stalenhoef, P; Diederiks, J; Knottnerus,J; Kester, A & Crebolder, J (2002). *A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: a prospective cohort study.* Journal of Clinical Epidemiology 55:1088-1094.

As orientações mais consensuais para a prática da atividade física recomendam intervenções multifactoriais, que incluem, educação e modificação das rotinas diárias.

A **Faculdade da Motricidade Humana** desenvolveu um projeto de investigação que tinha como objetivo *determinar a influência da aptidão funcional e nível de atividade física na percepção da saúde em idosos*. Foram avaliados cerca de 2000 idosos no que se refere ao seu nível de saúde geral, funcionalidade e atividade física, ajudando-os a caracterizar a sua experiência de quedas.

Baseado no trabalho realizado pela equipa de investigadores do Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional (LBMF) e do grupo de Investigação Neuromecânica do Movimento Humano da FMH torna-se *inquestionável a necessidade de avaliar as alterações neuromecânicas do sistema músculo-tendinoso decorrentes da idade e com implicações para as tarefas quotidianas de locomoção e, avaliar a eficácia de programas de intervenção, centrados na prática de atividade física para a prevenção de quedas na população sénior*.

A bateria de testes usados constitui um instrumento relevante para a avaliação e identificação precoce do risco de queda na população idosa. Por isso, propõem a monitorização da aptidão funcional a partir dos seguintes testes:

- (1) “8-foot-up-&-go” - para avaliar a velocidade, a agilidade e o equilíbrio em movimento;
- (2) “chair-stand” - para avaliar a força e resistência dos membros inferiores;
- (3) “ 2 min marcha”- para avaliar a capacidade aeróbica;
- (4) “Step-Up-&-Over-a-6 Bench”- para avaliar a capacidade de controlo em situações dinâmicas;
- (5) “Tandem-Walk”- para avaliar a capacidade de controlo dinâmico, alterando a base de apoio;
- (6) “Standing-on-One-Leg” - para avaliar a capacidade para manter o equilíbrio sobre um apoio;
- (7) “Standing-on-foam-with-Eye-Closed” - para avaliar a capacidade para manter equilíbrio.

Os três primeiros testes integram a bateria *“Senior Fitness Test”*<sup>41</sup> e os quatro últimos a *“Fullerton Advanced Balance Scale”*<sup>42</sup>, cujos dados são os mais relacionados com o risco de queda<sup>43,44</sup>.

Para ajudar a população idosa a ter um estilo de vida ainda mais ativo, publicou o **GUIA PARA UM ENVELHECIMENTO + ATIVO: para viver ainda melhor**.

---

<sup>41</sup> Rikli, R & Jones, J (1999). *Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94*. Journal of Aging and Physical Activity 7: 162-181

<sup>42</sup> Rose, D (2003). *Fall Proof: a comprehensive balance and mobility training program*. Champaign: Human Kinetics

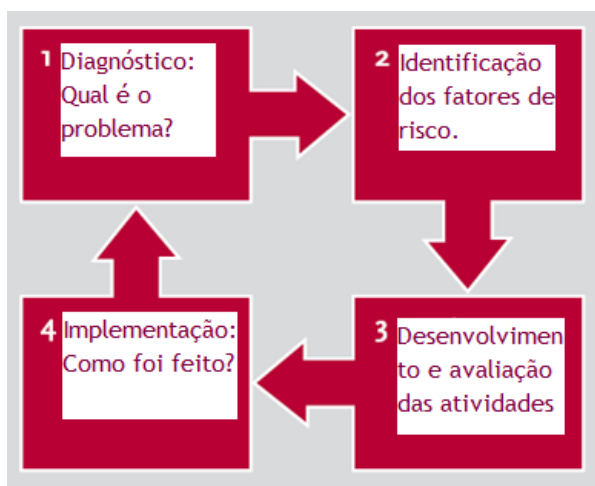
<sup>43</sup> Hernandez, D & Rose, D (2008). Predicting which older adults will not fall using the Fullerton Advanced Balance Scale. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol 89: 2309-2315

<sup>44</sup> Machado, M; Moreira, H; André, H; Santos-Rocha, R; Carnide, F & Veloso, A (2008). Step-Up Senior: A Sound Workout to Improve Functionality in the Elderly. Journal of Aging and Physical Activity Vol 16: S74-S75

## 4. Projeto “COM MAIS CUIDADO” de Prevenção dos acidentes domésticos

Tendo em conta a intervenção da saúde em matéria de prevenção de acidentes com pessoas idosas, plasmada no [Programa Nacional de Prevenção de Acidentes](#) e o potencial de disseminação de boas práticas do Projeto “COM MAIS CUIDADO”, a Direção-Geral da Saúde formalizou uma parceria com a Fundação MAPFRE para *a partilha e divulgação de informação, a formação dos profissionais de saúde e a melhoria do acesso a materiais pedagógicos sobre promoção da segurança e prevenção dos acidentes com pessoas idosas.*

Neste contexto, o Projeto “COM MAIS CUIDADO”, de prevenção dos acidentes domésticos com **peçoas idosas** assenta numa abordagem de saúde pública dirigida para quatro pilares<sup>45</sup>:



1. um diagnóstico de situação, que tem em conta a epidemiologia do problema;
2. a identificação dos fatores de risco e de proteção que, no contexto de um grupo vulnerável, implica conhecer os determinantes dos acidentes domésticos;
3. o desenvolvimento de atividades de intervenção individual e comunitária de promoção da saúde e da segurança, que tenham provado ser

efetivas na redução do tipo de acidente a que se dirigem;

4. uma avaliação da implementação do projeto baseado nos processos e nos resultados.

A efetividade dos projetos depende de uma série de fatores inerentes à lógica da sua boa elaboração. Para tal é crucial adotar uma metodologia que permita o desenvolvimento e a gestão do projeto de forma virtuosa e efectiva.

O **Formulário** que se elaborou e se disponibiliza, em anexo a este Manual, deve ser considerado como um guião para a ação.

No preenchimento dos campos do Formulário seja **KISS**, isto é, “*keep it short and simple*”!

<sup>45</sup> World Health Organization. *Preventing injuries and violence. A guide for Ministries of Health*, WHO, 2007

## a. Formulário do Projeto

No desenho do **Formulário do Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas** adotou-se um modelo baseado numa lógica do processo de planeamento. Este modelo desenrola-se em várias etapas, necessariamente flexíveis, desejavelmente abertas, participadas e debatidas entre todos os agentes envolvidos ou a envolver no Projeto.

O Formulário tem uma **1.ª Parte de Identificação**, onde deverá ser registado:

- 1) **Designação do Projeto**: aqui a criatividade não tem limite! Escolha um nome e um acrónimo com que toda a equipa se identifique;
- 2) Identificação da **Instituição executora**: que deverá ser uma unidade orgânica do ACeS ou uma IPSS, em estreita articulação com os Serviços de Saúde locais; do **responsável pelo Projeto** e respetivos contatos e da **equipa técnica**;
- 3) **Duração do Projecto**: com sinalização da data de início e de conclusão do Projeto.

A **2.ª Parte** do Formulário consiste na **Descrição do Projeto** e inclui:

- 4) **Enquadramento /justificação**: onde o ponto de partida é a identificação de um problema que deve ter por base informação epidemiológica e a definição dos objetivos *para a saúde e o bem-estar*.

Sintetize de forma clara a problemática que conduziu à necessidade de intervenção. No diagnóstico, no planeamento das ações e na implementação do Projeto deverá assegurar a participação das pessoas idosas.

Os acidentes domésticos com pessoas idosas são um problema sentido pela comunidade? Porquê? Foi feito um diagnóstico de situação: é representativo da população idosa? Qual é a epidemiologia do fenómeno? Quais os determinantes dos acidentes domésticos, em especial das quedas, com pessoas idosas? Lembre-se que os fatores de risco de acidentes com pessoas idosas são, frequentemente, multifatoriais.

As especificações do Projeto deverão incluir, por antecipação, as modificações que se espera venham a ocorrer em resultado do cumprimento dos seus objetivos.

O apoio da estrutura de gestão do ACeS/Unidade Funcional é muito importante para o desenvolvimento do Projeto? Os recursos necessários estão disponíveis?

5) **Áreas de intervenção prioritárias** tendo em conta a dimensão local dos acidentes domésticos com pessoas idosas e os seus principais determinantes a partir do diagnóstico de situação, identifique quais são as áreas prioritárias.

Para isso tenha em conta a evidência científica sobre a efetividade das intervenções nos diferentes fatores de risco<sup>46</sup>.

Com o Projeto vai dar prioridade a:

- ✓ informação, sensibilização e formação das pessoas idosas, dos cuidadores e das famílias em promoção da segurança e prevenção dos acidentes domésticos, em geral ou sobre acidentes específicos. A intervenção implica capacitação e promoção de competências para lidar com os riscos e, incentivam à prática da atividade física que reforce o equilíbrio e a força muscular, etc;
- ✓ avaliação dos riscos individuais de acidentes domésticos e na promoção de competências para lidar com o risco. Intervenções nesta área contribuem para melhorar as condições de saúde das pessoas idosas (visão, audição, doenças subjacente, limitação física, medicação, etc.) e o seu bem-estar;
- ✓ avaliação dos riscos de acidentes domésticos na habitação e no espaço envolvente. Intervenções nesta área incluem a avaliação da segurança da habitação, incluindo o desenho da casa e do mobiliário doméstico, dos espaços envolventes da casa, dos serviços e transportes públicos e reabilitação do domicílio e dos espaços frequentados pelos idosos;
- ✓ Outras áreas que sejam localmente pertinentes.

A **3.ª Parte** do Formulário consiste no **planeamento da intervenção** e inclui:

6) **Definição do objetivo geral** tendo em conta os objetivos do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes e o contributo do Projeto para a redução dos acidentes domésticos com pessoas idosas.

O objetivo geral tem que estar estreitamente correlacionado com os objetivos específicos e contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas idosas.

Mais uma vez, seja **KISS**, isto é, *“keep it simple and straightforward”!*

---

<sup>46</sup> V.A. Moyer, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. *Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. American College of Physicians, 2012

7) Os **objetivos específicos** são declarações concretas do que vai fazer para atingir o objetivo geral do Projeto. Defina objetivos dirigidos para os determinantes dos acidentes domésticos com pessoas idosas que tenham sido reconhecidos como efectivos à luz da evidência científica atual.

Os objetivos específicos podem estar hierarquizados e estruturados no tempo, de modo a que a realização de um, é uma pré-condição para a progressão para outro.

Procure sempre que os objetivos específicos sejam claros no sentido da mudança desejável, mensuráveis para poder identificar os benefícios que vão sendo atingidos, realistas, aceites pelo grupo-alvo e que tenham um horizonte temporal bem delimitado no tempo.

Defina objetivos específicos **SMART**, isto é, **specific** (específicos), **measurable** (mensuráveis), **achievable** (alcançáveis), **realistic** (realistas mas difíceis), **time-bound** (com prazos).

8) **Seleção das atividades** devem ser criteriosas e dirigidas para cada um dos objetivos específicos. Pergunte sempre, se aquilo que se propõe realizar contribui para o objetivo específico e tem um destinatário concreto (pessoas idosas, famílias, cuidadores, jovens, voluntários, profissionais, etc.). Quantas pessoas são os destinatários da atividade (número da população-alvo)? Quanto tempo de duração terá (horas, dias, meses)? Com que recursos a atividade vai ser feita (pessoal do Centro de Saúde, do Centro de Dia, da Associação de Idosos, da comunidade, da escola, etc.)? Como será feita a avaliação (um relatório, uma brochura, uma ferramenta, um comunicado, etc.).

A **4.ª Parte** do Formulário consiste na **operacionalização do Projeto**, listando:

9) **Instituições** onde irá decorrer, isto é, o local selecionado para a intervenção e a população (em números) que, em cada local, se prevê abranger;

10) **Articulação** com outros projetos da comunidade na mesma área ou que contribuam para os mesmos objetivos;

11) **Parcerias**, tendo em conta o papel das organizações da sociedade civil na implementação e disseminação do Projeto. A prévia mobilização de recursos, tanto os existentes como os adicionais que sejam necessários para a boa execução do Projeto é crucial para o sucesso da intervenção. Muitas vezes implica, por si só, um processo de sensibilização de todos os *stakeholders* para o problema e a definição de objetivos consensuais que devem ser assumidos, formalmente, para garantir a concretização do Projeto.

O envolvimento das organizações locais, nomeadamente Associações de Reformados, Universidades para Pessoas Idosas, Clubes, etc., é indispensável para sustentabilidade dos projetos.



12) **Fontes de financiamento e estimativas de custos** porque a implementação de um projeto tem sempre custos associados. Para que possa fazer aquilo com que se comprometeu assegure-se que tem o financiamento garantido. Por isso, é importante prever as potenciais fontes de financiamento.

No Projeto 'COM MAIS CUIDADO' NÃO está prevista a atribuição de qualquer financiamento pela DGS nem pela Fundação MAPFRE no contexto da candidatura e da apresentação do Formulário.

A **5.ª Parte** do Formulário consiste na **avaliação e manutenção do Projeto**, sintetizando:

13) **Indicadores de avaliação:** medem a execução dos objetivos específicos traçados no início do Projeto, permitem ainda a identificação de lacunas e necessidades não supridas e contribuem para a sua eventual remodelação.

Os indicadores de resultados podem ser avaliados sob a forma de 'outputs' e 'outcomes'.

'Outputs' são números. Por exemplo: aumento do número de pessoas idosas abrangidas pelo projeto. 'Outcomes', refere-se a mudanças de atitude, comportamentos ou conhecimentos. Por exemplo: aumento do número de pessoas idosas que faz atividade física. A maior parte dos indicadores inclui ambos os componentes.

Depois de definir os indicadores, questione-se sobre a forma como vai obter a informação.

*Lembre-se: definiu um objetivo, tem que o medir!*

14) **Estratégia de divulgação** dos resultados é crucial para o seu sucesso na comunidade. Um plano de disseminação dos resultados deverá ser definido tendo em conta a importância de partilhar os resultados com os parceiros, o grupo-alvo e a comunidade. Especificamente a divulgação dos resultados deverá contemplar:

- ✓ o que vai ser disseminado (mensagem chave);
- ✓ para quem (qual é o público alvo);
- ✓ porquê (qual é a intenção);
- ✓ como (campanhas, envolvimento da comunicação social, apresentações públicas, publicações, posters);
- ✓ quando (em que data).

*Seja seletivo, não dissemine tudo, para todos!*

15) **Sustentabilidade do Projeto:** passa pela advocacia do Projeto junto dos setores públicos e privados, exige colaboração de toda a equipa e dos parceiros para que o mesmo se torne uma referência na comunidade e possa ser alvo de financiamento no futuro.

A continuidade do Projeto depende, em grande parte, do compromisso dos parceiros com uma visão comum do problema e uma intervenção consolidada.

16) **Material:** estão disponíveis os materiais pedagógicos produzidos pela Fundação MAPFRE, nomeadamente os Guias de Prevenção de Riscos Domésticos entre os Idosos, para profissionais e para pessoas idosas, assim como o CD-ROM, que se disponibilizarão em função dos objetivos, das prioridades e das atividades dos projetos.

Existem outros materiais e instrumentos de avaliação da pessoa idosa, do ambiente doméstico e de lazer, etc., que podem ser usados em projetos de investigação-ação, necessitando alguns deles, formação adicional ou inserção de dados numa base Excel, que se facultará caso-a-caso.

Todos os campos assinalados com um asterisco vermelho (\*) são de preenchimento obrigatório.

## b. Descrição e acesso aos materiais pedagógicos

O envolvimento de parceiros no Projeto, dá-nos a possibilidade de poder disponibilizar, sem custos, materiais pedagógicos de informação, sensibilização e formação. São eles:

**Riscos Domésticos entre os Idosos: Guia de Prevenção** para pessoas idosas<sup>47</sup>

**Riscos Domésticos entre os Idosos: Guia de Prevenção destinado a profissionais**<sup>48</sup>

**CD-ROM sobre acidentes domésticos** e forma de os prevenir baseado em situações reais<sup>49</sup>

**Guia para um envelhecimento + ativo**, sobre promoção da atividade física junto das pessoas idosas apresenta atividades e sugestões para **ajudar a população sénior a ter um estilo de vida ainda mais ativo** e um diário de treino para registarem a atividade diária e os progressos: "Faça do exercício físico uma prioridade"; "Como controlar o esforço"; "Comer e beber... para melhor viver"; "Cardio... bate, bate coração, o primeiro passo para não me cansar"; "Pé ante pé... melhor equilíbrio"; Força, força... para melhor levantar, empurrar, puxar ou agarrar"; "Espreguice-se... vai chegar mais longe"

---

<sup>47</sup> [http://www.commaiscuidado.com.pt/descargas/FM\\_Guia\\_Idosos\\_CMC.pdf](http://www.commaiscuidado.com.pt/descargas/FM_Guia_Idosos_CMC.pdf)

<sup>48</sup> [http://www.commaiscuidado.com.pt/descargas/FM\\_Guia\\_Profissionais\\_CMC.pdf](http://www.commaiscuidado.com.pt/descargas/FM_Guia_Profissionais_CMC.pdf)

<sup>49</sup> [http://www.commaiscuidado.com.pt/d03\\_videos\\_por.htm](http://www.commaiscuidado.com.pt/d03_videos_por.htm)

Poderão ainda ser disponibilizados instrumentos de **avaliação do risco individual** de acidente doméstico, mediante solicitação, inscrita no Formulário de candidatura. São eles:

**A1: Caracterização do risco individual de acidente:** baseado na história de ocorrência de acidentes nos últimos 12 meses.

**A2: *Timed get up and go Test*:** de avaliação do equilíbrio e estabilidade na marcha.

**A3: *Easycare Standard Portugal 2010*:** sistema de avaliação da auto- percepção da qualidade de vida e do bem estar, nomeadamente, visão, audição, comunicação, auto-cuidado, mobilidade, segurança, residência e finanças, manter-se saudável, saúde mental e bem-estar. Inclui uma Escala Geriátrica de Depressão e o Teste de Diminuição Cognitiva. Toda a informação colhida só pode ser partilhada se o 'Consentimento', incluído no instrumento de avaliação, o permitir.

**A4: Auto-avaliação do risco de queda em pessoas polimedicadas:** lista de verificação do risco de queda para pessoas que tomam mais do que quatro medicamentos, diariamente.

**A5: Aptidão Funcional para a Prática de atividade Física:** os testes referidos anteriormente, validados e testados para a população portuguesa, só poderão ser utilizados após formação, com a duração de um dia, para calibragem dos profissionais que venham a aplicá-los.

A **avaliação do risco de acidente no ambiente doméstico e de lazer** pode ser feita através de dois instrumentos que se disponibilizam se forem inscritos no Formulário de candidatura. São eles:

**B1: Lista de verificação da segurança da habitação:** de avaliação dos riscos de acidentes em todas as divisões de uma casa e da sua envolvente;

**B2: Lista de verificação das cidades amigas das pessoas idosas:** um instrumento da OMS, do projeto com o mesmo nome, que avalia os aspetos positivos e as ineficiências de uma cidade, permitindo ir monitorizando os progressos e as transformações que vão ocorrendo numa cidade, numa vila, numa freguesia, etc.

### c. Avaliação dos projetos

A monitorização dos projetos que forem apresentados é feita em parceria entre a DGS e a Fundação MAPFRE. No final de cada ano civil, todos os projetos serão alvo de avaliação.

A avaliação quantitativa visa conhecer os beneficiários diretos e indiretos do Projecto 'COM MAIS CUIDADO', enquanto que a avaliação qualitativa a mudança de comportamentos das pessoas idosas face aos riscos de acidentes domésticos.

### **Indicadores gerais**

1. Número de instituições de saúde (e/ou em parceria com a rede social) que formalizaram candidatura a projeto de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas.
2. Número de profissionais de saúde incluídos nas equipas técnicas dos projetos.
3. Número de horas atribuídas aos profissionais de saúde para a implementação dos projetos.
4. Percentagem de instituições de apoio a idosos, beneficiárias dos projetos.
5. Percentagem de idosos no domicílio, beneficiários dos projetos.
6. Percentagem de idosos (não incluídos nas categorias anteriores) beneficiários dos projetos.
7. Percentagem de projetos de prevenção, dirigidos a todo o tipo de acidente doméstico.
8. Percentagem de projetos de prevenção de quedas em ambiente doméstico e de lazer.
9. Percentagem de projetos de prevenção, dirigidos a outra área específica.
10. Percentagem de cuidadores de pessoas idosas alvo de formação.
11. Percentagem de pessoas idosas com risco de queda, segundo o *Easy Care Standard*.
12. Percentagem de pessoas com internamentos por acidentes domésticos e de lazer.
13. Percentagem de pessoas com mais de 65 anos que pratica atividade física.
14. Número de relatórios/publicações/conferencias/ websites produzidos.
15. Número de Guias/Folhetos e CD-ROM distribuídos.

## 6. Disposições Finais

Os Agrupamentos de Centros de Saude (ACeS) têm um importante papel na promoção da saúde e do bem-estar da população idosa da sua zona de atração. As intervenções dos ACeS, realizadas pelos profissionais das Unidades de Saúde Familiar, de Saúde Pública, de Cuidados na Comunidade e de prestação de cuidados, individuais e comunitários, com intervenção no domicílio, em Residências ou Lares, Centros de Dia, Universidades para Idosos ou outros ambientes, podem ajudar as pessoas de todas as idades, a manter um estilo de vida saudável e a melhorar a sua qualidade de vida.

A prevenção exige formação, determinação e uma atitude positiva e pró-ativa.

Os profissionais de saúde podem ser a alavanca da motivação dos parceiros, na dinamização e na implementação de projetos de saúde pública e comunitária. A sua formação é fundamental para a sensibilização das pessoas idosas, dos cuidadores, dos outros setores sociais e económicos para a promoção da segurança e a redução dos riscos de acidentes domésticos com pessoas idosas.

Com este desafio à elaboração de **Projetos de prevenção de prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas** pretendemos que os profissionais de saúde dos ACeS, em parceria com as redes sociais das comunidades onde estão inseridos, promovam, no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, mais projetos, **COM MAIS CUIDADO!**

O **FORMULÁRIO do Projeto** visa facilitar o processo de planeamento, harmonizar uma metodologia de trabalho que permita destacar as boas práticas em prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas e, ao nível nacional, acompanhar e disponibilizar os recursos necessários para a implementação e a divulgação de boas práticas.

Por tudo isto, os profissionais de saúde que frequentaram a formação promovida pela DGS com a Fundação MAPFRE terão prioridade no apoio aos projetos que localmente decidirem desenvolver.

Para se candidatar a apoio técnico e material de suporte ao desenvolvimento do projeto aceda e preencha o formulário.

**FORMULÁRIO disponível na pagina Web da DGS (<http://www.dgs.pt/>) em Saude de A a Z> Programa Nacional de Prevenção de Acidentes> Projeto COM MAIS CUIDADO: prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas> formulário**

Em todo o processo ... seja **KISS**, isto é, “*keep it simple and sincere*”!