

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES

**RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

RECIFE

2014

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES



**RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes Cenários do Cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE

2014

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES

**RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação aprovada em 07 de fevereiro de 2014

Prof^a. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques (Presidente da Banca) - UFPE

Prof^a Dr^a Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi (Membro Externo) - UFPE

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Membro Interno) - UFPE

Prof^a. Dr^a. Telma Marques da Silva (Membro Interno) - UFPE

RECIFE

2014

Aos meus pais. Minha base, meu porto-seguro.

Aos meus avós. Meu referencial de amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me guiar todos os dias e por sempre me lembrar que eu nunca estou sozinha.

À minha "Vó Dóia" que mesmo não estando mais presente neste mundo, tenho certeza que sempre esteve ao meu lado, principalmente nos momentos difíceis.

Aos meus pais por todo amor e confiança. Obrigada pelo apoio e por acreditar nos meus estudos, sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Ao meu irmão, pelo amor, por ter orgulho de mim, mas principalmente, pela paciência.

Ao meu amor, companheiro, namorado, noivo e melhor amigo, Carlos Henrique. Obrigada por acreditar nos meus sonhos e principalmente por sonhar comigo. "Sem você sou pá furada".

À minha família, tios, tias, madrinhas e primos. Obrigada por tudo.

Aos meus amigos de infância Lori, Regis e Tici. Levo vocês sempre comigo.

À minha amiga Juliana, minha "Jujuba". Sem ela não teria dado o primeiro passo. Jujuba, você foi essencial nessa caminhada. Muito amor por você. Obrigada por tudo.

Às minhas amigas Aliny, Naara, Manu, Jéssica, Camilla, Flávia e Márcia. Presentes que a Biologia me deu e que sempre estão presentes, mesmo que indiretamente, nos momentos mais especiais da minha vida.

Aos meus amigos, presentes da Terapia Ocupacional, minha profissão, minha paixão. Em especial à Thamiris, Lila, Jana, Fá, Luciano, Roberta e Dani. Obrigada pelo apoio de sempre e pelo amor. Eu sou imensamente feliz e agradecida à Deus por tê-los na minha vida.

À minha orientadora querida, Prof^ª Dr^ª Ana Paula de Oliveira Marques. Mais do que me ajudar nessa caminhada, me ensinou o que é ser um EDUCADOR de verdade. Será sempre meu exemplo, meu referencial. Imensamente grata.

À Prof^ª Dr^ª Márcia Carréra Campos Leal. Sempre presente nesta caminhada. Obrigada por me ensinar que o BEM sempre prevalece. Eternamente grata.

À Daniele Rodrigues por todos momentos que compartilhamos juntas, por ter segurado minhas mãos em tantos momentos difíceis. Tenho certeza que ganhei uma amiga. Obrigada por tudo.

Ao grupo de pesquisa Saúde do Idoso por todos os ensinamentos compartilhados.

Aos alunos da extensão e da iniciação científica, em especial, Odon, Elisane, Henrique e Isabela. A ajuda de vocês foi fundamental para a construção desta dissertação.

Aos meus amigos do mestrado, meus queridos enfermeiros: Raul, Natália, Camila, Cláudia, Benvinda, Andreza, Bárbara, Thaís, Leidiane, Suelen, Anvete, Aluska e Patrícia. Obrigada por terem me acolhido e compartilhado momentos incríveis comigo. Terão sempre meu respeito e minha amizade. Amor e gratidão é o que eu sinto por vocês.

Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem todo meu respeito e admiração. Muito obrigada por todos os ensinamentos compartilhados e pela contribuição para o meu crescimento profissional.

Aos funcionários da secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem, em especial, Camila e Glivson pela disponibilidade e paciência.

Por fim, à todas as instituições de longa permanência que fizeram parte deste estudo, mas especialmente, aos idosos, que foram essenciais na construção não apenas desta pesquisa, mas no meu sonho em conseguir o título de Mestre. Hoje considero-me uma pessoa melhor por ter convivido tantos dias intensos ao lado deles. Eternamente grata.

Faça todo o bem que puder,
De todas as maneiras que puder,
De todas as formas que puder,
Em todos os lugares que puder,
Em todos os momentos que puder,
A todas as pessoas que puder,
Sempre que puder.

John Wesley

RESUMO

Para esta dissertação foram construídos dois artigos, o primeiro trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar os fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados. A seleção dos artigos ocorreu, nas bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDENF, na qual foram selecionados 19 artigos. A partir dos estudos detectou-se como fatores relacionados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: ser do sexo feminino, apresentar diagnóstico de doença crônica, fazer uso de benzodiazepínicos, ter sofrido queda anterior e apresentar restrições de mobilidade. O segundo artigo foi o original, que objetivou avaliar o risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da Teoria de Florence Nightingale. Trata-se de um estudo analítico de corte transversal, realizado em nove Instituições de Longa Permanência para Idosos não privadas da Região Metropolitana do Recife/PE. O risco de quedas, foi investigada a partir da Avaliação de Tinetti e as independentes foram obtidas de acordo com os dados sociodemográficos, econômicos, condições de saúde, caracterização das instituições e o *Check List* dos componentes ambientais, cujos componentes foram analisados de acordo com a Teoria Ambientalista de Enfermagem. Na análise estatística, os dados categóricos foram resumidos através de frequência absoluta e percentual. As associações entre o escore do Índice de Tinetti, as variáveis clínicas foram avaliadas utilizando-se regressão de Poisson univariada e multivariada, adotando-se como medida de efeito a razão de prevalência. Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas Idosas No Contexto Asilar" (CAAE – 02013112600005208). De acordo com os resultados foi identificado uma prevalência de 24,1% de quedas no ambiente asilar e na análise ajustada a associação estatística entre os risco de quedas e idosos que necessitava de ajuda de terceiros para caminhar. O ambiente foi apontado como sinalizador para ocorrência de quedas nas instituições de longa permanência, fato que é evidenciado pela Teoria de Florence Nightingale. Concluí-se que o gerenciamento de um ambiente seguro e a sistematização da rotina e de intervenções multidisciplinares nas instituições poderão favorecer ao idoso uma melhor manutenção da capacidade funcional e a diminuição do risco de quedas no ambiente asilar.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência para idosos. Teoria de Enfermagem. Acidentes por quedas. Educação em Saúde

ABSTRACT

For this thesis two articles were built, the first one is an integrative literature review aimed to identify factors associated with the risk of falls among institutionalized elderly. Selection of items occurred in databases: LILACS, MEDLINE and BDNF, in which 19 were selected. From the analysis of the studies was detected as factors related to the risk of falls in institutionalized elderly: being female, has a diagnosis of chronic illness, make use of benzodiazepines, have suffered previous fall and present mobility restrictions. The second article was the original, which aimed to assess the risk of falls among institutionalized elderly to the Theory of Florence Nightingale. This is not a private analytical cross-sectional study conducted in nine Institutions for the Aged in the Metropolitan Region of Recife/PE. The dependent variable, risk of falls, was investigated from the Tinetti Assessment and the independent variables were obtained according to the sociodemographic, economic data, health conditions, characterization of institutions and Check List of the environmental components, the components were analyzed according Environmentalist with Nursing Theory. For statistical analysis, categorical data were summarized by absolute and percentage frequency. The associations between the score of the Tinetti Index, clinical and sociodemographic variables were assessed using Poisson regression univariate and multivariate analysis, using as an effect measure the prevalence ratio. This study is linked to a larger project entitled . " Social and Epidemiological Profile of Older Persons In Context asylum " (CAAE - 02013112600005208). According to the results of a prevalence of 24 was identified 24,1% of falls in the environment and asylum in the adjusted analysis (multivariate model) statistical association between the risk of falls and older people who needed help from others to walk. Environment was appointed as a marker for the occurrence of falls in long-stay institutions, a fact that is evidenced by the Theory of Florence Nightingale. Was concluded managing a secure environment and routine and systematic multidisciplinary interventions in institutions could favor the elderly better maintaining functional capacity and decrease the risk of falls in the environment asylum

keywords: Institution for the Aged. Nursing Theory. Accidental falls. Health Education.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1	Instituições de Longa Permanência para Idosos da Região Metropolitana do Recife/PE que fizeram parte da pesquisa	28
Resultados - Revisão Integrativa da Literatura		
Quadro 1	Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa	38
Quadro 2	Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa	40
Quadro 3	Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas e econômicas da população estudada. Recife/PE 2013.....	55
Tabela 2	Análise não ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.....	57
Tabela 3	Análise ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.....	58
Tabela 4	Distribuição das características ambientais das Instituições de Longa Permanência para idosos Investigadas. Recife/PE 2013.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PBE	Prática Baseada em Evidência
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature em Retrieval System on Line
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
AHRQ	Agency for Healthcare and Quality
IASC	Instituto de Assistência Social e Cidadania
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
	2.1 O envelhecimento na perspectiva demográfica e epidemiológica	17
	2.2 Instituição de longa permanência para idosos	18
	2.3 A prevalência de quedas em instituições de longa permanência para idosos	20
	2.4 O ambiente nas instituições de longa permanência para idosos e a Teoria Ambientalista de Enfermagem de Florence Nightingale	22
	2.5 A educação em saúde e a prevenção de quedas em idosos na perspectiva dos cuidados em Enfermagem	23
3	MÉTODO	25
	3.1 Método da Revisão Integrativa da Literatura	25
	3.2 Método do Artigo Original	27
4	RESULTADOS	33
	4.1 Resultados da Revisão Integrativa da Literatura	33
	4.2 Resultados do Artigo Original	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados da revisão integrativa	77
	APÊNDICE B - Formulário semi estruturado	78
	APÊNDICE C - Termo de consentimento Livre e Esclarecido TCLE	85
	ANEXOS	86
	ANEXO A - Aprovação para publicação do Artigo de Revisão Integrativa - Revista Ciência & Saúde coletiva	87
	ANEXO B - Normas da Revista Brasileira de Enfermagem	88
	ANEXO C - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados para revisão integrativa	91
	ANEXO D - Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa	92
	ANEXO E - Avaliação Índice de Tinetti	93

ANEXO F - Carta de Anuência	95
ANEXO G - Parecer Comitê de Ética	96

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é conceituado como um fenômeno singular, complexo e de amplitude mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e no Brasil, a previsão é de que, em 2020, a população de idosos chegará a 30,8 milhões, ou seja, 14,2% de todos os brasileiros¹.

Tais mudanças demográficas desencadearam alterações no perfil de mortalidade e morbidade da população e por consequente, intensificam a necessidade de reorganização dos modelos assistenciais, visto que, o envelhecimento está ligado à fatores biológicos, emocionais e sociais, que podem acarretar nos idosos condições de dependência, desencadeadas por alterações cognitivas, dificuldades motoras e quedas, sendo esta última considerada uma das principais causas de incapacidade e morte entre os idosos².

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem possibilidade de correção em tempo hábil. Tal evento também pode ser provocado por comorbidades pré-existentes, cuja interação entre fatores ambientais, fisiológicos e psicossociais podem desencadear a instabilidade postural no indivíduo³.

As complicações para a saúde do idoso decorrentes de quedas são consideradas um grave problema de saúde pública, visto que, os comprometimentos advindos do evento, geralmente, provocam no idoso a diminuição da capacidade funcional e a necessidade de institucionalização e consequentemente, um elevado custo assistencial para a sociedade⁴.

A institucionalização do idoso deve ser considerada com cautela, pois pode representar um fator de risco para quedas, uma vez que a mudança do ambiente familiar para uma nova moradia e com outras convivências, podem gerar no idoso alterações emocionais, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, abandono e inatividade física, acarretando em um aumento da dependência para realização das atividades cotidianas⁵.

Desse modo, as Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) devem contar com profissionais de várias áreas de atuação, tais como: médicos, psicólogo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, sendo este último, considerado um dos profissionais pioneiros nos cuidados em saúde prestados pelas ILPI ao idoso⁶.

Considerando-se as peculiaridades e demandas na atenção ao idoso institucionalizado, verifica-se que o papel da Enfermagem é fundamental na elaboração de medidas preventivas quanto ao risco de quedas, visto que o enfermeiro é um educador em saúde e tem a responsabilidade de fornecer orientações aos clientes que estão sob seus cuidados e de compartilhar saberes com a equipe de saúde no qual faz parte⁷.

A Enfermagem acredita que através da educação em saúde é possível trabalhar a conscientização dos seus clientes a respeito da responsabilidade do autocuidado, além disso, para estes profissionais a educação é uma ferramenta de desenvolvimento pessoal, que visa à manutenção de trabalhadores qualificados e capazes de promover uma assistência com mais qualidade aos idosos institucionalizados⁸.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem criada por Florence Nightingale reforça a importância do Enfermeiro na manutenção e organização do ambiente asilar, e de medidas preventivas quanto ao risco de quedas⁹. De acordo com Florence, o ambiente no qual destina-se cuidados à saúde pode contribuir para o processo de recuperação ou adoecimento do indivíduo, e o papel da Enfermagem é garantir um espaço físico adequado e seguro para seus clientes¹⁰.

Nesse contexto, observando-se o aumento da ocorrência de quedas em idosos, a crescente demanda pelos serviços oferecidos pelas instituições de longa permanência e reconhecendo a importância da enfermagem no monitoramento e restauração na atenção à saúde do idoso, a presente dissertação buscou responder a seguinte questão norteadora: Qual a ocorrência de quedas e os fatores associados a este evento em idosos residentes em ILPI?

Considerando-se a necessidade de mais estudos epidemiológicos que almejem conhecer o perfil do idoso e da assistência destinada aos serviços de saúde em ILPI, esta pesquisa buscou contribuir para direcionar a realização de ações mais qualificadas da equipe de saúde no ambiente asilar, principalmente àquelas relacionadas ao monitoramento quanto ao risco de quedas, uma vez que, o trabalho desenvolvido por essas instituições é primordial para a manutenção da saúde, longevidade e qualidade de vida dos idosos.

A dissertação foi estruturada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, organizada em quatro capítulos: O primeiro é referente a uma revisão da literatura sobre: O envelhecimento na perspectiva demográfica e epidemiológica; Instituições de

Longa Permanência para Idosos; Prevalência de quedas em ILPI; O ambiente nas ILPI e a Teoria Ambientalista de Enfermagem de Florence Nightingale; Educação em Saúde e a prevenção de quedas na perspectiva dos cuidados de Enfermagem.

O segundo capítulo traz uma descrição detalhada da metodologia utilizada na revisão integrativa da literatura e no artigo original. O terceiro capítulo segue a discussão dos resultados do estudo, referente ao artigo de revisão integrativa, intitulado: Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa, publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo - A), cujo objetivo foi identificar os principais fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados.

Ainda no terceiro capítulo é apresentado o artigo original: Prevalência e os risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da teoria de Florence Nightingale, que será enviado à Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo - B), cujo intuito foi avaliar o risco de quedas em Instituições de Longa Permanência para Idosos não privadas da região metropolitana do Recife/PE à luz da teoria supracitada.

Por fim, no quarto capítulo são apresentadas as considerações finais da dissertação, no qual foram analisadas de acordo com todo o percurso do estudo. As recomendações sugeridas foram referentes ao problema de pesquisa e a relevância da prática da educação em saúde no cuidar da Enfermagem, quanto ao monitoramento e prevenção de quedas, em idosos no contexto asilar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento na perspectiva demográfica e epidemiológica.

A população mundial encontra-se em processo de reestruturação demográfica, caracterizado por um cenário marcado por mudanças na redução das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida, por consequente, do crescimento do número de idosos na sociedade¹¹.

O envelhecimento populacional é decorrente de um fenômeno que acontece em todo mundo, visto que, o quantitativo de idosos é considerado a população que mais cresce sob o ponto de vista epidemiológico, resultado não apenas em um aumento relativo das pessoas a partir de uma determinada idade, mas de diversas mudanças que ocorrem em áreas como saúde, previdência social e políticas públicas¹².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento do número de idosos é proveniente de diversos acontecimentos históricos ocorridos na sociedade a partir do século XIX, principalmente no período pós-revolução industrial, no qual as ideias capitalistas estimularam a elaboração de políticas sanitárias e de promoção à saúde, cujo objetivo era a manutenção da força de trabalho e potencializar questões socioeconômicas entre os indivíduos¹³.

Estudos voltados à área da Geriatria e Gerontologia apontam que as mudanças epidemiológicas e demográficas que intensificaram o envelhecimento populacional ao longo do tempo não aconteceram na sociedade de forma equitativa^{14,15}. Nos países desenvolvidos, o fenômeno do envelhecimento é observado de modo diferenciado, já que o aumento da expectativa de vida aconteceu gradativamente e foi acompanhado por melhorias nas condições de vida da população e pelos avanços relacionados à urbanização, habitação, saneamento básico, saúde e educação¹⁶.

Já nos países considerados em desenvolvimento, em especial o Brasil, o crescimento do número de idosos ocorre de forma acelerada e consequentemente o desenvolvimento de programas sociais, políticos e econômicos apresentam dificuldades em atender as demandas e aos desafios advindos da população supracitada¹⁷.

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) publicado em 2013, a população brasileira corresponde a 201.032.714 milhões de habitantes, sendo 51%, mulheres e 49% homens⁷. O contingente de idosos, pessoas com idade a partir 60 anos, representava 20.590.599 milhões de indivíduos (10,8 % da população total), os quais comparados aos indivíduos com idade inferior a

15 anos, tiveram um aumento de 268% em relação ao censo de 1970, revelando que o Brasil encontra-se em franco processo de envelhecimento^{18,19}.

A projeção para a população de idosos brasileiros até o ano de 2020 será de aproximadamente 30,9 milhões, ou seja, 14% da população do país, ocupando, então, o sexto lugar na classificação mundial²⁰. Essa elevada taxa populacional acarretou em um aumento em oito vezes no quantitativo de indivíduos idosos, quando comparada às taxas de crescimento da população jovem²¹.

O envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo de forma rápida e no intervalo de poucas décadas. Pesquisas evidenciam que o quantitativo de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos^{22,23}.

De acordo com Veras²⁴, o Brasil é considerado um jovem país de cabelos brancos, pois a cada ano, são incorporados aproximadamente 650 mil novos idosos à população brasileira e essa nova realidade populacional, fato que acarreta em uma maior procura dos idosos por serviços de saúde especializados, profissionais qualificados e de políticas públicas eficazes.

O atual cenário demográfico e epidemiológico também corrobora a necessidade de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde dos idosos brasileiros, apontam urgências na criação de ações que proporcionem qualidade de vida e estimulem a autonomia, independência e participação social, considerados conceitos chaves para qualquer política destinada aos idosos²⁵.

O Ministério da Saúde (MS) incorporou as diretrizes básicas que estão inseridas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), medidas voltadas à promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e manutenção da capacidade funcional. Essas diretrizes priorizam a atenção integral à saúde da pessoa idosa, divulgação e informação sobre as políticas de saúde para os profissionais de saúde e usuários, além do apoio aos estudos e às pesquisas²⁶.

2.2 Instituições de longa permanência para idosos

O aumento do contingente de pessoas idosas na sociedade intensificou a necessidade de serviços e profissionais especializados em atender essa demanda da população, e uma das consequências dessa nova realidade consiste na procura por ILPI, consideradas organizações governamentais ou não, voltadas ao atendimento integral e

de caráter residencial, destinado a pessoas com idade a partir de 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania²⁷.

De acordo com pesquisas na área em questão, a institucionalização pode ser motivada por fatores sociais, econômicos, psicológicos, entre outros, dos quais são possíveis destacar questões ligadas a problemas financeiros, abandono familiar, necessidade constata de cuidados especiais, isolamento social, escassez de redes sociais de apoio e de políticas públicas^{27,28}.

Historicamente, as ILPI estão associadas à caridade, com o objetivo de atender pessoas pobres, sem amparo familiar e mentalmente enfermos, tem assumindo uma postura assistencialista que estimulou no ambiente social a percepção da velhice como um determinante da degeneração e decadência mental e física²⁹.

Na década de 70, por influência europeia, essas percepções relacionadas ao envelhecimento sofreram transformações que contribuíram para mudanças na identidade dessas instituições, provenientes da expansão dos benefícios previdenciários e a orientação para a elaboração de políticas específicas neste setor³⁰.

No Brasil, o quantitativo de instituições de longa permanência começou a crescer a partir das últimas décadas do século XX e paralelamente a este fato, foram criadas estruturas legais para a regulação das atividades realizadas por essas organizações³¹. Tal crescimento é justificado em resposta ao aumento da expectativa de vida da população e a diminuição da disponibilidade dos recursos familiares para o cuidado dos idosos^{31,32}.

Do ponto de vista político, existem três marcos legais que regem o funcionamento das ILPI no país: a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso de 1994 e o Estatuto do Idoso de 2003, caracterizadas por determinações políticas que reconheceram a responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado no cuidado ao idoso¹⁹.

O serviço prestado nestas instituições possui uma dinâmica diferenciada, que muitas vezes é marcada por relações de poder, destacando-se a necessidade por intervenções que respeitem as singularidades dessa população e aos determinantes sociais em que os idosos estão inseridos, e assim oferecer um serviço social e de saúde de qualidade¹⁹.

Considerando-se as modalidades de atendimento asilar, as ILPI podem ser categorizadas em três tipos: Públicas, privadas e filantrópicas, sendo esta última a mais

presente no Brasil, e que geralmente estão ligadas a congregações religiosas, com o objetivo de atender idosos em situação de exclusão social e financeira³³.

A pesquisa realizada por Telles e Petrilli³⁴ indica que as ILPI desempenham dupla função no atendimento às pessoas idosas. A primeira responsabilidade está relacionada ao cuidado à saúde dos idosos e aos programas voltados à diminuição e à prevenção de morbidades. A segunda função caracteriza-se com os aspectos dos vínculos e papéis sociais, seja nas interações do convívio interno do ambiente asilar ou no convívio com a comunidade³⁴.

De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no que diz respeito ao seu regulamento para o funcionamento técnico, as ILPI podem ser categorizadas em modalidades: I) destinada a pessoas idosas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda, II) para pessoas idosas com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado como alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos e III) idosos com dependência que requeiram assistência total³⁵.

O documento supracitado ainda define que para o funcionamento regular das ILPI é necessário a presença e contratação de um técnico com a escolaridade de nível superior, responsável em representar a instituição junto à autoridade local. Além disso, a instituição deverá atender aos requisitos relacionados à infraestrutura física, que ofereçam condições apropriadas de habitação, higiene, segurança e acessibilidade³⁵.

A fiscalização do funcionamento do serviço oferecidos pelas ILPI deve ser realizado pela vigilância sanitária, cuja função é de emitir a renovação e licenciamento dos alvarás destes estabelecimentos, tal trabalho é compartilhado com o controle social e outros órgãos políticos do setor executivo e judiciário afim de garantir um serviço de qualidade aos idosos³⁶.

2.3 A prevalência de quedas em instituições de longa permanência

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem possibilidade de correção da postura em tempo hábil³⁷. Na população idosa, tal evento é considerado um dos principais problemas de saúde pública, devido ao aumento do número de ocorrências, as possíveis complicações nas condições de saúde e o elevado custo aos serviços assistenciais³⁸.

É crescente o número de idosos que são hospitalizados em decorrência de quedas³⁹. No Brasil, em 2005 foi possível detectar mais de 60.000 casos de hospitalização em decorrência de acidentes relacionados com o evento, entre indivíduos a partir de 60 anos, o que corresponde a 2,8% das causas de internações de idosos no país⁴⁰.

Os fatores que causam as quedas são múltiplos e podem ser agrupados como fatores intrínsecos quando relacionados com as condições de saúde do idoso, decorrentes de alterações fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento e pelos fatores extrínsecos, ligados a exposição do indivíduo de acordo com o ambiente em que vive⁴¹. A interação entre esses fatores são responsáveis pela manutenção ou comprometimento do equilíbrio postural⁴².

Tratando-se de idosos institucionalizados as quedas é uma das principais causas de morbimortalidade entre esses indivíduos e que provocam consequências graves para a manutenção da capacidade funcional⁴². Em média os idosos que residem no ambiente asilar caem três vezes mais do que aqueles que vivem na comunidade⁴³.

Diversos fatores que podem está associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados, visto que a maioria desses indivíduos encontram-se em processo de fragilização e apresentam doenças associadas, como dificuldades visuais, problemas relacionados com a marcha e equilíbrio postural, artrites, osteoporose, hipertensão, depressão, entre outras⁴⁴.

A gravidade da queda, geralmente, resulta em fraturas/lesões que contribuem para o isolamento social, além de restrições em atividades que são significantes, favorecendo ao declínio funcional das atividades de vida diária e na autonomia do idoso⁴⁵. Os prejuízos e os custos relacionados com o evento são significativos, tanto para o idoso, devido aos traumas físicos e psicológicos, quanto para os serviços de saúde, pois observa-se, que o medo de cair muitas vezes é mais incapacitante do que a queda, gerando uma restrição na mobilidade e conseqüentemente a perda da capacidade funcional⁴⁶.

A avaliação do idoso e do ambiente são primordiais para a identificação dos fatores de riscos de quedas e para a elaboração do planejamento de intervenções adequadas, a fim de promover a prevenção do evento e minimizar as consequências, criando condições favoráveis ao idoso, à ILPI e aos sistemas de saúde⁴⁷.

2.4 O ambiente nas instituições de longa permanência para idosos e a Teoria Ambientalista de Enfermagem de Florence Nightingale.

As instituições de longa permanência para idosos devem proporcionar aos residentes um ambiente acolhedor, capaz de promover autonomia, independência e privacidade adequada, visto que o processo de envelhecimento acarreta em transformações, físicas, cognitivas e emocionais que demandam a elaboração e manutenção de espaços que atendam as necessidades de saúde e desempenho adequado das atividades de vida diárias⁴⁸.

De acordo com Perracini⁴⁹, observa-se a preocupação na criação de projetos ambientais que respeitem e estimulem a funcionalidade do idoso e não apenas em questões estéticas. Deste modo, os locais de moradia desses indivíduos, precisam garantir a preservação do espaço pessoal, a territorialidade e a identidade para que assim possam contribuir diretamente na qualidade de vida idoso no contexto asilar⁵⁰.

A manutenção do ambiente das ILPI quando relacionado a questões arquitetônicas, organização e disposição do mobiliário podem ser um indicativo para a ocorrência de quedas nessas instituições e principalmente da qualidade do serviço e da assistência prestada pelos profissionais de saúde vinculados neste locais⁵⁰.

Na área da Enfermagem existe uma corrente epistemológica que acredita que a manutenção de um ambiente seguro e organizado influenciará na condição de saúde dos indivíduos. A teoria foi criada pela enfermeira Florence Nightingale, considerada precursora da ciência da Enfermagem, por introduzir um olhar de que o profissional não deve ser direcionar os cuidados apenas no doente, mas também, no ambiente em que o indivíduo está inserido⁵¹.

Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, com maior projeção a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, quando com 38 mulheres (congregações religiosas) organizaram um hospital de 4000 soldados internos, diminuindo a mortalidade local de 40% para 2%⁵².

Segundo Agnew⁵³, um dos primeiros escritos de Florence, publicado no *Notes Nursing* em 1860, relata sobre importância do ambiente para saúde, evidenciando a necessidade do conhecimento sanitário na prática da Enfermagem, no qual enfatiza a responsabilidade das Casas de Saúde em proporcionar aos pacientes um ambiente livre de contaminação e seguro.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale) enfatiza que o ambiente é um componente estimulador para o desenvolvimento da saúde do sujeito e o considera, como um fator diferencial na recuperação das condições clínicas desses indivíduos e que se relacionam com questões físicas, sociais e psicológicas dos pacientes⁵⁴.

De acordo com Silva⁵⁵ os diversos trabalhos escritos por Florence são direcionados ao campo hospitalar e indicam que os principais componentes que precisam ser supervisionados pelo enfermeiro em relação ao ambiente são destacados: a ventilação, com relação à provisão de ar fresco e puro, a iluminação, envolvendo a claridade e a luz solar, o calor, especialmente relacionado a prevenção do resfriamento dos pacientes, a limpeza, fazendo referência à prevenção de infecções e os ruídos, enfatizando a necessidade da manutenção do silêncio.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem enfoca que as intervenções na saúde e principalmente aquelas realizadas pelo enfermeiro devem objetivar a importância da higiene ambiental, um conceito básico e característico⁵⁶. Para Florence, o ambiente é visto como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou morte⁵⁷.

Isso significa dizer que os trabalhos desenvolvidos por Florence baseavam-se em proporcionar ao paciente condições mínimas de recuperação, estando a ventilação, luz, a limpeza e calor como protagonistas do processo natural de recuperação o qual, sob essas condições, é facilitado e não impedido⁵⁷. A comunicação com o paciente também é considerada como parte dos princípios do cuidado em saúde, e capaz de fornecer condições de avaliar o estado clínico e emocional do indivíduo⁵⁸.

2.5 A educação em saúde e a prevenção de quedas em idosos na perspectiva dos cuidados em Enfermagem.

A educação em saúde é compreendida por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que são capazes de transformar comportamentos conducentes à saúde e que também está ancorada na prática social, centrada na problematização do cotidiano e na valorização das vivências, considerando os aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais e sociais dos indivíduos e da comunidade⁵⁹.

Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde possuem características multidisciplinares, desenvolvidas por todos os membros da equipe de saúde,

destacando-se o papel do enfermeiro, por sua aproximação com a prática. Segundo Paulo Freire⁶⁰, a educação insere-se na fundamentação na realidade dos sujeitos, reconhecendo que o respeito e a valorização da autonomia e da liberdade é primeiro passo para um processo educativo de sucesso. Neste sentido, na ação educativa a escuta qualificada é primordial para o enfermeiro em sua prática.

A prática dialógica da Enfermagem inserida no contexto da educação em saúde se constitui em um discurso transformador, no qual a participação do sujeito é ativa, crítica e que é contrária ao modelo assistencialista, verticalizado e que não considera a troca de experiências, de saberes e práticas em saúde⁶¹.

Tratando-se de intervenções educativas em Enfermagem para a população idosa, destaca-se que tais ações devem ser voltadas para mudanças do estilo de vida, que visem à manutenção da autonomia e independência nas atividades cotidianas e que possibilitem um maior cuidado às adaptações fisiológicas, sociais e ambientais provenientes do processo de envelhecimento⁶².

A realização de investigações epidemiológicas neste seguimento populacional podem subsidiar estratégias de prevenção, monitoramento e de intervenção terapêutica, tendo como principal foco: diminuir a ocorrência do evento e suas consequências, que na maioria dos casos são deletérias aos idosos e assim, nortear a criação de ações educativas e que consequentemente incentivem a promoção da saúde⁶³.

A temática prevenção de quedas em idosos é considerada uma das demandas mais importantes para as atividades de educação em saúde, visto que a ocorrência do evento pode está associado a outras morbidades e é um indicador da qualidade da assistência prestada de serviços e profissionais de saúde ao idoso⁶².

As estratégias de enfermagem relacionadas à gestão e prevenção de quedas em idosos devem ser pautadas no conceito de promoção da saúde, que inicia-se na organização de um ambiente favorável e protetor da saúde, no gerenciamento e supervisão de procedimentos clínicos e na adoção de medidas preventivas que sejam capazes em estimular nesses indivíduos a responsabilização pelo autocuidado⁶⁴.

3 MÉTODOS

Neste capítulo será descrito as metodologias utilizadas no artigos - **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa** e no artigo original - **Prevalência e os risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da teoria de Florence Nightingale**.

3.1 Primeiro artigo: Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa

3.1.2 Tipo de estudo

O referido estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo é agrupar e sintetizar os resultados de pesquisas de acordo com determinado tema ou questão, de uma forma sistemática e ordenada, cujo intuito é contribuir no aprofundamento do conhecimento acerca da temática estudada⁶⁵.

Este método científico é ancorado na Prática Baseada em Evidência (PBE) que permite a utilização de resultados para a prática clínica, cuja finalidade metodológica é incentivar a utilização desses resultados em estudos direcionados à assistência prestada, destacando a relevância da pesquisa para a prática profissional⁶⁶.

3.1.3 Etapas de construção da revisão integrativa

Para a elaboração desta revisão foram percorridas as seguintes etapas: 1) formulação da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que constituem a amostra e seleção dos artigos; 3) obtenção dos artigos que constituem a amostra; 4) avaliação dos artigos; 5) interpretação dos dados; 6) apresentação da revisão integrativa. Na primeira etapa foi estabelecida a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais as evidências científicas publicadas nos últimos dez anos que identificaram os fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados?

A segunda etapa constituiu-se pela seleção dos artigos, por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2002 a dezembro de 2012 nos idiomas inglês e português, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com busca simultânea das publicações relevantes nas principais bases de dados científicos no âmbito nacional e internacional: LILACS (Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature em Retrieval System on Line) e BDENF (Base de dados em Enfermagem), responsável por reunir as publicações de estudos científicos das revistas mais conceituadas da área da Enfermagem.

Como critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram considerados: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, ter sido publicado no período entre janeiro de 2002 a dezembro de 2012, publicado em língua portuguesa ou inglesa. Foram excluídos: pesquisas que consideraram idosos indivíduos com idade inferior a 60 anos e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

Para a busca dos artigos foram utilizadas palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: instituição de longa permanência para idosos, acidentes por quedas e serviços de saúde, no qual foram realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio de duas estratégias de busca (A e B). Na estratégia A as palavras chaves foram cruzadas utilizando-se o ícone AND; na estratégia B os cruzamentos foram realizados através do ícone OR.

Finalizadas as combinações entre os descritores, o total de artigos encontrados foram pré selecionados através da leitura dos títulos e dos resumos, a fim de verificar a adequação dos mesmos aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Ao término desta fase 119 artigos foram lidos na íntegra e para viabilizar a extração dos dados foi construído um questionário que contempla: identificação dos autores; ano de publicação; objetivos do estudo; características metodológicas; recomendações. (Apêndice A)

Para uma melhor análise crítica dos artigos pré-selecionados, na terceira etapa, foram aplicados dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A utilização das avaliações supracitadas teve o objetivo de analisar a qualidade metodológica dos estudos que foram incluídos nesta revisão integrativa⁶⁷.

A CASP (Anexo- C) é um instrumento que possui 10 itens que são pontuados de acordo com as informações dos artigos selecionados, são elas: 1) objetivo do estudo; 2) adequação ao método; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise de

dados; 9) propriedade para discutir os resultados; 10) contribuições e limitações da pesquisa. Nesta revisão apenas foram selecionados os artigos classificados entre 6 a 10 pontos, considerados com boa qualidade metodológica e viés reduzido.

O AHRQ (Anexo- D) é uma avaliação que classifica os estudos em 6 níveis de acordo com o nível de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de corte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo.

Após a conclusão dessas etapas metodológicas, a amostra final foi composta por 19 artigos.

3.2 Segundo artigo: Original - Prevalência e os risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da teoria de Florence Nightingale.

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar o risco de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos. Os estudos de corte transversal ou seccionais produzem momentos “instantâneos” da situação de saúde da população investigada e são produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada⁶⁸. Os estudos quantitativos são caracterizados por um delineamento da realidade, capazes de descrever, registrar, analisar e interpretar processos ou fenômenos da natureza⁶⁹.

3.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, não privadas e devidamente regulamentadas pela Prefeitura da Cidade do Recife/PE, sendo duas públicas e sete filantrópicas. As respectivas instituições encontram-se descritas no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 01: Instituições de Longa Permanência para Idosos da região metropolitana do Recife/PE que participaram da pesquisa. Recife/2013.

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	ADMINISTRAÇÃO
Espaço Ieda Lucena	Pública
Lar Porto Seguro	Pública
Associação Espírita Casa dos Humildes	Filantrópica
Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Filantrópica
Abrigo Lar de Jesus	Filantrópica
Casa do Amor	Filantrópica
Instituto Padre Venâncio	Filantrópica
Abrigo Cristo Redentor (Alfredo Pereira Correia)	Filantrópica
Abrigo Espírita Batista de Carvalho (Lar das Vovozinhas)	Filantrópica

3.2.3 População do estudo

A população do estudo correspondeu a 395 idosos institucionalizados, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, residentes nas ILPI da área selecionada para o estudo.

3.2.4 População elegível

Este estudo foi do tipo censitário, no qual foram investigados toda população de idosos cadastrados nas ILPI supracitadas e incluídos na pesquisa àqueles atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos no item 3.2.5, o que correspondeu a uma amostra final de 153 idosos.

3. 2.5 Critérios de inclusão

- Estar cadastrado nas ILPIs no período do estudo;
- Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;

- Deambular mesmo com dispositivos de auxílio à marcha e/ou com ajuda de terceiros.

3.2.6 Critérios de exclusão

- Idosos com comprometimentos cognitivos e de comunicação que possa interferir durante a coleta dos dados primários;
- Ser cadeirante ou estar acamado;
- Apresentar comprometimento auditivo e/ou visual severos e não compensados por uso de óculos ou aparelho auditivo.

3.2.7 Variáveis do estudo

3.2.7.1 Variável Dependente:

Risco de quedas - investigado a partir de uma avaliação específica - Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti (Índice de Tinetti) (Anexo - E) aplicada conforme o modelo de Tinetti⁷⁰, que foi traduzido para o português e validado no Brasil por Gomes⁷¹.

O Índice de Tinetti é composto por duas escalas: equilíbrio e marcha

1. Equilíbrio: possui 09 itens - equilíbrio sentado, levantando, tentativas de levantar, assim que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos, olhos fechados, girando 360° e sentando.
2. Marcha: 07 itens: início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos.

A pontuação total do índice é de 28 pontos, pontuação menor que 19 indica risco elevado de quedas, entre 19 e 24, risco moderado e maior que 24, risco mínimo.

Para análise estatística foram considerados idosos com risco funcional de quedas, àqueles com pontuação igual ou menor que 24 pontos, e idosos sem risco de quedas àqueles com pontuação maior que 24 pontos

3.2.7.2 Variáveis Independentes:

Condições sociodemográficas e econômicas:

- Natureza de instituição: Pública, filantrópica;
- Tempo de Institucionalização: Menos de 1 ano, entre 1 ano a 3 anos, entre 3 a 5 anos e mais de 5 anos;

- Sexo: feminino ou masculino;
- Idade: em anos completos e agrupados por faixa etária - 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos, 90 anos ou mais.
- Escolaridade: categorizada em anos de estudo: nenhum, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, mais de 9 anos, não sabe
- Estado Civil: casado (a) ou mora com companheiro (a), solteiro (a), viúvo (a), separado(a) ou divorciado(a) e não responde;
- Situação previdenciária: aposentado (a), não aposentado (a), pensionista, pensionista e aposentado(a) e não sabe;
- Renda: rendimento mensal total distribuído nos seguintes intervalos: menos de 1 salário mínimo; de 1 a 2 salários mínimos; de 2 a 4 salários mínimos e mais de 4 salários mínimos e não possui rendimentos; não respondeu; Considerou-se o valor do salário mínimo correspondente ao ano de 2013 - Seiscentos e setenta e oito reais (R\$ 678,00).

Condições de saúde:

- Situação de saúde autopercebida: categorizada em: excelente, boa, regular e ruim e não sabe;
- Prática de atividade física: identificação e frequência semanal;
Considerou-se prática de atividade física - frequência mínima de três vezes durante a semana, com duração mínima de 20 a 30 minutos⁷².
- Utilização de dispositivos que auxiliam a marcha (bengalas e andadores);
- Necessidade de ajuda de terceiros para caminhar;
- Percepção subjetiva da visão: boa, regular e ruim;
- Percepção subjetiva da audição: boa, regular e ruim;
- Ocorrência de queda nos últimos seis meses (referida pelo entrevistado):
categorizada em: não caiu e caiu;
- Local da queda na instituição (referido pelo entrevistado);
- Hospitalização devido à queda;
- Morbidade com diagnóstico (informação verificada em prontuário);
- Consumo de medicamentos (informação verificada em prontuário);
- Notificação da queda (informação verificada em prontuário).

Riscos ambientais:

- *Check List* dos riscos arquitetônicos (adaptado a partir das normas da ANVISA)⁷³: Identificadas pela observação do pesquisador;

Atividades Educativas: (informações coletadas com o responsável pela instituição)

- Composição da equipe de saúde da instituição;
- Realização de atividades de educação em saúde;
- Profissional (is) responsável (is) pelas atividades educativas;
- Abordagem do tema: “prevenção de quedas”;

3.2.8 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2013, em um local reservado, disponibilizado pela instituição, favorecendo privacidade entre o pesquisador e o idoso. A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, na qual o pesquisador apresenta-se frente a frente com o entrevistado⁷⁴. As informações de interesse para o estudo foram registradas em formulário semiestruturado (Apêndice B). Juntamente com a pesquisadora responsável, participaram da coleta de dados três alunos de iniciação científica e dois graduandos voluntários que foram previamente treinados.

Para correção de possíveis inconsistências e falhas no formulário de coleta de dados foi realizado um teste piloto em uma das instituições selecionadas para a pesquisa, sendo verificada a necessidade de ajustes em cinco questões: escolaridade, prática de atividade física, saúde autopercebida, percepção visual, percepção auditiva.

Para a construção dos banco de dados, as informações foram digitadas em dupla entrada no programa Excel (versão 2007) e transferidas ao programa Epi Info 6.04 para verificação e validação dos dados.

3.2.9 Análise dos dados

Após a validação das informações os dados foram transferidos e analisados através do *software* Stata 12.1SE. Na primeira fase de detalhamento dos dados foi elaborada a análise descritiva da distribuição da população por meio de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas); média e desvio padrão (variáveis contínuas).

A associação entre risco de quedas em idosos (variável resposta) e as covariáveis de interesse, foi avaliada utilizando-se regressão de Poisson univariada e

multivariada, adotando-se como medida de efeito a razão de prevalência (RP). Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável resposta na análise univariada, com $p < 0,20$, foram incluídas no modelo multivariado final, calculando-se razões de prevalência ajustadas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança

3.3 Considerações éticas

A pesquisa estava vinculada a um projeto maior intitulado: “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR” o qual foi encaminhado ao Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) da Prefeitura do Recife/PE, órgão responsável pelo monitoramento das Instituições de Longa Permanência da região metropolitana do Recife, em que foi concedido Carta de Anuência (Anexo – F) e devidamente registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciência e da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 02013112600005208) (Anexo – G), atendendo todos os requisitos éticos pré-estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os indivíduos que participaram desta pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram repassadas informações sobre os objetivos, dos riscos e benefícios, assim como o anonimato e o direito de desistência da pesquisa, caso julgassem necessário (Apêndice - C).

4 RESULTADOS

4.1 Revisão Integrativa da Literatura

FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

ASSOCIATED FACTORS TO RISK OF ACCIDENT FALLS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY: INTEGRATIVE REVIEW

Erika Carla Cavalcanti Gomes¹

¹ Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – Mestrado Acadêmico. Recife/PE - Brasil. E-mail:erikacarlalagomes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, quase dois terços da população mundial são representados por idosos¹. Esse elevado crescimento populacional é um fenômeno decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas entre esses indivíduos, fato que implica na necessidade de se estudar melhor essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da ocorrência de quedas, considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade por causas externas entre os idosos^{2,3,4}.

A queda é conceituada como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção de tempo hábil e é determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, ou seja, mecanismos envolvidos com a manutenção da postura⁵.

As causas provocadas por esse evento podem ser agrupadas em fatores intrínsecos, aqueles relacionados com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como condições patológicas e consumo de medicamentos, e os fatores extrínsecos, que estão ligados aos perigos ambientais, devido às inadequações arquitetônicas e de mobiliário, que a maioria dos idosos está expostos⁶.

Os estudos envolvidos na área da Geriatria consideram que a interação entre os fatores supracitados influenciam na predisposição da ocorrência de quedas, podendo comprometer não apenas os sistemas relacionados ao controle do equilíbrio, mas principalmente, com a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos⁷.

Segundo dados do Sistema de Informação Médica do Ministério da Saúde, aproximadamente um terço da população idosa que moram em comunidades sofrem múltiplas quedas a cada ano⁸. No entanto, os idosos institucionalizados apresentam três vezes mais chances de cair dos que aqueles que residem em comunidades, sendo que 39,8% apresentam idade entre 80 a 89 anos⁹.

Os idosos institucionalizados geralmente possuem características peculiares, como hábitos sedentários, diminuição da autonomia e abandono familiar, questões essas que contribuem para o aumento de prevalências relacionadas às morbidades e comorbidades, em especial as quedas, por ser um dos agravos mais relevantes decorrentes do envelhecimento, devido ao elevado custo social e econômico¹⁰.

A associação entre a institucionalização e o processo de fragilização entre esses idosos pode ser evidenciada pela alta incidência de quedas¹⁰. Fatores como idade avançada, imobilidade, presença de doenças crônicas, história prévia de quedas, déficits cognitivos e presença de ambiente físico inadequado são considerados indicadores importantes para a ocorrência do evento^{11,12}.

Assim para um serviço geriátrico de qualidade, no qual se incluem as instituições de longa permanência para idosos (ILPI's), é necessário um trabalho formado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos), capacitada em desenvolver intervenções adequadas, baseadas em ações de prevenção e na promoção da saúde¹³.

As instituições de longa permanência para idosos devem oferecer um ambiente seguro e acolhedor a esses idosos funcionalmente dependentes ou não¹⁴. E assim garantir a manutenção da autonomia, promover o conforto, prevenção de doenças, inclusão social e principalmente uma assistência à saúde eficiente e de qualidade^{15,16}.

Portanto, destaca-se a importância do impacto das quedas em idosos institucionalizados e a necessidade estudos epidemiológicos que visem identificar o perfil dessa população e os principais problemas a que estão sujeitos, para que assim, sejam traçadas medidas educacionais e promotoras da saúde, capazes de estimular o autocuidado e de proporcionar aos idosos uma vida com mais independência.

Desse modo, o objetivo deste artigo de revisão integrativa foi identificar os principais fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja metodologia possibilita a investigação sistematizada sobre determinada problemática no campo científico, com o propósito de identificação das possíveis lacunas do conhecimento¹⁷.

Para a elaboração desta pesquisa foram determinadas as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da questão norteadora; seleção e obtenção dos artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹⁸.

Para a primeira etapa foi elaborada a seguinte questão norteadora para o estudo: quais as evidências científicas publicadas nos últimos dez anos que identificaram os fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados?

A próxima etapa constituiu-se pela seleção dos artigos, por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2002 a dezembro de 2012 nos idiomas inglês e português, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesta é possível realizar uma busca simultânea das publicações relevantes nas principais bases de dados científicos no campo nacional e internacional: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature em Retrieval System on Line) e BDEF (Base de dados em Enfermagem).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, ter sido publicado no período supracitado nos idiomas português ou inglês. Foram excluídos: pesquisas que consideraram idoso, indivíduos com idade inferior a 60 anos e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

Para a busca dos artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): instituição de longa permanência para idosos, acidentes por quedas e serviços de saúde, e realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, através de duas estratégias de busca (A e B). Na estratégia A as palavras chaves foram cruzadas utilizando-se o ícone AND; na estratégia B os cruzamentos foram realizados através do ícone OR.

Para uma melhor análise crítica dos artigos pré-selecionados, foram aplicados dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A utilização das avaliações supracitadas teve o

objetivo de analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão integrativa^{19,20}.

A CASP é um instrumento que classifica os artigos a partir de pontuações que variam de 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e 5 pontos ou menos (qualidade metodológica satisfatória, mas com risco de viés considerável)¹⁹. Nesta revisão apenas foram selecionados os artigos classificados entre 6 a 10 pontos.

O AHRQ é uma avaliação que classifica os estudos em 6 níveis de acordo com o nível de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo.

As avaliações supracitadas contemplam em sua análise: a identificação do artigo original, as características metodológicas do estudo e avaliação dos resultados selecionados nesta revisão.

RESULTADOS

Realizado todos os cruzamentos entre os descritores, foram encontrados 13.303 artigos, os quais passaram por uma pré-seleção através da leitura dos títulos e dos resumos, quando necessário. Ao término dessa fase foram pré-selecionados 119 artigos e lidos na íntegra de modo a identificar a adequação dos mesmos aos critérios de inclusão destinados a esta revisão.

Concluídas as etapas de pré-seleção dos artigos, foram excluídos 97 artigos, chegando-se a uma amostra final de 19 artigos, apresentados nos Quadros 1, 2, 3.

Quadro 01: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa

N°	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
01	Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	LILACS	Cad.Saúde Pública.2010; 26(1): 31-40	Brasil/Português	Descreve a ocorrência de quedas e os fatores associados entre idosos institucionalizados da Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
02	Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados.	BDEFN	Rev Bras Enferm. 2010; 63(6): 991-7	Brasil/Português	Verifica a prevalência de quedas em ILPI, em São Paulo.
03	Hospitalização e Fatores Associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos.	LILACS	Cad. Saúde Pública. 2010; 26(7): 1403-10	Brasil/Português	Avalia, com base em um censo, a prevalência de internação hospitalar e fatores associados, entre indivíduos residentes em ILPI.

Continuação - Quadro 01: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
04	Older hip fracture patients: three groups with different needs.	MEDLINE	BMC Geriatrics. 2010; 10:65	Noruega/ Inglês	Estudo observacional baseado nos registros de cirurgias de quadril entre idosos com mais de 65 anos.
05	Falls and the use of health services in community-living elderly people.	MEDLINE	British Journal of General Practice. 2002; 52(2):923-25.	Reino Unido/ Inglês	Levantamento de sobre a ocorrência de quedas e os fatores associados ao evento entre idosos que moram em Bistol/UK.
06	Quedas Acidentais em idosos institucionalizados	BDENF	Acta paul. enferm; 2002; 15(3): 51-59,	Português/ Brasil	Avalia a ocorrência de quedas em idosos residentes em uma instituição asilar filatropica da cidade de Ribeirão Preto - São Paulo.
07	Potentially Inappropriate Medication Prescriptions among Elderly Nursing Home Residents: Their Scope and Associated Resident and Facility Characteristics.	MEDLINE	Health Services Research 2004; 39:5	Estados Unidos/ Inglês	Identifica os medicamentos potencialmente inadequados consumidos por idosos asilares e a associação com as características das instalações dos asilos.

Quadro 02: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa

Nº	Título	Base de dados	Periódico	Pais/Idioma	Temática
08	Condições visuais autorelatadas e quedas em idosos institucionalizados	MEDLINE	Rev Bras Oftalmol. 2012; 71 (1): 23-7	Brasil/ Português	Avalia as condições visuais autorrelatadas por idosos asilares e sua relação com acidentes por quedas.
09	Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência.	LILACS	Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 619-26	Brasil/ Português	Avalia a qualidade do sono de idosos residentes em ILPI em São Paulo.
10	Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13 (4):1209-18,	Brasil/ Português	Identifica a presença de fatores intrínsecos que predispõe as quedas em idosos asilares em Goiânia (GO).
11	Association between risk factors for injurious falls and new benzodiazepine prescribing in elderly persons.	MEDLINE	BMC Family Practice. 2009; 10:1	Canadá /Inglês	Avalia se os fatores de risco de quedas estão associados com a prescrição de benzodiazepínico para idosos institucionaliza-dos
12	Sedative load of medications prescribed for older people with dementia in care homes.	MEDLINE	BMC Geriatric2 011; 11:56.	Reino Unido/ Inglês	Identifica a carga de sedativos e psicotrópicos entre os idosos institucionalizados com demência e suas consequências.
13	Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERm care (SHELTER)	MEDLINE	BMC Health Services Research 2012, 12:5.	Reino Unido/ inglês	Descreve a lógica e a metodologia dos Serviços e cuidados em Saúde para Idosos institucionalizados.

Quadro 03: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
14	Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina.	LILACS	Rev Kairós. 2009; 12(1): 181-96	Brasil/ Português	Identifica os fatores de risco e a prevalência de quedas em idosos de duas instituições asilares de Londrina.
15	Prevalência de sinais e sintomas de disfunção vestibular em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	LILACS	Med Reabil. 2010; 29(2): 52-6.	Brasil/ Português	Verifica a prevalência de sinais e sintomas de déficit vestibular em idosos institucionalizados e não institucionalizados.
16	Effects of Changes in Depressive Symptoms and Cognitive Functioning on Physical Disability in Home Care Elders.	MEDLINE	J Gerontol A Biol Sci Med. 2009; 64(2):230-36.	Estados Unidos/inglês	Investiga o efeito de mudanças no estado de depressão sobre as limitações físicas em idosos institucionalizados.
17	Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional.	LILACS	Arq Ciênc Saúde 2008; 15(4): 182-8	Brasil/ Português	Identifica os níveis de capacidade funcional de idosos em uma ILPI em Ribeirão Preto – SP.
18	Epidemiology of Gait Disorders in Community-Residing Older Adults.	MEDLINE	J Am Geriatr Soc. 2006; 54(2): 255–61.	Estados Unidos/ Inglês.	Analisa a epidemiologia das desordens da marcha em idosos e sua associação com a morte e institucionalização

Continuação Quadro 03 : Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
19	Aptidão funcional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência.	LILACS	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol 2011; 14(1): 7-16.	Brasil/ Português	Avalia a aptidão funcional e as variáveis antropométricas de idosos independentes e semidependentes residentes em uma ILPI de Florianópolis/SC

Na base de dados da MEDLINE foram encontrados nove artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo, destes oito foram publicados na língua inglesa entre os anos de 2004 a 2012. Na LILACS, foram incluídos oito artigos, todos na língua portuguesa e publicados entre os anos 2008 e 2011, e na BDENF permaneceram na amostra apenas dois artigos, de língua portuguesa e referente aos anos 2002 e 2010.

Quanto à origem das publicações, foram selecionados oito artigos internacionais, dos quais quatro eram provenientes de países da Europa. Em relação ao cenário nacional, foram identificados 11 artigos publicados em diversos campos de conhecimento, cujas áreas foram: Enfermagem, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Oftalmologia, Geriatria e Gerontologia.

No que diz respeito ao desenho metodológico dos artigos selecionados, identificou-se que destes três utilizaram como método estudos de coorte e 16 utilizaram o delineamento transversal quantitativo, sendo dez com característica apenas descritivas e seis analíticas.

Em relação ao local da coleta de dados, 63% dos estudos não divulgaram a natureza da ILPI (filantrópica, pública e privada). No entanto, dos artigos que revelaram o tipo de instituição asilar, observou-se que 31% foram estudos realizados em instituições filantrópicas.

De acordo com os artigos, foi detectado que 79% dos estudos selecionados ressaltaram que mulheres idosas institucionalizadas apresentam maior predisposição a risco para quedas do que os idosos do sexo masculino.

Destacam-se também como principais fatores de risco de quedas: fazer uso de benzodiazepínico, apresentar doenças crônicas (hipertensão, diabetes, artrite, osteoporose) ambos com 47,4%, ter sofrido queda anterior com o percentual de 42% e 31% estudos que indicavam idosos com restrições na mobilidade.

Quanto às recomendações as pesquisas, 47,4% dos artigos enfatizaram a necessidade de maiores investimentos em estudos de intervenção relacionados com a temática em questão. Além disso, 42% dos artigos evidenciaram a importância de ações voltadas à educação em saúde, a qualificação da equipe de Enfermagem e a manutenção de procedimentos avaliativos entre os idosos institucionalizados, como as principais medidas preventivas para o risco de quedas em ILPI's.

Outras ações também foram destacadas nos demais estudos mecanismos que pode ser adotados para a prevenção ao risco de quedas em instituições asilares, como: a adequação do ambiente asilar, recomendada em 31% dos artigos e uma melhor atuação multiprofissional das equipes de saúde nas ILPI's, presente em 19% das publicações selecionadas.

DISCUSSÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde define como umas das prioridades a atenção ao idoso²¹. Essa decisão foi estabelecida na revisão dos objetivos e metas da política do Pacto pela Vida, considerando a necessidade de identificação os idosos em situação de fragilidade ou em risco de fragilização, desenvolver ações de promoção e de prevenção da saúde para a melhoria da qualidade de atenção prestada a essa população²².

O crescimento populacional de idosos é uma realidade vivenciada em todo mundo, principalmente por países desenvolvidos e em desenvolvimento²³. O atual cenário pode ser observado na equivalência encontrada no número de publicações selecionadas para esta revisão, visto que foram identificados 08 artigos internacionais e 11 nacionais, que ressaltaram a relevância da referida temática. Tal observação pode ser um reflexo da necessidade da comunidade científica, em compreender o processo de envelhecimento da população e de identificar as novas demandas em saúde.

O que também corrobora com a afirmação supracitada é a questão dos artigos enfatizarem a necessidade de mais investimentos em pesquisas epidemiológicas e de intervenção relacionadas ao envelhecimento, principalmente aquelas direcionadas a idosos institucionalizados. Destaca-se a importância da realização de estudos científicos com cortes longitudinais e comprometidos em acompanhar as mudanças do perfil social e de saúde desse seguimento populacional^{24,25}.

Os artigos incluídos neste estudo apontaram que idosos residentes em instituições de longa permanência apresentam condições funcionais e sociais singulares, quando comparados àqueles que vivem em comunidades. Geralmente, a realidade do idoso institucionalizado é marcada pelo sedentarismo, incapacidade funcional e ausência familiar, questões essas, que influenciam o processo de adoecimento^{26,27}.

Um dos agravos mais importantes que acomete essa população é a ocorrência de quedas, considerada um problema de saúde pública, devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde em que se encontram os idosos, falta de qualificação dos profissionais de saúde e das inadequações nas infraestruturas dessas instituições²⁶.

Desse modo, a presença de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, artrite, osteoporose e demência) são consideradas uma das causas que contribuem para a hospitalização do idoso institucionalizado, principalmente quando estão associadas ao episódio de quedas²⁸.

O processo de adoecimento dos idosos que residem no contexto asilar também está interligado com a administração de medicamentos e pela ineficiência do monitoramento da equipe de saúde a esse indivíduo, e que pode influenciar no número de ocorrências de quedas²⁹. Dentre os artigos selecionados, 12 associaram a polifarmácia e o uso indiscriminado de medicamentos como fatores que contribuíram para o evento de quedas.

As alterações fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento podem afetar o desempenho visual e levar ao risco de quedas³⁰. Quatro estudos incluídos nesta revisão enfatizaram que o déficit na acuidade visual, aumento da suscetibilidade à luz e a instabilidade na fixação do olhar são fatores que podem provocar a perda do equilíbrio, uma vez que, a função sensorial da visão auxilia no mecanismo de controle postural.

Além disso, os comprometimentos visuais quando associados a pouca iluminação ambiental e inadequada infraestrutura das instituições asilares, podem predispor a escorregões e derrapadas em áreas com desníveis³⁰. Os artigos 01 e 02 (Quadro 01) e 09 (Quadro 02) constataram que os maiores números de quedas ocorridas

em ILPI's, acontecem em quartos e banheiros, e enfatizaram a necessidade de monitoramento desses espaços pela equipe de saúde.

Observa-se que a ocorrência de quedas em instituições asilares estão relacionadas ao sexo, visto que, a maioria dos artigos selecionados indicaram que a predominância de quedas nas ILPI's ocorreram em mulheres idosas. Embora ainda não exista um consenso entre os estudiosos na área em questão, acredita-se que as idosas, geralmente, apresentam melhor estado funcional que os homens idosos, e consequentemente, maior exposição ao risco de quedas³¹.

As condições de saúde dos idosos que residem em asilos reforçam a importância da avaliação e reavaliação por parte dos profissionais da gerontologia e geriatria, tanto do ponto de vista da eficiência e da qualidade do serviço prestado, quanto para fins de pesquisa³². A necessidade dessas medidas poderá permitir ações comprometidas com a promoção de saúde, prevenção e reabilitação desses idosos.

Tratando-se de idosos institucionalizados, seis artigos enfatizam a necessidade da qualificação permanente da equipe de saúde, em especial a de Enfermagem, por ser um dos profissionais mais presentes nas instituições asilares e quatro apontaram que as intervenções no ambiente asilar devem ter um caráter multiprofissional. Estes resultados sinalizam a importância de ações integradas entre os profissionais de saúde no cuidado à saúde do idoso³³.

A adoção de atividades de educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta na prevenção ao risco de quedas em ILPI's. Segundo pesquisas, tais ações são consideradas eficazes na promoção do autocuidado entre os idosos e é capaz de promover benefícios coletivos entre os residentes da instituição asilar³⁴.

De um modo geral, todos os artigos selecionados com a temática em questão, trabalharam na perspectiva de traçar o perfil dos idosos residentes em ILPI's e de

investigar quais os fatores estão associados aos possíveis comprometimentos na condições de saúde desses indivíduos. Todavia, o risco de quedas foi citado em todos os estudos, como uma das principais causas de incapacidade funcional entre os idosos³⁵.

No tocante à análise metodológica quanto ao nível de evidência, a maioria dos artigos obtiveram nível igual a seis, justificado pelo fato que tais estudos apresentarem características transversais e descritivas, ou seja, reproduziram apenas instantâneos dessas populações, o que impossibilita testar hipóteses de causalidade, limitando-se apenas às hipóteses de associação³⁶.

Porém, estudos transversais são importantes por serem considerados rápidos, de baixo custo e principalmente por subsidiar, pesquisas de intervenção e com maior rigor metodológico, como: ensaios clínicos e estudos de metanálise³⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma assistência adequada à saúde do idoso se faz necessário aliar a prática clínica às pesquisas científicas. A partir desta revisão integrativa foram verificadas lacunas de conhecimento acerca da temática abordada, como por exemplo, a necessidade de mais investimentos em estudos longitudinais que contribuam para um melhor acompanhamento das condições da capacidade funcional dos idosos, especialmente aos riscos relacionados à ocorrência de quedas.

A consolidação de parcerias efetivas com outros setores governamentais e/ou não governamentais, para a integralidade e intersetorialidade na atenção à pessoa idosa, poderá fortalecer políticas públicas a exemplo da Política de Atenção à Saúde do idoso e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

A articulação intersetorial favorece o engajamento de toda a sociedade, na busca de soluções efetivas e comprometidas com a saúde do idoso, como projetos que

estimulem a adoção de um estilo de vida ativo e saudável, considerados elementos essenciais para a redução do número de acidentes por quedas decorrentes do processo de envelhecimento.

O fato do risco de quedas ser considerado uma das principais causas de morte entre os idosos indica a necessidade de ações preventivas que estimulem a responsabilidade do autocuidado e do exercício da autonomia entre esses indivíduos, favorecendo assim a manutenção e a sistematização da rotina asilar e uma maior interação entre os profissionais de saúde e os idosos residentes nas ILPI's.

REFERÊNCIAS

1. Vancarenghi RV, Santos SSC, Barlen ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta paul enferm* 2011; 24(Supl.6): 828-833.
2. Ferreira DCO; Yoshitone AY. Prevalência e características das quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras de Enferm* 2010; 63(Supl.6):991-997.
3. Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older People. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(Supl.4):26-36.
4. Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com coma força de preensão manual. *Acta Ortop Bras* 2007; 15(Supl.13):151-154.
5. Siqueira FV. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007; 4(Supl.5):749-756.
6. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cienc Saude Colet* 2008; 13(Supl.4):1209-1218.
7. Freitas Júnior P, Barela JA. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos: Uso da informação visual. *Rev Port Ciênc Desp* 2006; 6(Supl.1):94-105.
8. Brasil. Informações de saúde: Óbitos por causas externas. . *DATSUS* 2009; 11 Set.
9. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana Saúde Pública* 2005; 29(Supl.1):57-68.

10. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Cienc Saude Colet* 2008; 13:1265-1273.
11. Kulmala J, Viljanen A, Sipilä S, Pajala S, Pärssinen O, Kauppinen M. Poor vision accompanied with other sensory impairments as a predictor of falls in older women. *Age Ageing* 2009; 38(Supl.2):162-167.
12. Johnson M, George A, Tran DT. Analysis of fall incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *Int J Nurs Pract*. 2011; 17:60–66.
13. Tomasini SLV, Alves S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rev Bras Ciênc Envelh Hum* 2007; 4(Supl.1):88-102.
14. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(Supl.3):378-385.
15. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. *Rev Enferm UFPE on line* 2008; 2(Supl.3):291-299.
16. Silva BTC, Barlem ELD, Lunardi VL, Santos SSC. Educação Permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. *Rev Ciência, Cuidado, Saúde* 2008; 7(Supl.2):256-261.
17. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(Supl.3):478-485.
18. Fabrício SCC, Rodrigues RAP e Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(Supl.1): 93-99.
19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM, Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(Supl.4):758-764
20. Souza MT; Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(Supl.1):102-106
21. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II Buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(Supl.1): 104-108
22. Ursi ES. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. Ribeirão Preto- SP [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2005

23. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(Supl.10):2463-2466.
24. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Cadernos de Atenção Básica 19/Ministério da Saúde; 2006
25. Organização Mundial da Saúde. *Ageing and life course*. 2007 Jul. [acessado Ago 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en>
26. Conwell Y, Li LW. Effects of Changes in Depressive Symptoms and Cognitive Functioning on Physical Disability in Home Care Elders. *J Gerontol A Biol Sci* 2009; 64 (Supl.2):230-236
27. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(Supl.2): 162-167.
28. Gonçalves HLT, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos institucionalizados do município de Rio Grande, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:938-945.
29. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev. Bras Geriatr Gerontol* 2007; 10(Supl.2):147-160.
30. Freitas MAV, Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(Supl.1):57-64.
31. Hamra A, Ribeiro MB, Miguel OF. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortop Bras* 2007; 15(Supl.3):143-145.
32. Chaves C. Senescência ocular e o século XXI. *Rev Bras Oftalmol* 2010; 69 (Supl.4):215-226.
33. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(Supl.5): 299-305
34. Freitas Júnior P, Barela JA. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos: Uso da informação visual. *Rev Port Ciênc Desp* 2006; 6(Supl.1):94-105.
35. Stern RG, Mohs RC, Davidson M, et al. A longitudinal study of Alzheimer's disease: measurement, rate, and predictors of cognitive deterioration. *Am J Psychiatry* 2010; 151:390-396.
36. Moreira H, Caleffe LG. *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2008. p.245-250 **4.2 Artigo Original**

4.2 Artigo original

PREVALÊNCIA E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS À LUZ DA TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGALE

PREVALENCE AND RISK OF FALLS AMONG OLDER INSTITUTIONALIZED UNDER THE THEORY OF FLORENCE NIGHTINGALE

PREVALENCIA Y EL RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS BAJO LA TEORÍA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Erika Carla Cavalcanti Gomes¹

¹ Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – Mestrado Acadêmico. Recife/PE - Brasil. E-mail:erikacarlalagomes@yahoo.com.br

RESUMO: Estudo transversal com objetivo de avaliar o risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. Participaram da pesquisa 153 idosos de instituições públicas e filantrópicas. Aplicou-se avaliação de Tinetti para verificação do risco de quedas e um formulário semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos, condições de saúde e caracterização da instituições. Identificou-se prevalência de 24% de quedas e significância estatística entre o risco funcional de quedas e idosos que necessitam de ajuda de terceiros para caminhar. O ambiente foi apontado como sinalizador para ocorrência de quedas no contexto asilar, fato que corrobora com a Teoria de Florence Nightingale, a qual preconiza que a manutenção de um ambiente saudável poderá influenciar no processo de recuperação dos indivíduos, visto que, esses idosos são vulneráveis às influências do ambiente e ao processo de fragilização.

Descritores: Teoria de Enfermagem, acidentes por quedas, instituição de longa permanência para idosos

ABSTRACT: Cross-sectional study to evaluate the risk of falls among institutionalized elderly in light of Environmentalist Theory of Florence Nightingale. 153 seniors participated in the research of public and philanthropic institutions. Applied to check the Tinetti assessment of the risk of falls and a semi-structured form for obtaining the sociodemographic, health conditions and characterization of institutions. Identified a prevalence of 24% of falls and statistical significance between the functional risk of falls and older who need help from others to walk. The atmosphere was appointed as flag to the occurrence of falls in the asylum context, a fact that confirms the theory of Florence Nightingale, which states that the maintenance of a healthy environment can influence the recovery process of individuals, since these seniors are vulnerable the influences of the environment and the embrittlement process.

Key words: Nursing Theory, accidental falls, homes for the aged

RESUMEN: Estudio transversal para evaluar el riesgo de caídas entre los ancianos ante Ambientalista Teoría de Florence Nightingale. 153 personas mayores participaron en la investigación de las instituciones públicas y filantrópicas. Aplicado a revisar la evaluación Tinetti del riesgo de caídas y de una forma semi-estructurada para la obtención de las condiciones de salud, sociodemográficos y la caracterización de las instituciones. Identificada una prevalencia del 24% de las caídas y la significación estadística entre el riesgo funcional de caídas y mayores que necesitan ayuda de otros para caminar. El ambiente fue designado como bandera para la ocurrencia de caídas en el contexto del asilo, un hecho que confirma la teoría de Florence Nightingale, que establece que el mantenimiento de un medio ambiente sano puede influir en el proceso de recuperación de los individuos, ya que estas personas mayores son vulnerables las influencias del medio ambiente y el proceso de fragilización.

Palabras claves: Teoría Enfermería, accidentes por caídas, hogares para ancianos

INTRODUÇÃO

No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e após a primeira queda, eleva-se o risco de cair novamente, ocasionando prejuízos físicos, e psicológicos, além disso, a queda é considerada um evento preditor de desfechos desfavoráveis, tais como: morte, fragilidade, piora das condições de saúde e institucionalização¹.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entende-se por institucionalização de idosos o atendimento integral e de caráter residencial destinado aos indivíduos com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, com ou sem suporte familiar em condição de liberdade, dignidade e cidadania².

As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) devem contar com uma equipe de saúde multidisciplinar formada por: médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Estes profissionais são responsáveis pelo monitoramento do estado de saúde e principalmente pela qualidade de vida dos idosos residentes nessas instituições³.

Neste sentido, ressalta-se o papel da equipe de enfermagem no trabalho em ILPI, por ser um dos profissionais mais presentes no contexto asilar, além disso, a incidência de quedas nesse ambiente pode ser considerada um indicador de qualidade da assistência prestada por essa equipe de saúde, enfatizada pela Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale), na qual reconhece que a manutenção do ambiente físico e social saudável afeta a vida e o desenvolvimento de um organismo e são capazes de prevenir ou contribuir no processo de adoecimento dos indivíduos^{4,5}.

Desse modo, considerando-se as condições sociodemográficas, econômicas, ambientais e de saúde vivenciadas no contexto asilar, o presente artigo objetiva avaliar o risco de quedas em idosos institucionalizados à luz da teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em nove Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) não privadas, sendo 02 públicas e 07 filantrópicas da Região Metropolitana do Recife/PE, e devidamente cadastradas pela Prefeitura da referida cidade.

A pesquisa foi do tipo censitária, no qual foram investigados todos os 395 idosos residentes em instituições de longa permanência não privadas, localizadas na região

metropolitana do Recife/PE. Atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, a saber: não apresentar comprometimento cognitivo e/ou de comunicação, ter idade mínima de 60 anos e deambular, mesmo com ajuda de terceiros ou com equipamentos de auxílio à marcha (bengalas e andadores), correspondendo a 153 indivíduos.

Para identificação do risco de quedas foi utilizada a avaliação de equilíbrio e marcha – Índice de Tinetti, que aponta as alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas, fazendo parte da Avaliação Geriátrica Ampla⁶. O referido instrumento é composto 16 itens, no qual o pesquisador observa aspectos referentes à marcha e ao equilíbrio.

Segundo o instrumento é considerado risco mínimo de quedas, pontuação superior a 24 pontos, moderado entre 19 e 24 e risco elevado, menos que 19 pontos. Para análise estatística neste estudo foram considerados idosos com risco de quedas agregado (moderado e elevado), correspondendo aos idosos que obtiveram pontuação igual ou menor que 24 pontos.

As variáveis independentes foram representadas por dados sociodemográficos e econômicos (natureza da instituição, tempo de institucionalização, sexo, idade, escolaridade, número de filhos e estado civil, situação previdenciária e rendimento pessoal) e condição de saúde (situação de saúde, visão e audição autopercebida, prática de atividade física, necessidade de ajuda para marcha, ocorrência de quedas, local da queda e hospitalização).

Para a complementação dos dados referentes à condição de saúde, foram obtidas informações dos prontuários dos idosos, as quais corresponderam a: morbidade com diagnóstico médico, quantidade de medicamentos, notificação de quedas e profissional responsável pelo registro das mesmas.

A verificação de práticas educativas realizadas pela equipe técnica foram investigadas junto aos responsáveis das instituições, no qual foram coletadas informações referentes à composição da equipe de saúde e à realização de atividades educativas.

Quanto a identificação dos riscos ambientais para a ocorrência de quedas nas instituições, foi aplicado um *check list* adaptado de acordo com a avaliação utilizada pela ANVISA para instituições de longa permanência e analisados à luz da Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale)⁵.

Os dados foram coletados no período de Janeiro a Maio de 2013, utilizando-se um formulário semiestruturado. Ao término da coleta foi elaborado um banco de dados no programa Excel (versão 2007), com digitação em dupla entrada e transferidos para o *software Stata 12.1SE* onde foram analisados.

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR” com aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE – 02013112600005208).

RESULTADOS

Em relação aos idosos que se enquadraram neste estudo, 68,6% eram do sexo feminino e 31,4% masculino, e a média de idade foi de 76 anos, 51,6% eram solteiros, 43,8% possuíam até quatro anos de estudo e mais de 70% eram aposentados e recebiam mensalmente uma renda de até um salário mínimo (Tabela 1)

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas da população estudada. Recife/PE - 2013

VARIÁVEIS	n (%)
Natureza da Instituição	
Pública	27 (17,6)
Filantrópica	126 (82,4)
Tempo de institucionalização (anos)	
Menos de 1	46 (30,1)
De 1 a menos de 2	48 (31,4)
De 3 ou mais	59 (38,5)
Sexo	
Masculino	48 (31,4)
Feminino	105 (68,6)

Continuação Tabela 01: Características sociodemográficas e econômicas da população estudada. Recife/PE - 2013

Faixa etária (anos)	
60 a 69	45 (29,4)
70 a 79	53 (34,6)
80 ou mais	55 (36,0)
Escolaridade (anos)	
Até 4 anos	67(43,8)
Mais de 4 anos	86(56,2)
Situação Financeira	
Aposentado	117 (76,5)
Pensionista	11 (7,2)
Aposentado e pensionista	03 (13,7)
Não é aposentado ou pensionista	21 (13,7)
Não sabe	01 (0,7)
Rendimento Pessoal (Salário Mínimo - SM)*	
Não possui rendimentos	21 (13,7)
Até 1 SM	115 (75,2)
Mais de 1 SM	13(8,5)

* Considerado o salário mínimo vigente ao ano de 2013 - R\$ 678,00

No que diz respeito às condições de saúde foi observado que 42,5% dos idosos, consideraram a sua situação de saúde como boa, 88,9% não praticavam atividades físicas, mais de 80% afirmaram não necessitar de equipamentos para caminhar e de não necessitar de ajuda de terceiros para caminhar, 75,2% possuíam algum tipo de morbidade diagnosticada, sendo as doenças cardiovasculares as mais presentes com 56,9% e 43% consumiam cinco ou mais medicamentos diariamente.

Quanto à ocorrência de quedas foi observado que 37 idosos referiram ter sofrido pelo menos uma queda nos últimos seis meses anteriores ao período da coleta de dados, cuja prevalência do evento foi de 24,1%. Os locais onde o evento foi mais prevalente foram: áreas externas (jardim, área de lazer) e no quarto com 40,5% e 32,4% respectivamente e mais de 80% dos idosos que caíram, afirmaram não ter sido hospitalizado em decorrência da queda.

A avaliação por meio do Índice de Tinetti identificou que aproximadamente 68% dos idosos entrevistados apresentaram risco de quedas. De acordo com as análises brutas (não ajustadas) foi verificada significância estatística entre a razão de prevalência do risco de quedas e idosos institucionalizados nas ILPI públicas, renda pessoal, e àqueles que necessitam ajuda para caminhar (Tabela 2).

Tabela 2: Análise não ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.

Variáveis	Amostra N	Risco de quedas¹ N (%)	RP (IC95%)	Valor p
Natureza da Instituição				0,007
Pública	27	23(85,2)	1,33(1,08 - 1,63)	
Filantrópica	126	81(64,3)	1,0	
Tempo de institucionalização				0,543
Menos de 1 ano	46	34(73,9)	1,0	
De 1 a 2 anos	48	32(66,7)	0,90(0,69 - 1,18)	
3 ou mais anos	59	38(64,4)	0,87(0,67 - 1,13)	
Sexo				0,889
Masculino	48	33(68,8)	1,02(0,81 - 1,28)	
Feminino	105	71(67,6)	1,0	
Faixa etária (anos)				0,602
60 a 69	45	33(73,3)	1,0	
70 a 79	53	34(64,2)	0,87(0,67 - 1,14)	
80 ou mais	55	37(67,3)	0,92(0,71 - 1,18)	
Anos de estudo				0,873
Até 4 anos	67	46(68,7)	1,02(0,82 - 1,27)	
Mais de 4 anos	86	58(67,4)	1,0	
Renda Pessoal*				0,026
Sem rendimentos	21	18(85,7)	1,59(0,93 - 2,22)	
Até 1 SM	115	77(67,0)	1,24(0,74-2,09)	
Mais de 1 SM	13	07(53,8)	1,0	
Saúde autopercebida				0,046
Boa	65	48(73,8)	1,0	
Regular	55	30(54,5)	0,74(0,56 - 0,98)	
Ruim	33	26(78,8)	1,07(0,85 - 1,34)	
Pratica atividade física				0,330
Sim	21	16(76,2)	1,14(0,87 - 1,50)	
Não	132	88(66,7)	1,0	
Equipamento de marcha				0,745
Sim	40	28(70,0)	1,04(0,82 - 1,32)	
Não	113	76(67,3)	1,0	
Ajuda para caminhar**				0,002
Sim	19	17(89,5)	1,38(1,13 - 1,68)	
Não	134	87(64,9)	1,0	
Percepção visual				0,500
Boa	107	71(66,4)	1,0	
Ruim	46	33(71,7)	1,08(0,86 - 1,36)	
Percepção auditiva				0,156
Boa	124	88(71,0)	1,0	
Ruim	29	16(55,2)	0,78(0,55 - 1,10)	

Continuação Tabela 2: Análise não ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.

Variáveis	Amostra N	Risco de quedas N (%)	RP (IC95%)	Valor p
Quantidade de doenças				0,713
Nenhuma	38	24(63,2)	1,0	
Apenas 1	46	33(71,7)	1,14(0,84 - 1,54)	
Duas ou mais	69	47(68,1)	1,08(0,80 - 1,45)	
Quantidade de medicamentos				0,779
Até 1	32	23(71,9)	1,0	
2 a 4	55	38(69,1)	0,96(0,73 - 1,27)	
5 ou mais	66	43(65,2)	0,91(0,68 - 1,20)	
Presença de morbidades				0,487
Sim	115	80(69,6)	1,10(0,84 - 1,45)	
Não	38	24(63,2)	1,0	
Ocorrência de quedas***				0,653
Não	116	80(69,0)	1,0	
Sim	37	24(64,9)	0,94(0,72 - 1,23)	

¹ Considerados idosos com risco funcional de quedas que obtiveram escores iguais ou menores que 24 pontos na avaliação de Tinetti.

* Considerado o salário mínimo vigente ao ano de 2013 - R\$ 678,00

** Necessidade da ajuda de terceiros para caminhar

***Consideradas as quedas ocorridas nos últimos seis meses a partir da data entrevista com o idoso participante da pesquisa.

No entanto, observando-se modelo final (análise ajustada), apenas a ajuda para caminhar permaneceu associada ao risco de quedas com $p < 0.05$. A prevalência de risco funcional de queda entre os idosos que necessitavam de ajuda para caminhar foi 42% maior em comparação com os idosos que não necessitavam de ajuda (Tabela 3).

Tabela 3: Análise ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.

Variável	Amostra N	Risco de quedas N (%)	Modelo inicial* RP _{não ajustada} (IC95%)	P	Modelo final RP _{ajustada} (IC95%)	P
Natureza da Instituição				0,092		0,066
Pública	27	23(85,2)	1,22(0,97 - 1,53)		1,24 (0,99 - 1,57)	
Filantrópica	126	81(64,8)	1,0		1,0	
Renda pessoal-SM				0,105		0,113 ¹
Sem renda	21	18(85,7)	1,46(0,87 - 2,46)		1,44(0,86 - 2,42)	
Até 1	115	77(67,0)	1,26(0,76 - 2,09)		1,22(0,75 - 2,00)	
Mais de	13	7(53,8)	1,0		1,0	

Continuação Tabela 3: Análise ajustada dos fatores associados ao risco de quedas (Índice de Tinetti) em idosos institucionalizados. Recife/PE- 2013.

Variável	Amostra N	Risco de quedas N (%)	Modelo inicial RP_{não ajustada} (IC95%)	P	Modelo final RP_{ajustada} (IC95%)	P
Ajuda para caminhar				0,002		0,001
Sim	19	17(89,5)	1,40(1,13 - 1,73)		1,42 (1,15 - 1,74)	
Não	130	85(65,4)	1,0		1,0	
Percepção auditiva				0,200		
Boa	120	86(71,7)	1,0			
Ruim	29	16(55,2)	0,80(0,57 - 1,13)			

*Variáveis explanatórias do modelo inicial: com valor $p < 0,20$ na análise não ajustada; Renda pessoal permanece no modelo para ajuste de efeito de confundimento com a natureza da instituição.

De acordo com os dados obtidos dos prontuários foram encontradas três notificação de quedas, sendo duas descritas por médico e uma pelo assistente social. Quanto à realização de práticas educativas nas instituições selecionadas para este estudo foi verificado que duas instituições filantrópicas faziam atividades de educação em saúde, no entanto, apenas uma abordava a temática de prevenção de quedas, cujo facilitador era um terapeuta ocupacional.

No que se refere aos profissionais de saúde que faziam parte da equipe técnica das ILPI, foi verificado que nas instituições filantrópicas foram as que mais ofereciam intervenções multidisciplinares aos idosos, porém, a equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) foi a única que estava contemplada em todas as instituições.

Em relação aos principais riscos ambientais encontrados e que eram consoantes com a Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale) foram identificados os fatores relacionados com iluminação, ventilação, sinalizações, limpeza e conservação de pisos e paredes, ausentes em mais de 75% das instituições selecionadas para o estudo (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das características ambientais das instituições de longa permanência para idosos investigadas. Recife/PE 2013

Características ambientais das ILPI	Ausente N(%)	Presente N(%)
Presença de rampas em áreas de desníveis	01(11,0)	08(89,0)
Presença de corrimões nas áreas de circulação dos idosos	04(45,5)	05(55,5)
Ambiente arejado e iluminado	07(78,0)	02(22,0)
Disponibilidade de cadeira de rodas, andadores e bengalas para os idosos	00(00,0)	09(100)
Pisos e paredes internos e externos limpos e bem conservados	08(89,0)	01(11,0)
Banheiros nos dormitórios	06(66,7)	03(33,3)
Barras de segurança nos banheiros	01(11,0)	08(89,0)
Cadeiras de banho e tapetes antiderrapantes em todos os banheiros	06(66,7)	03(33,3)
Camas com grades de segurança	07(78,0)	02(22,0)
Camas e cadeiras com altura adequada	06(66,7)	03(33,3)
Armários e prateleiras com altura adequada*	04(45,5)	05(55,5)
Luz de vigília nos ambientes	08(89,0)	01(11,0)
Presença de cadeiras de balanço	04(45,5)	05(55,5)
Presença de sinos, alarmes ao lado das mesas de cabeceiras.	08(89,0)	01(11,0)

*Altura ideal 1,2m

DISCUSSÃO

Neste estudo em relação aos aspectos sociodemográficos foi identificado que mais de 65% dos idosos entrevistados eram do sexo feminino. Este dado corrobora outras pesquisas relacionadas à temática⁷⁻⁸. Apesar de cientificamente não haver um consenso em relação as causas da predominância do número de idosas institucionalizadas, acredita-se que as mulheres vivem mais que os homens e revelam uma maior predisposição em adquirir doenças e incapacidades que requerem cuidados supervisionados em relação à saúde⁷.

O estado civil, a baixa escolaridade e a situação financeira dos participantes desta pesquisa foi uma realidade também destacada no estudo realizado por Polaro et al⁸ que ao investigar a situação social de 165 idosos institucionalizados em Belém/PA, constataram que tais aspectos podem ser um reflexo do aumento pela procura dos serviços oferecidos nas ILPI, visto que, a escassez de recursos sociais e econômicos são promotores da demanda pela proteção asilar.

Na população estudada foi identificado que 45% dos idosos apresentavam duas ou mais doenças associadas e 43% faziam uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. A interação entre o quantitativo de doenças diagnosticadas em idosos

institucionalizados e a polifarmacoterapia são considerados fatores que podem elevar o risco de quedas, iatrogenias e hospitalizações³.

No que diz respeito aos hábitos de vida dos entrevistados foi detectado que uma pequena parcela praticava regularmente atividades físicas. A realização de exercícios físicos regularmente é considerada essencial para a manutenção da massa muscular e melhor controle postural do indivíduo, prevenindo a ocorrência de quedas e contribuindo para a preservação da capacidade funcional entre os idosos⁹.

Em estudo realizado por Silva et al.¹⁰ indica que uma das possíveis causas que podem contribuir para o sedentarismo no idoso institucionalizado, além da presença de doenças crônicas, é a desobrigação da realização de atividades cotidianas e da falta investimentos em atividades direcionadas à prática de atividades físicas e de lazer¹⁰.

Em estudo realizado por Montenegro e Silva⁷ foi verificado que a prevalência de incapacidade funcional em idosos que residem em ILPI é mais elevada do que naqueles que vivem na comunidade. Alterações na mobilidade, equilíbrio e força muscular provocam modificações na marcha, principalmente em idosos que possuem mais de 75 anos, do sexo feminino, sedentários, faz uso polifarmácia e apresentam histórico de quedas com ou sem fraturas¹¹.

Gac et al¹² destacam que idosos que residem no contexto asilar apresentam 50% mais chances de cair do que um idoso não institucionalizados e para Borges et al¹³ a própria institucionalização é um indicador relevante para o risco de quedas, visto que os idosos inseridos nessa modalidade de assistência geralmente são mais dependentes, exigem maior suporte e atenção, possuem diversas morbidades associadas e são sedentários.

Neste estudo a prevalência de quedas encontrada equivalente a 24,1%, difere dos estudos nacionais¹⁴⁻¹⁵ e internacionais¹⁶⁻¹⁷ cujos percentuais ultrapassam a 30%. As diferenças podem ser justificadas em função de possíveis subnotificações quanto à ocorrência de quedas, não registradas nos prontuários existentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos investigadas no presente estudo.

Identificou-se que a maioria das quedas ocorrem em locais externos das ILPI (jardins e áreas de lazer) e nos quartos, tal constatação pode ser um indicativo que os idosos circulam em outros locais das instituições, e não ficam reclusos apenas aos ambientes internos. Conhecer o local de maior prevalência de quedas nas ILPI é primordial para o planejamento e efetivação de cuidados preventivos específicos e eficazes⁹.

Embora observada associação entre risco funcional de quedas, natureza da ILPI e renda mensal na análise univariada, essa relação não se manteve no modelo ajustado. O que não significa afirmar que a correlação encontrada indica que os idosos que residem em instituições públicas apresentam maior risco de quedas quando comparados àqueles que vivem em instituições filantrópicas, considerando a natureza observacional do estudo, que traz como limitação, dados que podem ser potencialmente confundidos pelo efeito de outras variáveis, a exemplo, a renda mensal.

No modelo ajustado foi observado a permanência da associação estatística entre o risco de quedas e a necessidade de ajuda de terceiros para caminhar. Em estudo realizado por Menezes e Bachior¹⁸ ao investigar os fatores associados ao risco de quedas em idosos de oito instituições de longa permanência no estado de Goiás, identificaram que 90% dos idosos apresentavam dificuldades motoras nos membros inferiores.

Os resultados reforçam a ideia de que o envelhecimento pode ser caracterizado por um declínio na performance motora, sendo a fraqueza muscular um dos fatores mais importantes para a perda da funcionalidade do idoso. A diminuição da força muscular afeta a atividade motora e a adaptabilidade ao ambiente, contribuindo para que ocorram instabilidades e quedas em indivíduos idosos¹⁸.

A complexidade do cuidado aos idosos institucionalizados exige uma abordagem interdisciplinar, holística e comprometida em estimular a independência funcional e proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos, a partir de avaliações regulares e intervenções adequadas, a fim de contribuir para o processo de educação em saúde e na promoção de um cuidado mais humanizado¹⁹.

Neste sentido os resultados deste estudo indicaram a ausência de equipes multiprofissionais em saúde nas instituições incluídas na pesquisa, principalmente nas públicas. Tal fato pode ser um reflexo da escassez de atividades de educação em saúde realizadas no ambiente asilar, visto que duas instituições filantrópicas realizavam atividades educativas com os idosos e apenas uma abordava a temática prevenção de quedas.

Apesar da equipe de Enfermagem (enfermeiro e técnico de Enfermagem) ter sido a única presente em caráter permanente no quadro de funcionários das ILPI supracitadas, foram identificadas apenas três notificações de quedas em prontuários, descritas por médicos e pelo assistente social.

O prontuário é um documento que auxilia na organização e na orientação de atividades administrativas, jurídicas, assistenciais e de pesquisa, no qual devem ser anotadas todas as informações relacionadas à saúde do paciente, além de ser um instrumento de comunicação entre os profissionais e conseqüentemente, resultando em intervenções de melhor qualidade¹⁷.

É função do enfermeiro orientar e supervisionar as ações da equipe técnica de Enfermagem, assim como, planejar e incluir em seu plano atividades ações de educação em saúde para seus clientes, além de verificar as informações descritas em prontuários¹⁰. Observa-se neste estudo que tal prática não é realizada de forma sistemática nas Instituições de Longa Permanência para Idosos que participaram da pesquisa.

As dificuldades estruturais, organizacionais, econômicas e a falta de profissionais de saúde nas ILPI, não deve justificar a ausência de notificações de quedas nas instituições, visto que, o registro do evento por profissionais das equipes técnicas das instituições em prontuário é obrigatório, segundo as normas determinadas pelo Ministério da Saúde e ANVISA².

Destacando-se o papel da Equipe de Enfermagem nas ILPI, no qual a sobrecarga de trabalho é um componente que deve ser considerado, sua função é de desenvolver atividades com o objetivo de identificação e prevenção de agravos em relação à saúde dos idosos, inclusive, quanto ao risco de quedas⁴.

Outro fator que pode contribuir para o risco de quedas nas ILPI é o ambiente. O planejamento arquitetônico, a disposição dos mobiliários e a manutenção dos espaços internos e externos das instituições são considerados componentes importantes no monitoramento e promoção da capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos⁹.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem, criada por Florence Nightingale, reforça a problemática supracitada quando afirma que a manutenção de um ambiente físico saudável e seguro pode influenciar de forma positiva na saúde e recuperação de indivíduos em processo de adoecimento⁵. A teoria aponta que fatores relacionados com iluminação, ventilação, presença de ruídos, limpeza de quartos, paredes e pisos devem ser constantemente monitorados pelo enfermeiro²⁰.

Embora Florence enfatize os aspectos relacionados ao ambiente físico na recuperação e prevenção no cuidado à saúde dos indivíduos, a autora também faz referência ao ambiente psicossocial e menciona a importância do desenvolvimento de

atividades cognitivas, ressaltando a necessidade da comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente²¹.

Neste estudo foi possível identificar que os componentes ambientais descritos anteriormente, podem sugerir para a ocorrência de quedas das ILPI e conseqüentemente, comprometer a saúde dos idosos institucionalizados, visto que, os principais problemas no ambientais identificados nas ILPI deste estudo, estavam relacionados com a iluminação, ventilação e na manutenção e limpeza de quartos, paredes e pisos.

O problemas identificados no sistema de iluminação referem-se à ambientes com pouca iluminação natural e ventilação, escassez de limpeza, conservação arquitetônica e de mobiliários. Tais componentes ambientais eram referidos por Florence, como itens que devem ser supervisionados pelo enfermeiro, pois podem contribuir no processo de adoecimento dos indivíduos²¹.

Florence ainda destaca em sua teoria o compromisso da Enfermagem na restauração da saúde dos indivíduos, e que o enfermeiro deve atuar no campo preventivo e na reabilitação, através de um ambiente acolhedor e seguro, cujo foco da intervenção deve ser direcionado ao sujeito por completo e não apenas a uma determinada doença²².

O legado de Florence sinaliza que a saúde é o produto da interação de fatores ambientais, sociais e psicológicos, que devem ser considerados primordiais no processo saúde-doença e indispensáveis para a promoção da saúde e manutenção da qualidade de vida dos indivíduos²².

Neste sentido, o que se observa nos serviços prestados nas ILPI em questão é a permanência de uma prática de saúde voltada ao modelo biomédico, cujo objetivo está na manutenção e cura de idosos doentes, principalmente por meio da medicalização. Apesar dos avanços das novas concepções sobre a promoção da saúde, a ideia de um olhar holístico sobre o sujeito ainda é algo distante nas instituições de longa permanência para idosos.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostram que os idosos institucionalizados que referiram necessitar de ajuda de terceiros para caminhar apresentaram uma prevalência de risco funcional de quedas superior àqueles que não necessitavam de ajuda para caminhar. Tal constatação pode ser um indicativo que as alterações dos componentes de

equilíbrio e marcha preveem limitações funcionais, e conseqüentemente, um maior risco de quedas entre os idosos participantes da pesquisa.

Destaca-se também que a abordagem multidisciplinar é pouco estimulada nos serviços oferecidos pelas instituições asilares, assim como, atividades de educação em saúde. A escassez de notificações de quedas encontrada nos prontuários e de medidas preventivas podem ser um reflexo de uma intervenção focada na doença e não na promoção da saúde.

Ressalta-se que a equipe de Enfermagem foi a mais presente no quadro permanente da equipe técnica das instituições que fizeram parte deste estudo. Fato que acentua a importância deste profissional, no monitoramento e planejamento de intervenções voltadas à conscientização do autocuidado e na promoção de uma assistência com mais qualidade aos idosos institucionalizados.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale) reforça a ideia que o ambiente deve ser considerado indispensável no processo saúde-doença. Para Florence, a manutenção do ambiente é fundamental, uma vez que afeta a saúde das pessoas e é capaz de contribuir positivamente na recuperação dos indivíduos.

Desse modo, observa-se que idosos institucionalizados são mais vulneráveis às influências do ambiente e ao processo de fragilização. O gerenciamento de um ambiente seguro e a sistematização de intervenções com o caráter multidisciplinar nas ILPI poderá proporcionar ao idoso uma melhor manutenção da capacidade funcional, a promoção da autonomia, e conseqüentemente, a diminuição do risco de quedas no ambiente asilar.

REFERÊNCIAS

1. Fochat RC. et al. Perfil sociodemográfico de idosos frágeis institucionalizados em Juiz de Fora - Minas Gerais. Rev APS. 2012; 15(2): 178-84
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 2005.
3. Oliveira MPF, Novaes MRC. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterápico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(4):1069-78

4. Cabrita MFG, Guerreiro MH. The alderly person in the Equipe de cuidados continuados integrados. Nursing program for prevention of falls. J Nurs UFPE on line. 2013; 7(1):96-103
5. Rello AT, Carraro TE. Contribuicoes de Florence Nightingale: uma revisao integrativa da literatura. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013; 17(3):573-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en>
6. Tinetti ME, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med. 1994; 331(06): 821–27.
7. Montenegro SMRS, Silva CAB. Os efeitos de um programade fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007;10(2):161-78.
8. Polaro SHI. et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém - PA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012; 15(4):777-84
9. Ping Y, Xiaohua W. Risck factors for accidental falls in the elderly and intervention strategy. Journal of Medical Colleges. 2012; 299-305
10. Silva et al. Impaired physical mobility instituonalized elderly. J.Fudam,care. 2013; 5(3):346-356
11. Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Quedas e Fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(1): 68-768.
12. Gac H. et al. Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. Rev Méd Chile. 2003; 131:887-94.
13. Borges LL. et al. Característicasclínico-demográficas, quedas e equilíbrio funcional de idosos institucionalizados e comunitários. Fisioter Mov. 2009;22(1):53-60.
14. Antes DL. et al. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública,. 2013: 29(4):758-68
15. Brito TA. et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1): 43-51.
16. Ranhoff AH. et al. Older hip fracture patients: three groups witch diferent needs. BMC Geriatrics. 2010. 10:65
17. Onder G. et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in long term care (SHELTER) study. BMC Health Services Research. 2012. 12:5.
18. Menezes RL, Baachion MM. Estudo da presença de fatores intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(4): 1209-18.

19. Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older People. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(4):26-36.
20. Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnóstico de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza - CE. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(3):518-26
21. Hoyt S. Florence Nightingale's Contribution to Contemporary Nursing Ethics. *J holist nurs.* 2010;28(1):23-31.
22. Camponogara S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. *Esc Anna Nery.* 2012;16 (1): 178-84

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou uma prevalência de 24,1% de quedas entres os idosos cadastrados nas ILPI não privadas da Região Metropolitana do Recife/PE. De acordo com a análise estatística foi observado correlação estatística entre o risco de quedas e ajuda para caminhar, no qual detectou-se que idosos residentes em ILPI públicas apresentam uma razão prevalência para o risco funcional de quedas 42% maior do que àqueles que não necessitavam de ajuda de terceiros para caminhar.

A Teoria Ambientalista de Enfermagem (Florence Nightingale) possibilitou compreender a importância do monitoramento do ambiente nas ILPI, visto que, a manutenção do local onde residem os idosos poderá contribuir na recuperação e na promoção da saúde dos idosos e conseqüentemente, a redução do número de quedas. E a equipe de Enfermagem, assim como, os demais profissionais inseridos no contexto asilar devem ser comprometidos em possibilitar aos idosos um ambiente institucional seguro e acolhedor.

De acordo com as análises dos estudos referente à revisão integrativa foi identificado que os fatores sociodemográficos, condições de saúde, ambiente e a escassez de medidas educativas são desencadeadores dos episódios de quedas nas ILPI e a sistematização da rotina asilar, uma maior interação entre a equipe de saúde poderão e a adoção de ações educativas poderão favorecer a diminuição do referido evento e por conseqüente, uma melhor qualidade de vidas aos idosos institucionalizados.

A importância da educação em saúde no ambiente das ILPI's reforça a responsabilidade dos Enfermeiros em conscientizar seus clientes sobre a prática do autocuidado e de compartilhar conhecimento com outros profissionais. A educação em saúde é uma ferramenta de desenvolvimento pessoal, que visa à manutenção de trabalhadores qualificados e promotora da autonomia na atenção à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

Referências da Introdução, Revisão da Literatura e Métodos

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):725-33
2. Ferreira DCO; Yoshitane AY. Prevalência e características das quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras de Enferm.* 2010; 63(6):991-7
3. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(3):478-85
4. Marinho LM, Vieira MA, Costa SM. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013; 34(1): 104-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100013&lng=en
5. Alves NB, Scheicher ME. Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2011; 14(4): 763-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000400015&lng=en
6. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008; 13(4): 1209-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=pt
7. Silva BTC, Barlem ELD, Lunardi VL, Santos SSC. Educação Permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. *Rev Ciência, Cuidado, Saúde.* 2008; 7(2):256-61
8. Johnson M, George A, Tran DT. Analysis of fall incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *Int J Nurs Pract.* 2011; 17:60–6
9. Rello AT, Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013; 17(3):573-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en>
10. Hoyt S. Florence Nightingale's Contribution to Contemporary Nursing Ethics. *J holist nurs.* 2010;28(1):23-31
11. Rigotti JIR. Transição Demográfica. *Educ. Real.* 2012; 37(2):467-90

12. Kalache A, Veras R, Ramos LR. O envelhecimento da população Mundial. Um novo desafio. Rev. Saúde Públ. 1987; 21(3):200-10
13. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002. p.58
14. Mafrá SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011; 14(2):353-63
15. Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(1):3-6
16. Carvalho JMC, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):725-33:2003
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2011. Rio de Janeiro, 2012
18. Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1994. [acesso em 2013 abr 25]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=13895>
19. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1994. [acesso em 2013 abr 25] mar. 25]. Disponível em :<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=237486>
20. Küchemba BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. 2012; 27(1): 165-80
21. Papaléu-Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléu-Netto M, Ponte JR; Leme LEG, Paschoal SMP, Borgonovi N, Mercadante E. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-19
22. Berquó E. Considerações sobre envelhecimento da população no Brasil: In: Néri AL, Debert GG, Berquó E, Oliviera MC, Simões JA. Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus, 1999. p. 11-40
23. Kalache A, Veras R, Ramos LR. O envelhecimento da população Mundial. Um novo desafio. Rev. Saúde Públ. 1987; 21(3):200-10
24. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Públ. 2009;43(3):548-54

25. Paskulin LMG, Aires M, Gonçalves AV, Kottwitz CB, Moraes EP, Brondani MA. Aging, Diversity, and Health: the Brazilian and the Canadian context. *Acta Paul Enferm* 2011;24(6):851-6
26. Brasil. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Brasília; 2006. p.8
27. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10): 2463-66
28. Bessa MEP, Silva MJ. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2):258-65
29. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima, VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(3):518-24
30. Creutzberg M, Gonçalves HG, Sobotkka EA. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2): 273-9
31. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2006;18(2): 89-98
32. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Est. Pop*. 2010; 27(1):233-35
33. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2): 268-75
34. Telles PCP, Petrilli JFF. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. *Esc Anna Nery Rev Enf*. 2002; 6(1):119-33
35. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. São Paulo: SBGG; 2003.
36. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)* 2005.
37. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, organizador. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1131-41
38. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde colet*. 2008; 13(4):1209-18

39. Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. RMMG. 2010; 20(1): 54-66
40. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev.Saúde Públ. 2004; 38(1):93-99
41. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi SM. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: O desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual. Rev Ass Med Bras 2004; 50(1): 97-103
42. Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older People. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(4):26-36
43. Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). Ciênc. saúde colet. 2011; 16(6): 2945-52
44. Rebellato JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. Acta Ortop Bras. 2007;15 (3): 151-54
45. LJ, Della Penna R, Williams N, Sanders A. Practice guideline for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons. Kaiser Permanente Medical Group. Ann Emerg Med 1997; 30(4): 480-92
46. Barbosa AM, Oliveira CL. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. RBCEH. 2012; 9(1): 57-70
47. Tomasini SL, Alves S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. RBCEH Rev Bras Ciênc Envelh Hum. 2007; 4(1): 88-102
48. Ximenes MA, Côrte B. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. Rev Kairós. 2006; 9(2):135-45
49. Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, E. V. et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006. Cap.5. p 1142-51
50. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2):162-67

51. George JB. Teorias da Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000. p.33-44
52. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev. bras. enferm. [online]. 2005; 58(6): 723-26.
53. Agnew, LR. Florence Nightingale - Statistician. American Journal of Nursing. 1958; 58:p 644-46.
53. Neves EP. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico- filosóficas. Esc Anna Nery Rev Enferm 2002; 6 (1): 79-92
54. Macedo PO, Quitete JB, Lima ECL, Santos I, Vargens OMC. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12 (2): 341 - 7
55. Silva AL. O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, (organizadores). Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 41-59
56. Camponogara S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. Esc Anna Nery. 2012;16 (1): 178-84
57. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacional. Rev. Saúde Pública. 1997; 31 (2): 209-13.
58. Silva BTS, Barlem ELD, Lunardi VL, Santos SSC. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. Cienc Cuid Saude. 2008;7(2):256-61
59. Freire P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, p. 47-60, 1997.
60. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho da enfermagem. Rev. Latino-americana de Enfermagem. 2006;14 (6): 837-42
61. Feliciani AM, Santos SSC, Valcarenghi RV. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: propostas de ações de enfermagem. Cogitare Enferm. 2011; 16(4):615-21

62. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2008;2(3):262-8
63. Ohde S, et al. The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: Staff compliance is critical. *BMC Health Service Research*. 2012; 12(1):197-204
64. Santos SSC, Vidal DAS, Gautério DP, Silva ME, Rosales RA, Pelzer MT. Alterações estruturais numa instituição de longa permanência para idoso visando prevenção de quedas. *Rev Rene*. 2011; 12(4):790-7
65. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto enferm*. 2008; 17(4): 758-94
66. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. *Enfermagem baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
67. Steler CB, Morsi D, Rucki S, Brought S, Corrigan B, Fitzgerald J. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-2006
68. Rouquayrol MZ, Filho NA. *Epidemiologia & Saúde*. 7 ed. Medbook São Paulo, 2013
69. Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.597
70. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:119-26
71. Gomes GC. Tradução, adaptação cultural e exame das propriedades de medida da escala "Performance Oriented Mobility Assessment" - POMA para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003
72. Yusuf HR. et al. Leisure-time physical activity among older adults. *Archives of Internal Medicine*. 1996; 156:1321-26

73. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações. Dispõem sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde.

74. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem - Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2011

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados da revisão integrativa

A- Dados de identificação do estudo:

Título:

Autor (es):

Periódico:

Ano:

Idioma:

B – Caracterização do estudo

Objetivo:

Metodologia:

Resultados:

Recomendações:

APÊNDICE B – Formulário semiestruturado

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hora início ___:___

Hora término ___:___

01. N° Questionário: _____

02. Entrevistador: _____

03. Data da entrevista: ___/___/___

04. N° do idoso: _____

Nome: _____

05. Situação do idoso:

- (1) demência severa
- (2) acamado
- (3) cadeirante
- (4) deficiente visual
- (5) deficiente auditivo
- (6) amputado
- (7) sem restrição

06. IPLI (Nome/ Endereço): -

07. Natureza:

- (1) pública
- (2) filantrópica

08. Tempo de institucionalização:

- (1) menos de 1 ano
- (2) 1 a 3 anos
- (3) 3 a 5 anos
- (4) Mais de 5 anos

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

09. Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Feminino

10. Data de Nascimento ___/___/___

11. Idade em anos completos _____

12. Faixa etária:

- (1) 60 a 69 anos
- (2) 70 a 79 anos
- (3) 80 a 89 anos
- (4) Mais de 90 anos

13. Estado Civil:

- (1) casado ou tem companheiro (a)
- (2) Solteiro (a)
- (3) Viúvo (a)
- (4) Separado (a) ou divorciado (a)
- (9) Não responde

14. O Sr(a) frequentou a escola?

- (1) Sim
- (2) Não

Se não tiver estudado, pule para a questão 15. Em caso de resposta afirmativa, passe para a 14.1.

14.1. Até que série o senhor(a) estudou?

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| (1) Primário incompleto | (5) 2ª grau incompleto | (9) Não sabe |
| (2) Primário completo | (6) 2ª grau completo | (0) Não se aplica |
| (3) 1ª grau incompleto | (7) Superior incompleto | |
| (4) 1ª grau completo | (8) Superior completo | |

15. Situação Financeira:

- (1) Aposentado(a)
- (2) Pensionista
- (3) Aposentado(a) e pensionista
- (4) Não é aposentado(a)/pensionista
- (5) Outro

16. Rendimento pessoal:

- (1) Até um salário mínimo (Até R\$ 678,00)
- (2) Entre um e dois salários mínimos (De R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00)
- (3) De dois a quatro salários (De R\$ 1.356,00 a R\$ 2.034,00)
- (4) Mais de quatro salários (Mais de R\$ 2.034,00)
- (5) Não possui rendimentos
- (6) Não sabe quanto ganha

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

17. Situação de saúde (auto-percebida):

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Não Sabe

18. Pratica atividade física? *(Considerar atividade física com frequência mínima de 3x na semana com duração de 30 minutos)

- (1) Sim
- (2) Não

Se não praticar atividade física, pule para questão 19. Se a resposta for afirmativa passe para questão 18.1

18.1. Qual atividade física? _____

- (0) Não se aplica

19. Você utiliza algum equipamento que o ajuda a “andar sozinho” (por exemplo: andadores e bengalas)?

- (1) Sim
- (2) Não

20. Você necessita da ajuda de alguém para caminhar?

- (1) Sim
- (2) Não

21. Você considera sua visão:

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim

22. Você considera sua audição:

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim

23. Nos últimos seis meses você caiu na instituição?

- (1) Sim
- (2) Não

Em caso de resposta afirmativa na questão 23, passe para as questões 24 e 25.

24. Local que ocorreu a queda na instituição:

(0) Não se aplica

25. Foi hospitalizado em consequência da queda?

(1) Sim

(2) Não

(0) Não se aplica

4. DADOS DO PRONTUÁRIO

26. Morbidade(s) registradas no prontuário:

(1) Sim

(2) Não

27. Registrar morbidades:

(00) não se aplica

28. Quantidade de medicamentos utilizados pelo idoso: _____

28.1 Quais medicamentos:

(00) não se aplica

29. Prontuário notifica histórico de quedas na instituição nos últimos 6 meses?

(1) Sim

(2) Não

29.1. Qual Profissional notificou: _____

(00) não se aplica

5. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. Nome da Instituição: _____

2. A instituição oferece atendimento diário :

- (1) Médico
- (2) Enfermagem
- (3) Assistente Social
- (4) Nutrição
- (5) Fisioterapia
- (6) Fonoaudiologia
- (7) Psicologia
- (8) Terapia Ocupacional
- (9) Técnico de Enfermagem
- (10) Outros: _____

2. A Instituição oferece atividades de educação em saúde aos idosos?

- (1) sim
- (2) não

Caso a resposta seja afirmativa ir para as questões 33 e 34.

3. Qual o(s) profissional (is) responsáveis pelas atividades educativas?

- (1) Médico
- (2) Enfermeiro
- (3) Nutricionista
- (4) Fisioterapeuta
- (5) Fonoaudiólogo
- (6) Psicólogo
- (7) Terapeuta Ocupacional
- (8) Técnico de Enfermagem
- (9) Outros: _____
- (0) Não se aplica

4. A temática “Prevenção de quedas” é abordada?

- (1) sim
- (2) não
- (0) Não se aplica

6. ADEQUAÇÃO AMBIENTAL - *check list** (Esse item será obtido a partir das observações do entrevistador)

1. Presença de rampas em ambientes que apresentam desníveis no acesso?

- (1) sim
- (2) não

2. Presença de corrimões no ambiente onde circulam os idosos?

- (1) sim
- (2) não

3. Ambiente arejado e com boa iluminação?

- (1) sim
- (2) não

4. Organização dos ambientes (quarto, sala, cozinha, banheiro)

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim

5. A instituição disponibiliza cadeira de rodas, bengalas e andadores para os idosos?

- (1) sim
- (2) não

6. Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?

- (1) sim
- (2) não

7. Possui banheiros nos dormitórios:

- (1) sim
- (2) não

8. Presença de barras de apoio em todos os banheiros para o acesso ao vaso sanitário e boxe do chuveiro?

- (1) sim
- (2) não

9. Presença de cadeira de banho e tapetes antiderrapantes em todos os banheiros?

- (1) sim
- (2) não

10. Camas com grades de segurança?

- (1) sim
- (2) não

11. Camas e cadeiras com altura adequada?

- (1) sim
- (2) não

12. Presença de luz de vigília nos ambientes da instituição?

- (1) sim
- (2) não

13. Armários e prateleiras com altura ideal (entre 0,4 a 1,20 m)?

- (1) sim
- (2) não

14. Presença de cadeira de balanço?

- (1) sim
- (2) não

15. Campainhas, sinos, alarmes ao lado das mesas de cabeceiras?

- (1) sim
- (2) não

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR

Autora: Márcia Carréra Campos Leal

Endereço para contato: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE.

CEP: 50670-901.

E-mail: marciacarrera@hotmail.com

Telefone: (81): 21268550

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,

CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o(a) senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência. As informações obtidas servirão para elaboração de trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa “Saúde do Idoso” e serão coletados através de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Medicina Social em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

Consentimento

Após leitura do documento e esclarecida às dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante ou acompanhante

Testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

Testemunha

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação para publicação do artigo de revisão integrativa

Prezado(a) colega Erika Carla Cavalcanti Gomes,

seu artigo, **FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Esta mensagem tem a finalidade de lhe pedir consentimento para divulgá-lo na página www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Sendo positiva sua aquiescência, por favor preencha o documento abaixo e o devolva imediatamente por correio e assinado com caneta esferográfica azul. Seu artigo será divulgado no prazo de 48 horas após a Editoria da Revista receber sua permissão. Informo-lhe que, uma vez publicado, seu artigo poderá ser, imediatamente, incorporado a seu currículo. Na página onde for divulgado o artigo haverá orientação de como citá-lo. Quando seu artigo for publicado na Revista impressa, imediatamente sairá da página e poderá ser acessado pela base scielo www.scielo.org.

ANEXO B - Normas da Revista Latino-Americano de Enfermagem

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, categoria profissional, maior título universitário, nome da unidade e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país;
- nome, endereço postal, *e-mail*, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o artigo;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do artigo a dissertação e tese, informando os títulos em português, inglês e espanhol e a instituição responsável em que foi obtida;
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o *site* <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos artigos deverão ser anexados no sistema *on line* a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, em formato PDF, *com tamanho máximo de 1Megabyte cada um*, o comprovante do depósito bancário da taxa de submissão e o arquivo do artigo a ser avaliado.

O formulário individual de declarações deverá ser preenchido, *on line*, pelos autores.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
 - Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
 - Letra Times New Roman 12.
 - Espaçamento duplo em todo o arquivo.
 - As tabelas devem ser elaboradas utilizando a ferramenta do word e estarem inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais.
- Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, a localização e ano, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos, quadros, etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
 - Ilustrações devem ser identificadas como figuras e estarem suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os artigos submetidos à publicação.
 - Tabelas, figuras, ilustrações e quadros devem ser limitados a 5, no conjunto.
 - Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
 - Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
 - O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
 - Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Artigos de revisão sistemática em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
 - Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
 - Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
 - Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
 - Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando

intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

ANEXO C - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados para Revisão Integrativa -CASP

Código da publicação _____

Tipo de estudo: quantitativo () qualitativo () quanti –qualitativo ()

Ano de publicação: _____ Base de dados: _____ Nível de evidência: _____

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explicita objetivo <input type="checkbox"/> explicita relevância do estudo	() Sim () Não
2. Há adequação da metodologia?	<input type="checkbox"/> A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações ?	() Sim () Não
3. Os procedimentos teóricos – metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Explicita os procedimentos metodológicos	() Sim () Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente ?	<input type="checkbox"/> explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	() Sim () Não
5. A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> explicita o uso do instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...)	() Sim () Não
6. A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de vies (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa.	() Sim () Não
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	<input type="checkbox"/> Menção de aprovação pelo comitê de ética. <input type="checkbox"/> Menção do termo de consentimento autorizado	() Sim () Não
8. A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explicita o processo de análise. <input type="checkbox"/> explicita como as categorias de análise foram identificadas. <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados.	() Sim () Não
9. Os resultados foram apresentados claramente?	<input type="checkbox"/> explicita os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo	() Sim () Não
10. Qual a importância da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explicita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento...) <input type="checkbox"/> indica novas questões da pesquisa	() Sim () Não

Resultado:

Score 06 a 10 pontos () Score no mínimo 05 pontos ()

*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CAPS)

Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

ANEXO D - Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa - ARHQ

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Revisão sistemática ou metáanálise (síntese das evidências de todos relevantes ensaios clínicos e randomizados)
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e / ou relatório de comitês de especialidades

Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: Step by step. *American Journal of Nursing*. 2010; 110(5): 41-7.

ANEXO E - Avaliação de Tinetti

Equilíbrio (16 pontos)

(Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)

1. Equilíbrio sentado	Escorrega/inclina-se na cadeira Estável/Seguro	0 () 1 ()
2. Levantando da cadeira	Incapaz sem ajuda Capaz, usa membros superiores para auxiliar Capaz sem usar membros superiores	0 () 1 () 2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz sem ajuda Capaz, requer mais de uma tentativa Capaz de se levantar, uma tentativa	0 () 1 () 2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha Estável sem dispositivo de auxílio	0 () 1 () 2 ()
5. Equilíbrio em pé	Instável Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio Diminuição da base sem dispositivo de auxílio	0 () 1 () 2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 () 1 () 2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Instável Estável	0 () 1 ()
8. Girar 360°	Instável (desequilibrado) Passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 () 2 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 () 2 ()

Escore equilíbrio: _____/16pontos

Marcha (12 pontos)

(Instruções: Sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual e, em seguida, rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais)

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 () 1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Perna DIREITA em balanceio: (0) Não passa o membro E (1) Passa o membro E (0) Pé D não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé D se afasta completamente do solo b) Perna ESQUERDA em balanceio (0) Não passa o membro D (1) Passa o membro D (0) Pé E não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé E se afasta completamente do solo	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 () 1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 () 1 () 2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 () 1 () 2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 ()

Escore da marcha ____/12

Total: ____/ 28 pontos

*(sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)

ANEXO F - Carta de Anuência



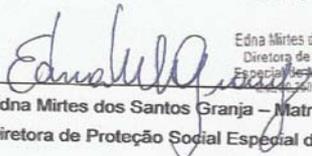
CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as estudantes Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, CPF:062.913.604-11, RG: 3003331 SEDES-PB; Elisa Moura Melo Mesquita Monteiro, CPF: 063.919.274-21, RG: 7233296 SDS-PE; Juliana Lourenço Silva, CPF: 055.240.204-47, RG: 7038002 SDS; Erika Carla Cavalcanti Gomes, CPF: 036.163.724-10, RG: 6345783 SDS-PE; Benvida Pereira de Barros, CPF:011.769.924-14, RG:5766796; Daniele Ferreira Rodrigues, CPF:06417421422, RG:002263354 SSP-RN, sob a orientação da profª. Márcia Carrêra Campos Leal - CPF:274396234-87; RG:1.227.360 – SDS/PE e Co-orientação da profª. Ana Paula de Oliveira Marques - CPF:650116434-68; RG:1.932.683 - SSP/PE, do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem nas unidades de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas no Contexto Asilar".

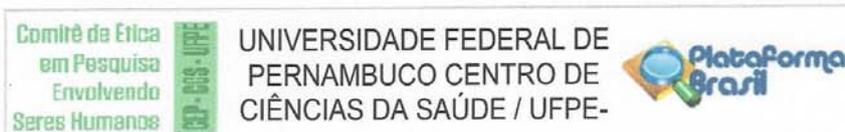
A responsável pela pesquisa nos deu ciência do projeto e compromete-se a resguardar os itens abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados;
- O cumprimento da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado;
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 30 de maio de 2012.


 Edna Mirtes dos Santos Granja
 Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade - DPSEAC / IASC
 Edna Mirtes dos Santos Granja – Matrícula nº. 8025-0
 Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – IASC

ANEXO G - Parecer final do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO

Pesquisador: Márcia Carréra Campos Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02013112.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio do relatório final do projeto.

Data do Envio: 09/11/2013

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 468.954

Data da Relatoria: 15/11/2013

Apresentação da Notificação:

Trata-se notificação do protocolo em epígrafe com vistas a apresentar relatório final. O estudo caracterizado como descritivo e de corte seccional quantitativo, estudou idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, cadastrados em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), com idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso).

Objetivo da Notificação:

O objetivo da pesquisa era identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em ILPIs segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 468.954

investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A previsão de riscos indicada restringia-se ao possível constrangimento com a situação de entrevista.

Os benefícios seriam avaliados em termos de melhorias para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista a ampliação do conhecimento na área da assistência ao idoso institucionalizado.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de pesquisa importante visto que não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 18 milhões de indivíduos, representando 12% da população total e que os idosos institucionalizados necessitam de intervenções sistematizadas, por meio de uma equipe multidisciplinar em saúde, focada na prevenção de agravos decorrentes do processo de envelhecimento e na manutenção da capacidade funcional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de notificação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 468.954

RECIFE, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br