

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

CYNTHIA VIEIRA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR QUEDAS DE IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**Florianópolis
2016**

CYNTHIA VIEIRA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR QUEDAS DE IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Cynthia Vieira de
ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR QUEDAS DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA / Cynthia Vieira de Souza
; orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos -
Florianópolis, SC, 2016.
187 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Acidentes por
quedas. 4. Instituição de longa permanência para idosos. I.
Santos, Sílvia Maria Azevedo dos . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CYNTHIA VIEIRA DE SOUZA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR QUEDAS DE IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de fevereiro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente

Dra. Karina Silveira de
Almeida Hammerschmidt
Membro (titular)

Dra. Tania R. Bertoldo Benedetti
Membro (titular)

Dra. Gesilani Júlia da Silva Honório
Membro (titular)

Dedico ao meu pai (in memoriam), por que ter sido um exemplo de garra durante o tempo que permaneceu conosco.

Á minha querida mãe... Por nunca medir esforços para que eu chegasse até aqui... Por me ensinar a lutar pelos meus objetivos, por me fazer acreditar que podemos ir longe com força de vontade e determinação... Enfim, por me ensinar que o verdadeiro amor vence todas as barreiras.

AGRADECIMENTOS

Devemos ser gratos às pessoas que caminham ao nosso lado na trajetória da vida: elas fazem a nossa alma florescer!!! Por isso expresso minha gratidão:

A Deus e a Nossa Senhora da Lapa, pois a fé Neles me fez forte para enfrentar todos os desafios durante este caminho, afagando meu coração e me enchendo de esperança diante das dificuldades.

À minha mãe, Vilma, por se dedicar integralmente a mim e entender meus momentos de ausência durante a construção da dissertação.... Com todo seu carinho e amor, me ofereceu sempre uma boa educação. Sempre me incentivando e apoiando, não só durante estes dois últimos anos, mas durante toda a minha vida... Te amo muito, “Vivi”!!!

Ao meu grande amor, Guilherme, meu Gui!!! Por me incentivar e sonhar junto comigo, fazendo-me acreditar sempre que posso ir além. Obrigada pela compreensão nos meus momentos de angústia e por oferecer teus abraços que me acalmam e enchem meu coração de amor... Eu te amo!!!

Aos meus irmãos, Evelise e Jean, pelo amor, incentivo e apoio; e aos meus sobrinhos Thiago, Matheus e Enzo, porque conviver com vocês me faz muito feliz! Amo vocês!

Ao Senhor Sônio e Dona Lurdes, os pais que o Guilherme me empresta e um presente que a vida me deu, por todo amor e incentivo. Vocês são especiais! Amo vocês!

À minha querida cunhada-irmã Elaine (Nana), pelo incentivo, carinho e amizade! E ao Douglas (Doug), seu esposo, por me ajudar em um dos momentos desta pesquisa. Vocês moram no meu coração!

Aos queridos da família Vieira, por todo carinho e incentivo... Em especial aos tios “Kiko” e “Zildinha”! Amo vocês!!!

À minha grande amiga e irmã de coração, Eleine, por me incentivar e apoiar sempre... Mostrando que não existem limites para os nossos sonhos e que estudar nunca é demais. Tu és um exemplo de profissional, guerreira! És muito especial! Te Amo!

À minha prima de coração, Fábiana, pelo apoio num dos momentos desta pesquisa. Obrigada pelo carinho e amor com que sempre me trataste. Te amo!

À minha orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos por jamais medir esforços em me ajudar, não só durante as etapas desta pesquisa, mas também durante estes dois anos, em que mesmo passando por momentos difíceis nunca me disse não. Sempre me incentivando e

apoiando com suas palavras de carinho. Muito obrigada por TUDO! És um exemplo que quero seguir. És muito, muito, muito especial!!!

Aos colegas e amigos do GESPI, por toda ajuda e incentivo. Em especial, às professoras Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Juliana Balbinot Reis Girondi, e as colegas Fernanda Pires, Andrelise Viana e Rafaela Valcarenghi.

Às amigas da turma de mestrado, Priscila Romanoski, Andréia Grumman, Taíse Rocha e Cláudia de Oliveira, por toda ajuda e incentivo; as dificuldades ficam mais leves ao lado de vocês... Jamais as esquecerei! Adoro vocês!!!

À enfermeira e amiga Juliana Leal, por todo incentivo e ajuda na ILPI, que mesmo nos momentos de correria reservava um tempinho para me ajudar no que fosse necessário. Te adoro, “Juju”!

À administração do Lar São Francisco, por abrir as portas da ILPI para que eu realizasse meu trabalho.

Às professoras da banca de qualificação, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Soraia Dornelles Schoeller e à doutoranda Luciana Lourenço, pelas considerações valiosas que enriqueceram meu projeto, permitindo-me realizar este trabalho.

Às professoras Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Tania Benedetti, Melissa Orlandi Honório, Gesilani Júlia da Silva Honório e à doutoranda Luciana Lourenço, pela disponibilidade e suas importantes contribuições na banca de sustentação.

Ao CAPES, pelo apoio financeiro, permitindo que eu me dedicasse a este trabalho.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e aos professores do programa, pela troca de saberes.

Às minhas eternas amigas da faculdade, Joi, Bruna, Malú e Pri, por todo carinho e incentivo. Amo Vocês!

Às minhas melhores amigas, Talita Cordeiro e a sua Linda Rafinha, e Milena Cordeiro... Pelo carinho, incentivo e por entenderem meus momentos de ausência. Amo vocês!

Aos participantes deste estudo, pelo apoio e por sempre me acolherem com carinho no seu ambiente de trabalho e na sua casa!

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse a mais esta etapa...

MINHA GRATIDÃO!!!

“Fiz do Senhor a minha companhia constante,
enquanto Ele estiver do meu lado, não tropeçarei”.

(Atos 2 – 25)

SOUZA, Cynthia Vieira de. **ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR QUEDAS DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 187p.

RESUMO

As quedas são consideradas importante agravo no envelhecimento, e seus desfechos geralmente trazem prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos idosos. Quedas são comuns em idosos residentes na comunidade, mas sua ocorrência é maior em idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPIs). **Objetivo:** Desvelar os fatores de risco para quedas e refletir sobre as estratégias para preveni-las segundo idosos, profissionais da saúde e trabalhadores de uma ILPI. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial (PCA), cujos dados foram coletados entre junho e agosto de 2015. Com os 15 idosos residentes foi aplicada parte da avaliação multidimensional dos idosos proposta por Moraes (2008), composta de questionários para identificação sociodemográfica, aspectos de saúde/doença (percepção da saúde, queixas em relação à saúde, estilo de vida, uso de medicação, ocorrência de quedas no último ano, diagnósticos clínicos e revisão dos sistemas fisiológicos), visão sobre rotinas institucionais; escalas e testes para avaliar funcionalidade e mobilidade, como: escala de *Katz*, *Lawton e Brody*, *time up and go test*, *get up and go test*; escala de avaliação ambiental. Posteriormente, foram realizadas três oficinas com nove profissionais da saúde e 11 trabalhadores e três oficinas com os 15 idosos residentes de uma ILPI. Os dados foram analisados com base nos princípios da PCA, nas suas etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Durante a análise emergiram os seguintes eixos temáticos: **Quedas: Fatores de Risco, Vivências e Sentimentos em Relação às Quedas, e Cuidados para Prevenir Quedas**, todos compostos por conjuntos de categorias. **Resultados:** Através da avaliação dos idosos realizada como parte da avaliação multidimensional do idoso proposta por Moraes, importantes fatores de risco para as quedas foram relatados, como: *déficit* visual e auditivo, incontinência urinária, noctúria, mais de uma queda no último ano, artralgia, lombalgia, tontura, doenças crônicas, uso de polifarmácia, *déficit* na mobilidade e problemas ambientais que favorecem as quedas. Já nas oficinas realizadas com profissionais da saúde, trabalhadores e idosos, foram identificados importantes fatores de risco e sua relação com as quedas. Os idosos relataram sentimentos e

vivências experienciados ao sofrerem quedas e as dificuldades para mudar atitudes e comportamentos para evitá-las. Após as reflexões, profissionais da saúde, trabalhadores e idosos elaboraram estratégias de prevenção dessas quedas. Eles também descreveram os cuidados que deveriam ter com o ambiente no trato com idosos predispostos a quedas, enfatizando a importância do trabalho multiprofissional. **Conclusão:** É possível prevenir quedas em idosos residentes em ILPI, desde que se invista na sensibilização deles próprios, dos profissionais e dos trabalhadores sobre a gravidade desse evento, além de envidar esforços na implantação de um programa de prevenção de quedas com vistas a estimular a promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

Palavras-chave: envelhecimento, acidentes por quedas, instituição de longa permanência para idosos.

SOUZA, Cynthia Vieira de.. Thesis (Nursing Master). **STRATEGIES TO PREVENT ELDERLY FALLS WHO LIVE IN A LONG STAY INSTITUTION.** Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2016. 187p.

ABSTRACT

Falls are significant conditions in aging, and the outcomes often bring harm to the elderly's health and life quality. They are common in the elderly living in the community, but their occurrence is even higher in the elderly who live in Long-Staying Institutions (LSI). **Objective:** to unveil the risk factors for falls and reflect on strategies to prevent them according to the elderly, health professionals and workers at the LSI. **Methodology:** qualitative research of convergent care type (PCA), whose data were collected between June and August 2015. It was applied part of the multidimensional assessment of the elderly proposed by Moraes (2008) with 15 elderly residents, consisting of questionnaires for socio-demographic identification, health issues/disease (health perception, complaints regarding health and lifestyle). Also, medication use, falls occurrence in the last year, clinical diagnostics and review of physiological systems, view of institutional routines, scales and tests to evaluate functionality and mobility, such as Katz, Lawton and Brody scale, team up and go test, get up and go test and the environmental assessment scale. After that, there were three workshops with nine health professionals and 11 employees, and three workshops with 15 elderly residents at the LSI. Data were analyzed based on PCA principles, in the following steps: apprehension, synthesis, theorization and transference. During the analysis emerged the following themes: **Falls, Risk Factors, Experiences and Feelings Regarding Falls and Care to Prevent Falls**, all of them composed of sets of categories. **Results:** through the elderly evaluation carried out as part of the multidimensional assessment of the elderly proposed by Moraes, significant risk factors for falls were reported. They are visual and hearing impairment, urinary incontinence, nocturia, more than one fall in the last year, arthralgia, back pain, dizziness, chronic diseases, use of polypharmacy, mobility deficit and environmental problems that favor the falls. In workshops performed with health professionals, workers and the elderly, significant risk factors and their relationship to the falls were identified. The elderly reported feelings and experiences when suffering falls and difficulties to change attitudes and behaviors to avoid them. After the reflections, health professionals, workers and the elderly developed prevention strategies regarding falls.

They also described the care they should have with the environment in dealing with senior citizens prone to falls, and emphasizing the importance of a multidisciplinary work. **Conclusion:** it is possible to prevent falls in the elderly living at the LSI whether there is awareness investment on them, the professionals and workers about the seriousness of that event, as well as the efforts to implement a prevention program of falls to encourage health promotion and active aging.

Keywords: Aging, accidental falls, homes for the aged.

SOUZA, Cynthia Vieira de. **ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DE LOS ANCIANOS RESIDENTES EN UNA INSTITUCIÓN DE LARGA PERMANENCIA**

Tesis (Maestría en Enfermería) Programa - Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 187p.

RESUMEN

Las caídas son consideradas como importantes agravamientos para el envejecimiento y las mismas provocan, generalmente, perjuicios para la salud y la calidad de vida de los ancianos. Ellas son comunes en ancianos residentes en la comunidad, sin embargo, las mismas se dan, en mayor proporción, con los ancianos residentes en instituciones de larga permanencia (ILP). **Objetivo:** desvendar los factores de riesgo para las caídas y reflexionar sobre las estrategias para prevenirlas según los ancianos, los profesionales de la salud y los trabajadores de una ILP. **Metodología:** investigación cualitativa, del tipo convergente asistencial (PCA), cuyos datos fueron obtenidos entre Junio y Agosto del 2015. Parte de la evaluación multidimensional de los ancianos propuesta por Moraes (2008) fue aplicada a los 15 ancianos residentes. La misma estaba compuesta por cuestionarios para la identificación sociodemográfica y los aspectos de salud/enfermedad (percepción de la salud y quejas en relación a la salud). También, el estilo de vida, uso de medicación, caídas en el último año, diagnósticos clínicos y revisión de los sistemas fisiológicos; visión sobre rutinas institucionales, escalas y testes para evaluar la funcionalidad y movilidad como la escala de *Katz*, *Lawton y Brody*, *time up and go test*, *get up and go test* y la escala de evaluación ambiental. Posteriormente, se realizaron tres talleres con nueve profesionales de la salud y 11 trabajadores, y tres talleres con los 15 ancianos residentes en una ILP. Los datos fueron analizados en base a los principios de la PCA, en las etapas de: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. Durante el análisis emergieron los siguientes ejes temáticos: **Caídas, Factores de Riesgo, Vivencias y Sentimientos en Relación a las Caídas y Cuidados para Prevenir Caídas**, todos compuestos por conjuntos de categorías. **Resultados:** A través de la evaluación de los ancianos realizada como parte del examen multidimensional del anciano, propuesto por Moraes, fueron relatados importantes factores de riesgo para las caídas: *déficit* visual y auditivo, incontinencia urinaria, nicturia, más de una caída en el último año, artralgia, lumbalgia, tontura, enfermedades crónicas, uso de polifarmacia, *déficit* en la movilidad y problemas ambientales que favorecen las caídas. Ya en los talleres realizados con profesionales de la

salud, trabajadores y ancianos, fueron identificados importantes factores de riesgo y su relación con las caídas. Los ancianos relataron sentimientos y vivencias al sufrir caídas y las dificultades para cambiar actitudes y comportamientos para evitarlas. Después de las reflexiones, los profesionales de la salud, trabajadores y ancianos elaboraron estrategias para la prevención de tales caídas. Ellos también describieron los cuidados que deberían tener con el ambiente, en el trato con los ancianos con predisposición para las caídas, enfatizando la importancia del trabajo multiprofesional. **Conclusión:** es posible prevenir las caídas de los ancianos residentes en una ILP, desde que se invierta en la sensibilización de los mismos, de los profesionales y de los trabajadores sobre la gravedad de tal evento, además de empeñar los esfuerzos para la implantación de un programa de prevención de caídas con el objetivo de estimular la promoción de la salud y del envejecimiento activo.

Palabras clave: envejecimiento, accidentes por caídas, hogares para ancianos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da Coleta de Dados.....	43
Figura 2- Eixo Temático -Quedas: Fatores de Risco.....	57
Figura 3 - Eixo Temático - Vivencias e sentimentos em relação as quedas.....	58
Figura 4 - Eixo Temático - Cuidados para prevenção de quedas.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Parte do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008).....	42, 65
Quadro 2- Quais os significados da palavra intrínseco.....	50
Quadro 3- Gabarito do Caça-Palavras.....	51
Quadro 4- Questionário das Oficinas.....	52
Quadro 5- Exercícios para prevenção de quedas.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos idosos participantes.....	40
Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde e trabalhadores participantes.....	41
Tabela 3- Escore do MEEM, de acordo com o nível de escolaridade.....	44
Tabela 4 - Tempo de realização do TUG e risco de quedas.....	46
Tabela 5- Análise quantitativa da marcha (<i>Get Up and Go Test</i>).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's	Atividades de Vida Diária
AVDI's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
TUG	Time Up And Go
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS	29
1.1.1 Objetivo Geral	29
1.2 Objetivos Específicos.....	29
2 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA	31
2.1 ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA VELHICE.....	31
2.2 QUEDAS.....	34
3 METODOLOGIA	37
3.1 FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA).....	37
3.1.1 Concepção.....	38
3.1.2 Instrumentação	38
3.1.3 Fase de Perscrutação	55
3.1.4 Análise de Dados.....	55
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4 RESULTADOS.....	57
4.1 MANUSCRITO 1: PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA ILPI E FATORES DE RISCO PARA QUEDAS.	61
4.2 MANUSCRITO 2: QUEDAS: FATORES DE RISCO PARA IDOSOS RESIDENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI).....	81
4.3 MANUSCRITO 3: PREVENÇÃO DE QUEDAS: ESTRATÉGIAS PERCEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, TRABALHADORES E IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI).....	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	119
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE 1 – TERMO PARA A PERMISSÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA INSTITUIÇÃO.....	137
APÊNDICE 2 - CONVITE PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E TRABALHADORES A PARTICIPAÇÃO DAS OFICINAS.....	139
APENDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IDOSOS	143
APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRABALHADORES	145
APÊNDICE 6 – FOTOS DA INSTITUIÇÃO	147

APÊNDICE 7 – FIGURAS PARA IDOSOS ELABORAREM FRASES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	155
ANEXO 1 – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	168
ANEXO 2 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO DE MORAES (2008).....	170

1 INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas do século XX é o aumento da expectativa de vida com o crescimento da longevidade, como consequência dos avanços da tecnologia, associadas à queda da natalidade e da mortalidade precoce, que estão levando a população a viver mais, modificando o perfil da população idosa do país (POLARO et al., 2012). Os idosos correspondem a 13% do total da população no Brasil (IBGE, 2013).

Este novo perfil populacional é uma realidade do país e, a partir disso, emerge a necessidade de ampliar-se e aprimorar-se estratégias de cuidados com a saúde das pessoas em processo de envelhecimento e dos idosos. Outro aspecto relevante é a transição epidemiológica que trouxe, entre outras alterações, o aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, somando-se esses fatos verifica-se que as pessoas além de viverem mais estão convivendo por mais tempo com doenças crônicas e seus agravos o que as leva a necessitar de cuidados por mais tempo (VASCONCELOS; GOMES, 2012; LEOCÁDIO, 2013).

Neste contexto, a institucionalização pode ser considerada uma alternativa para proteger o idoso que necessita de maiores cuidados, porquanto o novo modelo familiar monoparental, com poucos filhos e mulheres trabalhando fora, faz com que muitas famílias se sintam despreparadas para cuidar de seus idosos (SOUZA et al., 2013; POLARO et al., 2012). As ILPIs estão entre as modalidades de cuidados para idosos que geralmente oferecem atendimento assistencial e de saúde de forma integral (OLIVEIRA; ROCHA JÚNIOR, 2014).

Estudo com objetivo de identificar os indicadores de institucionalização de 991 idosos revelou que os abrigados tinham o seguinte perfil: idade maior ou igual a 80 anos, falta de um (a) companheiro (a), nenhuma educação formal e apresentando déficits na capacidade funcional¹ para realizar as atividades de vida diária (AVDs) (DEL DUCA et al., 2012).

Paiva et al. (2014) em sua pesquisa constataram que existe uma relação do *déficit* da capacidade funcional com a institucionalização. Por outro lado Garbin et al. (2015) em seu estudo concluíram que embora as instituições disponham de estrutura física adequada para atender as

¹ CAPACIDADE FUNCIONAL é a habilidade em realizar atividades do dia-dia em um padrão considerado normal conforme os padrões construídos (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2013).

pessoas idosas alguns agravos são recorrentes nesse espaço como, por exemplo, as quedas que acometem mais idosos institucionalizados do que os que residem na comunidade.

As quedas são consideradas um dos principais problemas clínicos dos idosos e de saúde pública, devido à grande incidência, aos altos custos e às complicações que podem trazer (ALMEIDA; BRITES; TAKIZAWA, 2011). As quedas comprometem o envelhecimento ativo dos idosos porque geralmente acabam culminando em graves desfechos, como fraturas e incapacidades funcionais, podendo, em alguns casos, levá-los à morte (FARIAS, 2010).

Numa revisão integrativa realizada por Paula Júnior (2014), com objetivo de descrever o estado da arte da literatura científica acerca do evento quedas em idosos, no período de 2003 a 2012, foi observada a alta incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e de doenças degenerativas favorecendo sua ocorrência. Paula Júnior (2014) também verificou em vários estudos que um dos desfechos das quedas é o comprometimento da capacidade funcional, da independência, da autonomia e da qualidade de vida (QV) dos idosos.

As quedas podem estar ligadas a alterações sensório-motoras decorrentes de DCNTs e a fatores comportamentais, como resistência ao uso de órteses ou próteses ou seu uso inadequado, sendo esses considerados fatores intrínsecos (FERREIRA et al., 2013; OMS, 2005). Os fatores extrínsecos para as quedas, estão: ambientes com pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios, falta de corrimão para apoio, cômodos com móveis que oferecem risco e obstáculos como mesas com cantos cortantes, passadeiras e tapetes soltos, entre outros (FERREIRA et al, 2013; OMS, 2005).

Diante do exposto, é de extrema importância o uso de estratégias de prevenção desse agravo em ILPIs, devendo os profissionais da saúde manter-se comprometidos com a execução de projetos para prevenir quedas. Tais estratégias também visam a promoção da saúde, uma velhice com autonomia e independência preservadas o máximo possível.

No processo de envelhecimento e na velhice avançada a prevenção e o controle de agravos são eixos fundamentais que se unem à satisfação das necessidades básicas e ao sentimento de realização (ASSIS, 2005). O envelhecimento só pode ser considerado uma conquista quando cursa com qualidade de vida. Para que isso ocorra, é necessário que as políticas para idosos voltem seu foco para capacidade funcional, autonomia, autocuidado e envelhecimento ativo, além de incentivar essa população a prevenir agravos, cuidar da saúde e oferecer-lhe atenção de forma integral (VERAS, 2009).

Todas essas condições associadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos têm como meta o envelhecimento ativo, com objetivo de permitir a todos os idosos uma vida mais saudável e com qualidade, mesmo àqueles com alguma fragilidade e/ou que necessitem de cuidados (FARIAS; SANTOS, 2012).

Durante a minha atuação profissional como fisioterapeuta na área da gerontologia e em ILPIs, ouço com frequência o relato de acidentes por quedas nos idosos residentes, além de atendê-los em casos de reincidência. Minha inserção no Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI) do PEN/UFSC me proporcionou participar de projetos de pesquisa com idosos que sofreram e sofrem quedas, em diversos cenários. Durante essas vivências passei a interessar-me ainda mais pelo agravo das quedas e a refletir sobre possibilidades de preveni-las.

Ao ingressar no mestrado e precisando definir meu projeto de dissertação, vislumbrei a possibilidade de investigar sobre quedas, o que se concretizou com minha participação no Projeto de Pesquisa intitulado Envelhecimento Ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas, financiado pela CAPES e coordenado pela minha orientadora, Professora Doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Diante do exposto, ocorreu-me a seguinte **pergunta de pesquisa**: Quais os fatores de risco para ocorrência de quedas e estratégias para preveni-las são identificados por idosos, profissionais da saúde e trabalhadores de uma ILPI?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Desvelar os fatores de risco para quedas e refletir sobre as estratégias para preveni-las segundo idosos, profissionais da saúde e trabalhadores de uma ILPI.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer o perfil de saúde dos idosos residentes na ILPI e os fatores de risco de quedas a que estão expostos na instituição.

- ✓ Identificar com os profissionais de saúde, trabalhadores e idosos residentes em uma ILPI os fatores de risco para quedas desses idosos.
- ✓ Refletir sobre estratégias para prevenir quedas de idosos residentes de uma ILPI com os próprios idosos em conjunto com profissionais da saúde e trabalhadores da instituição.

2 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Dando prosseguimento a pesquisa foi realizada revisão narrativa sobre temas relevantes para o desenvolvimento da mesma, tais como: envelhecimento, acidentes por quedas e instituição de longa permanência para idosos. As fontes utilizadas foram livros e artigos. Esses últimos foram localizados nas seguintes bases de dados: PubMed/ Medline (*National Library of Medicine and National Institutes of Health/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

2.1 ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO NA VELHICE

O período de 1975 a 2025 é considerado por alguns autores como a Era do Envelhecimento, devido ao grande número de idosos na população e aumento da expectativa de vida (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002; BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005). Estimativas apontam que em 2050 teremos dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo (PIOVESAN; PIVETTA; PEIXOTO, 2011). Portanto, o envelhecimento pode ser encarado como uma realidade contemporânea, mesmo em países em desenvolvimento, como o Brasil. Segundo dados do IBGE, em 2010 os idosos correspondiam a 10,8% da população brasileira, com idade média de 74,8 anos (IBGE, 2010; IBGE, 2013), devendo essa população quadruplicar-se no país até 2060. (IBGE, 2013).

Diante de tantas teorias a respeito do processo de envelhecimento, entende-se que existem várias formas de considerá-lo, embora se saiba que muitas pesquisas devem ser ainda realizadas para encontrar o verdadeiro significado desse processo (JAKEL-NETO; CUNHA, 2002). O envelhecimento é considerado um processo dinâmico e progressivo, apresentando como consequências déficits nas funções morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas (LUSTRI; MORELLI, 2007). As transformações que ocorrem no organismo dos indivíduos durante o processo de envelhecimento afetam diretamente a capacidade funcional, dificultando a interação com seus semelhantes e com o meio ambiente. Outro aspecto desse processo é que deixa os idosos mais suscetíveis a doenças e agravos, reduzindo sua autonomia e independência, limitando o autocuidado e interferindo na sua QV (MAFRA, 2011).

No entanto, o envelhecimento pode ocorrer de uma forma resiliente e ativo quando considerado como "um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (OMS, 2005, p. 13). Segundo esse documento da Organização Mundial de Saúde (2005) o conceito de "ativo" refere-se:

A pessoa capaz de manter participação contínua nos aspectos gerais da vida: familiares, sociais, economicos, culturais, espirituais, entre outros. Não significa estar fisicamente ou profissionalmente ATIVO. (OMS, 2005, p. 13).

Porém, Torres et al., 2014 identificaram na fala de alguns idosos que a idade e suas limitações fazem com que eles se vejam incapacitados de realizar atividades básicas, gerando neles um indesejado sentimento de insatisfação com esse processo. Como se observa na descrição dos autores, o processo de envelhecimento pode ser muito doloroso para muitos idosos. Além disso, alguns deles se deparam com o isolamento, devido à falta de apoio social e da família, principalmente devido aos novos arranjos familiares atuais (MARIN et al., 2012).

As mudanças no padrão dos casamentos, a diminuição nas taxas de fecundidade e a entrada das mulheres no mercado de trabalho afetaram a capacidade que antes tinham as famílias de cuidar no próprio domicílio de seus idosos, numa situação em que o avanço da idade se associa a fragilidades, muitas delas oriundas de doenças crônico-degenerativas (CAMARANO; MELLO, 2010). Diante desse quadro, o nível de exigência sobre cuidadores familiares é bem maior, pois aumenta a demanda de cuidados para que sejam mantidas a autonomia e a independência do idoso, por isso muitas vezes a institucionalização é uma opção viável, por oferecer um ambiente de cuidado associado a convivência e socialização (BESSA; SILVA, 2008; MAFRA, 2011; MARIN et al., 2012; RISSARDO et al., 2011).

Os asilos, como eram antigamente denominados, emergiram no Brasil no século XIX e XX, representados por hospitais e sanatórios, onde residiam indivíduos com lepra, tuberculose, doentes mentais, idosos e indivíduos carentes (FERREIRA; SIMÕES, 2011). As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) englobam o que antes se chamava de asilo, abrigo, lar, casa de repouso e clínica geriátrica, entre outros, se destinam a atender idosos com 60 anos ou mais, podendo ser pago ou

gratuito (público), em regime de internato com tempo de moradia indeterminado (FERRERA; SIMÕES, 2011).

No Brasil ainda não se tem um consenso do que seja uma ILPI; ora é considerada uma instituição de assistência, enquanto em outros momentos é tomada como uma instituição de saúde (CAMARANO; MELLO, 2010). Porém, as ILPIs são consideradas um lar especializado e com suportes importantes, como: proporcionar assistência integral de acordo com o grau de dependência e oferecer, ao mesmo tempo, o conforto de um ambiente doméstico e acolhedor, proporcionando aos residentes um cuidado de qualidade. Nas ILPIs, o idoso pode recuperar a saúde com autoestima, desenvolvendo novas amizades e relações, favorecendo seu desenvolvimento como um todo (MARIN et al., 2012).

Conforme Marin et al., (2012) no Brasil existem cerca de 19 mil idosos residentes em ILPIs. Porém, nossas políticas públicas priorizarem o cuidado do idoso pela família, o número de ILPIs tende a crescer (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011).

Apesar de necessárias, as ILPIs ainda são alvo de preconceito da sociedade, pois em sua origem essas instituições surgiram para abrigar pobres, sem estrutura familiar e com a saúde prejudicada (CAMARGOS, 2013).

Bessa e Silva (2008) investigaram os principais fatores que conduzem um idoso a procurar uma ILPI e identificaram que o ingresso na instituição decorre da solidão, das necessidades de cuidados, dos conflitos familiares e da perda de entes queridos que auxiliavam no cuidado. No entanto, observa-se ainda que em nossa cultura a decisão de transferir um idoso para uma ILPI não é sempre bem aceita, e talvez isso ocorra pelos significados negativos atribuídos tanto à atitude como à residência. Por outro lado, com as mudanças no contexto populacional que vêm ocorrendo, essa está se tornando uma alternativa para os indivíduos que precisam de cuidados integrais à saúde e não dispõem de uma efetiva rede de suporte social e/ou familiar.

No Brasil a qualidade de atendimento em ILPI nem sempre é a realidade, devido a problemas de infraestrutura, recursos materiais e humanos, além da falta de padrões de funcionamento e de fiscalização. Em 1993, foi elaborada na Holanda, pelos diretores de Instituição de Idosos, uma Carta Européia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituição, apontando como metas (BORN; BOECHAT, 2002): promover e melhorar a qualidade de vida e diminuir as evitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição, manter a autonomia do idoso, favorecer livre expressão da sua vontade, favorecer o desenvolvimento da sua capacidade, possibilitar liberdade de escolha, garantir um ambiente

de aconchego na instituição, como na sua própria casa, respeitar a privacidade, reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente de sua limitação, reconhecer o direito do idoso a assumir seus riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha, respeitar a manutenção do seu papel social, garantir acesso ao melhor cuidado conforme seu estado de saúde, e proporcionar cuidado integral e não apenas médico.

As sugestões dessa carta podem ser utilizadas em outros países e culturas, de modo a transformar as ILPIs em um *locus* de cuidado integral, onde os profissionais estejam determinados a entender, manter e/ou melhorar a saúde física e mental dos idosos residentes. Quando institucionalizados, idosos independentes desenvolvem algum tipo de dependência relacionada a nova rotina vivida associada a incapacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011).

Conforme Feliciani; Santos; Valcarenghi (2011), algumas políticas públicas fazem referência à institucionalização e à manutenção da funcionalidade, independência e autonomia para prevenir quedas. Assim, é papel das equipes que atuam nas ILPI centrar em questões de organização, estrutura e cuidado do idoso, para fins de prevenção de quedas (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011).

2.2 QUEDAS

As quedas e suas consequências são consideradas por si só um grande problema, porém quando se pensa em quedas em idosos, o problema se torna muito maior, sendo considerado importante risco à saúde do idoso (ALVES JÚNIOR; PAULA, 2008; PROJETO DIRETRIZES, 2008). A queda é conceituada como o deslocamento sem intenção do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção a tempo, ocasionado por diversas circunstâncias que comprometem a estabilidade corporal (PEREIRA et al., 2001).

Estima-se que a cada ano 30% dos idosos sofram queda, taxa que aumenta para 50% em idosos institucionalizados. Desses idosos que caem, 25% necessitam de hospitalização, metade dos quais sobreviverá somente mais um ano após a queda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Del Duca; Antes; Hallal (2013) ao avaliar 466 residentes em 24 ILPI's, verificaram que a ocorrência de quedas em um ano foi de 38,9%, considerando frágeis os idosos avaliados. Santos; Andrade (2005), identificaram a incidência de quedas em idosos institucionalizados relacionando-as aos seus fatores de risco descobriu que 46,3% ocorreram

próximo à cama e 15,3% ao passar de sedestação para ortostase. Gonçalves et al., (2008) em um estudo, realizado no Sul do Brasil com o objetivo de descrever a prevalência de quedas em idosos que vivem em asilos e fatores associados, observaram que entre os 180 idosos estudados a prevalência de quedas foi de 38,3%, sendo o quarto o local de maior incidência (23%).

Em estudo realizado em Pelotas em 2006, observou-se que a ocorrência de quedas foi de 32,5% em idosos residentes em ILPI (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010). Carvalho; Luckpw; Siqueira (2011) verificaram a prevalência de quedas de 33,5% nos idosos estudados, e, corroborando dados de outros estudos, também apontam o local de maior prevalência de quedas foi o quarto dos idosos. Diante de tais fatos, é importante focar no tema “quedas”, uma vez que a sua ocorrência dentro das ILPIs é evidente em diversos estudos.

A ocorrência de quedas em determinado contexto nos chama a atenção e sinaliza que algo está errado com o idoso e o ambiente em que ele vive. Além de a recorrência de quedas contribuir para o declínio funcional, uma vez que leva a limitações nas AVD'S, ao medo de sofrer novas quedas e ao déficit na mobilidade, as quedas nos idosos também podem ter como consequência a perda da autonomia e da independência, reduzindo as chances de um envelhecimento ativo (MORELLI; REBELATTO; BORGES, 2011).

Várias são as causas das quedas, e na maioria das vezes elas estão associadas a fatores intrínsecos e extrínsecos. Como os fatores intrínsecos estão intimamente relacionados às condições de saúde dos idosos, acabam sendo aqueles sobre os quais se tem pouca ingerência e, dentre eles, o mais importante é a instabilidade postural. Ainda fazem parte desse grupo as alterações sensoriais que não estejam devidamente corrigidas, a presença de doenças crônicas neurodegenerativas e o uso inadequado de medicações (psicotrópicas – hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos) (PAULA JÚNIOR; SANTOS, 2014).

Já os fatores extrínsecos são aqueles sobre os quais podemos fazer mais ajustes e/ou correções, pois estão mais relacionados aos riscos ambientais, como: pisos irregulares e/ou escorregadios, ausência de corrimões, assentos sanitários baixos, mesas e cadeiras instáveis, prateleiras altas, presença de tapetes, objetos soltos pelo chão, como, por exemplo, brinquedos e fios, além do uso de calçados ou órteses inadequados, entre outros (PAULA JÚNIOR; SANTOS, 2014). Em muitos casos, a queda ocorre devido a uma atitude imprudente do idoso, como subir em uma escada para limpar o armário no alto ou pegar algum

objeto. Atitudes de risco por parte dos idosos são tão importantes quanto os fatores extrínsecos e intrínsecos (MESSIAS; NEVES, 2009).

Estudo realizado para avaliar o equilíbrio postural e o risco de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados revelou que os idosos institucionalizados apresentam maior instabilidade postural e, portanto, maiores riscos de sofrerem quedas (ALVES; SCHEICHER, 2011). As mudanças nas funções motora e de sensibilidade dos idosos podem levá-los a sofrer a instabilidade postural relatada acima, na qual se observa: déficit da força muscular, diminuição de reflexos, diminuição da flexibilidade, diminuição na velocidade espontânea da marcha, déficit da acuidade visual e déficit na função vestibular (PICKLES et al., 2000).

No cenário da velhice, a incapacidade funcional, associada ou não a estruturas ambientais e/ou comportamentos inadequados, faz com que as quedas sejam consideradas representativas na velhice, gerando importantes desfechos físicos que facilitam o processo de fragilização e comprometem os aspectos psicossociais, como: a ocorrência de fraturas, úlceras de decúbito, síndrome do imobilismo; em relação ao âmbito econômico, o tempo prolongado de hospitalização, o uso prolongado de medicamentos, a necessidade de procedimentos invasivos de alto custo, uso de próteses e/ou órteses e medo (MORELLI; REBELATTO; BORGES, 2011; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014). Por isso, é de grande importância que os profissionais da saúde mantenham-se atentos para esse evento que, embora muitas vezes seja negligenciado, apresenta sérios riscos à saúde.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A opção pela pesquisa qualitativa se deve à possibilidade de englobar coleta e uso de materiais empíricos significativos a respeito do tema em questão e da vida de quem os vivencia. Para isso, o pesquisador utiliza várias práticas interpretativistas conectadas, a fim de compreender a essência do assunto que é o foco de seu estudo (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é modalidade de estudo proposta por Mercedes Trentini e Lygia Paim em 2004 e parte do princípio de que o pesquisador atua e estuda a assistência no ambiente em que está inserido, envolvendo os profissionais e/ou usuários, atores do contexto (TRENTINI; PAIM, 2014). Esse tipo de metodologia se desenvolve com a interação do pesquisador com o contexto de assistência que ele pretende estudar para minimizar problemas observados na prática, apresentar novidades e transformar a maneira de agir em determinados casos (TRENTINI; PAIM, 2014).

O que diferencia a PCA de outros métodos são os pressupostos que a guiam, e para o presente estudo destaca-se o seguinte:

A prática assistencial requer inovações, opções e recursos para melhorar ou resolver problemas em determinados cenários de saúde, fazendo com que os profissionais atrelem, durante sua assistência, o saber-pensar ao saber-fazer (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 22-23).

Diante do exposto, justifica-se o uso da PCA porque o estudo foi realizado numa instituição na qual a pesquisadora desenvolve suas atividades como fisioterapeuta com alguns idosos residentes, há mais de quatro anos. Assim, ela conhece a realidade do contexto no qual pesquisou, a ponto de perceber que a prevenção de quedas requer uma intervenção mais efetiva, uma vez que pode comprometer a capacidade funcional dos idosos residentes, impedindo seu envelhecimento ativo. Outro aspecto que se destacou foi a possibilidade de unir o saber-pensar ao saber-fazer em conjunto com os demais profissionais da saúde e trabalhadores que atuam na instituição, a fim de favorecer a implantação de estratégias para prevenir quedas no local.

3.1 FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

A PCA apresenta quatro fases metodológicas diretamente interligadas: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação e de análise, que serão descritas a seguir.

3.1.1 Concepção

A fase de concepção inclui a pergunta de pesquisa, a justificativa do tema escolhido, os objetivos e a revisão de literatura, todas já descritas anteriormente (TRENTINI, 2014).

3.1.2 Instrumentação

Na fase de instrumentação, o pesquisador está envolvido no conhecimento da assistência (TRENTINI, 2014). Um dos pontos dessa fase é a apresentação do **local do estudo**, por isso passo a descrever o ambiente onde foi desenvolvido o presente estudo, uma Instituição de Longa Permanência chamada Lar São Francisco (APÊNDICE 1), de responsabilidade da Ordem Franciscana Secular, vinculada à Igreja Católica, fundada em 24 de julho de 1980, na cidade de Florianópolis/SC.

O Lar é gerido por uma equipe composta por um interventor em parceria com um administrador e uma gerente que contam com o auxílio de uma secretária. Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, que se mantém financeiramente com recursos da mensalidade paga pelos residentes e ou por seus familiares ou responsáveis.

O Lar dispõe de 46 apartamentos (quarto e banheiro, individuais), sala de televisão, refeitório, posto de enfermagem, sala de trabalhos artesanais, sala de visitas, capela, secretaria, áreas cobertas e um pátio. A instituição conta com 34 funcionários que desenvolvem os serviços ali oferecidos:

- Equipe de Enfermagem 24 horas, composta por duas enfermeiras e onze técnicas de enfermagem. A equipe técnica atua no regime plantão de 12/24 horas, enquanto as enfermeiras atuam no período de 12 horas, de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas.

- Assistência Médica, realizada por uma médica geriatra que visita o Lar uma vez por semana.

- Alimentação com atendimento nutricional individual, desenvolvida por uma equipe composta por duas cozinheiras, quatro auxiliares de cozinha e uma nutricionista. A equipe da cozinha atua em regime de trabalho de 12 horas, das 07 às 19 horas, todos os dias, também

em regime de 12/24 horas. A nutricionista atua no regime de 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira.

- Serviço de Limpeza – é composto por seis profissionais, atuando todos os dias das 07 às 19 horas, também em regime de 12/24 horas.

- Assistência Religiosa – oferecida por duas freiras da Ordem Franciscana Secular, que moram na instituição, e mais um padre que não mora na instituição.

- Atividades recreativas – realizadas por um educador físico duas vezes por semana, durante 40 minutos.

- Serviços Gerais – com uma equipe composta por três funcionários que trabalham de segunda-feira a sexta-feira, das 07 às 19 horas.

- Além desses serviços, os residentes ou responsáveis podem contratar serviços extras por sua responsabilidade, como: serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, cabeleireiro e manicure, entre outros. Portanto, o serviço da fisioterapia nessa instituição é de responsabilidade dos familiares dos residentes.

As regras da instituição é que os idosos cheguem por demanda espontânea de seus familiares e/ou responsáveis, em busca de um lugar de moradia permanente e se deve a motivos diversos, como a encontrar cuidados gerais em saúde para o idoso, pois muitas vezes em domicílio a família não pode oferecê-los, devido ao trabalho ou outras condições; por decisão do próprio idoso, por querer manter sua “independência” e não onerar os familiares com seus cuidados.

A idade mínima para entrar na instituição é de 60 anos, e um critério para acolhimento é que o candidato não seja cadeirante nem acamado. Porém, se sobrevier essa condição durante o tempo em que residir na instituição, ele receberá todos os cuidados necessários.

O idoso que passar pelos critérios para residir na instituição será avaliado pela enfermeira, que fara o reconhecimento de seu estado geral de saúde. A avaliação é composta por questões relacionadas à existência de possíveis doenças, cirurgias a que se submeteu, acuidade visual e auditiva, presença de vertigem ou tonturas, hábitos relativos a sono e repouso, uso de prótese dentária, hábitos alimentares, capacidade funcional e mobilidade, eliminações fisiológicas e eventual presença de alergias.

Os residentes mantêm cada um, sua agenda com as rotinas das AVDs – que na maioria das vezes é respeitada, a fim de favorecer a manutenção da dinâmica da vida e o trabalho dos funcionários e da instituição. Não há limitação de horário para visita de familiares, responsáveis e amigos dos residentes.

Na fase de instrumentação também são descritos os **participantes da pesquisa** (TRENTINI, 2014). No presente estudo, foram convidados a participar do estudo os quarenta e seis idosos residentes na instituição, porém apenas 15 participaram da pesquisa, uma vez que os demais não atenderam aos critérios de inclusão. Segundo esses critérios só poderiam participar do estudo os idosos que: tivessem idade igual ou superior a 60 anos; morassem na instituição há pelo menos três meses no momento da coleta de dados; tivessem nível de cognição preservado testado através do Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO 1), conforme o escore mínimo referente a escolaridade apresentado por Brucki et al. (2003). Ao passo que os critérios de exclusão foram: idoso que possua doença crônica não transmissível que o incapacitasse de participar do estudo (demência previamente diagnosticada); estivesse acamado; possuísse incapacidade de comunicação verbal e não verbal.

A síntese das características sócio-demográficas dos idosos que participaram desse estudo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos idosos participantes

Sexo	Idade	Estado civil	Anos de escolaridade
13 Feminino	75-93 Anos	5 Solteiros	Zero - 11 Anos
2 Masculino		10 Viúvos	Majoria de 9 - 11 Anos

FONTE: Elaboração do Autor, 2015.

Foram também convidados para participar do estudo todos os 34 profissionais da saúde e trabalhadores, sendo que os profissionais da saúde: médica geriátrica, enfermeira, técnicas de enfermagem e nutricionista, e trabalhadores da ILPI: equipe da limpeza, cozinha, serviços gerais, cuidadores e equipe administrativa, explicando previamente os objetivos da pesquisa e que sua participação consistiria em estar presente nas oficinas que foram uma das técnicas de coleta dos dados (APÊNDICE 2). No entanto, apenas 20 destes participaram da pesquisa, sendo 9 profissionais de saúde (uma enfermeira, uma nutricionista e sete técnicas de enfermagem) e 11 trabalhadores (um dos serviços gerais, cinco da limpeza, uma da cozinha e quatro cuidadoras). Os critérios de inclusão para ambos foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; trabalhar na instituição há pelo menos três meses, pois assim já estaria mais adaptado a mesma e conheceria seus residentes. Ao passo que os critérios de exclusão foram: estar de férias ou afastado para tratamento

de saúde no período da coleta dos dados; não poder deixar o seu setor durante a realização das oficinas.

A síntese dos dados sócio-demográficos dos profissionais e dos trabalhadores que participaram desse estudo estão expostos na tabela 2.

Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde e trabalhadores participantes

Sexo	Idade	Tempo de serviço	de	Anos de escolaridade
19 Feminino 1 Masculino	22-55 anos	3 Meses – 24 Anos		Zero - 11 Anos Profissionais da saúde: 11 anos ou mais Trabalhadores: Zero e 11 anos ou mais

FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Ainda na fase de instrumentação da PCA, consta a fase de **coleta de dados**, cujos métodos mais utilizados são: entrevistas (aberta e estruturada) e observação e discussão em grupo (TRENTINI, 2014). Trentini (2014) alerta que não se deve descartar a possibilidade de utilizar métodos de abordagem quantitativa na PCA, como questionários estruturados ou semiestruturados, além de escalas quantitativas.

Nesta pesquisa, foram aplicados com os idosos: um questionário estruturado e escalas quantitativas, essas retiradas em parte do protocolo de avaliação multidimensional do idoso proposto por Moraes (2008), no quadro 1 estão descritas as avaliações do protocolo de Moraes (2008) que foram utilizadas para avaliar os idosos desse estudo; e discussão em grupo – através de oficinas. Com os profissionais da saúde e com os trabalhadores foram realizadas apenas oficinas e um questionário com dados sócios demográficos (APÊNDICE 3).

A oficina é uma técnica que envolve adequações e sequência para atingir o objetivo proposto. Convém salientar que esses momentos são propícios para conceber e produzir produtos que contribuem para a educação como um todo, mas especialmente para a educação da saúde (LÉO; GONÇALVES, 2008).

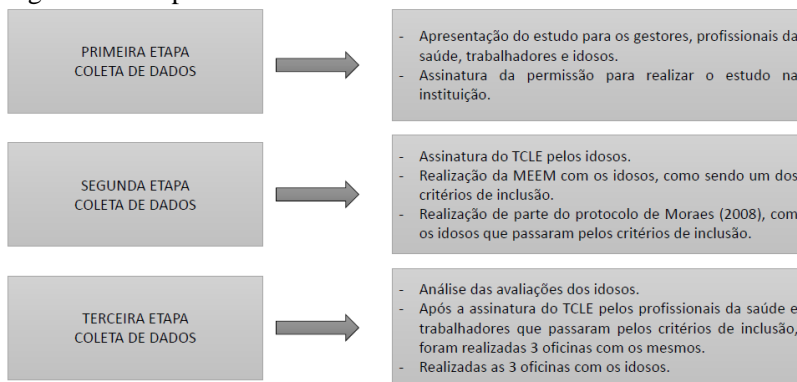
Quadro 1 – Parte do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008)

Identificação
Queixa Principal Detalhada
Revisão dos Principais Sistemas Fisiológicos - Geral - Pele e Anexos - Aparelho Cardiovascular - Aparelho Respiratório - Órgãos dos Sentidos - Aparelho Geniturinário - Sistema Musculo-Esquelético
Atividades Básicas de Vida Diária (<i>Índice de Katz</i>) – Qualitativo
Atividade Instrumental de Vida Diária (<i>Lawton-Brody</i>) – Qualitativo
Estilo de Vida (Tabagismo/ Etilista/ Sono/ Atividade Física)
Medicamentos
Mobilidade - Marcha - <i>Time Up and Go</i> - <i>Get Up and Go</i> - Padrão de Marcha
Fraturas / Quedas
Escala Ambiental do Risco de Quedas
Diagnósticos Anteriores Relatados
Avaliação do Idoso Institucionalizado

FONTE: MORAES et al., 2008.

Na figura 1, podemos visualizar como foram as etapas da coleta de dados da pesquisa e a seguir, passo a descrever cada uma delas.

Figura 1 – Etapas da Coleta de Dados



FONTE: Elaboração do Autor, 2015.

- **Primeira etapa da coleta de dados:** no início deste estudo, foi apresentada proposta de pesquisa para os gestores, idosos, profissionais da saúde e trabalhadores da instituição descrita, relatando: o tema, objetivo, justificativa e, por fim, foram esclarecidas a forma como seriam realizadas todas as etapas metodológicas. Ao final, solicitei que o administrador assinasse a permissão para desenvolver o estudo na instituição, incluindo uso de imagens locais (APÊNDICE 1).

- **Segunda etapa da coleta de dados:** os idosos que passaram pelos critérios de inclusão foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4), para que fosse realizada a escala Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que também fazia parte de um dos critérios de inclusão. A MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO 1), proposta no protocolo de avaliação multidimensional do idoso de Moraes (2008), para avaliar seu estado cognitivo. A MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994) é descrita por Moraes e Lanna (2008) como um instrumento útil, simples e de fácil aplicação para rastrear *déficits cognitivos*. Composto por 11 itens e com pontuação máxima de 30 pontos, os primeiros cinco itens avaliam memória, atenção e concentração, e os 6 itens finais avaliam linguagem, gnosia, praxia, função executiva e função visuoespacial. Moraes e Lanna (2008) destacam que pacientes residentes em instituições de longa permanência apresentam-se desorientados em relação ao tempo, geralmente devido à falta de estímulo.

Como ponto de corte, utilizou-se a adaptação do MEEM por Brucki et al. (2003) para definir os escores de acordo com o nível de escolaridade dos participantes, como se vê na tabela 3.

Tabela 3- Escore do MEEM, de acordo com o nível de escolaridade

Escore MEEM	Pontos
Analfabetos	20 pontos
1 a 4 anos de escolaridade	25 pontos
5 a 9 anos de escolaridade	26,5 pontos
9 a 11 anos de escolaridade	28 pontos
Escolaridade superior a 11 anos	29 pontos

FONTE: BRUCKI et al., 2003.

Os idosos que atingiram a pontuação mínima da MEEM de acordo com seu nível de escolaridade, concluíram a passagem por todos os critérios de inclusão desta pesquisa. Assim, foi dada continuidade a realização da coleta de dados através da aplicação dos demais questionários e escalas selecionados da avaliação multidimensional do idoso de Moraes (2008) (ANEXO 2) com os idosos. Primeiramente os idosos foram questionados a respeito de dados de sua identificação, o que Moraes et al. (2008) consideram o ponto inicial da ligação entre o profissional e o idoso, além de oferecer dados importantes. Identificado o idoso, foi assim questionado: O (a) senhor (a) tem alguma queixa da sua saúde? – queixa principal detalhada (MORAES et al., 2008).

Em seguida, foram revisados os sistemas fisiológicos, já descritos no quadro 1, onde foram selecionados somente questões consideradas importantes para risco de quedas. Hábitos de vida também foram questionados, como: tabagismo, etilismo, sono e prática de exercícios físicos. Seguindo o protocolo de avaliação sugerido por Moraes, foram avaliadas a funcionalidade, através da escala de Katz para AVDs, e as atividades instrumentais de vida diária (AVDIs), segundo Lawton e Brody (1969) (MORAES et al., 2008). Para Moraes et al., 2008, a escala de Katz é simples e fácil de aplicar e avalia tarefas como: banhar-se, vestir-se e usar o banheiro, que são atividades culturais e de aprendizagem; e transferir-se ou deslocar-se, continência urinária e fecal e alimentar-se, que são atividades vegetativas simples. Após a avaliação, os idosos foram classificados nas categorias a seguir, conforme sugerido por Katz: a) independente: realiza sozinho todas as atividades de vida diária; b) semidependente: apresenta comprometimento de uma das funções relacionadas a cultura e aprendizagem (banhar-se, vestir-se e/ou uso do banheiro); c) dependente incompleto: apresenta comprometimento de

uma das funções relacionadas a funções vegetativas simples (transferência, continência) associadas a funções de banhar-se, vestir-se e usar o banheiro; d) dependente: tem todas as funções comprometidas (MORAES et al., 2008).

Moraes et al. (2008), descreveram que *Lawton e Brody* (1969) propôs a avaliação de atividades cotidianas realizadas por todas as pessoas, como: preparar alimentos, realizar compras, controlar as finanças, usar o telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupas, cuidar dos próprios medicamentos e sair de casa. Para avaliar as AIVDs, *Lawton e Brody* sugere que as funções relacionadas ao preparo de alimentos, lavar/passar roupas e trabalhos domésticos não sejam avaliadas em homens. A escala tem como respostas: sem ajuda, com ajuda parcial e incapaz. Por fim, a questão: “O que o (a) senhor(a) gostaria de fazer e não está fazendo?”, ajudou a obter informações adicionais sobre a funcionalidade do idoso.

A mobilidade foi avaliada com os seguintes testes propostos por Moraes; Magale (2008), *Time Up and Go Test*, *Get Up and Go Test* e padrão de marcha. De acordo com Moraes e Megale (2008), o *timed up and go* (TUG) avalia o risco de quedas relacionado a alteração da marcha e equilíbrio. Este teste é realizado com o auxílio de uma cadeira cujo assento deve ter 46 cm de altura e com braços (MORAES; MEGALE, 2008). O idoso deve estar recostado na cadeira e quando solicitado pelo profissional, deve levantar-se sem se apoiar nos braços da cadeira, utilizando apenas seu calçado usual e seu dispositivo auxiliar, caso seja usuário, por exemplo, de bengala ou outro tipo de apoio; caminhar os 3 metros marcados no chão, dar uma volta de 180°, retornar e sentar novamente na cadeira (MORAES; MEGALE, 2008). Foi cronometrado o tempo desde que o idoso levantou da cadeira, fez o trajeto solicitado e sentou novamente na cadeira.

O objetivo do TUG é analisar o equilíbrio em sedestação, transferência da posição sentada para a posição ortostática, estabilidade durante a marcha e durante mudanças no seu curso (MORAES; MEGALE, 2008). A interpretação do TUG está descrita na tabela 4.

Tabela 4 - Tempo de realização do TUG e risco de quedas

Tempo de realização do TUG	Risco de quedas
10 segundos.	Risco mínimo de quedas.
10 a 20 segundos	Geralmente independentes, e na ausência de história de quedas ou padrão de marcha específico, não precisam ter sua propedêutica estendida.
20 segundos ou mais.	Alto risco de quedas.

FONTE: MORAES; MAGALE, 2008.

O *Get Up and Go Test* avalia qualitativamente o TUG da seguinte forma: equilíbrio em sedestação – ao levantar-se, nos primeiros cinco segundos e a rotação de 180°; a locomoção (cadência, base, comprimento e altura da passada, desvio do trajeto e *swing*) (MORAES; MEGALE, 2008). A análise do que é esperado no *get up and go test* é apresentada na tabela 5.

Tabela 5- Análise quantitativa da marcha (*Get Up and Go Test*)

EQUILÍBRIO	Equilíbrio sentado	Firme, constante e estável
	Levantamento da cadeira	Capaz de levantar-se em movimento único sem usar braços
	Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 seg)	Estável sem segurar em auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte
	Rotação	Não segura nem cambaleia: não necessita segurar em algum objeto; os passos são contínuos
	Sentando-se	Movimento suave, seguro
LOCOMOÇÃO	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem hesitar; o início da marcha é único e suave
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, numa altura de 2,5 e 5 cm do solo
	Comprimento do passo	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio
	Desvio de curso ou trajeto	Os pés seguem próximos à linha reta enquanto o paciente avança
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos em esforço para manter a estabilidade
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda

FONTE: MORAES; MAGALE, 2008.

O padrão da marcha é verificado durante as avaliações, quando também é levantado o histórico de fraturas e quedas.

Em seu protocolo de avaliação, Moraes (2008) propõe ainda avaliar o ambiente em que o paciente vive e por onde se desloca. Foram

selecionadas partes dessa avaliação proposta no protocolo, pois como os idosos são institucionalizados, não participam em todos os ambientes descritos na escala, como cozinha e escada. Portanto, foram avaliadas as áreas de locomoção comuns a todos, como refeitório, salas, igreja, corredores; iluminação; quarto de dormir e banheiro. O questionário apresentou somente duas opções de resposta: sim e não. Após esse questionário, os idosos foram indagados sobre os locais onde passam a maior parte do tempo, o que fazem e se existem problemas nesses locais. Para concluir a avaliação ambiental, os idosos foram indagados se existe algum lugar da residência que não frequentam e por qual motivo.

Em seu protocolo, Moraes (2008) busca identificar também os diagnósticos clínicos dos idosos e medicamentos que ingerem. Nesta pesquisa, tais dados foram buscados nos prontuários dos idosos.

Por fim, Moraes (2008) descreveu em seu protocolo uma avaliação dos idosos institucionalizados, questionando-os sobre os motivos, os significados da institucionalização e envelhecimento, e as relações pessoais com os outros residentes, com os administradores e com os familiares.

- **Terceira etapa da coleta de dados:** nesta etapa os profissionais da saúde, trabalhadores e idosos participaram de oficinas. As oficinas para os profissionais da saúde e trabalhadores foram elaboradas, após a análise das avaliações realizadas anteriormente com os idosos, onde foram utilizadas diferentes estratégias, foram discutidos os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos de quedas e estratégias para preveni-las.

Os 20 profissionais da saúde e trabalhadores que passaram pelos critérios de inclusão e aceitaram participar das três oficinas, assinaram o TCLE (APÊNDICE 5). Os nove profissionais da saúde (uma enfermeira, uma nutricionista e sete técnicas de enfermagem) e os 11 trabalhadores da instituição (um dos serviços gerais, cinco da limpeza, uma da cozinha e quatro cuidadoras) foram divididos em duas equipes, conforme os plantões e a disponibilidade.

As oficinas eram realizadas sempre das 13 às 14 horas, momento de descanso dos idosos e que os profissionais e trabalhadores da instituição escolheram como o melhor para sua participação. Por determinação da enfermeira, os profissionais da saúde que não aceitaram participar da pesquisa ficaram responsáveis por atender os idosos, caso fosse necessário. Os profissionais da saúde e trabalhadores da noite que se mostraram interessados em participar puderam escolher entre as duas equipes a que melhor atendesse seus compromissos.

Formadas as duas equipes, ficou a número 1 composta por três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, três trabalhadoras da limpeza,

uma da cozinha e duas cuidadoras, enquanto a número 2 foi composta por um trabalhador dos serviços gerais, duas da limpeza, quatro técnicas de enfermagem, uma nutricionista e duas cuidadoras. Foram realizadas três oficinas com cada equipe. Cada oficina foi gravada e também contou com os registros de uma secretária, além do diário de campo da pesquisadora. Cada oficina teve duração aproximada de uma hora.

Cada oficina se desenvolveu nas seguintes etapas: 1) acolhimento dos participantes, pela pesquisadora; 2) reiteração do contrato de sigilo e confidencialidade acerca de tudo o que fosse discutido no encontro solicitando esse mesmo compromisso de todos os participantes; 3) Na sequência a pesquisadora apresentou questões provocadoras de debate relativas ao tema da pesquisa e atividades para que os participantes entendessem melhor o que estava sendo proposto. 4) Ao final de cada encontro a pesquisadora ofereceu um lanche aos presentes como estratégia de propiciar momentos de descontração e interação.

Os encontros ocorreram da seguinte forma:

- *1º Oficina Profissionais da Saúde e Trabalhadores / Equipes 1 e 2*: Após a chegada de todos os participantes, a pesquisadora explicou como seria a dinâmica do grupo e como se desenvolveria, reforçando o objetivo da pesquisa, aspectos éticos e direitos de cada participante. Nesse primeiro encontro, a pesquisadora apresentou as datas dos próximos encontros. Após o acolhimento, os participantes foram provocados com as seguintes perguntas: O que são quedas? O que são fatores extrínsecos? Após a provocação, ocorreu uma longa discussão a respeito dos temas questionados e os profissionais e trabalhadores expuseram suas ideias e opiniões trazendo exemplos da vivência na instituição.

Na sequência, a pesquisadora buscou ampliar a discussão, utilizando-se de fotos da infraestrutura da própria instituição (APÊNDICE 6), com a autorização do administrador (APÊNDICE 1), a fim de propor que os profissionais e trabalhadores olhassem para os ambientes com outro olhar e apontassem fatores de risco para quedas. Terminada essa discussão, a pesquisadora ainda os questionou sobre como eles imaginavam que poderiam modificar esses ambientes de maneira a prevenir quedas, levando em consideração aspectos que dependiam tanto dos próprios residentes como de terceiros. Por fim, a pesquisadora fez um apanhado geral da discussão, considerando aspectos importantes do que foi tratado.

- *2º Oficina Profissionais da Saúde e Trabalhadores/ Equipes 1 e 2*: A pesquisadora seguiu as etapas propostas para as oficinas, já descritas anteriormente. Na equipe 1, a discussão foi iniciada com a seguinte pergunta: Qual foi o tema da oficina anterior? Após as colocações, a

pesquisadora indagou: O que são fatores intrínsecos para quedas? - Solicitando que os participantes apontassem esses fatores intrínsecos nos idosos residentes. Após as discussões, a pesquisadora revelou os dados encontrados a respeito de fatores intrínsecos para quedas nos idosos residentes. Ao final, os profissionais e trabalhadores foram interrogados a respeito de como poderiam agir diante desses fatores. Para finalizar, a pesquisadora fez uma síntese do que foi dito pelos participantes e reforçou os cuidados que poderiam ser adotados considerando os fatores intrínsecos apresentados pela população idosa institucionalizada. Isso foi necessário porque os profissionais e trabalhadores sentiram dificuldade para entender a relação existente entre os fatores intrínsecos e as quedas.

Devido às dificuldades da equipe 1 na oficina 2, foi decidido entre a pesquisadora e sua orientadora que a equipe 2 seria abordada de outra forma, começando a discussão com a seguinte pergunta: Qual foi o tema da oficina anterior? Após os comentários foi dada uma folha com o significado da palavra “intrínseco” pesquisado em dois dicionários (Quadro 2).

Quadro 2- Quais os significados da palavra intrínseco

Dicionário 1

Intrínseco

1. Que se encontra no interior, no íntimo de alguém ou de algo.
2. Inerente, essencial a alguém ou alguma coisa.
3. Que é real e independe de convenção.

Dicionário 2

Intrínseco

1. Referente a alguma coisa que está ligada ou pertence à essência de uma pessoa, de uma situação ou de uma coisa; que é inato ou inerente; característico ou específico de algo ou alguém: “o mau feitio era-lhe intrínseco”;
2. Que está no interior de uma circunstância, de uma pessoa ou de uma coisa; que é interno, íntimo ou profundo;
3. Que é essencial ou imprescindível a alguma coisa ou a alguém.

FONTE: Dicionário 1, 2015.

Na sequência foi dito que no último encontro havíamos falado de fatores de risco extrínsecos para quedas. Ao ler os significados da palavra intrínseco, o que você considera fatores de risco intrínsecos dos idosos quando falamos de quedas? Após as colocações e discussões, foi dado um

caça-palavras com o texto mostrado no quadro 3, no qual as palavras em letras maiúsculas eram as que deveriam ser encontradas.

Quadro 3- Gabarito do Caça-Palavras

GABARITO DO CAÇA-PALAVRAS
<p>Durante o processo de envelhecimento as QUEDAS são consideradas problema de saúde pública devido ao grande número de ocorrências, as complicações para a saúde dos idosos e os gastos assistenciais.</p> <p>As quedas acontecem com frequência em IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, pois estes se encontram fragilizados e com reduzida capacidade funcional.</p> <p>As quedas podem ser ocasionadas por diversos fatores, como já vimos. Entre esses fatores estão os EXTRÍNSECOS e os INTRÍNSECOS.</p> <p>Os fatores intrínsecos decorrem de ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS relacionadas à idade e de DOENÇAS, além dos FATORES PSICOLÓGICOS e efeitos colaterais de MEDICAMENTOS.</p> <p>Como alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, estão: PERDA DO EQUILÍBRIO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR e DIMINUIÇÃO DOS REFLEXOS, entre outros.</p> <p>As doenças, isoladas ou associadas a outros fatores, podem ocasionar as quedas, como, por exemplo: DIABETES, HIPERTENSÃO, AVC, ALZHEIMER, PARKINSON, DÉFICIT VISUAL, LABIRINTITE, INCONTINÊNCIA URINÁRIA, ARTROSE, ARTRITE e OSTEOPOROSE, entre outras.</p> <p>O MEDO de sofrer novas quedas está relacionado aos fatores psicológicos.</p> <p>O uso inadequado de medicamentos, como PSICOTRÓPICOS, também pode ser considerado um fator de risco.</p>

FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Após essa atividade foi realizada a seguinte pergunta: Vocês conseguem identificar esses fatores nos idosos residentes? Em quais? E depois da discussão, foram indagados: Como podemos ajudar esses idosos com risco de sofrerem quedas? Foi realizada uma discussão e ao final, novamente a pesquisadora fez a síntese do que foi discutido em conjunto com os informantes.

A forma como foi conduzida a equipe 2 possibilitou aos participantes entender mais facilmente o que estava sendo proposto com a oficina.

- 3º *Oficina Profissionais da Saúde e Trabalhadores / Grupos 1 e 2*: A pesquisadora seguiu novamente as etapas propostas para as oficinas conforme descrito anteriormente, iniciando o debate com ambas as equipes propondo a seguinte questão: O que foi abordado na oficina anterior? Após a discussão os participantes foram divididos em duplas ou trios, conforme o número de presentes em cada equipe. Foi aplicado um questionário (Quadro 4) a respeito do que havia sido discutido nas oficinas anteriores para as duplas ou trios responderem. Depois que eles responderam, foram discutidas suas respostas.

Quadro 4- Questionário das Oficinas

- Como podemos chamar o deslocamento (não intencional) do corpo para o chão, decorrente de um ou mais fatores?
- Como podemos classificar os fatores de risco para quedas?
- Quais são os fatores considerados extrínsecos?
- Quais são os fatores considerados intrínsecos?
- O medo de sofrer novas quedas é considerado um fator extrínseco ou intrínseco?
- Na sua função, dê um exemplo de como você pode prevenir um fator extrínseco e um intrínseco (Aqui foi solicitado que cada profissional descrevesse um exemplo de cada).

FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Após essa atividade a equipe foi intencionalmente dividida em dois grupos, deixando a equipe de saúde para realizar desenhos ou escreverem estratégias para prevenir quedas levando em consideração os fatores intrínsecos, enquanto os cuidadores, trabalhadores da cozinha, da limpeza e dos serviços gerais foram incumbidos de desenhar ou escrever estratégias para prevenir quedas levando em consideração os fatores extrínsecos. Porém, deixei claro que somos uma equipe e todos temos responsabilidade por todas as estratégias de prevenção de quedas; no encerramento foi revisto e discutido tudo o que foi realizado.

Foi ainda solicitado que os grupos apontassem estratégias de prevenção de quedas que não dependessem apenas deles – profissionais e trabalhadores – mas, da administração da instituição.

Ao final foi solicitado que os participantes fizessem uma avaliação oral das oficinas, e a pesquisadora encerrou essa etapa de coleta dos dados agradecendo a participação de todos e de cada um.

Após a análise das avaliações dos idosos e das estratégias de prevenção apontadas nas oficinas com os profissionais da saúde e trabalhadores da instituição, foram realizadas as oficinas com os idosos, onde foram utilizadas diferentes estratégias, para discutir fatores de risco intrínsecos e extrínsecos de quedas e estratégias para preveni-las.

Ao todo foram três oficinas com os idosos, com duração média de uma hora. Cada oficina apresentou as seguintes etapas: 1) acolhimento dos participantes pela pesquisadora; 2) reiteração do contrato de sigilo e confidencialidade acerca de tudo o que foi discutido no encontro, solicitando esse mesmo compromisso de todos os participantes; 3) Na sequência foram realizadas as atividades.

Os encontros ocorreram como se descreve a seguir:

- *1ª Oficina Idosos*: na primeira oficina, foram discutidas as seguintes questões: vocês já sofreram quedas? Podem me contar como foi a experiência? Depois dessa queda, como você se sente quando volta ao mesmo cenário? Após a discussão, o vídeo denominado: “Como prevenir a queda de idosos?”, produzido pelo Albert Einstein- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (ALBERT EINSTEIN, 2014) foi apresentado, e solicitei que opinassem a respeito. Posteriormente à discussão do vídeo, solicitei que analisassem as fotos da instituição (APÊNDICE 6), as mesmas que apresentei aos profissionais e trabalhadores (APÊNDICE 1) e que cada um oferecesse a sua análise. Por último, encerrei com a seguinte pergunta: Quais as limitações de vocês que consideram riscos para quedas? Fui anotando num cartaz e ao final encerrei as atividades do dia.

- *2ª Oficina Idosos*: na segunda oficina, descrevi para os idosos como seria uma casa segura contra quedas, e com figuras de revista, montamos uma casa segura num cartaz. Cada idoso ganhou algumas figuras e elegeu a que mais se adequava a um ambiente seguro e assim ocorreu a discussão.

- *3ª Oficina Idosos*: na terceira oficina, a pesquisadora fez um breve histórico do que já havia sido discutido nas oficinas anteriores. E as discussões partiram da seguinte indagação: quem gosta de praticar exercícios físicos? Em seguida, outra questão: Vocês sabem a importância de realizar exercícios físicos? Após as discussões, a pesquisadora explicou os benefícios do exercício físico para a prevenção de quedas. Como prática, foram realizados exercícios físicos, os quais foram formulados conforme os dados obtidos na avaliação de Moraes (2008) (Quadro 5). Os exercícios foram apropriados para desenvolver equilíbrio, força muscular, coordenação, agilidade e propriocepção. Ao final, as

descrições dos exercícios foram entregues aos idosos e explicado que os mesmos poderiam ser realizados todos os dias.

Quadro 5- Exercícios para prevenção de quedas

EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Sentado em uma cadeira, com as costas bem apoiadas e os pés bem apoiados no chão, arrastar os dois pés para frente e para trás (sem tirá-los do chão) (3X10).
- Sentado em uma cadeira, com as costas bem apoiadas e com os pés bem apoiados no chão, arrastar os dois pés para o lado e voltar (abrir e fechar as pernas) (3X10).
- Segurando uma barra, bem fixa na parede, agachar (como se tivesse sentando em uma cadeira) e voltar para a posição inicial (2X8).
- Em pé, segurando em uma barra fixa na parede e com as pernas levemente abertas. Transferir o peso do corpo para um pé e depois para o outro pé (3X10).
- Em pé, segurando em uma barra fixa na parede e com um pé na frente do outro, como se fosse dar um passo. Transferir o peso do corpo para o pé da frente e depois para o pé de trás fazer 3X10, e depois trocar os pés (o que estava na frente vem para trás e o que estava atrás vem para a frente).
- Segurando em uma barra fixa na parede. Levantar uma perna e depois a outra (3X10). Quando se sentir seguro, soltar as mãos.
- Andar de lado, com as mãos na cintura 10 passos para um lado e depois voltar 10 passos (Fazer 3 vezes para cada lado).
- Andar sobre a linha do piso, dez passos (fazer 3 idas e 3 voltas).
- Em pé, com as mãos cruzadas nos ombros, rodar o tronco para um lado e depois para o outro (3X10).
- Colocar um pé em cada unidade do piso para ficar um do lado do outro. Começar: direito para frente, esquerdo para frente, direito para trás, esquerdo para trás (2X10, cada pé).

FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Na última atividade foram entregues figuras (APENDICE 7) para os idosos e eles deveriam escrever uma frase que simbolizasse a prevenção de quedas. Depois, os idosos foram solicitados a apresentar sua figura e a ler a sua frase para os demais idosos. Ao final, a pesquisadora solicitou que os idosos fizessem uma avaliação oral das atividades desenvolvidas nas oficinas e agradeceu a participação deles.

3.1.3 Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação faz parte das fases de instrumentação e **análise** (TRENTINI, 2014); é uma forma minuciosa e profunda de investigar mudanças em todo o contexto estudado. (TRENTINI, 2014).

3.1.4 Análise de Dados

Na **análise de dados** na PCA, a assistência e a análise das informações coletadas ocorrem simultaneamente facilitando a imersão do pesquisador para interpretar os dados e preencher os vazios que possam surgir durante a pesquisa (TRENTINI, 2014). Assim, a cada etapa de coleta de dados (fase de apreensão) foram feitas sua transcrição, organização e pré-análise, para que a pesquisadora pudesse lançar um olhar mais profundo sobre a realidade pesquisada e refletir sobre os achados que emergiam. Dessa maneira, a pesquisadora primeiramente analisou os dados encontrados nas avaliações dos idosos, considerando aspectos importantes que poderiam levá-los a quedas. Tais dados contribuíram para planejar e organizar as oficinas em conjunto com as informações colhidas nas leituras da revisão narrativa da literatura.

Após múltiplas leituras de todo o material, foi no processo de teorização que a pesquisadora passou a identificar, definir e construir a relação entre o que foi dito pelos diferentes informantes no desenvolvimento das oficinas. Assim, foram nomeadas as categorias que permitiram construir e reconstruir o conhecimento acerca do evento quedas, processo do qual surgiram os três eixos temáticos: - quedas; fatores de risco; - vivências e sentimentos em relação às quedas; - cuidados para prevenir quedas.

Finalmente a pesquisadora avaliou os resultados e apresentou-os aos informantes para socializá-los, como propõem Trentini, Paim e Silva (2014) no desenvolvimento de uma pesquisa que tem por referencial metodológico a PCA.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa respeitou o proposto pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), no que se refere à dignidade humana e à especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Desta forma, assegura-se aos participantes:

- a) Respeito por sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade e evitando danos a sua saúde, respeitando seus valores culturais, sociais, religiosos e morais.
- b) Privacidade durante o processo da pesquisa.
- c) Liberdade de participar da pesquisa de forma voluntária e sair dela a qualquer momento.
- d) Bem-estar e segurança na escolha do local de coleta de dados e atendimentos.
- e) Assegurar cuidados necessários para os participantes que sentirem algum desconforto durante a coleta de dados e atendimentos.

Após sua aprovação pela Banca de Qualificação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou conforme parecer número 772.092/2014.

Os idosos foram esclarecidos a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4), assim como ocorreu com os profissionais da saúde e trabalhadores (APÊNDICE 5).

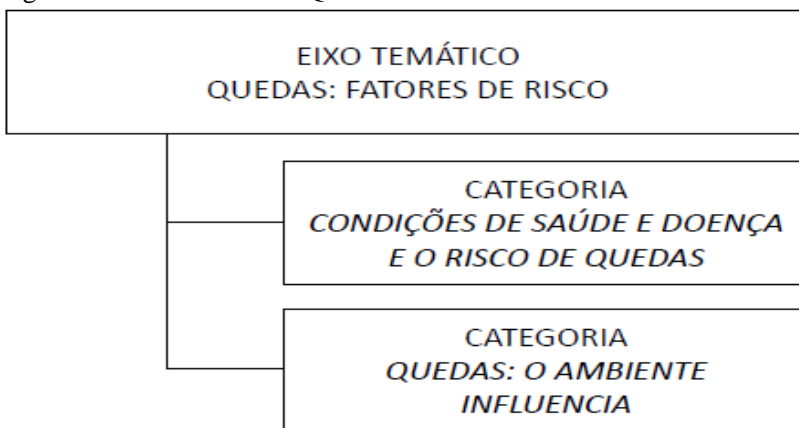
4 RESULTADOS

Conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de julho de 2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, considera a apresentação dos resultados em forma de manuscritos, apresento posteriormente, os três manuscritos que emergiram de acordo com os dados analisados nesta pesquisa.

Durante a análise dos dados, além dos resultados encontrados na avaliação parcial multidimensional de Moraes (2008), os quais serão descritos no manuscrito um, emergiram três grandes eixos temáticos que estão descritos nos manuscritos dois e três. O eixo temático – quedas: fatores de risco e vivências e sentimentos em relação as quedas, estão contemplados no manuscrito dois e o eixo temático – cuidados para a prevenção de quedas será descrito no manuscrito 3.

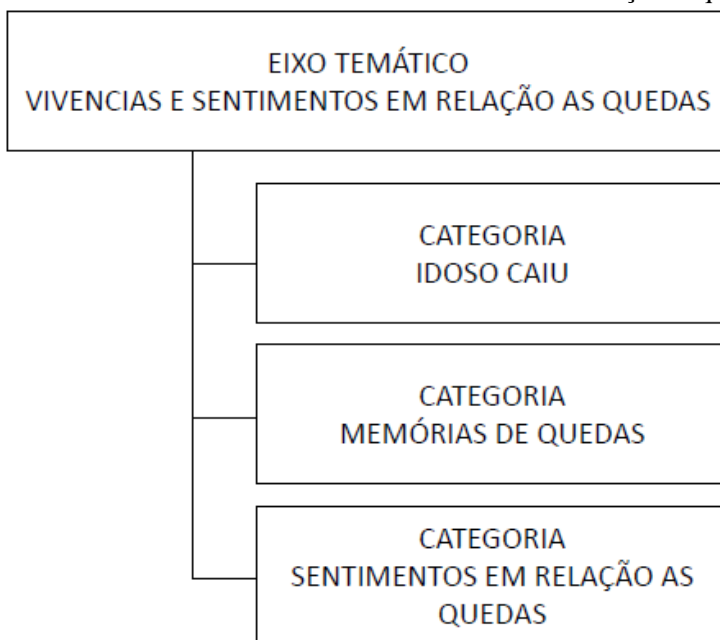
Nas figuras 2, 3 e 4 apresento os três grandes eixos temáticos e suas categorias.

Figura 2- Eixo Temático – Quedas: Fatores de Risco



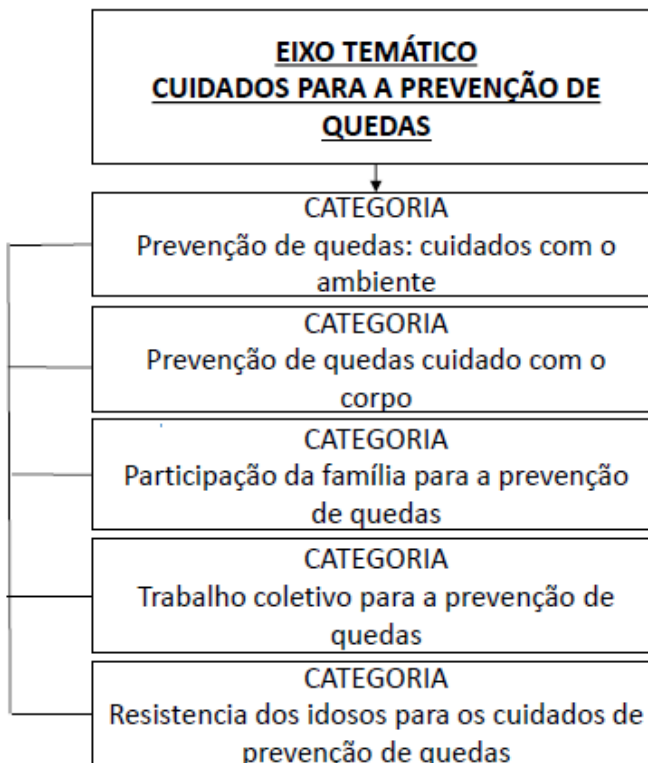
FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Figura 3 – Eixo Temático – Vivências e sentimentos em relação as quedas



FONTE: Elaboração do Autor, 2015

Figura 4 – Eixo Temático – Cuidados para prevenção de quedas



FONTE: Elaboração do Autor, 2015

A seguir, passo a descrever os três manuscritos, como resultados desta pesquisa.

4.1 MANUSCRITO 1: PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA ILPI E FATORES DE RISCO PARA QUEDAS.

RESUMO

O novo perfil populacional no Brasil e no mundo nos últimos tempos é primordialmente composto pelos idosos. Devido a diversos motivos, muitos idosos deixam seus lares e passam a residir em instituições por longos períodos, durante os quais ocorrem as alterações oriundas do processo do envelhecimento e seus agravos, como as quedas. **Objetivo:** conhecer o perfil de saúde dos idosos residentes na ILPI e os fatores de risco para quedas a que ficam expostos na instituição. **Metodologia:** pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA) realizada com 15 idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILPI) localizada em Florianópolis/SC, no período de junho a agosto/2015. Os dados foram coletados através da avaliação multidimensional do idoso proposta por Moraes, contemplando: questionários a respeito da percepção de saúde, revisão dos sistemas fisiológicos, aplicação de escalas de *Katz* e *Lawton-Brody*; questionário do estilo de vida, uso de medicações, diagnósticos clínicos, avaliação da mobilidade, questionário de avaliação ambiental para o risco de quedas e avaliação do idoso institucionalizado. A análise dos dados seguiu os critérios da PCA. **Resultados:** na maioria dos idosos foram encontrados diversos fatores de risco para quedas, como: *déficit* visual e auditivo, incontinência urinária, noctúria, mais de uma queda no último ano, artralgia, lombalgia, tontura, doenças crônicas, uso de polifarmácia, *déficit* na mobilidade e problemas ambientais que favorecem as quedas. **Conclusão:** foram identificados os fatores de risco para quedas na instituição na qual se pretendia intervir e elaborar estratégias para preveni-las no futuro. Identificar fatores de risco de quedas em determinado contexto é importante para que sejam eficientes as estratégias de prevenção. **Palavras-chave:** fatores de risco, acidentes por quedas, instituição de longa permanência para idosos, idoso.

ABSTRACT

The new population profile in Brazil and around the world, in recent times, is primarily composed of the elderly. Due to different reasons, many seniors leave their homes and go to live in institutions for long periods, and then, some changes occur as a result of the aging process and its complications such as falls. **Objective:** to know the health profile of the elderly who live at the LSI and risk factors for falls they are exposed

to, in the institution. **Methodology:** qualitative research of assistance and convergent type (PCA) conducted with 15 elderly residents at the Long-Stay Institution (LSI) located in Florianópolis/SC, in the period from June to August 2015. Data were collected through a multidimensional evaluation of the elderly proposed by Moraes, and comprising questionnaires about health perception, review of physiological systems and application of Katz and Lawton-Brody scales. Also, there was a lifestyle questionnaire, use of medication, clinical diagnostics, mobility assessment, environmental assessment survey to the risk of falls and evaluation of the institutionalized elderly. Data analysis followed the criteria of the PCA. **Results:** it was possible to find several risk factors for falls in most of the senior citizens. They are visual and hearing impairment, urinary incontinence, nocturia, more than one fall in the last year, arthralgia, back pain, dizziness, chronic diseases, use of polypharmacy, mobility deficit and environmental problems that favor the falls. **Conclusion:** risk factors for falls were identified in the institution in which it was intended to intervene and develop strategies to prevent them, in the future. To determine risk factors for falls in a given context is significant for effective prevention strategies.

Keywords: risk factors, accidental falls, homes for the ages, ages.

RESUMEN

El nuevo perfil poblacional en Brasil y en el mundo, en los últimos tiempos, está compuesto, primordialmente, por los ancianos. Debido a diversos motivos, muchas personas de la tercera edad dejan sus hogares y van a residir en instituciones por largos períodos de tiempo, y así, ocurren las alteraciones oriundas del proceso de envejecimiento y sus agravamientos, como por ejemplo, las caídas. **Objetivo:** conocer el perfil de salud de los ancianos residentes en el ILP y los factores de riesgo para las caídas a las que están expuestos en la institución. **Metodología:** investigación cualitativa del tipo convergente y asistencial (PCA) realizada con 15 ancianos residentes en una Institución de Larga Permanencia (ILP) localizada en Florianópolis/SC, en el período de Junio a Agosto del 2015. Los datos fueron obtenidos a través de la evaluación multidimensional del anciano y propuesta por Moraes, contemplando cuestionarios a respecto de la percepción de la salud, revisión de los sistemas fisiológicos, aplicación de escalas de *Katz* y *Lawton-Brody*. *También, el cuestionario sobre el estilo de vida, uso de medicamentos, diagnósticos clínicos, evaluación de la movilidad, cuestionario de evaluación ambiental para el riesgo de caídas y la evaluación del anciano institucionalizado. El análisis de los datos siguió los criterios de la PCA.*

Resultados: en la mayoría de los ancianos fueron encontrados diversos factores de riesgo de caídas como *déficit* visual y auditivo, incontinencia urinaria, nicturia, más de una caída en el último año, artralgia, lumbalgia, tontura, enfermedades crónicas, uso de polifarmacia, *déficit* en la movilidad y problemas ambientales que favorecen las caídas.

Conclusión: fueron identificados los factores de riesgo para las caídas en la institución en la se pretendía intervenir y elaborar estrategias para prevenirlas en el futuro. Identificar factores de riesgo de caídas en determinado contexto es importante para que las estrategias de prevención sean eficientes.

Palabras clave: factores de riesgo, accidentes por caídas, hogares para ancianos, ancianos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem-se tornado um acontecimento mundial. Estimativas avaliam que em 2050 teremos dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo (PIOVESAN; PIVETTA; PEIXOTO, 2011; VICENTE; SANTOS, 2013). Tal fenômeno ainda carece de estudos para que se entendam as múltiplas facetas desse processo no organismo humano, na esfera social e de saúde da população envelhecete. Algumas transformações que ocorrem no organismo dos idosos durante esse processo parecem atingir diretamente a capacidade funcional, dificultando a interação com seus semelhantes e com o meio ambiente, deixando-os mais suscetíveis a doenças e agravos, reduzindo sua autonomia e independência, limitando o autocuidado e interferindo na sua qualidade de vida (MAFRA, 2011).

Diante do exposto, o envelhecimento e a velhice avançada têm sido considerados, em muitos casos, como processo patológico. Assim, suas consequências têm implicações de ordem social que preocupam pesquisadores, familiares, governantes e os próprios idosos (FERREIRA, 2013). Muitas vezes, parte de tal segmento da população é encaminhada a instituições e serviços com a intenção de receber cuidado e assistência integral para suprir suas necessidades básicas e melhorar a sua qualidade de vida (FERREIRA, 2013; LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010; MARIN *et al.*, 2012).

Na velhice, agravo à saúde é a incapacidade funcional, associada ou não a condições físicas ou adoecimentos, estruturas ambientais e/ou comportamentos inadequados. Nesse contexto, outro agravo que pode ocorrer são as quedas que quase sempre têm desfechos significativos na vida do idoso, tais como: aumento da fragilização; fraturas; síndrome do

imobilismo; úlceras de decúbito; medo de voltar a cair; tempo prolongado de hospitalização; uso de mais medicamentos; necessidade de procedimentos invasivos de alto custo; uso de próteses e/ou órteses e, no caso extremo, a morte do idoso (MORELLI; REBELATTO; BORGES, 2011; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Múltiplas causas são responsáveis pelo evento quedas, podendo estar ligadas a fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores ligados às condições de saúde do idoso são denominados intrínsecos, enquanto os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente em que vive a população em estudo (PAULA JÚNIOR; SANTOS, 2014). Todavia, em alguns casos, as quedas ocorrem devido a uma atitude imprudente do idoso, como subir em escada para limpar o armário no alto ou pegar algum objeto. Atitudes de risco por parte dos idosos são tão importantes quanto os fatores extrínsecos e intrínsecos (MESSIAS; NEVES, 2009).

No tocante a ambiente, vários estudos têm apontado maior incidência de quedas em idosos que residem em ILPIs do que em idosos residentes na comunidade. Isso pode ocorrer devido à falta de notificação das quedas dos idosos que residem na comunidade ou porque os idosos institucionalizados estejam com a saúde mais fragilizada (DEL DUCA, ANTES e HALLAL, 2013; CARVALHO, LUCKPW e SIQUEIRA, 2011; ÁLVARES, LIMA e SILVA, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2008; SANTOS e ANDRADE, 2005).

Por isso, é de grande importância que os profissionais da saúde se mantenham atentos para esse evento que traz sérios riscos à saúde. As equipes que atuam nas ILPIs devem voltar seu foco para questões de organização, estrutura e cuidado aos idosos com o fito de evitar que eles sofram quedas (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011; ALVES JÚNIOR; PAULA, 2008; PROJETO DIRETRIZES, 2008).

Considerando a importância da prevenção de quedas em idosos, este artigo teve como objetivo: conhecer o perfil de saúde dos idosos residentes na ILPI e os fatores de risco para quedas a que estão expostos na instituição.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo Convergente Assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), desenvolvida numa Instituição de Longa Permanência para Idosos de Florianópolis/SC, cujos dados foram colhidos de 15 idosos, no período de junho a agosto de 2015. Na ILPI em estudo residem 46 idosos, mas apenas esses 15 atenderam aos critérios de inclusão, que foram: morar na instituição há

pelo menos três meses no momento da coleta de dados e ter o nível de cognição preservado testado através do Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Para colher os dados aplicou-se parte da avaliação multidimensional de Moraes (2008) (Quadro 1) composta por questionários, escalas e testes a fim de averiguar as condições de saúde dos idosos que participaram do estudo. Os dados foram analisados através dos critérios da PCA (TRENTINI, 2014), que envolvem os seguintes passos: apreensão, síntese, teorização e transferência.

Quadro 1 – Parte do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008)

Identificação
Queixa Principal Detalhada
Revisão dos Principais Sistemas Fisiológicos - Geral - Pele e Anexos - Aparelho Cardiovascular - Aparelho Respiratório - Órgãos dos Sentidos - Aparelho Geniturinário - Sistema Músculo-Esquelético
Atividades Básicas de Vida Diária (<i>Índice de Katz</i>) – Qualitativo
Atividade Instrumental de Vida Diária (<i>Lawton-Brody</i>) – Qualitativo
Estilo de Vida (Tabagismo/ Etilismo/ Sono/ Atividade Física)
Medicamentos
Mobilidade - Marcha - <i>Time Up and Go</i> - <i>Get Up and Go</i> - Padrão de Marcha
Fraturas / Quedas
Escala Ambiental do Risco de Quedas

Diagnósticos Anteriores Relatados
Avaliação do Idoso Institucionalizado

FONTE: MORAES et al, 2008.

O desenvolvimento da pesquisa respeitou os preceitos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), tendo sido o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou nos termos do parecer número 772.092/2014. Em respeito ao sigilo e anonimato, todos os participantes da pesquisa foram identificados por código I1, I2, I3..., seguindo a sequência de algarismos arábicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 15 idosos pesquisados, a idade mínima era de 75 anos e a máxima de 93 anos; apenas dois eram do sexo masculino. Seu tempo de institucionalização variou de três meses a 26 anos; tempo de escolaridade entre zero e onze anos ou mais.

No tocante a quedas, apenas cinco idosos, com idade variando entre 75 e 90 anos, relataram haver sofrido queda no último ano. Esclareceram haver sofrido mais de uma queda no último ano, resultando em escoriações e hematomas como principais consequências. As causas das quedas foram variadas, como: tropeção, escorregão, fraqueza de membros inferiores e ou ausência de causa específica, em que o idoso não soube informar.

Em estudo que avaliou 243 idosos que sofreram quedas, Alvares; Lima; Silva (2010) encontraram como principais consequências: equimose (25,4%); nenhuma (22,2%); fratura e outros (20,6%); entorse (6,3%) e edema (4,8). Entre as causas, 23,6% deles atribuíram a queda a escorregão; 22,2% a tontura; 16,7% a desequilíbrio; 12,5% a tropeção, e 25% atribuíram a queda a outros motivos.

A ocorrência de quedas anteriores é considerada um dos fatores de risco para quedas, havendo constatação de que dois terços dos idosos que sofrem uma queda cairão novamente nos próximos seis meses (LIMA; CEZÁRIO, 2014; GOMES *ET AL.*, 2014). Silva *et al.* (2014) descrevem a importância de conhecer os fatores que podem ocasionar as quedas, para que sejam realizadas as ações necessárias para preveni-las.

A incidência de quedas em ILPIs é elevada (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011; REIS; JESUS, 2015).

No presente estudo, ao ser considerado seu quadro de saúde à época, um idoso relatou ser muito ruim; nove idosos relataram ser bom e

cinco idosos relataram ser muito bom. Dos cinco idosos que sofreram quedas no último ano, todos relataram ter boa saúde. Comparando o quadro de saúde vigente na época da pesquisa com o de um ano atrás, um idoso relatou estar muito pior no momento da pesquisa do que um ano antes; oito idosos relataram ser um pouco pior na época do que no ano anterior, e nesses estavam incluídos os idosos que sofreram quedas nesse período; cinco idosos relataram ser quase a mesma coisa, e um idoso relatou ter a saúde um pouco melhor no momento da entrevista do que há um ano. Almeida *et al.* (2012) relataram em seu estudo que a autopercepção da própria saúde como ruim é um dos fatores que predis põem a quedas.

Em relação às queixas sobre as condições de saúde, as respostas foram variadas, como: dor por diversos motivos, labirintite, déficit visual e de memória. Apenas três idosos relataram astenia, dentre os quais um sofreu queda no último ano; uma idosa apresentou úlcera de pressão, comprometendo a epiderme/derme, devido ao contato com a órtese, e também essa idosa havia sofrido queda. Quatro idosos relataram dispneia de esforço quando realizavam atividades com esforço físico mais intenso que o habitual, dentre os quais, três relataram haver sofrido quedas. Uma idosa relatou palpitação decorrente da angina, enquanto três idosos apresentaram claudicação em membro inferior, por alterações de marcha; entre esses, uma idosa sofreu quedas no último ano. A seguir, alguns depoimentos dos idosos sobre como percebem sua saúde.

O que mais me atrapalha são as dores no joelho, ombro e costas. E a dificuldade visual por causa do glaucoma me deixa muito chateada. (I2)

A diabetes, porque ela ocasiona tudo que sinto; por causa dela tenho a neuropatia [...] Isso incomoda [...] Mas, vou vivendo. (I7)

Em relação aos órgãos dos sentidos, treze idosos relataram ter déficits visuais e doze usam lentes corretivas; sete idosos têm dificuldade de ler jornais ou revistas. Todos os idosos que relataram queda no último ano revelaram apresentar déficit visual. Em seu estudo, Lojudice *et al.* (2010) identificaram que as quedas ocorriam com maior frequência em idosos com dificuldades visuais. Menezes; Bachion (2012) identificaram que os idosos que relataram quedas no seu estudo apresentavam déficits visuais. Os autores esclarecem que a visão, em conjunto com o sistema somatosensorial e vestibular, atua no equilíbrio corporal. Todavia, no

presente estudo, observamos que os idosos que sofreram quedas tinham déficits visuais, mas nem todos que apresentavam déficits visuais sofreram quedas.

No tocante a déficits auditivos, seis idosos apresentaram queixas, mas apenas quatro utilizam prótese auditiva. Apesar de não ser clara a ligação da deficiência auditiva com o risco de quedas, Lima e Cezário (2014) alertam que há evidências de que a diminuição da sensibilidade auditiva induz a vertigens, alterando, conseqüentemente, o equilíbrio corporal e a marcha.

Outro aspecto relatado pelos idosos foi a incontinência urinária, descrita por quatro deles, dos quais dois disseram haver passado a sofrer desse agravo recentemente, enquanto dois já o sentem há mais tempo. Nove idosos relataram ter noctúria. Três idosos dos que relataram quedas disseram sofrer de incontinência urinária e todos apresentavam noctúria. Em revisão integrativa, os autores concluíram que a incontinência urinária é comum em idosos residentes em ILPIs, com prevalência acima de 50% na maioria dos estudos encontrados, afetando diretamente sua qualidade de vida, principalmente no caso da noctúria (PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012; JEREZ-ROING, *et al.*, 2013). Ao analisarem o efeito da incontinência urinária como um dos fatores de risco para quedas, Abreu *et al.* (2014) concluíram que a disfunção, quando associada ao déficit de equilíbrio, marcha e uso de antipsicóticos, foi ligada à ocorrência de quedas.

Sete idosos disseram ter algum tipo de artralgia, predominantemente coluna e joelhos, três dos quais eram os idosos que relataram quedas no último ano. Quatro idosos disseram sentir rigidez matinal, dos quais três sofreram quedas no último ano. Doenças osteomusculares que resultam em rigidez e artralgia são importantes fatores de risco para quedas, uma vez que prejudicam a força muscular, alterando o equilíbrio estático e a marcha (MENEZES; BACHION, 2008; LIMA; CEZÁRIO, 2014).

Nove idosos relataram sofrer de lombalgia, entre os quais estão os cinco idosos que sofreram quedas no último ano. Três idosos disseram sentir peso ou fraqueza nos membros inferiores, e todos eles relataram ter sofrido quedas no último ano. Em relação a deformidades, três idosos apresentavam cifose; um idoso tinha escoliose leve devido ao lado parético; dois idosos apresentavam deformidades nas mãos, e dois idosos, nos pés.

Em relação a dor decorrente de cefaleia, neuropatia periférica, neuralgia do trigêmeo e pós-herpética, dois idosos declararam ter cefaleia e neuropatia periférica. Em sua pesquisa, Cruz *et al.* (2011) identificaram

que idosos com dores intensas ou moderadas há mais de um ano relataram maior número de quedas do que idosos com dores leves. Esses achados foram corroborados por Alencar *et al.* (2012), em cujo estudo foram avaliados 47 idosos, dos quais 51% relataram dores crônicas. A neuropatia periférica é considerada um fator de risco para quedas, conforme Lima e Cezário (2014), por alterar as informações sensoriais posturais. Porém, no presente estudo os idosos que sofreram quedas apenas relataram dores lombares, sem especificar outras dores.

Seis idosos relataram apresentar tonturas, dos quais apenas um relatou ter sofrido quedas no último ano. Em seu estudo, Ferreira (2013) verificou que as tonturas citadas na amostra dos idosos institucionalizados estudados estavam relacionadas a doenças sistêmicas comuns no processo de envelhecimento. Neste estudo, uma das idosas relatou que não pratica exercícios físicos devido às tonturas. Autores opinam que realmente elas podem levar o idoso a terem sentimentos negativos, como: insegurança física, psíquica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão e, em alguns casos, até pânico, levando-o a isolar-se de atividades sociais e familiares (DIAS *et al.*, 2011).

No tocante a hábitos de vida, cinco idosos relataram ter fumado entre dez e 45 anos. Oito idosos relataram nunca ter consumido bebidas alcoólicas; seis, terem sido etilistas sociais, e uma idosa ainda etilista social na instituição. Apenas três idosos relataram estar insatisfeitos com o seu padrão de sono, e seis idosos relataram apresentar sono ou fadiga durante as atividades de vida diária, dos quais dois haviam sofrido quedas no último ano. Estudo em que um dos objetivos era identificar a qualidade do sono de 37 idosos residentes em ILPI detectou que 81% desses idosos apresentavam queixas de má qualidade do sono (MOSANO-SCHLOSSER *et al.*, 2014). Pereira; Ceolin; Neri (2013) verificaram que a insônia e o cochilo diurno são prováveis fatores de risco para ocorrência de quedas.

Oito idosos fazem atividade física regularmente, dos quais seis são orientados por profissional de educação física que vai até a instituição duas vezes por semana. Em seu estudo, Barbosa; Oliveira (2012) relataram que entre os idosos estudados, os que praticavam atividade física foram os que menos caíram. Apesar de serem poucos os idosos que relataram quedas neste estudo, os que caíram não realizavam atividades físicas. Uma revisão sistemática evidenciou nos estudos pesquisados que a atividade física relacionada a força muscular e equilíbrio associadas a outras formas de intervenção, realizadas duas vezes por semana ou mais por um período de três a seis meses, pode reduzir a incidência de quedas em idosos e preveni-las (BENTO *et al.*, 2010).

Em relação a diagnóstico clínico de doenças cardiovasculares, nove idosos tinham hipertensão arterial, dois cardiopatias, um plaquetopenia e um tem angina. Três apresentavam *diabetes mellitus*, das quais uma tem neuropatia diabética. Dois idosos apresentavam dislipidemia. Apenas um idoso era diagnosticado como portador de depressão, e um idoso com bipolaridade. Dois tinham sequela de acidente vascular encefálico. Uma idosa tinha diagnóstico clínico de glaucoma e degeneração macular. Dois idosos tinham diagnóstico de osteoartrite e dois de osteoporose. Duas idosas tinham diagnóstico de labirintite. Os cinco idosos que relataram quedas no último ano apresentavam pelo menos uma doença crônica. Lima; Cezário (2014) descrevem, em seu estudo, que as principais doenças crônicas que levam a predisposição de quedas são as cardiovasculares, osteomusculares, geniturinárias, endócrinas, sensoriais e psicológicas.

Em relação ao uso de medicamentos, 12 idosos usavam polifarmácia, dos quais 11 deles usavam anti-hipertensivos; 5 idosos usavam diuréticos e 10 idosos usavam psicotrópicos. Dos 12 que usavam polifarmácia, quatro haviam sofrido quedas no último ano. Ao analisar o perfil clínico de 27 idosos institucionalizados, Uchida; Borges (2013) constataram que todos apresentavam pelo menos uma doença crônica e usavam polifarmácia.

Estudo realizado com idosos residentes numa ILPI em Goiânia verificou que grande parte da sua amostra apresentava condições crônicas de saúde, predominando hipertensão arterial, catarata, depressão e doenças osteomusculares, além dos déficits cognitivos (SANTOS, 2014). Num estudo, a polifarmácia foi identificada como um fator que aumenta duas vezes o número de quedas (CAMPOS; VIANNA; CAMPOS, 2013). Numa revisão sistemática, autores verificaram que uso de diuréticos e benzodiazepínicos são potenciais fatores de risco para quedas em idosos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

Em relação ao *Índice de Katz* – escala que avalia a capacidade para o desenvolvimento das atividades básicas da vida diária – a maioria dos idosos era independente para todas as atividades, porém chamou a atenção que quatro idosos relataram problemas de incontinência.

Ao avaliar a competência desses idosos para desenvolver as AVDs *de Lowton-Brody*, verificou-se que a maioria deles não precisava de ajuda para realizá-las. Porém, alguns idosos necessitavam de ajuda parcial para preparar refeições, tomar remédios, fazer compras, controlar o dinheiro e sair sozinhos. No caso da tarefa relacionada a preparar refeições, foi considerada a possibilidade de o próprio idoso servir seu prato, porquanto moram numa ILPI onde as refeições são preparadas por

trabalhadores responsáveis por essa atividade. Os cinco idosos que sofreram quedas no último ano relataram pelo menos algum nível de dependência para AVDs e AVDIs.

Quando interrogados sobre o que cada um (a) gostaria de fazer e não estava fazendo, as repostas se dividiram em sair da casa para passear, fazer trabalhos manuais e ficar como está. Por outro lado, quando interrogados sobre o que faziam e deixaram de fazer, as repostas se dividiram em sair de casa, realizar as atividades domésticas e realizar trabalhos manuais.

Em sua revisão sistemática, Bloch *et al.* (2010) verificaram que dificuldades na execução das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária redobram o risco de quedas. Em outro estudo, o grupo pesquisado com histórias de quedas foi o que apresentou déficits funcionais importantes (COSTA *et al.*, 2013).

Dos idosos que relataram ter sofrido quedas no último ano, dois eram do grupo dos oito que realizam a marcha de forma independente e três estavam entre os seis que dependiam do uso de muleta ou bengala. Menezes; Buchion (2008) relatam que a tecnologia assistiva, ao mesmo tempo em que promove independência facilitando a execução das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, pode ter o efeito contrário, por oferecer uma mobilidade insegura e ao risco de quedas por sua ausência ou indicação inadequada. Em relação ao *Time Up and Go*, apenas um idoso realizou-o em menos de dez segundos, seis idosos realizaram no tempo entre 10 e 20 segundos, três idosos realizaram no tempo entre 20 e 30 segundos e cinco idosos realizaram num tempo igual ou maior que 30 segundos, donde se conclui que oito desses idosos tinham alto risco de quedas, conforme Moraes; Megale (2008). Souza *et al.* (2013) relataram em seu estudo que idosos institucionalizados apresentam menor mobilidade e conseqüente maior número de quedas.

Em relação ao *Get Up And Go*, considerando o equilíbrio, dois idosos não se apresentaram firmes, constantes nem estáveis durante o teste do equilíbrio sentado; sete idosos não conseguiram levantar-se da cadeira de forma segura; sete idosos não apresentaram bom equilíbrio imediato ao levantar-se; oito idosos não fizeram uma rotação segura durante o teste e seis idosos não sentaram novamente na cadeira de forma suave e segura.

Estudo com o intuito de comparar o tempo para realizar o TUG em idosos que vivem na comunidade com idosos residentes em ILPI verificou que os idosos institucionalizados demandavam maior tempo para realizar o teste, configurando-se aí maior risco de quedas (SOUZA *et al.*, 2013).

Considerando a locomoção, cinco idosos não iniciaram a marcha de forma segura; sete idosos não alcançaram a altura do passo de forma ideal, quatro idosos não realizaram o comprimento do passo normal (em que o pé de oscilação ultrapassava o pé de apoio), oito idosos não realizaram o trajeto em linha reta, sete idosos não apresentaram estabilidade do tronco durante a marcha e dez idosos apresentaram a base alargada durante a marcha.

Em seu estudo, Santos, Felicini e Silva (2007) avaliaram 55 idosos, dos quais 23 relataram quedas e 17 recebiam novos acidentes, gerando um ciclo vicioso, uma vez que eles, muitas vezes por medo, se privam de suas atividades básicas de vida diária, perdendo progressivamente suas capacidades funcionais.

Na avaliação ambiental foi considerado o espaço do quarto e do banheiro do idoso, uma vez que esse aspecto da instituição foi trabalhado com todos os informantes nas oficinas e serão relatados posteriormente. Dez idosos informaram sentir falta de iluminação nas áreas em que transitam. A pouca iluminação associada ao déficit visual podem ocasionar quedas por escorregão ou tropeção em pisos irregulares, entre outros (MENEZES; BACHION, 2008). Em relação ao quarto, cinco idosos relataram difícil acesso ao guarda-roupa ou ausência de cadeira para facilitar o ato de se vestir. No banheiro, sete idosos relataram algum problema, como lavabo de difícil acesso, falta de área antiderrapante no chuveiro e box de abertura fácil com cortina bem fixa.

Quando interrogados sobre onde ficam a maior parte do tempo, a maioria dos idosos respondeu que fica no quarto, seguido da sala. No entanto, ao serem questionados se havia um lugar na residência que eles não frequentavam e qual o motivo, a maioria respondeu que passam por todos os ambientes da casa, mas houve idosos que relataram não ir à rua por medo de cair, como se constata nas declarações a seguir:

Tenho medo de cair lá na rua. (II)

Vou por tudo. Às vezes eu caio, lá pra trás [...] Mas não deixo de ir. (II5)

Idosos com insegurança de realizar as AVDs podem apresentar diminuição da mobilidade associada a atrofia muscular, aumentando a probabilidade de sofrer queda (LIMA; CEZÁRIO, 2014).

Esses dados dos idosos foram importantes para conhecer o perfil da população na qual se pretendia intervir e serviu como ponto de partida

para elaborar estratégias nas oficinas em conjunto com os atores da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que ocorre de forma diferente em cada indivíduo, exigindo que se trace o perfil de saúde da população para poder identificar os fatores de risco para agravos, como, por exemplo, as quedas. Diante do exposto, é possível afirmar que no presente estudo conseguiu-se atingir o objetivo proposto, identificando os fatores de risco à saúde dos idosos residentes numa ILPI. Notou-se que muitos dos fatores de risco apontados na literatura foram identificados nos idosos estudados, os quais serviram de base para discussão e reflexão acerca das almeçadas estratégias de prevenção.

Uma das contribuições deste estudo é destacar os fatores de risco para quedas que podem ser encontrados com mais frequência entre idosos institucionalizados e seus possíveis desfechos e consequências. Dessa forma, considera-se importante que na academia sejam abordados com muita ênfase esse novo perfil populacional e todas as alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Assim, teremos profissionais mais bem preparados para enfrentar os desafios interligados a esse processo, incluindo a importância da prevenção de quedas.

O estudo teve como limitações um número reduzido de sujeitos e o fato de ter sido desenvolvido numa única ILPI, o que não nos permite fazer generalizações. No entanto, foi relevante para destacar a importância de uma avaliação objetiva das condições de saúde e dos fatores de risco para quedas dos idosos residentes nessa ILPI. Assim, foi possível delimitar o evento quedas nessa realidade e refletir sobre as possíveis formas de preveni-lo.

REFERÊNCIAS

ABREU, H.C.A. ET AL. Incontinência Urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 48, n. 5, p. 851-856, 2014.

ALENCAR, M.A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.785-796, 2012.

ALMEIDA, S.T. ET AL. Análise dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos que predis põe a quedas em idosos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 4, p. 427-433, 2012.

ALVARES, L.M.; LIMA, R.C.; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituição de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.1, p.31-40, 2010.

ALVES JÚNIOR, E.D; PAULA, F.L. Prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. **Fitness & Performancé**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 123-129, 2008.

BARBOSA, A.M.; OLIVEIRA, C.L. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**, v. 9, n.1, p. 57-70, 2012.

BENTO, P.C.B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v.12, n.6, p. 471-479, 2010.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impacto f educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLOCH, F. et al. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and demographic pre-disposing characteristics. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.9, p.895-903, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12, 13 jun., seção 1, p. 59, 2013.

CAMPOS, M.P.S.; VIANNA, L.G.; CAMPOS, A.R. Os testes de equilíbrio, alcance funcional e “Time Up and Go” e o risco de quedas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n. 4, p. 125-138, 2013.

CARVALHO, M.P.; LUCKOW, E.L.T.; SIQUEIRA, F.V. Quedas e fatores de risco associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2945-2952, 2011.

COSTA, A.G.S. et al. Fatores de risco para quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.14, n.4, p.821-828, 2013.

CRUZ, H.M.F. et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n.2, p. 108-114, 2011.

DEL DUCA, G.F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos controles. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012.

DIAS, R.B.M. et al. Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.245-260, 2011.

FERREIRA, C.S.S. **O efeito das percepções da velhice e da institucionalização no envelhecimento ativo: um estudo de caso**. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Letras – Universidade do Porto, Porto, 2013.

FELICIANI, A.M.; SANTOS, S.S.C.; VALCARENGHI, R.V. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: proposta de ações de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p.615-621, 2011.

FERREIRA, L.M.B.M. **Tonturas em idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN: um estudo caso-controle em vestibulopatas e não-vestibulopatas**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

FOLSTEIN, F.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive states for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, 1975.

GASPAROTTO, L.P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa

em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-109, 2014.

GOMES, E.C.E.; ET AL. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.8, 2014.

JEREZ-ROING, J.; SOUZA, D.L.B.; LIMA, K.C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

LIMA, D.A.; CEZÁRIO, V.O.B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista HUPE**, v. 12, n.2, p. 30-37, 2014.

LIMA, D.L.; LIMA, M.A.V.D; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **RBCH**, Passo Fundo, v.7, n.3, p. 346-356, 2010.

LOJUDICE, D.C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

MAFRA, S.C.T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de resenificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 353-363, 2011.

MARIN, M.J.S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.147-154, 2012.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 71, n. 1, p. 23-27, 2012.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008.

MESSIAS, M.G; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.275-282, 2009.

MISANO-SCHLOSSER, T.C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 610-616, 2014.

MORAES, E.N. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N.; MAGALE, R.Z. Avaliação da Mobilidade. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORELLI, J.G.S.; REBELATTO, J.R.; BORGES, C.F. Quedas: fatores determinantes, consequências e intervenções profissionais. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

PAULA JÚNIOR, N.F. de. **Estado da Arte do Evento Quedas em Idosos: uma revisão integrativa de literatura**. 2014. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PEREIRA, A.A.; CEOLIN, M.F.; NERI, A.L. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community – dwelling elderly. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p.535-543, 2013.

PIOVESAN, A.C.; PIVETTA, H.M.F.; PEIXOTO, J.M.B. Fatores que predispõe a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, R.S. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 75-83, 2011.

PITANGUI, A.C.R.; SILVA, R.G.; ARAÚJO, R.C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012.

REIS, K.M.C.; JESUS, C.A.C. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para quedas a partir do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.1130-1138, 2015.

REZENDE, C.P.; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO, E.C.O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

SANTOS, D.P.M.A. **Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em instituições de longa permanência de idosos**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, S.S.C.; FELICINI, A.M.; SILVA, B.T. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2007.

SBGG- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos: Prevenção - Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

SILVA, N.S.M. ET AL. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informações utilizadas por idosos de Londrina (PR). **Revista Kairós Gerontologia**, v.17, n.2, p.141-151, p. 2014.

SOUZA, C.C. ET AL. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ver. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n. 2, p. 285-293, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M. O Processo Convergente Assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UCHIDA, J.E.F.; BORGES, S.M. Quedas em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n.3, p. 83-94, 2013.

VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p.370-378, 2013.

4.2 MANUSCRITO 2: QUEDAS: FATORES DE RISCO PARA IDOSOS RESIDENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI)

RESUMO

Quedas em idosos constituem problema de saúde que geram morbidade e mortalidade. Segundo a literatura, idosos institucionalizados sofrem mais quedas do que aqueles que vivem na comunidade. **Objetivo:** Identificar com os profissionais de saúde, trabalhadores e idosos residentes em uma ILPI os fatores de risco para quedas desses idosos. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA) realizada com 15 idosos, nove profissionais da saúde e 11 trabalhadores de instituição de longa permanência para idosos da cidade de Florianópolis/SC. Os dados foram coletados durante três oficinas realizadas para averiguar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos de quedas para idosos na ILPI pesquisada, no período de junho a agosto/2015; a análise seguiu os critérios da PCA, sendo: apreensão, síntese, teorização e transferência. Durante a análise emergiram os seguintes eixos temáticos: **Quedas: Fatores de Risco e Vivências e Sentimentos em Relação às Quedas**, em conjunto com as suas categorias. **Resultados:** Os informantes identificaram os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas na realidade da ILPI em que atuam e residem, descrevendo suas experiências e apontando os aspectos que deveriam ser trabalhados com vistas a preveni-los. **Conclusão:** Oportunizar momentos para análise e reflexão aos profissionais da equipe multidisciplinar, aos trabalhadores e aos próprios idosos acerca dos fatores de risco para quedas no espaço onde trabalham e/ou residem parece tê-los sensibilizado para o significado e a importância desse agravo e a necessidade de evitá-lo. Assim, foi possível identificar estratégias para prevenir quedas no contexto pesquisado, além de comprometer os envolvidos para implantá-las no seu cotidiano. **Palavras-chave:** fatores de risco; quedas; idosos; instituição de longa permanência para idosos

ABSTRACT

The elderly's falls are health problems that provoke morbidity and mortality. According to the literature, the institutionalized elderly suffer more falls than those who live in the community. **Objective:** To identify along with the health professionals, workers and elderly residents in the LSI, the risk factors for the senior citizens' falls. **Methodology:** Qualitative research of convergent and assistance type (PCA) conducted with 15 individuals, nine health professionals and 11 workers at the long-

stay institution for the elderly, in the city of Florianópolis/SC. Data were collected during three workshops developed to determine the intrinsic and extrinsic risk factors for seniors' falls in the studied LSI, in the period between June and August 2015. The analysis complied with the following PCA criteria: apprehension, synthesis, theorization and transference. During the analysis, the following themes emerged: **Falls: Risk Factors and Experiences and Feelings about Falls** together with their categories. **Results:** The informants identified the intrinsic and extrinsic risk factors for falls in the LSI reality in which they work and live, describing their experiences and pointing out aspects that should be worked to prevent them. **Conclusion:** To create opportunities for the analysis and reflection to the professionals of the multidisciplinary team, workers and the elderly themselves about the risk factors for falls, in the space they work and/or reside, seems to make them aware of the meaning and importance of that problem and the need to avoid it. Thus, it was possible to identify strategies to prevent falls, in the investigated context and compromise the people involved to implement them in their daily lives.

Keywords: risk factors, accidental falls, aged, home for the aged

RESUMEN

Las caídas de los ancianos constituyen problemas de salud que causan morbilidad y mortalidad. Según la literatura, los ancianos institucionalizados sufren más caídas que aquellos que viven en la comunidad. **Objetivo:** Identificar con los profesionales de la salud, trabajadores y ancianos residentes en una ILP los factores de riesgo para las caídas de los ancianos. **Metodología:** Investigación cualitativa del tipo convergente asistencial (PCA) realizada con 15 ancianos, 9 profesionales de la salud y 11 trabajadores de la institución de larga permanencia, para los ancianos de la ciudad de Florianópolis/SC. Los datos fueron obtenidos durante tres talleres realizados para averiguar los factores de riesgo intrínseco y extrínseco sobre las caídas de los ancianos en la ILP investigada, en el período de Junio a Agosto del 2015. El análisis siguió los siguientes criterios de la PCA: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. Durante el análisis aparecieron los siguientes ejes temáticos: **Caídas, Factores de Riesgo, Vivencias y Sentimientos en Relación a las Caídas**, en conjunto con sus categorías. **Resultados:** Los informantes identificaron los factores de riesgo intrínseco y extrínseco para las caídas, en la realidad de la ILP en que actúan y residen, describiendo sus experiencias y señalando los aspectos que deberían ser trabajados con el objetivo de prevenirlos. **Conclusión:** Propiciar

momentos de análisis y reflexión para los profesionales del equipo multidisciplinario, los trabajadores y los propios ancianos acerca de los factores de riesgo para las caídas, en el espacio donde trabajan y/o residen, para poder sensibilizarlos sobre el significado y la importancia de ese agravamiento y la necesidad de evitarlo. Así, fue posible identificar estrategias para prevenir caídas en el contexto investigado, además de comprometer a los participantes para que las implanten en sus tareas cotidianas.

Palabras clave: factores de riesgo, accidentes por caídas, anciano, hogares para ancianos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado uma realidade nas sociedades contemporâneas, devido às transformações nas suas condições socioeconômicas e de saúde (PINHO et al., 2012; GOMES et al., 2014). Tal condição pode trazer múltiplas alterações funcionais e cognitivas, associadas ou não a doenças crônico-degenerativas pré-existentes que levam a inúmeros prejuízos, entre eles, as quedas (SILVA et al., 2013; VALCARENCHI; SANTOS; BARLEM, 2014).

As quedas ocorrem devido a causas multifatoriais denominadas fatores extrínsecos, quando relacionados ao ambiente, e fatores intrínsecos, quando relacionados às alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento (GOMES et al., 2014). Embora informações a respeito dessas causas já estejam bem descritas, autores consideram-nas características de determinada população; por isso, devem ser identificados no contexto em que se pretende intervir, para que estratégias de prevenção sejam adequadamente planejadas. (SOARES et al., 2014).

A ocorrência frequente de quedas e o sentimento que despertam nos idosos são considerados fatores de risco que devem ser levados em consideração quando se estuda o tema, especialmente entre residentes de instituições de longa permanência (ILPIs), cujo perfil muitas vezes é de idosos fragilizados e com reduzida capacidade funcional, o que os deixa mais sujeitos a sofrerem quedas. Além disso, os ambientes das ILPIs nem sempre apresentam áreas físicas adequadas às limitações dos residentes (LOJUDICE et al., 2010).

As quedas são consideradas um problema de saúde pública na terceira idade, tornando-se relevante e desafiador tema para pesquisas. Por esse motivo, são tão necessários estudos relacionados a compreender e prevenir os fatores de risco para quedas considerados modificáveis. Diante desses resultados, é possível pensar e implantar cuidados com

vistas à prevenção de quedas e seus desfechos indesejáveis (PINHO et al., 2012; SIQUEIRA; FACCHINI; SILVEIRA, 2011).

Diante do exposto, e tomando por base a experiência da pesquisadora que desenvolve suas atividades profissionais como fisioterapeuta há mais de quatro anos em instituição de longa permanência, onde quedas são recorrentes, surgiu o interesse por investigar suas causas. Assim o objetivo desse estudo foi: Identificar com os profissionais de saúde, trabalhadores e idosos residentes em uma ILPI os fatores de risco para quedas desses idosos.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que parte do princípio de que o pesquisador, além de prestar assistência, investiga com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados em determinado contexto (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A coleta de dados ocorreu nos meses de junho a agosto de 2015 e utilizou como estratégias para coletar dados: a realização de oficinas com profissionais da saúde, trabalhadores e idosos residentes de uma ILPI localizada em Florianópolis/SC. Essa ILPI oferece os seguintes serviços: equipe de saúde (médica, enfermeiras, nutricionista, técnicas de enfermagem e educador físico), equipe de cuidadores, equipe de limpeza, equipe de cozinha e copa e equipe de serviços gerais. Nela residem 46 idosos com 60 anos ou mais, que ali chegam em busca de um lugar de moradia permanente, por motivos variados.

Todos os profissionais da saúde, trabalhadores e idosos foram convidados a participar da pesquisa, desde que satisfizessem os critérios de inclusão. Para os idosos os critérios de inclusão eram: morar na instituição há pelo menos três meses no momento da coleta de dados, ter o nível de cognição preservado testado através do Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994). Já para os profissionais da saúde e trabalhadores os critérios de inclusão foram trabalhar na instituição no mínimo há três meses e não estar de férias nem afastado por outros motivos, como atestado médico, no período da coleta dos dados. Dessa forma, participaram do estudo nove (09) profissionais da saúde, onze (11) trabalhadores e quinze (15) idosos residentes. A todos foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado que, uma vez informados a respeito, assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), antes do início da coleta de dados.

Os profissionais da saúde e trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa e atenderam os critérios de inclusão, foram questionados sobre idade, tempo de serviço na instituição e grau de escolaridade.

Foram realizadas três oficinas com os profissionais da saúde e trabalhadores e mais três oficinas com os idosos, para discutir, analisar e refletir acerca dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas. As oficinas dos profissionais da saúde e trabalhadores a temática foi abordada da seguinte forma: na primeira oficina a discussão foi entorno dos fatores de risco extrínsecos, seus significados e a identificação dos mesmos na instituição; na segunda oficina foi abordado os fatores de risco intrínsecos, seus significados e a relação do perfil de saúde dos idosos com estes fatores; e na oficina três, foi realizada uma discussão a respeito dos dois fatores de risco. Nas oficinas realizadas com os idosos, a temática foi abordada, da seguinte forma: na primeira oficina os idosos foram questionados se já haviam sofrido quedas e quais foram as suas consequências, foi apresentado e discutido a respeito do vídeo denominado “Como prevenir a queda de idosos?” (ALBERT EINSTEIN, 2014), foram solicitados a identificar os fatores de risco extrínsecos na instituição e as suas limitações físicas para o risco de quedas; na segunda oficina foi montada com figuras uma casa segura para idosos, onde os idosos teriam que eliminar as figuras que apresentavam fatores de risco para quedas; e na terceira oficina foi realizada uma recapitulação dos fatores de risco discutidos anteriormente.

Os dados foram analisados através dos critérios da PCA (TRENTINI, 2014) que envolvem os seguintes passos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Ao final do processo de análise chegou-se a dois grandes eixos temáticos, intitulados: “quedas: fatores de risco”; e “vivências e sentimentos em relação às quedas”, que serão aqui discutidos.

O desenvolvimento da pesquisa respeitou os preceitos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), tendo sido o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou nos termos do parecer número 772.092/2014. Em respeito ao sigilo e anonimato, todos os participantes da pesquisa foram identificados por PT1 para os profissionais ou trabalhadores e II para os idosos, seguindo a sequência de algarismos arábicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de nove profissionais da saúde, entre os quais uma enfermeira, uma nutricionista e as demais técnicas de

enfermagem; 11 trabalhadores, entre eles uma cozinheira, um trabalhador de serviços gerais, cinco trabalhadoras da limpeza e quatro cuidadoras; e 15 idosos residentes na ILPI.

Com relação ao sexo, apenas um dos profissionais da área da saúde e trabalhadores era do sexo masculino; idades entre 22 e 55 anos, com tempo de serviço entre três meses e 24 anos. Os anos de escolaridade das três classes de profissionais da saúde era de onze ou mais anos de estudo, assim distribuídos: os técnicos de enfermagem tinham o segundo grau completo, enquanto a enfermeira e a nutricionista, superior completo. Os demais trabalhadores (cuidadoras, serviços gerais, equipe de limpeza e cozinheira) tinham entre zero e onze anos de escolaridade.

Dos idosos participantes, apenas dois eram do sexo masculino; com idades entre 75 e 93 anos; com tempo de institucionalização variando de três meses a 26 anos e os anos de escolaridade entre zero e onze anos ou mais. Os 15 idosos obtiveram na MEEM a mínima de 24 pontos e a máxima de 30 pontos.

O primeiro eixo temático deste manuscrito, intitulado: **quedas: fatores de risco**, é sustentado pelas categorias: *condições de saúde e doença e o risco de quedas*; *quedas: o ambiente influencia*, emergiram das discussões acerca dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos de quedas.

A categoria *condições de saúde e doença e o risco de quedas*, foram amplamente discutidos, analisados e refletidos tanto nas oficinas dos profissionais da saúde e trabalhadores, quanto nas oficinas dos idosos. Nesta categoria, foram consideradas as falas dos informantes que contemplavam os fatores intrínsecos para quedas.

Nas declarações de alguns profissionais da saúde e trabalhadores os fatores de risco intrínsecos e sua relação com as quedas foram esclarecidos e eles até citaram exemplos desse tipo de risco. De tal forma, que alguns trabalhadores relacionaram as doenças dos idosos com o risco de quedas, como se observa nas falas a seguir.

Do organismo? Fatores internos de cada pessoa [...] Do funcionamento [...] Doenças que vão aparecendo com a idade e vão limitando [...] Por exemplo: labirintite, Alzheimer, hipertensão, dor [...] São doenças que vão debilitando o organismo e podem ocasionar quedas. (PT20)

Pressão alta ou baixa, crise de labirintite, deficiências físicas, uso de medicação, problemas relacionados a visão. (PT14)

A Violeta que tem dificuldades de caminhar devido a neuropatia diabética. (PT8)

O Cravo Amarelo tem Parkinson, a Orquídea tem déficit visual, a D. Gérbera tem medo, a Amarílis tem labirintite. (PT11)

A D. Amor Perfeito com incontinência urinária, a Begônia que teve AVE [...] Também são fatores de risco. (PT2)

O Seu Lirio, tem aqueles desgastes nos ossos que podem ocasionar quedas, e cada dia que passa fica mais difícil para ele caminhar [Artrose]. (PT19)

O Seu Cravo Vermelho tem a visão prejudicada e ainda arrasta aquela perna [Alteração na Marcha]. (PT5)

Os informantes estavam cientes de que algumas limitações funcionais decorrentes de doenças deixam os idosos mais expostos a quedas e a suas consequências. Em revisão integrativa com objetivo de identificar os fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados, os autores verificaram nos artigos analisados que os fatores de risco intrínsecos estavam relacionados com as doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, artrite e osteoporose) (GOMES; MARQUES; LEAL; 2014).

Recentes resultados de estudo com objetivo de avaliar o controle postural na doença de Parkinson revelaram, entre outros achados, que alterações dessa natureza deixam os idosos sob risco de queda moderado (FUKUNAGA et al., 2014).

Já Dias et al. (2011) verificaram que autonomia, independência e funcionalidade podem ser prejudicados e muitas vezes perdidos devido às tonturas que causam desequilíbrio corporal, levando a quedas.

O déficit visual é outro fator de risco intrínseco: Lojudice et al. (2010) identificaram que as quedas ocorriam com maior frequência em idosos que referiam dificuldades visuais. Outro fator observado foi a relação da ocorrência de quedas com osteoartrose, aspectos esses também

identificados pelos profissionais da saúde e trabalhadores que foram informantes no presente estudo.

Ainda conforme Reis; Rocha e Duarte (2014), o déficit na interação entre o sistema musculoesquelético, visual, somatossensorial e vestibular, próprios do processo de envelhecimento, reduzem a capacidade de resposta motora, podendo levar a quedas. Os idosos avaliados no estudo desses autores apresentaram quedas por alterações no equilíbrio, déficit de marcha e tonturas.

A seqüela de acidente vascular encefálico se torna um risco para quedas devido às limitações físicas secundárias que acarreta, como déficit de força muscular, marcha e equilíbrio. Em seu estudo com objetivo de identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem e o risco de quedas em indivíduos idosos acometidos por acidente vascular encefálico, Costa et al. (2010) verificaram que os fatores de risco predominantemente percebidos em 50% ou mais da população estudada foram: mobilidade física prejudicada, déficit de força muscular em membros inferiores, déficits de marcha, uso de anti-hipertensivos, alterações de equilíbrio, idade maior que 65 anos e o uso de inibidores de ECA (enzima conversora da angiotensina).

Em sua pesquisa, Cruz et al. (2011) identificaram que idosos com dores intensas ou moderadas há mais de um ano relataram maior número de quedas do que idosos com dores leves. Esses achados foram corroborados por Alencar *et al.* (2012), em cujo estudo foram avaliados 47 idosos, dos quais 51% relataram dores crônicas.

Por outro lado, no depoimento de alguns idosos observa-se a relação que estabeleceram entre suas condições físicas (fatores intrínsecos) e as quedas:

Agora perdi as forças para caminhar sozinha e as pernas estão cada vez piores. (19)

Eu não faço[exercícios], por causa das minhas tonturas [...] (14)

Nessas falas, os idosos residentes relataram déficit de força muscular em membros inferiores e tonturas como fatores que os impedem de realizar suas atividades. Segundo Carvalho et al. (2010), é necessário e muito importante que os idosos tenham consciência das suas limitações, que muitas vezes os impedem de realizar algumas atividades. As limitações existentes antes da queda, por mais que alterem a qualidade de vida do idoso e se associem a um impacto negativo, passam muitas vezes

despercebidas pelos idosos, até que aconteça um mal maior decorrente delas, como a queda. Somente após a queda, o idoso passa a refletir e avaliar que poderia ter evitado o problema. Qualquer pessoa que necessite de cuidado de terceiros sente-se vulnerável e inseguro em alguns momentos, principalmente os idosos que acumulem ainda as fragilidades naturais do processo de envelhecimento, quando vão perdendo gradativamente sua autonomia e independência.

Uma das idosas relatou que não pratica exercícios físicos devido às tonturas, e alguns autores opinam que realmente elas podem levar o idoso a terem sentimentos negativos, como: insegurança física, psíquica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão e em alguns casos, até pânico, fazendo com que o idoso se isole de atividades sociais e familiares (DIAS et al., 2011). Em outro estudo, o grupo pesquisado com histórias de quedas foi o que apresentou déficits funcionais importantes (COSTA et al., 2013).

Em relação aos fatores extrínsecos, foram consideradas as falas em que os informantes da pesquisa durante as oficinas relataram a definição de fatores extrínsecos, ou quando citaram os próprios fatores e sua relação com o risco para quedas, surgindo a categoria *queda: o ambiente influencia*.

A avaliação do ambiente feita com os idosos focalizou o espaço do seu quarto e do seu banheiro. Dez idosos informaram sentir falta de iluminação nas áreas em que transitam. Em relação ao quarto, cinco idosos relataram difícil acesso ao guarda-roupa e ou ausência de cadeira para se vestir. No banheiro, sete idosos relataram algum problema, como lavabo de difícil acesso, falta de área antiderrapante no chuveiro e box de abertura fácil com cortina bem fixa.

Os profissionais da saúde e trabalhadores verbalizaram assim tal aspecto:

Fatores extrínsecos é o ambiente que influencia para que ocorra uma queda. PT8

Escorregar no banheiro ou no corredor, tapete no chão, quarto de idosos muito cheio das coisas [...] (mobiliário e objetos), calçado inadequado, isso também pode fazer com que eles caiam. (PT2)

Outra coisa, a [...] gosta que a gente encere o piso do quarto dos idosos [...] Isso é um perigo. (PT19)

Falamos dos riscos para quedas, as coisas que podem causar quedas nos idosos, como cadeira no meio do corredor, piso [escorregadio, desnivelado], as lajotas em alto relevo lá fora, tapete, muitos mobiliários dentro dos quartos, objetos no chão dos quartos. (PT2)

O que nós observamos foram questões basicamente de manutenção, como: piso irregular, lajotas quebradas, as rampas de acesso estão quebradas, degraus sem acabamentos de rampas, excesso de degraus, pouca iluminação, piso molhado, excesso de coisa fora dos armários num quarto, tapetes [...] (PT20)

Como fatores extrínsecos que oferecem risco de quedas foram abordados pelos profissionais da saúde e trabalhadores da instituição aspectos observados no interior da ILPI e no seu entorno, que envolvem questões estruturais da própria casa.

Estudo realizado em outra instituição identificou também fatores de risco na sua infraestrutura física, que eram preditores de quedas, tais como: desníveis no chão, piso escorregadio, pouca iluminação, falta de sinalização em escadas e rampas, mobiliário inadequado e tapetes soltos (VALCARENCHI et al., 2014). Outro estudo realizado por Fhon et al. (2013) verificou que 57,6 % da população estudada referiu pisos irregulares, escorregadios e desníveis como fatores de risco extrínsecos para quedas.

Os obstáculos ambientais, como mobiliário inadequado, objetos espalhados no chão, tapetes, pouca iluminação e pisos escorregadios predisõem à ocorrência de quedas. Por isso, identificar tais fatores é importante para que os profissionais da saúde desenvolvam as estratégias para preveni-las (ROSSETO; BUENO; LOPES, 2014).

No decorrer das oficinas alguns profissionais da saúde e os trabalhadores relacionaram os fatores extrínsecos e o risco que representam para alguns dos idosos residentes em função de seus hábitos e comportamentos, conforme relatam aqui:

Essas rampas de saída estão em más condições [...] Não só elas. A Margarida, a Rosa usam tudo as portas de trás que não tem rampa e nem corrimão. (PT15)

Coisas espalhadas pelo corredor, as calçadas rachadas, escada no corredor, piso irregular, o piso aqui de dentro que não é antiderrapante... Temos que cuidar do que está ao nosso alcance. Fora as bagunças nos quartos, que não é só o da D. Tulipa; já viste o quarto da Margarida? nossa! eu passo um trabalhão para arrumar a cama. (PT7)

E as elevações do piso em geral [...] As lajotas lá no pátio, que tem buracos entre elas. Uns tempos atrás o Seu Cravo foi para feira e trancou a bengala entre as lajotas [...] Cheguei ali ele estava todo atrapalhado. (PT3)

A Dona Erva Doce reclamou que o piso tinha que ser antiderrapante [...] Porque ela disse que quando molha escorrega igual a sabão. (PT19)

Por outro lado, durante as oficinas os idosos também identificaram os fatores extrínsecos relacionados às áreas comuns da ILPI que oferecem risco de quedas. Mas também informaram aspectos relativos aos seus ambientes privados, seus próprios quartos, como podemos ler a seguir:

Os meninos fazem a manutenção e arrumam as coisas [...] Eles deixam a escada no corredor para terminar o serviço depois... Não! Temos que dizer para eles que tem que tirar [...] Não dá para deixar para depois. (PT18)

As lajotas lá fora não são bem corretas [...] É um perigo para um de nós cair lá. (14)

Tenho um tapete entre o quarto e o banheiro que escorrega à beça. (15)

Sinto dificuldades em relação a minha cama [...] Acho que ela é alta para mim[...] (11)

Nas falas desses idosos, podemos observar que eles estão atentos a questões de organização, manutenção e ao próprio mobiliário dos seus quartos como preditores de quedas. A consciência dos idosos em relação aos fatores de risco para quedas é importante e necessária, para que as

estratégias de prevenção sejam assimiladas por eles, passando da teoria à ação.

Nas falas dos profissionais da saúde, trabalhadores e idosos, foi identificado que existem fatores de risco devido à falta de manutenção do ambiente e outros tantos devido à falta de organização dos ambientes por parte dos atores do contexto estudado. Segundo Carvalho *et al.* (2010), para que se reduzam e ou evitem as quedas, cabe aos profissionais da saúde orientar os idosos para que sua interação com o meio ocorra de forma segura, com bem-estar físico e psicológico.

O segundo eixo temático intitulado **vivências e sentimentos em relação às quedas** é sustentado pelas seguintes categorias: *o idoso caiu; memórias de quedas e sentimentos em relação às quedas.*

Em algumas falas os profissionais da saúde e trabalhadores descreveram algumas quedas dos idosos residentes, surgindo assim a categoria *o idoso caiu*, que pode ser observada nos seguintes depoimentos:

Aqueles banquinhos de plástico também, a Jacira caiu de um deles esses tempos... Ela só tem um braço bom e uma dificuldade tremenda naquela perna, foi sentar de bumbum, a cadeira é levinha, caiu e a Begônia caiu em cima. Então, esse tipo de cadeira não deve estar no quarto [...] (PT5)

A D. Erva Doce também tem aquele problema nas pernas [...] Esses dias ela caiu no banheiro de madrugada [...] Foi levantar do vaso, desequilibrou e caiu. (PT2)

A D. Amarilis também caiu. Foi assim: na hora que ela ia se levantar da cama, a menina perguntou se ela estava bem, ela disse que sim. Na hora que se levantou, ela acabou caindo. Nós achamos que era da labirintite, mas não era [...] Era a pressão que estava muito alta e ela estava se sentindo muito tonta. Não deu tempo para segurá-la. (PT3)

As quedas dos idosos relatadas pelos profissionais da saúde e trabalhadores é outra forma de identificar os fatores de risco, portanto devem ser observados com atenção para que sejam implantadas estratégias de prevenção ainda mais específicas. Em revisão integrativa, os autores encontraram as seguintes medidas preventivas de quedas: 42% dos artigos descreveram a qualificação da equipe de saúde e a manutenção

das avaliações dos idosos; e 19% das publicações descreveram a importância da equipe multiprofissional para melhor adequar estratégias de prevenção (GOMES et al., 2014).

Os idosos também relataram suas vivências de quedas, das quais emergiu a categoria intitulada *memórias de quedas*, como podemos observar nas falas que seguem:

Eu estava vindo tomar café e tinham passado um pano molhado no chão, minha bengala escorregou e só não me machuquei mesmo, porque caí por cima das cadeiras. Acho que nem deviam passar pano molhado. (18)

Caí já duas vezes nos últimos dois meses. A primeira vez escorreguei no tapete do banheiro de madrugada. Mas não me machuquei, fiquei bem. A segunda vez foi semana passada ali no refeitório; dessa vez, não sei nem explicar por que eu caí, acho que foi 'mau olhado, estou toda roxa, rosto e pernas. (17)

Solicitar que os idosos recordem como ocorreram as quedas e as descrevam auxilia os profissionais e os próprios idosos a analisar os fatos, além de levá-los a refletir sobre o que pode ser modificado no ambiente ou no comportamento com o intuito de evitar que as quedas aconteçam.

Além de avaliar aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais, é importante avaliar como ocorreram as quedas, a fim de identificar possíveis causas para maior eficácia das intervenções preventivas (VALCARENGHI et al., 2014).

Um estudo evidenciou que, dos idosos da sua amostra, a maioria caiu da própria altura (REIS; ROCHA; DUARTE, 2014). Essa evidência foi a mesma encontrada tanto nas falas dos profissionais da saúde e trabalhadores quanto nas falas dos idosos da presente pesquisa.

Lojudice et al. (2010) verificaram a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados e seus fatores associados, observando que dos 105 idosos entrevistados, o local onde houve maior ocorrência de quedas foi no banheiro, seguido do quarto do idoso e da sala da instituição.

A categoria *sentimento em relação à queda* surgiu quando os idosos nas oficinas descreveram como se sentiam em relação a antigas quedas. A maioria deles relatou sentimento de medo de sofrerem novos episódios, embora uma das idosas tenha referido ausência total de medo, mesmo depois de ter sofrido duas quedas

Eu fico conferindo o chão com a bengala para saber se está molhado, fiquei com medo de cair de novo. Por mim, ninguém mais passava pano molhado. (18)

Não sinto nada em relação às minhas quedas. Não vou deixar de fazer nada que eu gosto por causa delas, não sinto nem um pouco de medo de cair de novo. (17)

Estudo com objetivo de traçar o perfil de idosos de uma ILPI verificou que dos 47 idosos avaliados, 80,9% relataram ter medo de cair e que é comum os idosos relatarem ter medo de cair, já havendo ou não sofrido uma queda (ALENCAR et al., 2012); porém, esse medo se torna maior e mais real pós-queda, dependendo de como aconteceu a queda e do grau de gravidade de suas consequências (LOPES et al., 2009).

Em um estudo feito com 322 idosos que sofreram quedas, 57,1% deles relataram medo de novas quedas (ANTES et al., 2013).

O medo é muito comum em idosos que já sofreram alguma queda, influenciando diretamente sua qualidade de vida (LIMA et al., 2013), pois esses idosos tendem a isolar-se.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é real dentro do cenário em que vivemos nos últimos anos. No entanto, para que seja considerado uma conquista é necessário que estejamos preparados para experienciar um envelhecimento ativo, resiliente a todos os agravos e consequências que estão associados a esse processo.

Por isso, o presente artigo alcançou seu objetivo que era identificar, com os profissionais da saúde, trabalhadores e idosos, os fatores de risco para quedas dos idosos de uma ILPI. Esse objetivo visou ampliar importantes aspectos que devem ser considerados. O primeiro deles foi de apresentar aos informantes envolvidos no contexto estudado os fatores de risco que podem levar a quedas. Esse agravo já é considerado um problema de saúde pública, muitas vezes resultando em consequências severas para a saúde do idoso, podendo culminar em sua morte. O segundo ponto foi fazer com que os participantes do estudo percebessem quais eram os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos presentes no seu ambiente de trabalho e na sua residência, pois pode-se perceber que em muitos casos esses fatores passavam despercebidos na rotina do cotidiano

da ILPI. Nesse sentido é necessário que a equipe interdisciplinar esteja inteiramente engajada para intervir, sempre que possível, nos fatores de risco para quedas e na sua prevenção, de tal forma que não subestimem o evento quedas, tratando-o como algo inerente ao envelhecimento, mas como um agravo à saúde que traz nefastas consequências para a qualidade de vida dos idosos e que pode ser evitado na maioria das vezes.

O terceiro ponto foi mostrar aos idosos e trabalhadores que eles têm, sim, influência direta sobre tais fatores e que sua participação para identificá-los é imprescindível para que sejam elaboradas futuras estratégias de prevenção de quedas.

O quarto ponto foi que o estudo permitiu mostrar aos profissionais da saúde que eles são os responsáveis pela elaboração e implantação de ações preventivas de quedas na ILPI.

Por fim, recomenda-se que as instituições de ensino preparem os profissionais para as questões que envolvem o processo de envelhecimento e seus agravos, entre os quais a ocorrência de quedas, especialmente porque as quedas já são consideradas importante problema de saúde pública, tanto do ponto de vista dos desfechos, quanto dos custos em saúde, sociais e da qualidade de vida do idoso que cai.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.785-796, 2012.

ANTES, D.L. et al. Medo de quedas recorrentes e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 758-768, 2013.

BENTO, P.C.B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v.12, n.6, p. 471-479, 2010.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impacto f educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLOCH, F. et al. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and demographic pre-disposing characteristics. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.9, p.895-903, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12, 13 jun., seção 1, p. 59, 2013.

CAMPOS, M.P.S.; VIANNA, L.G.; CAMPOS, A.R. Os testes de equilíbrio, alcance funcional e “Time Up and Go” e o risco de quedas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n. 4, p. 125-138, 2013.

CARVALHO, E.M.R et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 7-16, 2010.

COSTA, A.G.S. et al. Fatores de risco para quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.14, n.4, p.821-828, 2013.

COSTA, A.G.S. et al. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 684-689, 2010.

CRUZ, H.M.F. et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n.2, p. 108-114, 2011.

DIAS, R.B.M. et al. Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.245-260, 2011.

FERREIRA, L.M.B.M. **Tonturas em idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN**: um estudo caso-controlado em vestibulopatas e não-vestibulopatas. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

FHON, J.R.S.; ROSSET, I.; FREITAS, C.P. Prevalência de quedas em idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.

FOLSTEIN, F.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive states for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, 1975.

FUKUNAGA, J.Y. et al. Postural control in Parkinson's Disease. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 80, n. 6, p. 508-514, 2014.

GOMES, E.C.C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.

JEREZ-ROING, J.; SOUZA, D.L.B.; LIMA, K.C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

LIMA, D.W.C. et al. Impact of a fall in the elderly: na analysis of the risk fator. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 929-937, 2013.

LOJUDICE, D.C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

LOPES, K.T. et al. Prevalence of fear of falling among a population of older adults and its correlation with mobility, dynamic balance, risk and history of falls. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v.13, n.3, 2009, p. 223-229.

MISANO-SCHLOSSER, T.C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 610-616, 2014.

MORAES, E.N. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N.; LANNA, F.G.J.S. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N.; MAGALE, R.Z. Avaliação da Mobilidade. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PAIM, L.; TRENTINI, M. A pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

PINHO, T.A.M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, USP, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

PITANGUI, A.C.R.; SILVA, R.G.; ARAÚJO, R.C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012.

REIS, L.A.; ROCHA, T.S; DUARTE, S.F.P. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, 2014.

REZENDE, C.P.; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO, E.C.O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

ROSSETO, M; BUENO, A.L.M; LOPES, M.J.M. Internações por quedas no Rio Grande do Sul: intervenções de enfermagem partindo de fatores ambientais. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 700-709, 2014.

SANTOS, D.P.M.A. **Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em instituições de longa permanência de idosos**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, S.S.C.; FELICINI, A.M.; SILVA, B.T. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de

enfermagem/saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2007.

SILVA, J.S. et al. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Bernardo, v. 5, n. 2, p. 53-59, 2013.

SIQUEIRA, F.V. et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1819-1826, 2011.

SMANIOTO, F.N.; HADDAD, M.C.F.L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011.

SOUZA, C.C. et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013.

STREIT, I.A. et al. Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.16, n.4, p. 346-352, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UCHIDA, J.E.F.; BORGES, S.M. Quedas em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n.3, p. 83-94, 2013.

VALCARENGHI, R.V. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 828-833, 2014.

VALCARENGHI, R.V. et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p.224-232, 2014.

4.3 MANUSCRITO 3: PREVENÇÃO DE QUEDAS: ESTRATÉGIAS PERCEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, TRABALHADORES E IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI)

RESUMO

Devido ao novo perfil populacional com grande número de idosos e considerando os desafios encontrados pela família para cuidar da saúde de seus idosos, as opções de residência são as instituições de longa permanência (ILPIs). A institucionalização muitas vezes leva o idoso a um quadro de fragilidade e consequente risco de sofrer quedas. **Objetivo:** Refletir sobre estratégias para prevenir quedas de idosos residentes de uma ILPI com os próprios idosos em conjunto com profissionais da saúde e trabalhadores da instituição. **Metodologia:** pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA), durante a qual foram realizadas oficinas com nove profissionais da saúde, 11 trabalhadores da instituição e com os 15 idosos residentes para refletir e discutir sobre estratégias de prevenção de quedas. Os dados foram coletados no período de junho a agosto/2015, e sua análise se baseou nos critérios da PCA, sendo: apreensão, síntese, teorização e transferência. Durante a análise emergiram o seguinte eixo temático: **Cuidados para Prevenir Quedas**, composto por um conjunto de categorias. **Resultados:** os profissionais da saúde, trabalhadores e idosos residentes identificaram e relataram os fatores determinantes das quedas e contribuíram na elaboração das estratégias para preveni-las, tomando por referência os fatores de risco pré-identificados nas oficinas. Eles também descreveram os cuidados que deveriam ter com o ambiente, com o corpo e com o comportamento para prevenir quedas, além de destacar a importância do trabalho multiprofissional e da família para atuar em conjunto com a equipe. **Conclusão:** É possível evitar quedas desde que se envolvam os idosos sujeitos a cair, seus cuidadores e os formuladores das normas e rotinas da ILPI. Também é importante que os familiares dos idosos referendam a necessidade de tais cuidados e os pratiquem sempre que estiver ao seu alcance.

Descritores: acidentes por quedas, idosos, Instituição de Longa Permanência para idosos, prevenção de acidentes.

ABSTRACT

Due to the new population profile with scores of elderly and considering the challenges found, by the family, to look after their seniors' health, the residence options are long-stay institutions (LSI). The institutionalization often leads the elderly to a fragile situation and consequent risk of falling.

Objective: reflect on strategies to prevent the elderly's falls that live in the LSI, with the seniors, health professionals and workers of the institution. **Methodology:** qualitative research of assistance and convergent type (PCA), during which some workshops were conducted with 9 health professionals, 11 workers of the institution and 15 elderly residents to reflect and discuss strategies for falls prevention. Data were collected between June and August 2015, and the analysis was based on the following PCA criteria: apprehension, synthesis, theorization, and transference. During the analysis emerged the following thematic axis: **Care to Prevent Falls**, consisting of a set of categories. **Results:** the health professionals, workers and elderly residents identified and reported determinant factors about falls and contributed to the elaboration of strategies to prevent them, taking as reference the pre-identified risk factors in the workshops. They also described the care they should have with the environment, body and behavior to prevent falls, in addition to highlighting the importance of multidisciplinary work and family to work together with the team. **Conclusion:** It is possible to prevent falls since there is an involvement of the elderly, caregivers and formulators of rules and routines of the LSI. It is also significant that family members support the need for such care and practice it whenever they can.

Keywords: accidental falls, aged, home for the aged, accident prevention.

RESUMEN

Debido al nuevo perfil poblacional con un gran número de ancianos y considerando los desafíos encontrados por la familia para cuidar de la salud de los más viejos, las opciones de residencia son las instituciones de larga permanencia (ILP). La institucionalización, muchas veces, lleva al anciano a un cuadro de fragilidad y al consecuente riesgo de sufrir caídas. **Objetivo:** reflexionar sobre las estrategias para prevenir las caídas de los ancianos residentes en una ILP con los mismos y en conjunto con los profesionales de la salud y los trabajadores de la institución. **Metodología:** investigación cualitativa del tipo convergente y asistencial (PCA), durante la cual se realizaron talleres con 9 profesionales de la salud, 11 trabajadores de la institución y con los 15 ancianos residentes para reflexionar y discutir sobre las estrategias de prevención de caídas. Los datos fueron obtenidos en el período de Junio a Agosto del 2015, y su análisis se basó en los siguientes criterios de la PCA: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. Durante el análisis apareció el siguiente eje temático: **Cuidados para Prevenir Caídas**, compuesto por un conjunto de categorías. **Resultados:** los profesionales de la salud, trabajadores y ancianos residentes identificaron y relataron los factores

determinantes de las caídas y contribuyeron para la elaboración de las estrategias para prevenirlas, tomando como referencia los factores de riesgo pre-identificados en los talleres. Ellos también describieron los cuidados que deberían tener con el ambiente, el cuerpo y el comportamiento para prevenir caídas, además de destacar la importancia del trabajo multiprofesional y de la familia, para actuar en conjunto con el equipo. **Conclusión:** Es posible evitar caídas desde que trabajen en conjunto los ancianos sujetos a caer, sus cuidadores y los formuladores de las normas y rutinas de la ILP. También, es importante que los familiares de los ancianos refrenden la necesidad de tales cuidados y los practiquen siempre que estén a su alcance.

Palavras clave: accidente por caídas, anciano, hogares para ancianos, prevención de accidentes.

INTRODUÇÃO

Atualmente o envelhecimento da população é uma realidade em países em desenvolvimento, como o Brasil. Estudos demográficos e epidemiológicos apontam o crescente aumento desse segmento da população, portanto são necessárias estratégias de cuidado que promovam a saúde e previnam agravos.

As limitações oriundas da idade avançada e a reconfiguração das famílias, dentro da qual se torna um desafio cuidar do idoso, em parte pela escassez de serviços de suporte à pessoa idosa, fazem com que muitos idosos e/ou familiares/responsáveis busquem um local de moradia permanente para seu idoso. Nesse panorama ganham espaço as Instituições de Longa Permanência (ILPIs), que geralmente prestam os cuidados requeridos pelos idosos (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI; 2011; ALENCAR et al., 2011; ALENCAR et al., 2012).

Por outro lado, quando passam a residir em ILPI, mesmo sendo independentes, os idosos acabam por desenvolver níveis de dependência devido à falta de atividades físicas e laborais, associadas às alterações decorrentes do processo de envelhecimento e às doenças comuns nessa faixa etária (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI; 2011; SANTOS et al., 2011).

Entre as síndromes geriátricas comuns durante o processo de envelhecimento, encontram-se as quedas (MACIEL, 2010), eventos em que os idosos residentes em ILPIs apresentam três vezes mais riscos do que os não institucionalizados. Descritos na literatura como problemas de

saúde pública mórbidos e multifatoriais, esses acontecimentos são considerados graves e importantes porque levam a lesões, déficits emocionais e perda da capacidade funcional, podendo, em alguns casos, culminar em morte (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011; ALVES; SCHEICHER, 2011; EDELBERG, 2001).

Nesse sentido, a promoção da saúde e seus princípios de proteção e educação em saúde com vistas a prevenir agravos se tornam imprescindíveis na terceira idade. No tocante aos agravos, as quedas são eventos que acometem a todos independentemente de classe social, etnia ou gênero. É importante entender que a prevenção das quedas é uma forma de promover a saúde da população suscetível a tal evento (OLIVEIRA et al., 2011).

Embora os profissionais da saúde estejam estudando os fatores modificáveis para a ocorrência de quedas (SÁ; BACHION; MENEZES, 2012), esses eventos ainda são considerados um desafio para os cuidados de saúde que envolvem sua prevenção. Em revisão integrativa com o objetivo de conhecer estudos científicos acerca da prevenção de quedas em idosos no período de 2003 a 2012, constatou-se que os profissionais da área da saúde já desenvolvem estudos sobre o tema. No entanto, ainda são necessárias mais pesquisas, uma vez que esse evento é importante agravo para a saúde dos idosos e um empecilho para o envelhecimento ativo (PAULA JÚNIOR, 2014).

As quedas não devem ser consideradas como um acontecimento inevitável, mas como um alerta para que se identifiquem seus fatores de risco. De posse dessas informações, é possível modificar ambientes, atitudes e comportamentos de risco. Nesse sentido, são considerados alguns aspectos que propiciam a adoção de medidas preventivas, tais como: orientação aos idosos e familiares, segurança do ambiente, estilo de vida, avaliação geriátrica global e periódica, ajuste dos medicamentos e ações de promoção de saúde com foco na prevenção das quedas. É imprescindível que se adotem estratégias preventivas para manutenção da autonomia e da independência, com vistas ao envelhecimento ativo. (MACIEL, 2010; ALMEIDA; BRITES; TAKIZAWA, 2011; REZENDE; LOUZADA, 2015).

O presente estudo foi realizado numa instituição de longa permanência (ILPI) onde a pesquisadora desenvolve suas atividades como fisioterapeuta, com alguns idosos residentes, há mais de quatro anos. Assim, conhece a realidade do contexto que pesquisou, a ponto de perceber que a prevenção de quedas requer uma intervenção mais efetiva. Outro aspecto que se destacou foi a possibilidade de exercitar o saber-pensar aliado ao saber-fazer junto com os demais profissionais da saúde

e trabalhadores que atuam na instituição, a fim de favorecer a implantação de estratégias para prevenir quedas no local.

Este manuscrito é parte de uma dissertação de mestrado e tem como objetivo: Refletir sobre estratégias para prevenir quedas de idosos residentes de uma ILPI com os próprios idosos em conjunto com profissionais da saúde e trabalhadores da instituição.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de junho e agosto de 2015, utilizando como estratégias oficinas com profissionais, trabalhadores e idosos residentes da ILPI. Todas as oficinas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A ILPI escolhida como local da pesquisa se localiza na cidade de Florianópolis e se mantém financeiramente através de mensalidade paga pelos idosos residentes e/ou seus familiares/responsáveis. Com quadro de 34 funcionários, a instituição oferece os seguintes serviços: equipe de saúde (médicas, enfermeiras, nutricionista, técnicas de enfermagem e educador físico), equipe de cuidadores, equipe de limpeza, equipe de cozinha e copa e equipe de serviços gerais. São 46 idosos residentes, com 60 anos ou mais, que chegam até a instituição em busca de um lugar de moradia permanente, por motivos variados.

Foram convidados a participar da pesquisa os 34 profissionais e trabalhadores da instituição e os 46 idosos residentes. Para os profissionais e trabalhadores, o critério de inclusão foi: trabalhar na instituição no mínimo há três meses; não estar de férias nem de atestado no período das oficinas. Para os 46 idosos residentes na instituição, os critérios de inclusão foram: morar na instituição há pelo menos três meses no momento da coleta de dados e ter o nível de cognição preservado. O nível de cognição foi testado através da aplicação do Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994). Fizeram parte do estudo apenas 20 profissionais da saúde e trabalhadores, e 15 idosos residentes. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), iniciou-se a coleta de dados.

Foram realizadas três oficinas com os profissionais da saúde e trabalhadores da instituição e outras três com os idosos residentes para discutir o tema “quedas”. As oficinas dos profissionais da saúde e trabalhadores contemplaram: na primeira oficina, estratégias para prevenção de quedas relacionadas aos fatores extrínsecos; na segunda

oficina, estratégias de prevenção de quedas relacionadas aos fatores intrínsecos; e na terceira oficina estratégias de prevenção de quedas para fatores intrínsecos e extrínsecos.

Nas oficinas dos idosos, as estratégias de prevenção de quedas, foram abordadas da seguinte forma: na primeira oficina, os idosos foram solicitados a opinar sobre estratégias de prevenção após assistirem um vídeo, intitulado “Como prevenir a queda de idosos?” (ALBERT EINSTEIN, 2014) e após identificarem os fatores de risco para quedas dentro da instituição; na segunda oficina, foi criada com figuras como seria uma casa segura para idosos; e na terceira oficina, foi apresentado a importância de realizar atividades físicas para evitar o risco de quedas e foram usadas figuras para que os idosos escrevessem frases de prevenção de quedas.

Para a análise de dados foram utilizados critérios da PCA (TRENTINI, PAIM, 2014); findo o processo chegou-se ao eixo temático ***cuidados para a prevenção de quedas***, que é sustentado pelas seguintes categorias: *prevenção de quedas: cuidados com o ambiente; prevenção de quedas: cuidados com o corpo; participação da família para a prevenção de quedas; trabalho coletivo para a prevenção de quedas e resistência dos idosos em adotar os cuidados.*

O desenvolvimento da pesquisa respeitou os preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou conforme parecer número 772.092/2014. Para preservar-lhes o anonimato e o sigilo, os participantes da pesquisa foram identificados por PT1 para os profissionais ou trabalhadores e I1 para os idosos, seguindo a sequência de algarismos arábicos. Durante as falas, optou-se em usar nomes de flores para que não fossem citados nomes de idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo nove profissionais da saúde (uma enfermeira, uma nutricionista e as demais técnicas de enfermagem) e 11 trabalhadores (duas cozinheiras, cinco trabalhadoras da limpeza e quatro cuidadoras). Em relação ao sexo, somente um, era do sexo masculino; a idade variou entre 22 e 55 anos, e o tempo de serviço entre três meses e 24 anos. O grau de escolaridade das três classes de profissionais da saúde era de onze ou mais anos de estudo, assim discriminados: a enfermeira e a nutricionista tinham ensino superior, e as técnicas de enfermagem tinham o segundo grau completo. Os demais trabalhadores: as cuidadoras,

o trabalhador de serviços gerais, a equipe de limpeza e a cozinheira tinham entre zero a onze anos de escolaridade.

Dos 15 idosos, dois eram do sexo masculino; a idade variou entre 75 e 93 anos; com tempo de institucionalização de três meses a 26 anos e o grau de escolaridade entre zero e onze anos ou mais.

Durante as oficinas todos os informantes que participaram desta pesquisa relataram que deveriam cuidar do ambiente, como uma das estratégias para a prevenção de quedas, surgindo assim a categoria *prevenção de quedas: cuidados com o ambiente*. Os profissionais da saúde e trabalhadores da ILPI pesquisada descreveram diversos olhares sobre este aspecto, relatando a importância de conversar com os idosos a respeito da organização dos quartos e da organização da casa mantida por eles.

Os idosos relataram a importância de redobrar os cuidados em relação aos fatores extrínsecos no contexto no qual estão inseridos, como se vê nos trechos desses depoimentos a seguir.

A questão dos objetos espalhados pelo chão dos quartos, às vezes seria importante estar conversando com estes idosos. (PT19)

Em relação aos fatores extrínsecos: evitar uso de tapetes em quartos e banheiros, não deixar pisos molhados, evitar deixar objetos de trabalho no corredor, retirar da sala o tapete e a mesa de centro, ao perceber alimentos no chão limpar para evitar que escorreguem. (PT16)

Eu pensei: não deixar fio solto pelo chão. Cuidar do ralo do banheiro que às vezes não está bem encaixado [...] evitar deixar materiais de trabalho espalhados. (PT18)

Temos que começar a olhar para o chão quando tiver baldes, sacos... E também é importante segurar no corrimão. (I13)

Não andar de meia e usar sapato anti-derrapante. (I7)

Colocar os objetos no armário na altura que o idoso possa pegar sem precisar subir em cadeira ou escadinha. (I15)

Essas falas revelam que todos os envolvidos estão cientes da importância da organização do ambiente em que o idoso vive para a prevenção de quedas. Em estudo com o objetivo de melhorar o cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas, uma das propostas apresentadas foi: tornar o ambiente em que os idosos residiam em local seguro, atendendo as necessidades funcionais da população estudada (FREITAS et al., 2011). Por isso, é importante identificar fatores de risco ambientais, a fim de modificá-los para prevenir quedas dos idosos que ali residem. (SANTOS; VIDAL; GAUTÉRIO, 2011).

Alguns profissionais da saúde e trabalhadores enfatizaram questões de manutenção da instituição como medidas para prevenir quedas, conforme podemos observar nas seguintes falas:

Das soluções, nós achamos que tem muita coisa em relação a manutenção, de cuidar mesmo... Cuidar de coisas que vão se deteriorando, fazer sempre a manutenção adequada [calçadas, rampas, pisos, barras de apoio, assentos dos bacios]. (PT20)

Os corrimões pelo lado de fora das calçadas [...] Acho que seria importante [...] Eles gostam tanto de passear lá fora. (PT15)

Essas reflexões e falas surgiram depois que uma das pesquisadoras, com autorização do administrador, apresentou aos informantes fotos da instituição para que olhassem o ambiente e identificassem fatores de risco. Foi interessante a reação dos profissionais da saúde e trabalhadores, que conseguiram olhar de forma crítica um ambiente que faz parte do seu dia a dia. Alguns autores descrevem a necessidade de adequar ambientes que respeitem e estimulem a funcionalidade dos idosos, preservando o espaço pessoal e de identidade, a fim de manter a qualidade de vida do idoso em ambiente institucional (PERRACINI, 2006; GAWRYSZWKI, 2010).

Durante as oficinas com os idosos surgiram relatos a respeito dos cuidados que tomam em relação a suas limitações funcionais, decorrentes da idade e de doenças, surgindo a categoria *prevenção de quedas: cuidados com o corpo*, presente nas falas:

Eu uso minha bengalinha, para evitar de cair, porque minhas pernas estão atrapalhadas. (I2)

Eu sei que quando eu vou levantar à noite, eu tenho que sentar, esperar a tontura passar e depois levantar, porque senão posso cair [...] (I14)

O exercício é fundamental para todas as pessoas, principalmente para aquelas que não querem fazer nada. Ai o corpo vai ficando mais certinho. (I12)

O ideal é tênis e sapato fechado. (I14)

Os idosos deixaram claro que conhecem suas limitações; alguns deles tomam cuidados no dia a dia para evitar sofrer quedas, pois têm consciência das consequências que podem advir. Porém, Carvalho et al. (2010) relatam que nem todos os idosos têm consciência de suas limitações, razão pela qual ficam mais propensos a sofrer quedas. Os autores entendem que, embora as limitações levem à diminuição da qualidade de vida, os idosos só percebem que essa pode diminuir ainda mais após a ocorrência de uma queda.

Outro ponto importante foi a consciência que alguns idosos participantes do estudo têm sobre a importância da atividade física para a prevenção das quedas. Esse aspecto já foi destacado em outros estudos como estratégias de prevenção de quedas (SÁ; BACHION; MENEZES, 2012; TESTON; GUIMARÃES; MARCON, 2014). No estudo de Sá; Bachion; Menezes (2012), os exercícios físicos, como estratégias de intervenção elaborados por eles, foram eficientes na melhora do equilíbrio, força muscular em membros inferiores e superiores, e flexibilidade de ombro, reduzindo o número de quedas dos idosos participantes. Teston; Guimarães; Marcon (2014) verificaram que os artigos que analisaram na sua revisão descreveram a importância da prática de atividade física para a prevenção de quedas, manutenção da independência e qualidade de vida.

É importante salientar que geralmente os fatores extrínsecos e os intrínsecos estão associados quando um idoso sofre queda, mas quase nunca se avalia o significado de cada um nesse evento (SANTOS; VITAL; GAUTÉRIO, 2011). Por isso, tanto profissionais da saúde, como trabalhadores, idosos e até familiares, devem estar cientes da importância dos cuidados que devem ser tomados para eliminar esses fatores. Nesse sentido, destaca-se o papel dos familiares e amigos responsáveis pelo idoso e/ou que o visitam com frequência. Contar com o apoio dessas pessoas nas estratégias de prevenção de quedas adotadas na ILPI pode facilitar a adesão dos idosos ao plano de cuidados. Essa perspectiva foi

bastante abordada nas oficinas realizadas com os profissionais da saúde e trabalhadores da ILPI pesquisada, fazendo emergir a categoria: *participação da família para a prevenção de quedas*. Eis um pouco do que foi dito por eles:

A questão do ambiente [...] tem coisas que não depende só de nós [...] Depende do idoso e muitas vezes do familiar [...] Muitos familiares não entendem isso. (PT9)

Muitas vezes a família não pensa no perigo para o idoso, eles querem deixar o idoso o mais confortável possível. (PT17)

Tem muito idoso lúcido que é difícil de lidar, muitas vezes só com a ajuda da família mesmo. (PT13)

Por isso que acho que seria bom se a família participasse disto com a gente [estratégias de prevenção]. (PT5)

Santos et al. (2014) tiveram como objetivo em seu estudo conhecer a percepção dos trabalhadores de uma ILPI para idosos sobre as famílias das idosas institucionalizadas. Os autores identificaram que, segundo os trabalhadores, a família era um ponto de referência para as idosas e a sua participação gerava efeitos positivos na saúde delas. Também relataram que seria importante presença mais constante da família com as idosas no cotidiano da vida na instituição. Isso vem ao encontro das falas das participantes do nosso estudo, quando descrevem a necessidade da atuação da família junto a eles para executar estratégias de prevenção de quedas.

A família deve estar ciente do seu papel, mesmo quando o idoso está institucionalizado, pois a queda é um evento que pode afetar a família, principalmente quando ocorre uma fratura e o idoso precisa ser hospitalizado (BURANELLO et al., 2011). Os profissionais da saúde devem incentivar a presença da família na ILPI, pois esta é considerada uma forte aliada nas estratégias de cuidados com as pessoas idosas (SILVA, 2009).

Os trabalhadores e/ou profissionais relataram a importância do trabalho multiprofissional e com a família para executar estratégias referentes à prevenção de quedas, surgindo a categoria *trabalho coletivo*

para a prevenção de quedas. Foram selecionados alguns depoimentos que destacam esse aspecto, como pode ser visto a seguir:

Acho que tem coisas que não tem necessidade de a gente esperar por aquela pessoa responsável por aquela função [...] Tem coisas que a gente pode se ajudar [...] Por que vai que nesse meio tempo um idoso escorrega ou tropeça e cai. (PT11)

A Orquídea (trabalhadora da limpeza) já foi conversar com a irmã dela e ela pediu para deixar assim [...] Que aqui é a casinha dela, são as coisas dela, ela gosta. (PT7)

A D. Flor do Campo, que tem insegurança eu prefiro auxiliar, mas tem gente que deixa ela vir sozinha pelo corredor [...] Às vezes é perigos. (PT3)

Uma questão importante é dizer para o pessoal quando a pressão ou a diabetes do idoso não estiver boa [...] Para todos redobrem o cuidado. (PT11)

Se notar alguma situação de risco chamar alguém capacitado. (PT 17)

Nessas falas alguns profissionais deixam clara a importância da atuação em equipe para conseguir êxito nas questões de prevenção, enfatizando que o foco é o bem-estar do idoso. Segundo Gomes (2014), o trabalho numa perspectiva multidisciplinar ainda é pouco observado nas ILPIs, assim como atividades de educação em saúde. Além disso, a falta de comunicação a respeito da ocorrência de quedas nos prontuários e a definição de formas de prevenção dão a impressão de que o foco dessas instituições seja a doença e não a promoção de saúde.

Em sua pesquisa, Freitas et al. (2011) destacaram a importância de enfermeiros conhecerem os parâmetros de normalidade dos movimentos e funções orgânicas dos idosos, para conseguir avaliá-los de forma multidimensional. Assim, eles poderiam propor estratégias de prevenção de quedas específicas para as necessidades de cada um; destacaram também a importância das informações contidas nos prontuários. É importante ressaltar que a avaliação multidimensional deve ser realizada

por todos os profissionais de saúde para viabilizar um cuidado mais adequado e com vistas à prevenção de quedas.

Entender o processo de envelhecimento é essencial para cuidar dessa população, assim como identificar as necessidades e manter a funcionalidade para prevenir quedas (SANTOS; VITAL; GAUTÉRIO, 2011). Por isso, os profissionais da saúde, como agentes produtores de saúde, devem esclarecer aos trabalhadores das instituições de longa permanência a importância de estar atentos a mudanças de comportamento dos idosos, com a finalidade de prevenir futuras quedas.

Em alguns depoimentos dos trabalhadores e/ou profissionais de saúde participantes da presente pesquisa ficou evidenciada a resistência de alguns idosos em adotar as medidas de prevenção de quedas sugeridas. Essa resistência foi declarada pelos próprios idosos durante as oficinas, emergindo a categoria *resistência dos idosos para os cuidados de prevenção de quedas*. Apresenta-se a seguir parte desses depoimentos:

A Violeta coloca o rádio e o ventilador em cima da cama para dormir... ela acabar caindo da cama por causa disso. Já conversei com ela para ela colocar em um banquinho, mas não adianta. (PT5)

Qual a mulher que não gosta de andar de salto? É difícil para algumas entenderem que não podem mais usar salto na velhice[...] (PT8)

O idoso que precisa usar um auxílio, como uma bengala ou um andador, e não usa de jeito nenhum [...] Isso pode ocasionar queda também [...] (PT15)

Para ela [referindo-se a uma idosa], já sugerimos um andador...mas ela não aceita... fica nervosa [...] Ela quer ajuda de alguém. (PT8)

Eu não acendo a luz, não [...] Me levanto e seguro na geladeira. (14)

Ontem, ainda subi em um banco para arrumar umas coisas lá no alto [...] Não peço ajuda, porque não tenho paciência de esperar. (15)

Eu tenho um tapetinho entre o quarto e o banheiro que se eu não cuidar "luft" no chão. (15)

Eu não consigo usar tênis, só consigo usar sapatinha ou sandalhinha. (I11)

Eu não uso banco, porque ainda não preciso [...] Vou deixar para colocar no banheiro um banquinho, quando eu envelhecer mais um pouco. (I11)

Nessas falas os profissionais de saúde e trabalhadores descrevem as dificuldades em implantar estratégias de prevenção, devido à resistência dos idosos em aceitar sugestões. Nas falas dos idosos, alguns deixam clara a sua resistência em adotar cuidados para prevenção. Segundo Rezende e Louzada (2015), esse tipo de postura dos idosos constituem fatores de risco comportamentais e os expõem a alto grau de risco para quedas.

Um estudo constatou que pesquisas brasileiras enfatizam fatores extrínsecos como fatores preditores de quedas e pouco se tem estudado a respeito dos fatores comportamentais. Em muitos casos, a queda ocorre devido a uma atitude imprudente do idoso, como subir em uma escada para limpar o armário no alto. Atitudes de risco dos idosos são tão importantes quanto os fatores extrínsecos e intrínsecos (MESSIAS; NEVES, 2009). Assim, são necessárias estratégias para prevenção de quedas adaptadas às características pessoais, atividades e locais em que residem os idosos (KELSEY et al., 2012).

Em estudo com objetivo de identificar os fatores de risco associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados considerou que são necessárias ações de prevenção com vistas ao autocuidado e autonomia dos idosos com o foco na manutenção e na sistematização da rotina da instituição preconizando a interação dos profissionais de saúde com os idosos residentes (GOMES et al., 2014).

Em outro estudo, os autores concluíram que estratégias preventivas são importantes para todos os idosos em geral (ativos e frágeis), e devem abordar ações educativas, não só relacionadas aos fatores de risco, mas também em relação a atitudes e comportamentos diante desses (COUTO; PERRACINI, 2012). Estudos de revisão têm mostrado que estratégias preventivas com abordagem multifatoriais são consideradas eficazes para a redução de quedas (CHOI; HECTOR, 2012; FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agravo muito comum associado ao processo de envelhecimento, as quedas são geralmente negligenciadas pelos próprios idosos, familiares e principalmente por quem deveria ser responsável por medidas para evitá-las: os profissionais da saúde. Nas ILPIs, devido ao processo de fragilização que geralmente vivem os idosos residentes, em decorrência das alterações próprias do processo de envelhecimento e a rotina institucional, as quedas são um acontecimento real e preocupante, por suas consequências.

Foi alcançada a reflexão proposta no objetivo deste manuscrito, acerca das estratégias para prevenir quedas em idosos residentes da ILPI, uma vez que foram conhecidas a dinâmica e as necessidades da instituição estudada. A interação com todos os envolvidos na rotina da instituição (profissionais da saúde, trabalhadores e idosos) fez com que eles entendessem e se sensibilizassem sobre a gravidade de uma queda e sobre a necessidade de serem formuladas estratégias para preveni-las na instituição.

Durante as oficinas realizadas, notou-se pelas falas dos informantes que ações preventivas devem ser implantadas no ambiente institucional estudado. Eles descreveram estratégias que podem e devem ser adotadas no que diz respeito aos cuidados com o ambiente, com as doenças que afetam os residentes e seus agravos. Também foi citada nas falas de alguns informantes a importância da atuação da família com idosos, profissionais da saúde e trabalhadores para alcançar as estratégias de prevenção. O olhar interdisciplinar foi descrito como aliado para entender os fatores de risco e elaborar as estratégias necessárias. Por fim, a importância de os idosos aceitarem e incorporarem as estratégias elaboradas dentro da instituição para alcançar um envelhecimento ativo.

Porém, entende-se que ainda há muito a ser trabalhado, principalmente em relação ao trabalho coletivo/interdisciplinar, a participação da família na execução das estratégias e com os idosos para auxiliá-los a incorporar as mudanças comportamentais que devem adotar na sua rotina cotidiana.

Como limitações do estudo, acredita-se que seria interessante que todos os profissionais da saúde, trabalhadores e a própria administração participassem das oficinas para entender a gravidade e a importância das quedas na vida dos idosos residentes.

Considera-se o tema prevenção de quedas relevante para novos estudos que envolvam a necessidade do trabalho multiprofissional e em conjunto com a família.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.785-796, 2012.

ALMEIDA, L.P; BRITES, M.E; TALIZAWA, M.G.M.H. Quedas em idosos: fatores de risco. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, 2011.

ALVES, N.B.; SCHEICHER, M.E. Equilíbrio postural e risco para quedas em idosos da cidade de Garça, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 763-768, 2011.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impacto f educational status. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12, 13 jun., seção 1, p. 59, 2013.

BURANELLO, M.C. et al. Equilíbrio corporal e risco de quedas em idosos que praticam atividades físicas e sedentárias. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 313-323, 2011.

CARVALHO, E.M.R et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 7-16, 2010.

CARVALHO, M.P.; LUCKOW, E.L.T.; SIQUEIRA, F.V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2945-2952, 2011.

CHOI, M.; HECTOR, M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recente 10 years and meta-

analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 13-21, 2012.

COUTO, F.B.D; PERRACINI, M.R. Análise multifatorial de idosos ativos com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 693-706, 2012.

EDELBERG, H.K. Fall and function: how to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility. **Geriatrics**, v.56, p. 41-45, 2001.

FALSARELLA, G.R.; GASPAROTTO, L.P.R.; COIMBRA, A.M.V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.897-919, 2014.

FELICIANI, A.M.; SANTOS, S.S.C.; VALCARENGHI, R.V. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: proposta de ações de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p.615-621, 2011.

FOLSTEIN, F.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive states for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, 1975.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos: proposta ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 478-485, 2011.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 162-167, 2010.

GOMES, E.C.C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.

GOMES, E.C.C. **Risco de quedas em idosos institucionalizados:prevalência e fatores associados**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

KELSEY, J.L. et al. Heterogeneity of falls among older adults: implications for public health prevention. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 11, 2012.

MESSIAS, M.G; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.275-282, 2009.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

OLIVEIRA, A.R.S.; COSTA, A.G.S.; SOUSA, V.E.C. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-113, 2011.

PERRACINI, M.R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosos. In: Freitas, E.V. et al. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006. p. 1142-1151.

REZENDE, L.G.R; LOUZADA, M.J.Q. Quedas no paciente idoso: o papel do ortopedista na prevenção. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 4, n. 2, p. 25-34, 2015.

SÁ, A.C.A.M.; BACHION, M.M.; MENEZES, R.L. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2117-2127, 2012.

SANTOS, S.S.C. et al. Alterações estruturais numa instituição de longa permanência para idosos visando prevenção de quedas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 790-797, 2011.

SILVA, B.T. **Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização e possibilidades de serem cuidadas pelos enfermeiros nas ILPI's, no ano de 2026**. 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

TESTON, E.F.; GUIMARÃES, P.V.; MARCON, S.S. Trauma no idoso e prevenção ao longo dos anos: revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 145-155, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Ao finalizar esta pesquisa, temos consciência de que atingimos os objetivos traçados no seu início, em que foram destacados os fatores de risco para as quedas na ILPI, em conjunto com os envolvidos no contexto escolhido para trabalhar e foi também com eles que construímos estratégias para a prevenção de quedas na realidade da ILPI estudada.

Um dos elementos facilitadores foi o fato de a pesquisadora principal já desenvolver atividades profissionais na instituição pesquisada, o que motivou a escolha pelo referencial metodológico do estudo – a pesquisa convergente assistencial, que muito contribuiu para conhecer e intervir no contexto estudado durante o desenvolvimento da pesquisa.

Outro elemento importante foi a adesão e cooperação dos informantes: profissionais da saúde, trabalhadores e idosos, que participaram ativamente de todas as atividades propostas, além da aquiescência e apoio da administração da ILPI. Isso possibilitou sensibilizar a todos sobre a relevância do evento quedas na instituição e suas consequências.

Trabalhar com o conjunto de diferentes informantes utilizando diferentes estratégias para coletar os dados também contribuiu para avaliar o perfil dos idosos residentes, além de possibilitar a discussão e reflexão sobre o significado dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos para quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência.

Foi visível e significativo o processo de transformação na maneira como os profissionais da saúde e os trabalhadores e os próprios idosos percebiam o evento quedas. Eles até consideravam as quedas como importante agravo à saúde dos idosos e um prejuízo a sua própria saúde. No entanto, à medida que o estudo foi sendo desenvolvido, esses informantes foram detectando aspectos do seu dia a dia que passavam muitas vezes despercebidos e que podiam e/ou deviam ser modificados. Essas percepções foram as mais importantes para transformar suas práticas no processo de cuidar dos idosos e agir dentro da instituição. O mesmo ocorreu com os idosos, pois ao longo da pesquisa notou-se que, uma vez despertados para o fato, a maioria adotou atitudes e comportamentos mais cuidadosos, embora alguns deles ainda relutassem em adotar algumas medidas, por considerá-las sem importância.

Dessa forma, foi possível formular, em conjunto com os informantes, estratégias para prevenir quedas na instituição, entendendo sua importância para manter os idosos ativos durante o processo de envelhecimento. Além disso, os profissionais de saúde e trabalhadores

destacaram a importância de o trabalho ter sido desenvolvido também com os idosos, como forma de conscientizá-los sobre a importância dessas estratégias. Por outro lado, foi discutida a importância da atuação da família para reforçar os aspectos preventivos com os idosos.

No decorrer do estudo surgiram algumas limitações, como: – a entrada de alguns profissionais da saúde somente na segunda oficina, exigindo que se recapitulasse o que havia sido discutido na oficina anterior; – nas oficinas dos idosos, três participantes faltaram à segunda, demandando também que a matéria dada fosse recapitulada na terceira oficina, em que todos estavam presentes; – a falta de registro de quedas na instituição para identificá-las, com o intuito de entender melhor os motivos e desfechos das quedas anteriores, além do fato de o estudo ter sido desenvolvido numa única ILPI.

Com base neste estudo, sugere-se que em âmbito acadêmico sejam abordadas com maior ênfase a temática quedas e suas importantes consequências, nas diversas áreas da saúde, como: fisioterapia, enfermagem, medicina, educação física e psicologia, entre outras, com o intuito de desenvolver atividades teórico-práticas que sensibilizem os futuros profissionais a identificar os fatores de risco e elaborar estratégias de prevenção nos futuros ambientes de trabalho, considerando sempre a importância da abordagem multiprofissional da maneira mais ampla possível.

Como profissional da área da fisioterapia, acredito na importância do trabalho dessa área no processo de identificação dos fatores de risco, através de ampla avaliação cinesiofuncional, na elaboração de estratégias que envolvam atividades educativas e exercícios preventivos.

Em relação às ILPIs, recomenda-se um olhar atento da equipe multiprofissional sobre a ocorrência de quedas e seus fatores de risco associados. Sugere-se que esse trabalho envolva a todos, desde os residentes e seus familiares até os profissionais da saúde, trabalhadores e equipe administrativa. Sugere-se que sejam realizadas capacitações permanentes com os profissionais da saúde, trabalhadores e idosos para discutir melhor o tema e aos poucos incorporar hábitos e atitudes de caráter preventivo de forma sistemática.

Esperamos que esta pesquisa tenha contribuído para o processo de reflexão, aprendizagem e empoderamento dos profissionais da saúde que dela participaram, a fim de melhorar o processo de cuidado através da adoção de estratégias de prevenção de quedas, assim como com os trabalhadores e os idosos.

Por fim, consideram-se importantes estudos a respeito do tema quedas em idosos que abordem: novas propostas de formas de registro das

quedas de idosos residentes em ILPIs ou em outras modalidades de instituições; estratégias de maior envolvimento e comprometimento da família nas medidas de prevenção de quedas de idosos residentes em ILPI; dinâmicas ou medidas motivadoras que facilitem a incorporação, pelos idosos, de novas atitudes ou comportamentos com relação à prevenção de quedas.

REFERÊNCIAS

ABREU, H.C.A. ET AL. Incontinência Urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 48, n. 5, p. 851-856, 2014.

ALENCAR, M.A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.785-796, 2012.

ALMEIDA, L.P.; BRITES, M.E; TALIZAWA, M.G.M.H. Quedas em idosos: fatores de risco. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, 2011.

ALVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 31-40, 2010.

ALVES JÚNIOR, E.D; PAULA, F.L. Prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. **Fitness & Performancé**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 123-129, 2008.

ALVES, N.B.; SCHEICHER, M.E. Equilíbrio postural e risco para quedas em idosos da cidade de Garça, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 763-768, 2011.

ALMEIDA, L.P.; BRITES, M.F.; TAKIZAWA, M.G.M.H. Quedas em idosos: fatores de riscos. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, 2011.

ANTES, D.L. et al. Medo de quedas recorrentes e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 758-768, 2013.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de APS- Atenção Primária a Saúde**, Juíz de Fora,, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2005.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

BARBOSA, A.M.; OLIVEIRA, C.L. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**, v. 9, n.1, p. 57-70, 2012.

BENTO, P.C.B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v.12, n.6, p. 471-479, 2010.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impacto f educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 258-265, 2006.

BEZERRA, A.F.B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BLOCH, F. et al. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and demographic pre-disposing characteristics. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.9, p.895-903, 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N.S.A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12, 13 jun., seção 1, p. 59, 2013.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p.777-781, 2003.

BURANELLO, M.C. et al. Equilíbrio corporal e risco de quedas em idosos que praticam atividades físicas e sedentárias. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 313-323, 2011.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de Longa Duração no Brasil: o arcabolo legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Introdução. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARGOS, M.C.S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 211-217, 2013.

CAMPOS, M.P.S.; VIANNA, L.G.; CAMPOS, A.R. Os testes de equilíbrio, alcance funcional e “Time Up and Go” e o risco de quedas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n. 4, p. 125-138, 2013.

CARVALHO, E.M.R et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 7-16, 2010.

CARVALHO, M.P.; LUCKOW, E.L.T.; SIQUEIRA, F.V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2945-2952, 2011.

CHOI, M.; HECTOR, M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recente 10 years and meta-

analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 13-21, 2012.

Como prevenir a queda de idosos? Albert Einstein – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. São Paulo: Albert Einstein, 2014. Vídeo. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/bem-estar-e-qualidade-de-vida/Paginas/como-prevenir-a-queda-de-idosos.aspx>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

COSTA, A.G.S. et al. Fatores de risco para quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.14, n.4, p.821-828, 2013.

COSTA, A.G.S. et al. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 684-689, 2010.

COUTO, F.B.D; PERRACINI, M.R. Análise multifatorial de idosos ativos com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 693-706, 2012.

CRUZ, H.M.F. et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n.2, p. 108-114, 2011.

DEL DUCA, G.F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos controles. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, R.B.M. et al. Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.245-260, 2011.

EDELBERG, H.K. Fall and function: how to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility. **Geriatrics**, v.56, p. 41-45, 2001.

FALSARELLA, G.R.; GASPAROTTO, L.P.R.; COIMBRA, A.M.V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso.

Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.897-919, 2014.

FARIAS, R.G. **Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. 2010. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

FELICIANI, A.M.; SANTOS, S.S.C.; VALCARENGHI, R.V. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: proposta de ações de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p.615-621, 2011.

FERREIRA, L.M.B.M. **Tonturas em idosos institucionalizados na cidade de Natal/RN: um estudo caso-controle em vestibulopatas e não-vestibulopatas**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

FERREIRA, L.L. et al. Risco de queda em idosos institucionalizados com doença de Alzheimer. **Revista de Fisioterapia**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 379-385, 2013.

FERREIRA, L.; SIMÕES, R. **Idoso Asilado: qual a sua imagem?** São Paulo: Fountoura, 2011.

FHON, J.R.S.; ROSSET, I.; FREITAS, C.P. Prevalência de quedas em idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.

FOLSTEIN, F.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive states for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, 1975.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos: proposta ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 478-485, 2011.

FUKUNAGA, J.Y. et al. Postural control in Parkinson's Disease. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 80, n. 6, p. 508-514, 2014.

GARBIN, C.A.S. et al. Histórico de quedas e acessibilidade do isodo em instituições de longa permanência. **Archives of Health Investigation**, v. 4, n. 4, p. 29-38, 2015.

GASPAROTTO, L.P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-109, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 162-167, 2010.

GOMES, E.C.C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.

GOMES, E.C.C. **Risco de quedas em idosos institucionalizados:prevalência e fatores associados**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

GONÇALVES, L.G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, R.S. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938-945, 2008.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em:<
<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,8,128&ind=4712>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060**. 2013. Disponível em:<
ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

JACKEL-NETO, E.A.; CUNHA, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JEREZ-ROING, J.; SOUZA, D.L.B.; LIMA, K.C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

KELSEY, J.L. et al. Heterogeneity of falls among older adults: implications for public health prevention. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 11, 2012.

LEOCÁDIO, P.L.L.F. Instituições de Longa Permanência para Idosos. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade de Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LÉO, C.C.C.; GONÇALVES, A. Aplicando metodologias: recortes da experiência de saúde coletiva e atividade física na UNICAMP. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 529-538, 2008.

LIMA, D.W.C. et al. Impact of a fall in the elderly: na analysis of the risk fator. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 929-937, 2013.

LIMA, D.A.; CEZÁRIO, V.O.B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista HUPE**, v. 12, n.2, p. 30-37, 2014.

LIMA, D.L.; LIMA, M.A.V.D; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **RBCH**, Passo Fundo, v.7, n.3, p. 346-356, 2010.

LOJUDICE, D.C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

LOPES, K.T. et al. Prevalence of fear of falling among a population of older adults and its correlation with mobility, dynamic balance, risk and history of falls. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v.13, n.3, 2009, p. 223-229.

LUSTRI, W.R.; MORELLI, J.G.S. Aspectos biológicos do Envelhecimento. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Manole, 2007.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MAFRA, S.C.T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de resenificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 353-363, 2011.

MARIN, M.J.S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.147-154, 2012.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 71, n. 1, p. 23-27, 2012.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008.

MESSIAS, M.G; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.275-282, 2009.

MISANO-SCHLOSSER, T.C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 610-616, 2014.

MORAES, E.N. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N.; LANNA, F.G.J.S. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N.; MAGALE, R.Z. Avaliação da Mobilidade. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORELLI, J.G.S.; REBELATTO, J.R.; BORGES, C.F. Quedas: fatores determinantes, consequências e intervenções profissionais. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, A.R.S.; COSTA, A.G.S.; SOUSA, V.E.C. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-113, 2011.

OLIVEIRA, J.R.; ROCHA JÚNIOR, P.R. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 343-353, 2014.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Biblioteca Virtual. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

PAIM, L.; TRENTINI, M. A pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

PAIVA, S.C.L. et al. A influência das comorbidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional de idosos. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v.6, n.único, p. 46-53, 2014.

PAULA JÚNIOR, N.F. de. **Estado da Arte do Evento Quedas em Idosos**: uma revisão integrativa de literatura. 2014. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PEREIRA, S.R.M. et al. **Projeto Diretrizes**: quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001.

PEREIRA, A.A.; CEOLIN, M.F.; NERI, A.L. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community – dwelling elderly. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p.535-543, 2013.

PERRACINI, M.R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosos. In: Freitas, E.V. et al. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006. p. 1142-1151.

PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PINHO, T.A.M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, USP, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

PIOVESAN, A.C.; PIVETTA, H.M.F.; PEIXOTO, J.M.B. Fatores que predispõe a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, R.S. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 75-83, 2011.

PITANGUI, A.C.R.; SILVA, R.G.; ARAÚJO, R.C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012.

POLARO, S.H.I. et al. Idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos na região metropolitana de Belém – PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 777-784, 2012.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Manole, 2007.

REIS, K.M.C.; JESUS, C.A.C. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para quedas a partir do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.1130-1138, 2015.

REIS, L.A; ROCHA, T.S; DUARTE, S.F.P. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, 2014.

REZENDE, C.P.; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO, E.C.O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

REZENDE, L.G.R; LOUZADA, M.J.Q. Quedas no paciente idoso: o papel do ortopedista na prevenção. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 4, n. 2, p. 25-34, 2015.

RISSARDO, L.K. et al. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 682-689, 2011.

SANTOS, D.P.M.A. **Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em instituições de longa permanência de idosos**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, S.S.C.; FELICINI, A.M.; SILVA, B.T. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2007.

SBGG- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos: Prevenção - Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

SIQUEIRA, F.V; ET AL. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1819-1826, 2011.

SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

ROSSETO, M; BUENO, A.L.M; LOPES, M.J.M. Internações por quedas no Rio Grande do Sul: intervenções de enfermagem partindo de fatores ambientais. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 700-709, 2014.

SÁ, A.C.A.M.; BACHION, M.M.; MENEZES, R.L. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2117-2127, 2012.

SANTOS, D.P.M.A. **Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em instituições de longa permanência de idosos**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, S.S.C.; FELICINI, A.M.; SILVA, B.T. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2007.

SANTOS, M.L.C.; ANDRADE, M.C. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 57-68, 2005.

SANTOS, S.S.C. et al. Alterações estruturais numa instituição de longa permanência para idosos visando prevenção de quedas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 790-797, 2011.

SANTOS, N.O. et al. Percepção de trabalhadoras de uma instituição de longa permanência para idosos acerca da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 971-978, 2014.

SBGG- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos: Prevenção - Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

SILVA, B.T. **Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização e possibilidades de serem cuidadas pelos enfermeiros nas ILPI's, no ano de 2026.** 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

SILVA, J.S. et al. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Bernardo, v. 5, n. 2, p. 53-59, 2013.

SILVA, N.S.M. et al. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informações utilizadas por idosos de Londrina (PR). **Revista Kairós Gerontologia**, v.17, n.2, p.141-151, p. 2014.

SMANIOTO, F.N.; HADDAD, M.C.F.L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011.

SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SIQUEIRA, F.V. et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1819-1826, 2011.

SOARES, W.J.S. et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-60, 2014.

SOUZA, C.C. et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013.

STREIT, I.A. et al. Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 4, p. 346-352, 2011.

REIS, L.A; ROCHA, T.S; DUARTE, S.F.P. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, 2014.

TESTON, E.F.; GUIMARÃES, P.V.; MARCON, S.S. Trauma no idoso e prevenção ao longo dos anos: revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 145-155, 2014.

TORRES, C. et al. Diálogos em torno dos significados do corpo no envelhecimento: um estudo com pessoas idosas inscritas num programa de atividade física. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p.155-172, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M. O Processo Convergente Assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UCHIDA, J.E.F.; BORGES, S.M. Quedas em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n.3, p. 83-94, 2013.

VALCARENGHI, R.V. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 828-833, 2014.

VALCARENGHI, R.V. et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p.224-232, 2014.

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO; H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p.370-378, 2013.

VIEIRA, E.R. et al. Reducing falls among geriatric rehabilitation patients: a controlled clinical trial. **Clinical Rehabilitation**, v.27, n.4, 2012, p.325-335, 2013.

**APÊNDICE 1 – TERMO PARA A PERMISSÃO DA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA INSTITUIÇÃO**

**TERMO PARA A PERMISSÃO DA REALIZAÇÃO DO
ESTUDO NA INSTITUIÇÃO**

Eu, _____
_____, responsável legal por esta instituição, intitulada Lar São Francisco, alego estar ciente da realização do estudo intitulado: **estratégias para a prevenção de quedas de idosos residentes em instituição de longa permanência com vistas ao envelhecimento ativo**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob responsabilidade da pesquisadora/mestranda Cynthia Vieira de Souza e sua orientadora Professora Doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos, nessa instituição. Estou ciente de que a pesquisadora precisará coletar imagens fotográficas da instituição, a fim de obter dados para sua pesquisa. Também estou ciente de que a pesquisadora utilizará o nome desta instituição ao longo do seu trabalho.

Florianópolis, ____ de _____ de 2015.

Responsável pela Instituição

Cynthia Vieira de Souza
Pesquisadora

Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Orientadora

APÊNDICE 2 - CONVITE PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E TRABALHADORES A PARTICIPAÇÃO DAS OFICINAS

CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO DAS OFICINAS

Eu, Cynthia Vieira de Souza, juntamente com minha Orientadora, Professora Doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos, convidamos você para participar de um grupo composto por seus colegas de trabalho, a fim de discutir questões a respeito da ocorrência de quedas nos idosos residentes desta instituição, bem como de ações para preveni-las. Serão três encontros, dos quais você será antecipadamente avisado, com duração aproximadamente de 1 hora. Após cada encontro será oferecido um lanche, afim de realizarmos uma confraternização.

Muito obrigada por sua colaboração,

Cynthia Vieira de Souza
Pesquisadora

Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Orientadora

**APÊNDICE 3 – DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE E TRABALHADORES**

**DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE E TRABALHADORES**

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Tempo que trabalha na instituição: _____

APENDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IDOSOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, alego estar ciente de que irei participar da pesquisa intitulada, estratégias para a prevenção de quedas de idosos residentes em instituição de longa permanência com vistas ao envelhecimento ativo, com orientação da Professora-Doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Esta pesquisa será desenvolvida com a finalidade desenvolver estratégias de prevenção para os idosos residentes nessa instituição.

Estou ciente de que passarei por algumas avaliações a fim de identificar meu perfil de saúde e para identificar quais os riscos para que eu sofra uma possível queda no meu dia-dia. Após essas avaliações, eu participarei de oficinas educativas com duração de uma hora cada, elaboradas pela pesquisadora, com o objetivo de trabalhar prevenção de quedas.

Fui orientado(a) e estou ciente de que os dados obtidos serão tratados com respeito e que o anonimato e o sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, análise final, bem como nas publicações científicas.

Estou ciente de que os responsáveis pela pesquisa estarão disponíveis a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho através dos telefones abaixo, além de garantirem que a minha participação é voluntária, podendo haver desistência a qualquer momento, sem penalizações.

Estou ciente que não terei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Nome, assinatura e Registro Geral

Pesquisadora Orientadora: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Pesquisadora Mestranda: Cynthia Vieira de Souza (Contato: (48) 9618-0388)

**APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
TRABALHADORES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, alego estar ciente de que irei participar da pesquisa intitulada, estratégias para a prevenção de quedas de idosos residentes em instituição de longa permanência com vistas ao envelhecimento ativo, com orientação da Professora-Doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Esta pesquisa será desenvolvida com a finalidade de desenvolver estratégias para a prevenção de quedas em idosos residentes nesta instituição.

Estou ciente de que participarei de um grupo, junto com meus colegas de trabalho, a fim de discutir o tema quedas, bem como a ajudar a formular estratégias para prevenção.

Fui orientado(a) e estou ciente de que os dados obtidos serão tratados com respeito e que o anonimato e o sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, análise final, bem como nas publicações científicas.

Estou ciente de que os responsáveis pela pesquisa estarão disponíveis a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho através dos telefones abaixo, além de garantirem que a minha participação é voluntária, podendo haver desistência a qualquer momento, sem penalizações.

Estou ciente que não terei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Nome, assinatura e Registro Geral

Pesquisadora Orientadora: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Pesquisadora Mestranda: Cynthia Vieira de Souza (Contato: (48)
9618-0388)

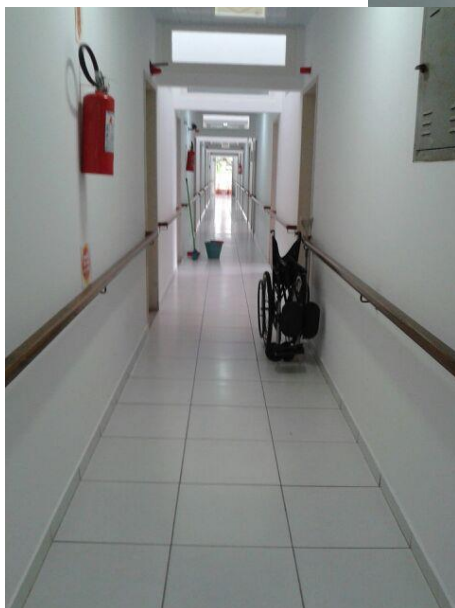
APÊNDICE 6 – FOTOS DA INSTITUIÇÃO

FOTOS DA INSTITUIÇÃO

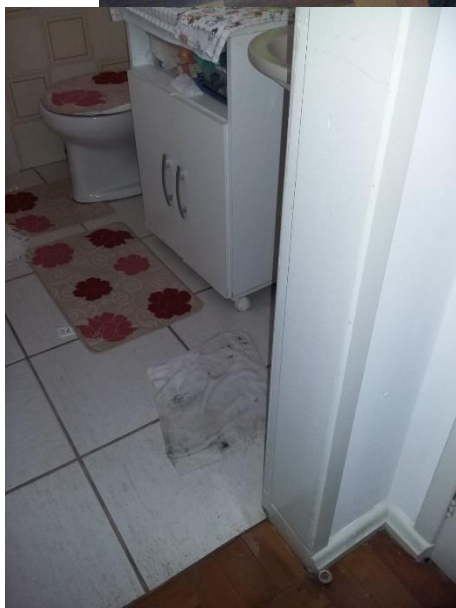


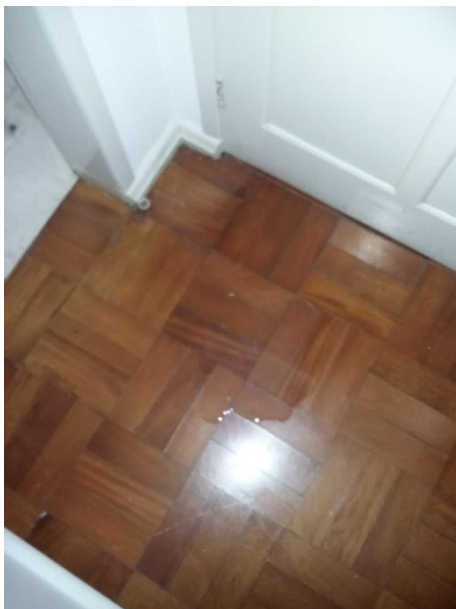












**APÊNDICE 7 – FIGURAS PARA IDOSOS ELABORAREM
FRASES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS**

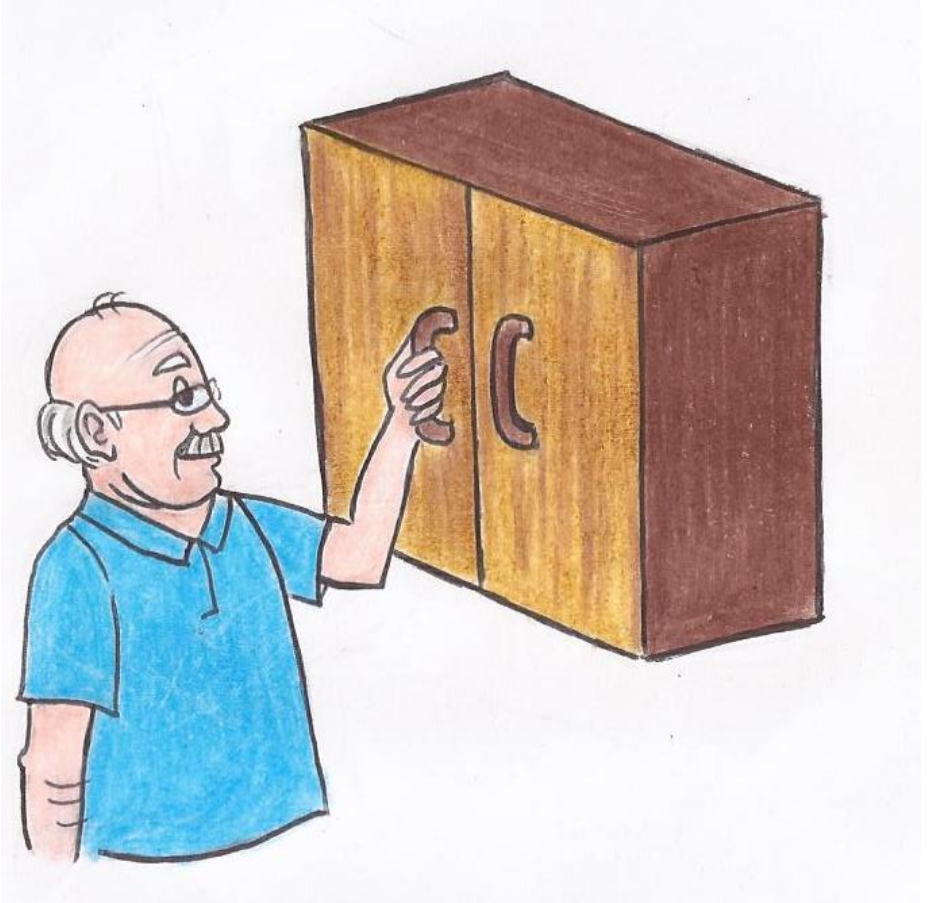








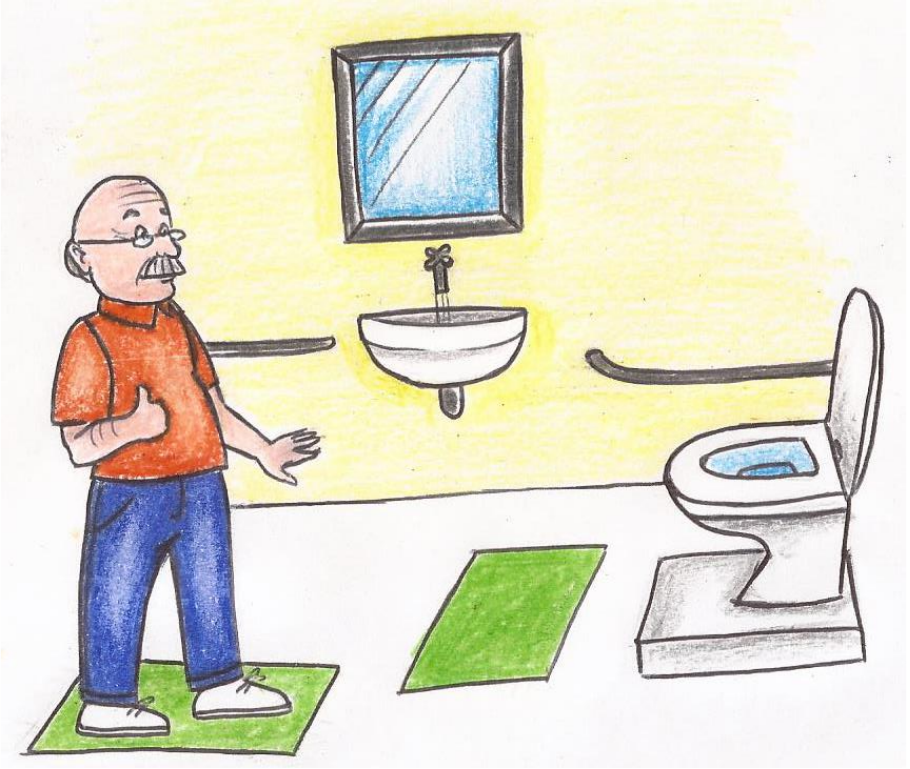


















ANEXO 1 – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Mini-Mental State Exam (MMSE) / Mini Exame do Estado Mental (MEEM

(FOLSTEIN et al., 1975; BERTOLUCCI et al., 1994).

“Agora faremos algumas perguntas para saber como está a sua memória. Sabemos que, com o tempo, as pessoas vão tendo mais dificuldades para lembrar das coisas. Não se preocupe com os resultados das questões”.

Em que dia estamos?

Ano () Semestre () Mês () Dia ()
Dia da Semana ()

Onde nós estamos?

Estado () Cidade () Bairro () Instituição ()
Andar ()

Repita as palavras (1 segundo para cada uma; depois pergunte ao idoso todas as três. Se ele não consegue repetir, repita até que ele aprenda as três. Conte as tentativas e registre).

Caneca () Tijolo () Tapete ()

O senhor faz cálculos? (1) Sim (2) Não

Se a resposta for positiva, pergunte: Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7, quanto resta? (Total de 5 subtrações):

93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()

Se a resposta for não, peça para que solete a palavra **MUNDO** de trás para frente:

O () D () N () U () M ()

Repita as palavras que eu disse há pouco:

() _____ () _____

Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isso? Repita com um lápis:

Relógio () Lápis ()

Repita o seguinte: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”: ()

Siga uma ordem de três estágios:

“Tome o papel com a sua mão direita” ()

“Dobre-o ao meio” ()

“Ponha-o no chão” ()

Leia e execute o seguinte:

FECHE OS OLHOS ()

Escreva uma frase: ()

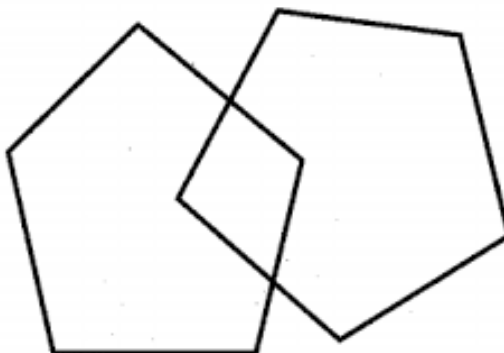
Copie este desenho: ()

TOTAL: _____ pontos

FECHE OS OLHOS

Escreva uma frase:

Copie o desenho:



**ANEXO 2 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO DE MORAES (2008)**

IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Profissão:			Aposentado:	Sim	Não
Sexo: F () M ()		Data de Nascimento:		Idade:	
Naturalidade:			Estado:	País:	
Estado Civil:	() Casado	() Solteiro	() Viúvo	() Separado	() Outros
Escolaridade:					

QUEIXA PRINCIPAL DETALHADA

REVISÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS

GERAL

Febre	() Sim	() Não
Mal-estar	() Sim	() Não
Astenia	() Sim	() Não
Aparência bem cuidada	() Sim	() Não
Cooperativo ao exame	() Sim	() Não
Tranquilo	() Sim	() Não
Palidez cutâneo-mucosa	() Sim	() Não
Especificar: _____		
Cianose de extremidades	() Sim	() Não

PELE E ANEXOS

Úlcera de membros inferiores	() Sim	() Não
------------------------------	---------	---------

Úlcera de pressão		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Localização	<input type="checkbox"/> Sacral	<input type="checkbox"/> Trocantérica	<input type="checkbox"/> Calcâneo	<input type="checkbox"/> Outros	
Gravidade:		<input type="checkbox"/> Estágio 1: presença de vermelhidão e irritação local <input type="checkbox"/> Estágio 2: ulceração comprometendo epiderme/derme <input type="checkbox"/> Estágio 3: ulceração até subcutâneo e fáscia muscular <input type="checkbox"/> Estágio 4: ulceração comprometendo músculo e/ou osso			
Outras lesões:					

APARELHO CARDIOVASCULAR

Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Habitual maior <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Habitual menor <input type="checkbox"/> Independente do esforço				
Dor torácica	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> duração de 2 a 5min <input type="checkbox"/> desencadeada pelo esforço <input type="checkbox"/> melhora com repouso ou nitrato Especificar: _____ _____				
Palpitação	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> início ou término súbito <input type="checkbox"/> ritmo irregular <input type="checkbox"/> sensação de pausa <input type="checkbox"/> repercussão clínica <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> raramente Fatores _____ desencadeantes: _____				
Perda da consciência	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Lipotímia <input type="checkbox"/> Sugestivo de hipoglicemia <input type="checkbox"/> Hipotensão ortostática <input type="checkbox"/> indeterminada				
Claudicação de MMII	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	

APARELHO RESPIRATÓRIO

Tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> > 4 semanas	<input type="checkbox"/> < 4 semanas
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Produtiva
Chieira Torácica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Expectoração Purulenta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------	------------------------------	------------------------------

ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Deficiência visual:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso de lentes corretivas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dificuldade para ler jornais ou revistas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Deficiência auditiva:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso de prótese auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

APARELHO GENITURINÁRIO

Incontinência urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> recente <input type="checkbox"/> antiga <input type="checkbox"/> urgência <input type="checkbox"/> esforço <input type="checkbox"/> refluxo <input type="checkbox"/> funcional <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> limitante <input type="checkbox"/> Não limitante		
Urgência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Noctúria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Artralgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> poliartralgia <input type="checkbox"/> monoartralgia <input type="checkbox"/> artrite <input type="checkbox"/> indeterminado <input type="checkbox"/> pequenas articulações <input type="checkbox"/> grandes articulações Localização: _____		
Rigidez Matinal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Lombalgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1.Ocasional 2.Contínua mas não limitante 3.Contínua e limitante Especificar: <input type="checkbox"/> comum/postural <input type="checkbox"/> radiculopatia <input type="checkbox"/> espondilite anquilosante <input type="checkbox"/> aguda		
Ombro doloroso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rigidez generalizada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Peso ou fraqueza nos membros inferiores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pé <input type="checkbox"/> Joanete <input type="checkbox"/> Ceratose plantar <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Unha encravada <input type="checkbox"/> Calcanealgia <input type="checkbox"/> Onicomicose <input type="checkbox"/> Calçados inadequados		

Deformidade
() Cifose () Torácica () Lombar () Mãos () Pés
() Articular

APARELHO DIGESTIVO

Incontinência fecal	() Sim	() Não
() Recente	() Antiga	
() Sobrefluxo () Anorretal () Neurogênica () Secundária		

SISTEMA NERVOSO

Anamnese

		Comentários
DOR	Cefaléia Radicular Neuropatia periférica Neuralgia do trigêmeo Pós-herpética	
Convulsão		
Tonturas		() Rotatória () Desequilíbrio () Visão turva () "Cabeça vazia" () Associada a mudanças súbitas da posição do pescoço () Associada ao ortostatismo () Frequentemente () Ocasionalmente

Exame Neurológico

Motricidade		Norm al	Anorma l	Comentári os
Força	MMSS			
	MMII			

	Pescoço/Tronco			
Tônus				
Reflexos	Superficiais			
	Profundos			
	Primitivos			
Movimentos anormais	Hipercinesia			Discinesia () Tardia () Edentados Tremor () Cinético () Repouso
	Bradicinesia			
Sensibilidade				
Superficial				

ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Índice de Katz	Independência	Dependência
Tomar banho (Leito, chuveiro ou banheira)	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
Uso do banheiro	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.

	ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	
Transferir-se	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto e apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar-se na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontroladas	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; de urinóis ou comadre pot terceiros. Acidentes “ocasionais”
Alimentar-se	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos a seguir. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA, SEGUNDO LAWTON-BRODY	Sem ajuda	Com ajuda parcial	Incapaz

Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz arrumar a sua casa ou de fazer pequenos trabalhos domésticos?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade			

de planejamento especiais?			
----------------------------	--	--	--

O que o (a) senhor (a) gostaria de fazer e que não está fazendo?

O que o (a) senhor (a) fazia e deixou de fazer?

HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

Tabagismo

Sim Não

Número de cigarros/dia: ____ Duração/anos: ____

Outros: _____

Etilismo

Sono

Você está insatisfeito (a) com o seu sono?

Sim Não

Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?

Sim Não

Atividade física

Sim Não

Frequência Regular Ocasional Raro

Tipo: _____

Orientada por profissional Sim Não

Uso de medicamentos

Droga	Dose	Tempo de uso	Indicação médica

MOBILIDADE

Marcha

- | |
|--|
| 1. Sozinho
2. Ajuda ocasional
3. Ajuda Freqüente
4. Muleta ou bengala
5. Andador |
|--|

6.Cadeira de rodas
7.Imobilidade completa(acamado)
Subir escada(cinco degraus) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
<p>“Get Up and Go” (Teste Qualitativo) e “Timed Up & Go (Teste Quantitativo):</p> <p>O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, assentando-se na cadeira.</p> <p>Duração: <input type="checkbox"/> <10 seg <input type="checkbox"/> 10 a 20 seg <input type="checkbox"/> 20 a 30 seg <input type="checkbox"/> ≥ 30 seg.</p>

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA MARCHA E EQUILÍBRIO

GET UP AND GO + TIMED UP AND GO

Equilíbrio	Equilíbrio assentado	Firme, constante e estável	
	Levantamento da cadeira	Capaz de levantar-se em um único movimento sem usar braços	
	Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 seg)	Estável sem segurar em algum auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte	
	Rotação	Não segura ou cambaleia: não necessita segurar em qualquer objeto; os passos são contínuos	
	Assentando-se	Movimento suave, seguro	
Locomoção	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem hesitação; o início da marcha é único e suave	
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, numa altura de 2,5 e 5 cm	
	Comprimento do passo	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio	
	Desvio de curso ou trajeto	Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente avança	
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para manter a estabilidade	
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	
Duração (segundos)			
Avaliação complementar do equilíbrio	Equilíbrio de pé: estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de suporte		
	Equilíbrio com os olhos fechados (com os pés o mais próximo possível): estável, sem segurar algum objeto, com os pés unidos.		

	Nudge test: paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão)	
	Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem se apoiar	
Padrão da marcha	Marcha Parética	
	Marcha Parkinsoniana	
	Marcha Ebriosa	
	Apraxia de Marcha (marcha magnética, lobo frontal)	
	Marcha da mielopatia cervical	
	Marcha vestibular	
	Marcha cautelosa	
	Marcha antálgica	
	Outras:	

Quedas

Fraturas	<input type="checkbox"/> História de quedas no último ano <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Número de quedas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 4 <input type="checkbox"/> ≥ 5
<input type="checkbox"/> Sim	Repercussão funcional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Vértebra	Causas/circunstâncias:
<input type="checkbox"/> Fêmur	<input type="checkbox"/> Tropeção/escorregão <input type="checkbox"/> Ausência de motivo aparente
<input type="checkbox"/> Antebraço	<input type="checkbox"/> Perda da consciência <input type="checkbox"/> Doença aguda
<input type="checkbox"/> Outro	
Data:	
___/___/___	

<input type="checkbox"/>) Espontânea <input type="checkbox"/> Acidental	Tempo de permanência no chão:
	Necessidade de ajuda para levantar-se <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS

Local	Avaliação	Sim	Não
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
Iluminação	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indireta		
Quarto de dormir	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo se assentar para se vestir		
	Cama de boa altura (45cm)		
Banheiro	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
Cozinha	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de roda se necessário		
Escada	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		

	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		

Local onde passa a maior parte do tempo	Atividade desenvolvida	Problemas com o local

Existe algum local da residência que o senhor(a) não frequenta? Por qual motivo?

--

DIAGNÓSTICOS ANTERIORES RELATADOS

Doenças Cardiovasculares	Diagnóstico	Órgãos dos Sentidos	Diagnóstico
Hipertensão arterial		Catarata	
Insuficiência Cardíaca		Glaucoma	
Insuficiência Coronariana		Degeneração macular	
Arritmia Cardíaca		Outras:	
Doença vascular periférica		Sistema Músculo Esquelético	
Outras:			
Doenças respiratórias		Osteoartrite	
		Osteoporose	

DPOC Asma Tuberculose Pneumonia Neoplasia Outras: Doenças Endócrino/Metabólicas Diabetes mellitus Dislipidemia Hipotireoidismo Hipertireoidismo Outras: Doenças Neuropsiquiátricas Demência Depressão Parkinsonismo AVC Confusão mental aguda		Outras	
		Doenças Hematológicas	
		Anemia Linfoma/Leucemia/Mieloma Discrasia sanguínea Outras:	
		Doenças do tubo digestivo	
		DRGE Úlcera péptica Colelitíase Neoplasia Outras:	
		Doenças geniturinárias	
		ITU Neoplasia Outras:	

IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Tempo de Institucionalização: _____

Como chegou à instituição:

Vontade própria Trazido por parentes Trazidos por outros

Motivo da institucionalização:

O que significa viver no asilo?

Como é a sua rotina na instituição?

Dinâmica das relações: você considera a relação:

Idoso/idoso:	<input type="checkbox"/> Ótima	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssima
Idoso/funcionários	<input type="checkbox"/> Ótima	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssima
Idoso/dirigente:	<input type="checkbox"/> Ótima	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssima
Idoso/familiares	<input type="checkbox"/> Ótima	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssima

Família

Com quem residia antes de vir para a instituição?

Quadro da constituição familiar

Nome	Parentesco	Sexo	Est. Civil	Local da Residência	Visita		Frequência
					Sim	Não	

Área profissional

Ocupação de habilitações profissionais:

Situação atual:

Aposentado: () Sim () Não

Situação previdenciária: () Privada () Pública

Desenvolve alguma outra atividade produtiva? () Sim () Não

Recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC)? () Sim () Não

Interesses principais:

Antes da institucionalização:

Atuais:

Tem conhecimento sobre as leis específicas para os idosos?

Visão do idoso sobre o envelhecimento:

Em geral, você diria que sua saúde é:

Atualmente	Há um ano
() Excelente	() Muito melhor agora do que há um ano
() Muito boa	() Um pouco melhor agora do que há um ano
() Boa	() Quase a mesma coisa do que há um ano
() Ruim	() Um pouco pior agora do que há um ano
() Muito ruim	() Muito pior agora do que há um ano

Citar um fato marcante da sua vida: