



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**



MARIA JESSICA FORMIGA MALZONI

**QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
IDENTIFICANDO FATORES DE RISCOS**

João Pessoa

2015

M262q

Malzoni, Maria Jessica Formiga.

Quedas em idosos institucionalizados : identificando fatores de riscos / Maria Jessica Formiga Malzoni. - - João Pessoa: [s.n.], 2015.

82f. : il.

Orientadora: Marcia Queiroz de Carvalho Gomes.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

MARIA JESSICA FORMIGA MALZONI

**QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: IDENTIFICANDO
FATORES DE RISCOS**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Terapia Ocupacional

Orientadora:

Profª Drª Marcia Queiroz de Carvalho Gomes.

JOAO PESSOA

2015

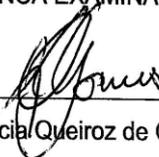
MARIA JESSICA FORMIGA MALZONI

**QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: IDENTIFICANDO
FATORES DE RISCOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 12 de Fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Marcia Queiroz de Carvalho Gomes

UFPB

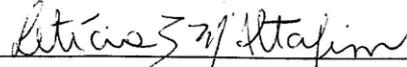
Orientadora



Prof. Msc. Valeria Leite Soares

UFPB

Examinadora



Prof. Msc. Leticia Zanetti Marchi Altafim

UFPB

Examinadora

Dedico este trabalho á Deus, e a
minha família, pois são a minha
luz e meu alicerce.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre ilumina meu caminho, dando-me coragem e força para atingir meus objetivos e ideais.

Agradeço aos meus amados pais Júlio e Maria Goreth pelo amor, dedicação e exemplo de vida que são.

Aos meus avós Iracy Formiga e Deusdedit, mesmo que meu avô Deusdedit, (*in memoriam*), porém, não posso esquecê-lo, pois ele foi fundamental para minha vida acadêmica e a minha avó por continuar com fundamentos dele.

Aos meus familiares, principalmente meus tios e tias que contribuíram com seus ensinamentos e incentivos para realização deste sonho.

Meus sinceros agradecimentos minha orientadora Prof^a Dr^a Marcia Queiroz de Carvalho Gomes, pela ética, paciência e pelos ensinamentos passados.

Ao meu namorado, pelo amor e apoio durante a elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial a Maria Daisy e Larissa Rebecca pela amizade e companheirismo.

Sinceros agradecimentos aos voluntários da participação da coleta de dados.

A instituição Vila Vicentina Julia Freire por ter me possibilitado realizar a pesquisa.

Aos participantes da pesquisa por colaborarem.

E todos aqueles que contribuíram de alguma forma.

Muito Obrigada!

RESUMO

O processo de envelhecimento, muitas vezes, compromete a capacidade funcional, aumentando o risco de queda com o avançar da idade. Estudos apontam uma maior incidência de quedas entre idosos institucionalizados, comprometendo consideravelmente seu estado de saúde e sua condição de vida. Este estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco de queda para idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, contemplando uma abordagem quanti-qualitativa. Foi realizado com idosos de ambos os sexos, residentes em uma instituição de longa permanência, do município de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados considerando as causas intrínsecas das quedas - estado de saúde e capacidade funcional dos idosos, e as causas extrínsecas - o ambiente institucional onde os idosos vivem. Para tanto foram coletados dados sobre as condições de saúde, nos prontuários; a cerca da capacidade funcional dos idosos, através do Índice de Katz; sobre o histórico de quedas, por meio do Protocolo de quedas; avaliação ambiental com um Formulário elaborado para este fim que tem como base a NBR9050 e Estatuto do Idoso. Dos 58 idosos participantes da pesquisa, 46,6% são do sexo feminino e 53,4% são do sexo masculino. Quanto à faixa etária, considerando-se ambos os sexos, verifica-se uma maior frequência de pessoas entre 81 a 85 anos (27,6%), Quanto a patologia a mais frequente $\frac{1}{4}$ dos idosos tem diagnóstico de Alzheimer. Em relação às quedas 27,5% dos idosos da instituição já sofreram alguma queda. O ambiente interno e externo da instituição foi observado, mensurado e realizado alguns registros fotográficos a fim de identificar quais fatores poderiam se tornar riscos de quedas. A capacidade funcional dos idosos foi analisada e os resultados apontam que 64,4% dos idosos são independentes, 11,8% são dependentes que necessitam de auxílio de um cuidador para realizar as AVDs, 2,8% necessitam de ajuda não humana e 1,9% são dependentes totais. Este estudo contribuiu para a segurança dos idosos, prevenindo o risco de quedas e agravos à saúde.

Palavras-chave: Idoso, Queda, Capacidade funcional, Idoso institucionalizado

ABSTRACT

The aging process often compromises the functional capacity, increasing the risk of decline with advancing age. Studies show a higher incidence of falls among institutionalized elderly, greatly jeopardizing their health status and their living conditions. This study aims to identify the risk factors of falls for elderly residents of a long-stay institution. This is a descriptive, exploratory study, contemplating a quantitative and qualitative approach. Will be conducted with older adults with greater than or equal to sixty years of age, of both sexes, living in a long-stay institution in the municipality of Joao Pessoa. Data will be collected considering the intrinsic causes of falls, health status and functional capacity of the elderly and extrinsic causes, the institutional environment where older people live. Therefore, the data records will be observed and evaluated the functional capacity of the elderly through the Katz Index and the Protocol of falls; as environmental assessment will be conducted through Form developed for this purpose which is based on NBR9050 and the Statute of Elderly. Of the 58 elderly participants of the survey, 46,6% were female and 53,4% are male. As to age, considering both sexes, there is a higher frequency of people between 81-85 years (27,6%). As to pathology was observed that a fourth of the elderly have diagnosis of Alzheimer's. In relation to falls 27,5% of the institution's elderly have suffered a fall. The internal and external environment of the institution was observed, measured and made some photographic records to identify factors which could become risks of falls. The functional capacity of the elderly was analyzed and the results show that 64,4% of the elderly are independent, 11,8% are addicts who need help of a caregiver to perform AVDs, 2,8% need not human help and 1,9% are total dependent. Expected to contribute to the security of the elderly, preventing falls and the risk of health problems.

Keywords: Elderly, Falls, Functional Ability, Senior institutionalized.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 e 2 -	Área externa (próximo à entrada da instituição)	41
Figura 3-	Área externa (Próximo ao pavilhão masculino)	42
Figura 4-	Corredor principal do pavilhão feminino	44
Figura 5-	Entrada do quarto coletivo feminino – enfermaria	45
Figura 6-	Quartos individuais masculino na área externa	48

LISTA DE GRÁFICOS E QUADRO

Gráfico 1- Percentual de idosos, segundo sexo, por faixa etária	33
Gráfico 2 - Grau de escolaridade dos idosos residentes	34
Gráfico 3- Número de idosos por quantidade de medicação, segundo o sexo	35
Quadro 1. Patologias que acometem os idosos	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividade Instrumental da Vida Diária

AVD – Atividade da Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPIS – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS- Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VVJF – Vila Vicentina Júlia Freire

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL	16
3	QUEDAS EM IDOSOS	20
	3.1 Dados sobre as quedas	20
	3.2 Fatores de risco – ambiente e individuo	21
	3.3 Prevenção de quedas	22
4	INSTUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	24
5	METODOLOGIA	
	5.1 Tipo de estudo	28
	5.2 Local e Participantes da pesquisa	28
	5.3 Coleta de dados	28
	5.4 Considerações éticas	29
	5.5 Análise de dados	29
	RESULTADOS E DISCUSSÃO DADOS	30
	6.1 Características dos idoso	30
	6.2 Capacidades Funcional	34
	6.3 Avaliação Ambiental	37
	6.4 Histórico de quedas	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
8	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
9	APÊNDICE	55
	APENDICE 01- Avaliação Ambiental	56
	APENDICE 02- Formulário de identificação	67
	APENDICE03- Termo de consentimento livre esclarecido	69
	APENDICE04 – Carta de Anuência	72
	APENDICE05 – Folha de aprovação do comitê	74
10	ANEXOS	
	ANEXO 01 – Protocolo de quedas	76
		77
	ANEXO 02- índice de Katz	80

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde considera idoso todo indivíduo a partir de sessenta e cinco anos, em países desenvolvidos, e de sessenta anos, nos países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso consideram idosas aquelas pessoas com sessenta anos ou mais de idade.

Nas últimas décadas, observa-se um ritmo crescente da população idosa em todo mundo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), no período de 2001 a 2011, o crescimento do número de idosos de 60 anos ou mais de idade, em termos absolutos é relevante, pois, passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões. Estima-se que em 2025, esse número poderá ultrapassar 32 milhões de pessoas.

A velhice é uma fase da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, marcada por alterações biopsicossociais específicas dessa fase. Além das alterações fisiológicas, próprias da idade, muitas vezes há a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que podem acarretar certo grau de dependência, perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, ou seja, o indivíduo terá um comprometimento da sua Capacidade Funcional.

Cordeiro (2002, p.69) define a Capacidade Funcional (CF), “como a manutenção total das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia”. Para Rebelatto (2007) a Capacidade Funcional está integrada ao grau de preservação da capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária (AVD) e o grau de capacidade para desempenhar atividades instrumentais de vida diária – AIVD. A perda da capacidade funcional está altamente associada à ocorrência de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo.

A perda ou diminuição da capacidade funcional aumenta o risco de queda. Para Cunha & Guimarães (1989; p.141) “a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteomusculares envolvidos na manutenção da postura.” A queda pode ser entendida como uma alteração involuntária da postura corporal, sendo esta abaixo à posição anterior, que pode estar associada ou não com patologias existentes no corpo resultantes de fatores como ambientais ou fisiológicos que possam vir a comprometer o equilíbrio do indivíduo.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2010) cerca de 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano. Esta proporção ainda é mais frequente entre pessoas com mais de 70 anos, permanecendo por volta de 32% a 42%. A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade. Idosos residentes em instituições de longa permanência caem com maior frequência dos que os que vivem na comunidade. Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes. Em todas as idades estamos submetidos a riscos, dentre eles o risco de sofrer queda, porém, esse risco se torna mais frequente nos idosos, muitas vezes, pelo quadro de fragilidade e comprometimento da capacidade funcional, podendo causar incapacidades, danos à saúde e até mesmo a morte.

Conforme Jacob Filho (2004), as causas das quedas em pessoas idosas estão agrupadas em fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos são responsáveis por quedas relacionadas ao meio externo, esses fatores de risco podem perturbar o equilíbrio e assim ocasionar a queda. Os fatores intrínsecos estão relacionados às alterações fisiológicas, próprias do processo de envelhecimento humano, alterações por doenças, efeitos adversos de medicação e alterações comportamentais.

Segundo o Ministério da Saúde (2000) cerca de 30% dos idosos caem nas suas próprias casas ao menos uma vez por ano. Esses acontecimentos

tendem a ser mais frequente entre as pessoas com mais de 85 anos, podendo chegar a 51%.

As quedas são consideradas como acontecimento comum durante o processo de envelhecimento. Muitas vezes, elas estão relacionadas às atividades de vida diária simples, tais como: levantar-se ou sentar-se de uma cadeira ou cama, tomar banho, entre outros. Fatores ambientais também podem influenciar na perda do equilíbrio, como a falta de iluminação adequada, degraus inadequados, dentre outras.

Dentre as principais consequências das quedas estão as fraturas do quadril, lesões traumáticas cerebrais e ferimentos dos membros superiores. As quedas respondem por 20% a 30% dos ferimentos leves, e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade, estão relacionadas às quedas (OMS, 2010). Diante dessas consequências, muitos idosos tornam-se dependentes e muitas vezes incapacitados de realizar atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, necessitando assim de auxílio para desempenhá-las, o que, muitas vezes, é motivo de institucionalizadas.

Entretanto, é possível haver a prevenção das quedas com cuidados simples, tais como: identificando riscos ambientais e promovendo a segurança dentro e fora do domicílio; identificando fatores de risco intrínsecos ao idoso e promovendo ações de educação em saúde; levando conhecimentos acerca dos fatores de riscos aos idosos e cuidadores e propondo mudança de comportamento.

Considerando a importância da prevenção de agravos à saúde do idoso, especialmente dos causados pelas quedas, este estudo buscou identificar fatores de risco de queda para idosos residentes de uma instituição de longa permanência em João Pessoa/PB. O estudo avaliou o ambiente institucional a fim de identificar os riscos de quedas que ela apresenta, assim como, identificou os idosos com maior grau de vulnerabilidade de risco de queda, avaliando a capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Estes

dados possibilitaram apontar a necessidade de modificações e/ou adaptações ambientais que representam risco de queda para o idoso.

Diante do estudo, espera-se contribuir para a promoção da saúde, qualidade de vida e do bem-estar, dos idosos residentes dessa instituição, e com isso fazer com que os idosos e os profissionais, da instituição fiquem cientes dos riscos e das consequências sobre as quedas em idosos.

2. ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL

Compreende-se por envelhecimento um processo natural, causando alterações na vida do indivíduo podendo ser tanto alterações fisiológicas quanto psicológicas e sociais. No decorrer do processo de envelhecimento, podem ocorrer ainda algumas doenças, deixando o idoso frágil e vulnerável.

Segundo Netto, (1996 p.45),

(...) o envelhecimento pode ser conceituado como processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte.

Ermininda (1999) ressalta que o envelhecimento é um processo onde ocorre uma diminuição orgânica e funcional, mas esse processo não é decorrente de doença, e ele acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Entretanto, vale salientar que é nesta fase da vida que ocorre maior incidência de doenças crônicas degenerativas, ocasionando limitações na funcionalidade do indivíduo. (ALVES, 2007). A Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) considera as doenças crônicas como as maiores causas e prevalência morbidade e mortalidade, tornando-se com isso um importante problema de saúde pública, especialmente por gerar, muitas vezes, limitações na capacidade funcional.

A diminuição da capacidade funcional pode ser considerada uma característica do envelhecimento humano. Essa diminuição pode comprometer a capacidade de desenvolver atividade de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) tornando, muitas vezes o idoso mais dependente.

O conceito de capacidade funcional envolve tanto o potencial físico quanto o mental, para a realização de atividades que permitam ao indivíduo viver com autonomia e independência (CORDEIRO, 2002). A capacidade

funcional pode ser definida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Portanto, a perda da capacidade funcional compromete a autonomia e determina vários graus de dependência. (CESAR, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a um déficit, para realizar as atividades rotineiras e de caráter social (CIF, 2003). Entre essas atividades estão: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, alimentar-se, preparar refeições, ter controle financeiro, administrar o uso de medicamentos, uso de transporte coletivo, dentre outras. (RAMOS,2003)

De acordo com Cordeiro (2002), a condição de saúde do indivíduo é um fator relevante e pode ser determinante para viver uma vida com autonomia e independência, e sua perda pode resultar em quedas e institucionalização.

Os fatores que interferem na capacidade funcional nem sempre estão ligados a doenças, pois com o avanço da idade acontecem alterações, entre elas destacam-se a perda da força muscular, resistência e agilidade (Duarte, 1996). Melzer e Parahyba (2004), afirmam que quanto maior for a idade, maior será a possibilidade de ocorrer declínio da capacidade funcional ou incapacidade.

Para Camarano (2008) a capacidade funcional é um dos principais componentes da saúde do idoso e tem sido importante para a formulação de novos conceitos de saúde, pois a incapacidade funcional que é considerada através de dificuldades como mobilidade, realização de atividades de vida diária, entre elas o cuidado pessoal e nas ações mais complexas, necessárias para viver de forma independente.

Estudos de Camarano, (2007) revelam que homens e mulheres apresentam diferenças em relação à capacidade funcional e autonomia nesta etapa de vida. As mulheres idosas declaram maior comprometimento de capacidade funcional que os homens. Entretanto, observa-se em ambos, um caráter progressivo da incapacidade funcional com o aumento da idade. A análise em nível mais desagregado mostrou a heterogeneidade do declínio

funcional na população idosa brasileira, que está associada a diversos fatores e, em grande parte, às desigualdades sociodemográficas presentes na sociedade. (CAMARANO, 2007)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza a utilização da avaliação funcional do idoso, sendo considerada fundamental, pois ela determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. A avaliação funcional pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva, o grau de dependência do indivíduo em diferentes atividades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmas. Caso não seja capaz, verificar-se se a necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação do desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária. (MINISTERIO DA SAUDE, 2007).

A capacidade funcional é analisada por meios de instrumentos padronizados que verificam o desempenho do idoso nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária. Entre elas temos o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz que é, ainda hoje, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963. (DUARTE, 2007). Esta avaliação é composta por seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado e também pode identificar os fatores de risco e a evolução clínica das doenças diagnosticadas.

A perda ou diminuição da capacidade funcional aumenta o risco de quedas, que é um fator relevante, pois podem causar incapacidades, danos à saúde e até mesmo a morte. Mesmo que a queda não leve à fratura, a dor e a redução dos movimentos podem causar isolamento do idoso, pela diminuição da autoestima, tanto pela queda quanto pelo aumento da dependência.

Uma das principais consequências das quedas é a incapacidade, pois aumentam o nível de dependência do idoso e a necessidade de cuidados,

ampliando assim, a possibilidade de institucionalização, especialmente, pela ausência de cuidadores.

3. QUEDAS EM IDOSOS

A queda em pessoas acima de 60 anos é muito frequente, chegando a ser considerado, antigamente, um fator natural do envelhecimento. É um acontecimento muito comum e suas consequências podem ser devastadoras, podendo levá-las à morte.

Este evento não pode ser visto de forma independente e de forma isolada, deve ser investigada a causa da queda, pois pode indicar um início de alguma fragilidade ou alguma doença. Entre as principais causas de incapacidades, é possível observar que a queda é uma das causas significativas, fazendo com que aumente o nível de dependência e de institucionalização. Entre outros fatores a queda pode representar um alto custo econômico, social e psicológico.

Moura (1999, p.16) define queda como “uma ação não intencional que resulta na mudança de posição do indivíduo para um nível abaixo da sua posição inicial”. Desta forma, pode significar a diminuição ou perda total do equilíbrio, decorrente de vários fatores. Suas causas podem ser classificadas como: intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são derivados dos indivíduos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, redução da acuidade visual, doenças, distúrbios do equilíbrio e da marcha, tonturas e efeitos causados pelo uso de fármacos, entre outros. Os fatores extrínsecos são causados por fatores do ambiente, estão relacionados com as condições ambientais, tais como pisos, iluminação alta ou baixa, escadas com corrimão inadequadas ou sem, degraus inadequados, interruptores inacessíveis, falta de rampas, vasos sanitários sem apoio nas laterais, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No ambiente domiciliar existe muitos obstáculos que podem passar despercebidos à visão do idoso e dos familiares, até por que em outras fases da vida não seriam considerados fatores de riscos, como por exemplo: tapetes, fios soltos, brilho excessivo no piso, baixa iluminação à noite, objetos que estejam no chão, entre outros.

Os fatores apresentados interagem e estão associados um ao outro. Por exemplo, com o envelhecimento alguns indivíduos possuem uma diminuição da acuidade visual, nesse caso, o risco de queda pode ser grande caso haja algum objeto no chão e visualmente esse objeto não seja detectado. Outro exemplo seria a diminuição da audição relacionada ao envelhecimento, chamada de presbiacusia, onde ocorre uma diminuição de algumas frequências, fazendo com que sons ambientais não sejam identificados, tais como a aproximação de veículos, cadeiras de rodas, bicicletas e outros, que, por não serem identificados a tempo, a tentativa de escapar faz com que o idoso acabe sofrendo uma queda. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1999).

Os fatores de risco podem ser prevenidos através da identificação precoce dos idosos com maior chance de sofrer quedas e dos riscos ambientais, evitando assim, a queda e as suas consequências.

Rocha e Cunha (1994) relatam que “a queda e suas consequências podem ocasionar o declínio da saúde, da competência e da capacidade de manter a independência”. Alguns idosos que sofreram quedas podem apresentar sentimentos tais como: vergonha, sentimento de incapacidade, medo, insegurança e ansiedade e por muitas vezes querem se esconder e não serem expostos.

As consequências das quedas podem ser de caráter físico, psicológico e/ou social. De acordo com Pereira (2001) cerca de 5% das quedas levam a fraturas, mais de dois terços daqueles que têm uma queda poderão cair novamente entre os próximos seis meses subsequentes. Dentre as principais consequências decorrentes da queda são as fraturas de fêmur e quadril, lesões traumáticas cerebrais, ferimentos graves, ferimentos dos membros superiores, e, até mesmo, ansiedade e depressão. As mulheres são as vítimas que mais sofrem fraturas em comparação com os homens, entretanto são eles as vítimas que mais morrem devido às consequências da queda. Mesmo que a queda não leve à fratura, a dor e a redução dos movimentos podem também resultar em síndrome pós-queda causando: isolamento do idoso, pela diminuição da autoestima, tanto pela queda quanto pelo aumento da dependência; perda de autonomia; confusão mental; imobilização, que levarão a restrições ainda

maiores nas atividades diárias; depressão e o chamado "medo de cair" (medo subsequentes quedas). O medo da queda ocorre também com idosos que nunca caíram, mas tiveram contato com idosos que sofreram quedas.

O custo social como consequência da queda é grande, pois repercute não só no idoso, mas também, entre seus cuidadores, principalmente familiares, uma vez que o idoso poderá necessitar de cuidados especiais e, muitas vezes, ele precisa adaptar toda sua rotina em função da recuperação ou adaptação do idoso após a queda (CARVALHO, 2002).

Se, por um lado, a necessidade de cuidados contínuos representa um dos motivos de institucionalização, por outro, a frequência de quedas entre idosos moradores em ILPI é maior que a média de quedas entre idosos não institucionalizados. Segundo dados do Ministério da Saúde (2006) no Brasil, 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, entre os idosos com mais de 80 anos essa taxa aumenta para 40% e sobe para 50% entre os que residem em ILPI. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam.

As quedas têm relação causal com 12% de todos os óbitos na população geriátrica, sendo responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais. Além disso, constitui a quinta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos. Naqueles que são hospitalizados em decorrência de uma queda, o risco de morte no ano seguinte à hospitalização varia entre 15% e 50% (MOURA, 1997). Com base em Pereira (2001) os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de sofrer quedas do que os idosos não institucionalizados, pois possuem menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física. Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes. (OMS, 2010).

O tempo de maior incidência de risco de queda seja dentro da instituição ou hospital pode variar com o período de permanência do indivíduo, porém, durante a primeira semana ocorre uma maior incidência, pois, seria o tempo de adaptação após a admissão do indivíduo, por sua dificuldade de se ajustar a

um ambiente novo com nova mobília sendo diferente do que ele já está acostumado e a nova rotina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Vários fatores que ocasionam quedas podem ser modificados, entre eles os fatores extrínsecos. Propõe-se a adaptação do ambiente com remoção dos riscos para prevenção de acidentes e aumento da funcionalidade. Em um estudo relatado por Tinetti (1995), observou-se que as modificações ambientais ocasionaram a diminuição de quedas e nos grupos que receberam as intervenções teve 25 % menos eventos de queda durante o estudo.

Na avaliação ambiental deve ocorrer a identificação dos fatores de riscos que favorecem a queda de idosos. Com o intuito de gerar melhor segurança ambiental, já que a maioria das quedas acontece durante a realização das atividades de vida diária, as seguintes medidas devem ser adotadas com o objetivo de diminuir a incidência de acidentes com idosos: escada com corrimão, evitar cadeiras muito baixas, evitar camas muito altas, evitar o uso de tapetes soltos, evitar deixar objetos pelo caminho e outros. No banheiro, instalar barras de apoio (banheira, vaso chuveiro, vaso sanitário), instalar vaso sanitário mais alto, usar tapetes antiderrapantes (CARVALHO,2002).

O terapeuta ocupacional pode ofertar uma gama de alternativas e possibilidades com a finalidade de adequar o ambiente ao indivíduo, tendo em consideração o quanto esse ambiente é relevante para atividade humana, e a importância que este ambiente esteja adequado para o idoso, reduzindo assim os riscos de queda, influenciando a saúde e bem-estar. Para uma melhor resolutividade, a conversa com o idoso deve ser realizada, para a apropriação das demandas, suas necessidades e desejos em relação ao espaço, tais como sua rotina prévia e atual, a necessidade atual de suporte, sua maneira em lidar com os problemas do cotidiano, como também levantar os fatores de estresses psicológicos atuais e avaliar quais habilidades os idosos tem preservadas (TROMBLY, 2005).

4. INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.

A trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil iniciou através das instituições religiosas, inspirada na caridade cristã. Inicialmente, estas instituições destinavam-se a prestar assistência à população carente, acolhendo crianças abandonadas, órfãos, idosos sem família, doentes mentais e mendigos, de modo geral. Só posteriormente houve a separação entre os diferentes tipos de necessitados e cada um ganhou seu próprio espaço. Os espaços de acolhimento reservado aos idosos receberam diferentes denominações: asilos, abrigo, casa de repouso, lar ou ancionato. (SBGG, 2003).

No Brasil, instituições deste tipo existem desde o século XIX. Um dos primeiros asilos brasileiros foi fundado em 1890 no Rio de Janeiro (NOVAES, 2003). Porém, o preconceito e o estigma com a população residente nessas instituições ainda hoje são visíveis. Apesar das mudanças, estes espaços ainda são considerados como “depósito de idosos”, lugar de exclusão, dominação e isolamento, e seus moradores são considerados pobres coitados.

Em 2005 a ANVISA reuniu sob a mesma denominação, Instituição de Longa Permanência para Idosos, todas as instituições que prestam assistência ao idoso, definindo-a como:

() instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (ANVISA, 2005)

A legislação brasileira que rege a proteção ao idoso, Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, afirma que o amparo ao idoso é dever da família, da sociedade e do Estado, deixando claro que os programas de cuidado ao idoso devem ser realizados “preferencialmente nos seus lares”, reforçando a atribuição do cuidado com o idoso dependente à família. Somente na ausência ou impossibilidade da família

em prover o sustento do idoso o Estado se responsabiliza. Entretanto, apesar da legislação prever modalidades asilar e não-asilar de assistência ao idoso, as políticas públicas de cuidados aos idosos sem rede de apoio social têm se restringido ao cuidado institucional, em Instituições de Longa Permanência para Idosos ILPIs.

Segundo Camarano (2010) são vários os motivos que levam o idoso a morar em uma ILPI, dentre eles destaca-se: idade avançada, problemas de renda da família e/ou condições de conflitos familiares, ausência do grupo familiar e/ou necessidade crescente de cuidado por parte do idoso, além de comprometidos físicos e mentais.

O Estatuto do Idoso (2003) estabelece que “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos próprios ou da família” (Art. 37§ 1º).

As mudanças sociais que vêm ocorrendo nas últimas décadas, entre elas as mudanças nos arranjos familiares, a crescente participação da mulher tradicional cuidadora, no mercado de trabalho, a ruptura de laços familiares e sociais, têm impossibilitado o cumprimento do que determina a legislação brasileira a cerca da responsabilidade das famílias com os cuidados dos membros dependentes.

Esta nova configuração social requer que tanto o Estado quanto o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Uma das alternativas de cuidados não-familiares existentes é a ILPI, seja pública ou privada (CAMARANO, 2010).

Pesquisa realizada pelo IPEA (2011) localizou 3.548 instituições no território brasileiro, em que moravam 83.870 idosos, o que significa 0,5% da população idosa. A grande maioria das ILPI brasileiras (65,2%) é filantrópica e apenas 6,6% das instituições são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições, número bem menor do que o de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700.

De acordo com Yamamoto (2002) as instituições filantrópicas se mantêm através de doações particulares de roupas, móveis e cestas básicas, contribuições das famílias, da própria aposentadoria dos idosos e de convênios com instituições religiosas, isso por conta do alto custo e sem uma verba fixa ao mês.

A região Sudeste concentra um maior número de ILPI, com 63,5% das instituições, região que também concentra o maior número de idosos do país. Entretanto, foi observada uma super-representação das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e uma sub-representação das demais, quando se levar em conta a distribuição da população idosa. A região Nordeste, por exemplo concentra 24,7% da população idosa brasileira, mas só tem 8,5% das ILPIs.

As ILPIs no Brasil, segundo a pesquisa do IPEA, geralmente são pequenas, abrigando cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados. Quanto aos residentes, a pesquisa constata que as mulheres predominam (57,3%)

No estado da Paraíba, o estudo identificou apenas 19 ILPIs. Estas instituições estão localizadas em 11 municípios, o que corresponde a uma cobertura municipal de apenas 4,9%. A maior parte delas se situa na capital; são seis ILPIs em João Pessoa, os municípios de Cabedelo, Patos e Santa Rita contam com duas cada município e o restante encontra-se distribuído pelo estado. (IPEA/SEDH 2008). Em todo estado foram contabilizados 651 residentes nas instituições identificadas. Também foi encontrada uma pequena parte dos residentes, 7,3%, têm menos de 60 anos, não se caracterizando, portanto, como população idosa. E quanto à distribuição da população idosa por sexo, o estado da Paraíba acompanha o padrão nacional com a predominância de mulheres.

As instituições da Paraíba podem ser consideradas de porte médio no que diz respeito ao número de residentes. Elas contam, em média, com 34 residentes. As instituições que contam com maior número de residentes chegam a cerca de 70 moradores, o que representa 31,6% do total das ILPIs.

Aproximadamente 15,8% delas têm até 10 residentes; 26,3% têm entre 11 e 20; 21,1%, entre 21 e 30; e 5,3% têm entre 31 e 70 residentes. (IPEA,2008).

No que diz respeito ao grau de dependência dos residentes nas instituições do estado é relativamente equivalente em ambos os sexos. Analisados em conjunto, nota-se que 36,6% deles são considerados independentes e 34,9%, dependentes. (IPEA,2008). A dependência entre os homens soma 40,2% sendo que a proporção de dependentes entre as mulheres é menor que entre os homens, 31,3%.

A ILPI Vila Vicentina Júlia Freire, onde o estudo foi realizado, é uma das seis instituições do município de João Pessoa. É uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, de cunho religioso, que foi criada em 1944. Reconhecida como utilidade pública através de leis municipal e estadual, a instituição abriga cerca de 64 idosos, de ambos os sexos, podendo ser reconhecida como de médio porte.

A instituição é mantida através de doações oriundas de instituições da sociedade civil organizada - Marçonaria, Associações, entre outros. -, instituições religiosas, órgãos públicos municipais e estaduais e ainda, com o pagamento de 70% do valor das aposentadorias ou dos Benefícios de Prestação Continuada que os idosos recebem.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, contemplando uma abordagem quanti-qualitativa. Segundo Gil (2008), define-se como estudo descritivo as pesquisas com objetivo da descrição das características de uma determinada população, fenômeno ou de uma experiência. Um dos aspectos do estudo é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Um estudo exploratório, segundo este autor, objetiva proporcionar maior familiaridade com o assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado.

A pesquisa foi realizada na Vila Vicentina Júlia Freire, instituição de longa permanência para idosos, localizada no município de João Pessoa – Paraíba. É uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, criada em 1944, e reconhecida como de utilidade pública através de leis municipal e estadual. A instituição abriga cerca de 64 pessoas, com 60 anos ou mais de idade, apesar de atualmente abrigar 2 pessoas que ainda não completaram esta idade, mas precisam de assistência. O estudo contou com a participação de 58 idosos residentes, de ambos os sexos e com idade igual ou maior que 60 anos, 4 idosos recusaram participar da pesquisa e 2 não se encaixavam nos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados no período de 15 de outubro a 30 de novembro de 2014. Para coleta foram utilizados os seguintes instrumentos: Formulário de identificação; o Índice de Katz; Protocolo de quedas e Avaliação ambiental.

O Formulário de identificação coletou dados de identificação dos prontuários dos residentes da ILP, tais como: nome, idade, sexo, escolaridade e sobre as condições de saúde do idoso - principais patologias ou deficiências/limitações apresentadas pelo idoso, e ainda, histórico de quedas.

O Índice de Katz foi utilizado para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. O instrumento avalia seis áreas, observando o grau

independência das atividades de vida diária (AVD), tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, utilização do banheiro para eliminações, controle de esfíncteres e realização de transferência. Sua classificação é baseada no desempenho de cada habilidade, composta por quatro graus: independência, dependência com auxílio humano, dependência com auxílio de dispositivos e dependência total.

O Protocolo de quedas foi utilizado em conjunto com o formulário de identificação, assim foram identificados os idosos com histórico de queda, para verificar as condições de saúde do idoso, sinais e sintomas que precederam a queda, o ambiente onde ocorreu e suas consequências.

A avaliação ambiental foi realizada através de um instrumento elaborado por Dagostim (2009), com algumas adaptações de acordo com a realidade institucional. O instrumento tem por base a NBR9050 e o Estatuto do Idoso, permitindo observar as condições ambientais que representam fatores de risco de quedas, tais como: tapetes soltos, baixa luminosidade, superfície escorregadias, entre outros. Além das avaliações foi utilizada uma trena metálica para mensuração das dimensões dos locais avaliados.

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram a aceitação dos idosos em participar da pesquisa de forma voluntária, fossem moradores da instituição e tivessem idade igual ou maior que 60 anos. Quanto aos critérios de exclusão foram os idosos que não aceitassem participar da pesquisa de forma voluntária, não morassem na instituição e tivessem menos de 60 anos de idade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, parecer com número CAAE: 35742314.8.0000.5188.

Todos os sujeitos foram informados quanto aos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE. Para os não alfabetizados, o questionário foi lido pelo entrevistador, sem interferência nas respostas, e assinado com a impressão digital do polegar direito no local da assinatura do TCLE.

Por tratar-se de uma pesquisa quali-quantitativa, os dados coletados através do Formulário de identificação, Índice de Katz e do Protocolo de quedas foram analisados estatisticamente, utilizando a amostra total, processados através do aplicativo IBM – SPSS Statistics 20, que permite ordenar dados, reorganizar a informação, realizar frequência, cruzamentos, entre outros. Os dados referentes ao ambiente a análise foram realizados de forma descritiva simples.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

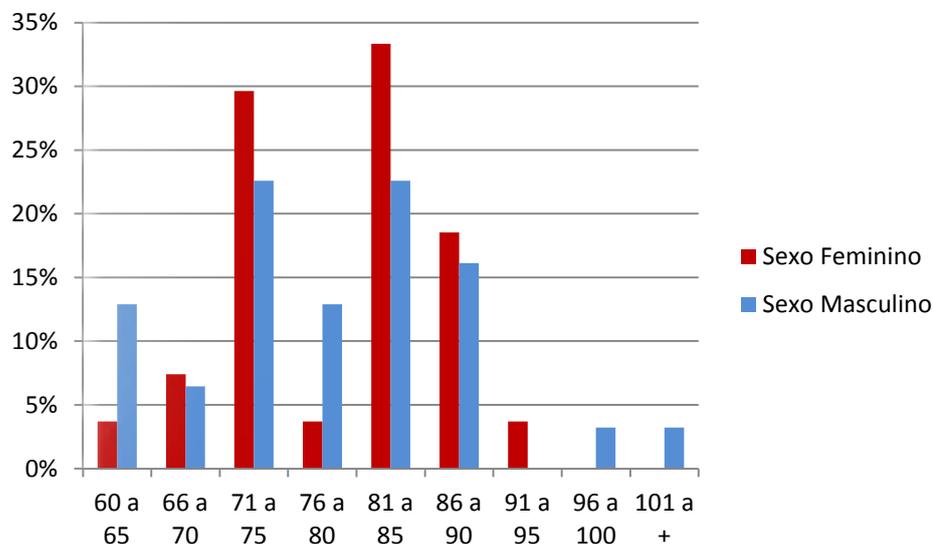
A instituição de longa permanência Vila Vicentina Júlia Freire abriga 64 pessoas, porém, dessas, apenas 58 participaram da pesquisa, pois quatro idosos não quiseram participar e dois residentes não se encaixavam nos critérios de inclusão, ainda não tinham 60 anos. A presença de pessoas não idosas moradoras de ILPI é encontrada na pesquisa realizada por Kanso; Camarano, et al (2010), revelando que, no Brasil, aproximadamente 12% dos residentes de instituições dessa natureza ainda não têm 60 anos.

6.1 Características dos idosos

Dos 58 idosos participantes da pesquisa, 46,6% são do sexo feminino e 53,4% são do sexo masculino. Este achado é bastante incomum, pois os estudos sobre ILPI (IPEA, 2011; Del Duca, 2009; Marchon, 2008; Araújo, 2007; Camarano, et al) demonstram que tais instituições possuem, predominantemente, moradores do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, considerando-se ambos os sexos, verifica-se uma maior frequência de pessoas entre 81 a 85 anos (27,6%), seguido por idosos de 71 a 75 anos (25,9%) e 86 a 90 anos (17,2%). Entretanto, quando separamos por sexo, observamos um maior contingente de mulheres entre os 81 a 85 anos (33,3%), 71 a 75 anos (29,6%) e 86 a 90 anos (18,5%). Há um maior número de homens, especialmente, na faixa de 60 a 65 anos (12,9%), 76 a 80 anos (12,9%) e, surpreendentemente, acima de 96 anos só há homens. Conforme pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 1. Percentual de idosos, segundo sexo, por faixa etária – VVJF, 2014



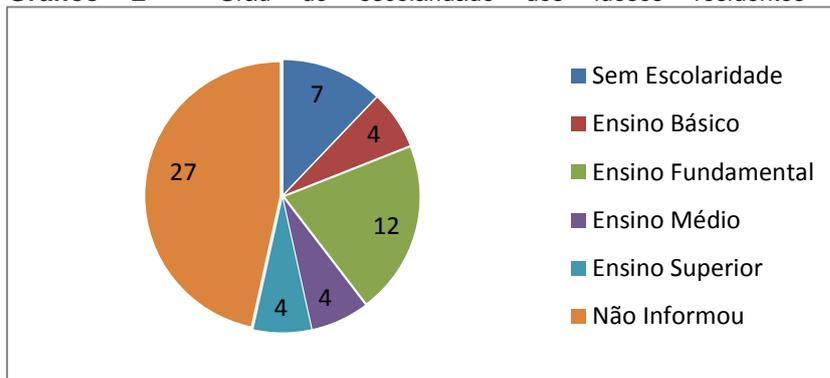
Fonte: Prontuários dos idosos da ILPI Vila Vicentina Júlia Freire - 2014

Este resultado surpreende ao considerarmos a maior longevidade das mulheres, de modo geral, e os dados sobre as ILPI no Brasil (KANSO; CAMARANO, et al, 2010), onde se constata uma predominância de mulheres acima dos 80 anos.

Com relação ao tempo de institucionalização, 22,4%, tanto dos homens quanto das mulheres, foram admitidos nos últimos 3 anos, o mesmo contingente reside nela de 7 a 10 anos, e 17,2% mora nela entre 4 a 6 anos. Dos 8 idosos que ingressaram no último ano, 3 deles estão na faixa etária entre 86 a 90 anos e 2 entre 76 e 80 anos. Sabemos que há uma tendência de procura por ILPI quando os sujeitos vão se tornando mais idosos e as necessidades de cuidados se acentuam, porém estes dados ainda são insuficientes para se afirmar esta tendência, mas serve para que ficarmos em alerta.

No que se diz a respeito à escolaridade, em cerca de 46,5 % dos casos não havia dados nos prontuários, 27% declaram ter ensino fundamental, sem especificar se completo ou incompleto e, 6,9% tem ensino básico e médio respectivamente. Do restante, 7 idosos não foram escolarizados, sendo 6 mulheres e apenas um homem e, do lado oposto, apenas homens declararam ter nível superior. O estudo de Ferreira (2011), apresenta dados semelhantes sobre os idosos (8,5%) não alfabetizados, (74,5%) com nível fundamental incompleto, (4,3%) com fundamental completo, (2,1%) com médio completo e (10,6%) com superior completo.

Gráfico 2 - Grau de escolaridade dos idosos residentes na ILPI VVJF - 2014



Fonte: Prontuários dos idosos da ILPI Vila Vicentina Júlia Freire - 2014

A situação de saúde dos idosos, que consta nos prontuários, quanto às patologias diagnosticadas pelos médicos que assistem os idosos na instituição, foram agrupadas de acordo com os dados coletados, resultando no quadro abaixo.

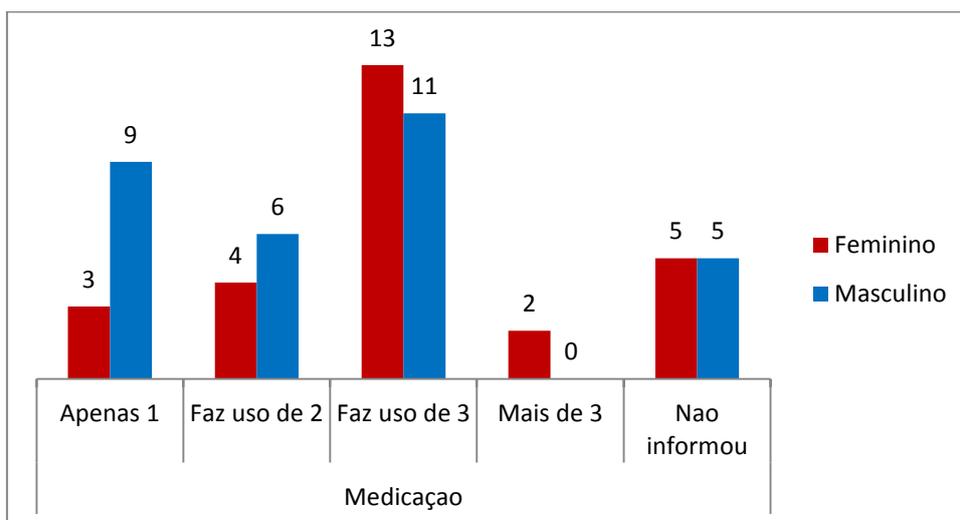
Quadro 1. Patologias que acometem os idosos da ILPI VVJF -2014

Diagnóstico	Frequência	%
Alzheimer	15	25,9
Parkinson	2	3,4
AVE	5	8,6
Hipertensão Arterial	9	15,5
Diabetes	6	10,3
Doença Mental	3	5,2
Cardiopatia	1	1,7
Artrite	1	1,7
Ablepsia (Cegueira)	1	1,7
Diabetes e Hipertensão	6	10,3
Alzheimer, Parkinson e Hipertensão.	1	1,7
Hipertensão, Diabetes e Doença Mental	1	1,7
Depressão e Hipertensão	1	1,7
Alzheimer e Diabetes	2	3,4
AVE e Hipertensão	1	1,7
Sem enfermidades	1	1,7
Não informou	2	3,4
Total	58	100,0

Fonte: Prontuários dos idosos da ILPI Vila Vicentina Júlia Freire – 2014

Como podemos observar a patologia mais frequente foi Alzheimer, com 25,9% sem a presença de outras patologias e mais 3 casos associados a outras morbidades, como Diabetes, Parkinson e Hipertensão Arterial. Observando que dentre os 18 indivíduos que apresentaram ter Alzheimer, 14 são homens e apenas 4 são mulheres. Um estudo de Ferreira (2013) demonstrou importante déficit no equilíbrio e dificuldade na marcha dos idosos institucionalizados com Alzheimer, representando um alto risco de queda, encontrado na escala de Tinetti, em 70% dos idosos, mais da metade da população do estudo, sendo que quanto maior a idade maior o risco de queda.

2 Destacaram-se também a Diabetes, Hipertensão arterial e Sequelas de Acidente Vascular Cerebral. A hipertensão arterial é a doença crônica mais comum entre os idosos, sendo que sua prevalência aumenta progressivamente com a idade e consiste no principal fator de risco para os acidentes vasculares cerebrais. (LORGA, 2002)

Gráfico 3. Número de idosos por quantidade de medicação, segundo o sexo - 2014

Fonte: Prontuários dos idosos da ILPI Vila Vicentina Júlia Freire – 2014

Quanto ao uso de medicação, o estudo de Tinetti (1995), revelou que o uso regular de medicamentos esteve presente em 91,6% dos idosos entrevistados, sendo que 54,7% faziam uso de três ou mais fármacos. Neste trabalho se obteve resultados semelhantes, pois na ocasião da queda todos os 16 residentes que caíram estavam fazendo o uso de mais de um medicamento o que pode ter contribuído para a ocorrência das quedas.

Com bases nos estudos de Fabrício (2004) e Brito (2001), há uma estreita relação entre o uso de medicações e quedas. A utilização de fármacos pode revelar-se como um fator de risco, principalmente quando o uso é de polifármacos. Segundo Chang (2004) e Rozenfeld (2003), os psicotrópicos (neurolépticos, benzodiazepínicos e antidepressivos) são os fármacos de maior risco para provocar quedas.

6.2. Capacidade funcional dos idosos

A pesquisa coletou dados sobre o grau de independência dos 58 idosos residentes na instituição, através do Índice de Katz. Este instrumento avalia a capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária – AVDs.

As avaliações foram realizadas diretamente com os idosos e apenas um pequeno número necessitou da participação dos cuidadores para responder as questões, visto que não tinham condições para fazer o questionário sozinhos, em geral, por apresentarem déficit cognitivo importante.

A fim de identificar as atividades em que os idosos apresentam maior dificuldade, analisamos uma a uma, cruzando, especialmente com idade e sexo. Desse modo, poderemos relacionar algumas delas com a incidência de risco de queda.

A atividade da alimentação refere-se ao ato de apanhar a comida do prato e levar o alimento até a boca, podendo a carne já estar cortada e a manteiga já ter sido passada no pão, por exemplo. Neste item observou-se que 79,3% dos idosos são independentes para se alimentar, sendo capazes de usar talheres e comer em tempo razoável; 6,9 % necessitam de ajuda de outra pessoa e 13,8% necessitam de assistência total. Chama à atenção que, tanto os 8 dos 10 idosos com idade entre 86 e 90 anos, quanto os dois mais idosos da instituição, de 96 a 100 anos e 101 a mais, são independentes na realização dessa atividade. Identificou-se no estudo de Aires (2009) que, 83,9% dos idosos são capazes de realizar essa atividade de forma independente. A alimentação mostra-se uma atividade em que a pessoa permanece mais tempo independente, pois, muitas vezes, mesmo que o idoso esteja acamado, impossibilitado de fazer outras atividades, ainda é capaz de alimentar-se sozinho.

Quanto ao banho, descrito como uso do chuveiro, ato de ensaboar e esfregar, entrar e sair do banheiro avaliou-se que 53,4% dos idosos são independentes, 29,3% são dependentes totais. As mulheres dependem parcial (4) ou totalmente (12) de ajuda, mais que os homens (6 e 5 respectivamente). Na pesquisa realizada por Aires (2009), este percentual é ainda maior, ficando na casa de 64,5% o número de pessoas idosas que são dependentes para banhar-se. Como o banho representa uma atividade de grande risco de queda, as pessoas tendem a necessitar mais de ajuda para realizar esta tarefa.

Em relação ao vestir, que considera o ato de apanhar a roupa do armário, vestir-se e despir-se, exclui-se os calçados, 58,3% dos idosos são independentes e 1,7% são dependentes sem ajuda humana, os que são dependentes com ajuda humana, corresponde a 13,8% e os dependentes totais chegam a 25,9%. Quanto a comparação, com outros estudos Del Duca, (2009) aponta sobre a capacidade de vestir-se, 90,1% são independentes e 9,9% necessitam de auxílio. E de Guedes (2004) em relação a esta função observa-se que 26,61% dos idosos são dependentes em relação ao vestir e 26,61% necessitam de ajuda e 46,78% dos idosos são independentes para essa tarefa.

Para realizar a transferência, ou seja, movimentar-se para sair e levantar/ sentar da cama e/ou cadeiras, aproximadamente 69% dos idosos são independentes. Entretanto, os homens são mais independentes (25) que as mulheres (15), uma vez que esta atividade requer mais força física. Observa-se que idosos com idade avançada, entre 81 a 85 anos, permanecem independentes. Idosos que necessitam de ajuda do cuidador somam 15,5% e dependentes totais são 13,8%. Segundo o Ministério da Saúde (1999) a utilização de técnicas inadequadas para transferência de cadeiras ou cadeiras de rodas, pode estar relacionada à incidência de queda, representando um risco para o idoso.

Controle de esfíncteres referem-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. Quanto ao controle de micção, 65,5% dos idosos se dizem independentes, mas quase $\frac{1}{4}$, 14 idosos são totalmente dependentes, sendo a grande maioria mulheres (10). Quanto ao controle de evacuação, 63,8% são independentes, 10,3% dependentes com auxílio do cuidador e 24,1% são dependentes totais. Novamente as mulheres são mais dependentes, nas mesmas proporções. Ainda a pesquisa de Aires (2009), encontra um percentual de 71,0% das pessoas idosas que consegue manter o controle dos esfíncteres até chegar ao banheiro. Importante ressaltar que a incontinência urinária é uma importante causa de queda, seja porque o idoso apressa-se para chegar ao sanitário, quando ainda tem alguma percepção, seja porque escorrega no chão molhado pela urina.

Quanto ao uso do banheiro, compreende-se o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se, despir-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes são aqueles que se utilizam ou não de algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função, sem que isso alterasse sua classificação. Sendo assim, as idades entre 71 a 75 anos e 81 a 85 anos correspondem a percentuais iguais 62,1%, quanto a independência para utilizar o banheiro, 1,7% são dependentes, pois necessitam de algum aparelhos (comadre, marreco), por volta 13,8% são dependentes, necessitam de ajuda do cuidador e os dependentes totais são 22,4%.

Desse modo, pode-se avaliar o grau de independência para as AVDs, constatando-se que 64,4% dos idosos são independentes, 11,8% são dependentes que necessitam de auxílio de um cuidador para realizar as AVDs, 2,8% necessitam de ajuda não humana e 1,9% são dependentes totais. Em relação ao grau de independência por sexo, tanto este estudo quanto o de Oliveira (2010), verificam que os homens são mais independentes que as mulheres, ao longo da velhice, em todos os seis itens do índice de Katz analisado.

6.3. Avaliação ambiental

A instituição de longa permanência VVJF ocupa um espaço físico bastante amplo, possuindo área construída e área livre. A avaliação ambiental permitiu analisar os vários pavimentos, salas, áreas comuns, quartos individuais femininos e masculinos, quartos coletivos (enfermaria), refeitório, banheiros e corredores. Esses locais foram avaliados conforme a área física e instalações, iluminação, ruídos, ventilação/temperatura, cores, mobiliário e acessos.

Em relação à área física da instituição, observa-se que a construção é do tipo horizontal, como recomendado pela portaria de Nº 810/89, com grande área sem construções, com espaços entre os pavimentos, áreas de circulação e área fora da circulação dos idosos. Nas áreas internas o piso é de cerâmica,

e na área externa há piso antiderrapante. Também na área externa existe uma parte que não possui pavimentação (areia e grama), e a IPL não possui piso tátil.

A instituição possui saída de emergência, porém a sinalização de emergência é precária. Dispõe iluminação de emergência nos corredores e quartos, entretanto, no momento não estava funcionando. De acordo com a Portaria Nº 810/89, os prédios deverão dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, em segurança, dos residentes, em casos de emergência de acordo com a exigência do Corpo de Bombeiros.

As maçanetas das portas são do tipo alavanca e oval, contrariando a Portaria 810/89 que diz: “3.2.2 - As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra que dificulte a abertura das mesmas”.

A instituição é dividida em alas, feminina e masculina, e uma espécie de corredor externo, coberto, une os dois pavimentos, uma área de convivência, o refeitório, um espaço para eventos e um jardim. Existem rampas que dão acesso a estas áreas, e poucas escadas. Há apenas uma escada no final do pavilhão feminino. Existem quartos individuais para os homens fora da ala masculina. Estes quartos são ocupados por idosos mais independentes e que precisam de pouca assistência ou supervisão

Área externa:

Figura 1 e 2- Área externa (próximo à entrada da instituição)



Fonte: foto retirada da página oficial da instituição na internet

Quanto à iluminação da instituição, a principal forma de iluminação é a natural durante o dia, e apenas poucos locais como a rouparia e o ateliê os quais dividem o mesmo espaço, utilizam iluminação artificial o todo tempo. Os quartos possuem iluminação natural e artificial, pois tanto os quartos femininos quanto os masculinos a iluminação natural é pouca durante o dia. Quando se

compara ambas as alas, observa-se que os quartos masculinos possuem uma iluminação natural melhor que os quartos femininos.

A iluminação artificial é feita através de lâmpadas do tipo fluorescente. As lâmpadas incandescentes fornecem uma luz com tons vermelhos e amarelos, sendo assim, essa luz modifica as cores e por isso não é recomendada. As vantagens da lâmpada fluorescente é que elas possibilitam uma composição de cores semelhantes ao do dia. A iluminação natural acontece através das portas e cobogó. Através das portas, que são usadas para circulação, ocorrem mudanças graduais de iluminação, principalmente nos corredores.

Segundo Pascale (2002 apud DAGOSTIM, 2009, p.35), os níveis de iluminação devem ser aumentados para compensar a perda da acuidade visual do idoso. Deve-se evitar mudança repentina de iluminação, pois “iluminação desigual ou irregular pode produzir reflexos de sombras e/ou criar ilusões de degraus ou bloqueios à frente”, podendo aumentar risco de acidentes.

No que se refere às cores, todas as paredes da área externa da ILPI são coloridas e estimulantes, vermelhas ou amarelas. Vale a pena salientar que algumas paredes da área externa possuem cerâmica na parte inferior e, apenas na área interna, as paredes na parte superior dos quartos e enfermaria são de cores menos estimulantes com tons pastel.

Figura 3- Área externa (Próximo ao pavilhão masculino)



Fonte: foto retirada da página oficial da instituição na internet

Em a relação aos ruídos, apesar da instituição estar localizada em uma rua de grande movimento de automóveis e ônibus, o barulho de transito não chega a incomodar, pois a área ocupada pela instituição fica recuada e, especialmente os quartos ficam distantes.

Quanto à ventilação, ocorre naturalmente no ambiente interno, porém em alguns quartos há pouca ventilação, necessitando do uso da ventilação mecânica (ventilador).

Em todo mobiliário da instituição observa-se poucos móveis, poltronas e sofá são fundos e baixos, possui bancos na área externa, algumas cadeiras plásticas possuem braços e outras não, cadeiras de balanço com braços. As camas possuem grades, os corredores com corrimão possuem livre acesso, possuem rampas acessíveis e não possuem tapetes nas áreas comuns.

Refeitório:

O refeitório possui uma porta principal medindo por volta de 1,50 m e que dá acesso a uma área comum que liga as duas alas, este espaço entre as alas torna-se uma área de socialização e de convivência. Há outra porta que dá acesso à cozinha da instituição. O piso e as paredes do refeitório são revestidos de cerâmica de cor clara (branca), as janelas são de vidro com abertura para fora.

O mobiliário do refeitório, composto por mesas e cadeiras, são de material plástico. As cadeiras do refeitório não possuem braço e o espaço entre as mesas é variado, muitas vezes dependendo do espaço em que as mesas se encontram, há a possibilidade de dificultar a mobilidade dos idosos tornando um espaço pequeno para transitar, ou até mesmo por falta de estabilidade o idoso procure apoio da mesa para levantar-se e assim possa ser que seja um fator de risco para que aconteça a queda. Segundo Pascale (2002, apud DAGOSTIM, 2009) as cadeiras do ambiente em que se fazem as refeições devem priorizar a estabilidade, o encosto é essencial para as pessoas que são fragilizadas fisicamente e os braços são fundamentais para realização do ato

sentar e levantar. No refeitório acontecem refeições coletivas e as mesas são de quatro lugares para que haja socialização durante as refeições,

O espaço para eventos e o refeitório são locais abertos, oferecem boa ventilação e iluminação, são os locais mais iluminados de toda ILP, com grande quantidade de luz natural comparado aos outros locais. A iluminação artificial é feita por lâmpadas fluorescentes.

Ala feminina:

O pavilhão feminino é dividido por três corredores, um principal medindo 1,90 m de largura, e em ambos os lados possui corrimão, instalados a 90 cm do piso, largura de 4 cm e 5 cm afastados da parede, dois corredores paralelos ao corredor principal ambos medem 106,cm. Estas medidas estão de acordo com a NBR9050 (2004) que estabelece os seguintes parâmetros: os corrimãos devem ter largura entre 3 cm e 4,5 cm, devidamente fixadas as paredes e deve ser deixado um espaço livre de no mínimo 4 cm entre a parede e a barra. A altura dos corrimãos deve ser de 92 cm do piso, medidos de sua geratriz superior.

Figura4- Corredor principal do pavilhão feminino



Fonte: Dados do pesquisador

O pavilhão é composto por vinte e seis quartos, possui uma varanda, com cadeira, uma mesa de centro e um sofá, que funciona como hall de entrada e como uma sala de convivência. No fim do pavilhão também possui uma área semelhante. Há ainda no pavilhão feminino um local destinado a guardar a roupas que funciona também com ateliê de costura, e uma dispensa. Cada idosa possui um quarto individual com banheiro e quarto coletivo feminino (enfermaria) possuem seis camas, avaliação do interior dos quartos, verificou-se que há cinco leitos por quarto, o número máximo recomendado seriam quatro leitos.

Figura 5- Entrada do quarto coletivo feminino - enfermaria



Fonte: Dados do pesquisador

As portas dos quartos possuem a altura das maçanetas de 1,10 m, de acordo com o recomendado. Alguns locais as portas possuem maçanetas do tipo alavanca, mas algumas portas possuem maçanetas ovais. Segundo a NBR9050 (2004) as portas devem ter condições de ser abertas com um único movimento e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca.

O piso dos quartos é de cerâmica comum, que ao entrar em contato com líquidos pode ficar escorregadio e ocasionar quedas, o ideal é que o piso seja antiderrapante para prevenção de futuras quedas. As paredes na parte inferior são de cerâmicas e a parte superior é branca. O teto do quarto é forrado de gesso.

O mobiliário de cada quarto é de responsabilidade dos idosos, na maioria dos quartos, há frigobar em alguns, outros possuem criado-mudo, as camas ficam próximas às paredes, a altura das camas podem variar, observando que a maioria é baixa. Recomenda-se que a altura da cama seja entre 45 cm e 50 cm incluindo o colchão e que o idoso alcance os pés no chão ao levantar-se. No quarto coletivo (enfermaria) as camas são mais altas e possuem grades, nesse cômodo não possuem móveis. Em alguns quartos há presença de tapetes soltos.

Há pouca ventilação no local, não havendo janelas para que possa ocorrer ventilação natural, neste caso, ocorre apenas ventilação pelas portas e cobogó, não havendo muita circulação de ar no local. Muitos idosos recorrem à ventilação artificial por meio de ventiladores de mesas.

Quanto à iluminação, durante o dia ocorre de forma natural vinda do corredor principal e do cobogó, porém como esse é revestido por tela anti-mosquito, a luminosidade proveniente dele é precária, necessitando, muitas vezes, do uso da iluminação artificial, por meio de lâmpadas fluorescentes.

Há poucos ruídos nos dormitórios femininos, já que estes ficam bem distantes da rua e das áreas de maior movimento da instituição.

Ala masculina:

A ala masculina é dividida entre dois corredores, um principal, menor que o da ala feminina. A largura do corredor está um pouco abaixo do recomendado medindo 1,30 m, quando o recomendado é 1,50 m. Só possui corrimão em um dos lados do corredor. Há um outro corredor que fica no ambiente externo, que dá acesso a uma porta da sala de TV que fica no centro da ala.

Obedecendo as normas que determinam que em todos os locais onde exista mudança de nível entre dois ambientes, haja rampas com largura mínima de 1,50 m, o acesso aos dormitórios masculinos é feito através de uma rampa que mede 1,60 m de largura, com corrimão em ambos os lados.

A sala de televisão que fica no centro da ala e dispõe de cadeiras e poltronas baixas e fundas, de preferência o sofá e poltronas sejam altos e com braços pois facilitam e são mais estáveis para levantar e sentar (inserir na) sala é composta por três portas, uma para corredor da área externa e duas que levam aos quartos. A sala de televisão possui iluminação natural, é um local bem iluminado durante o dia, a iluminação acontece por cobogó e portas. A ventilação ocorre de forma natural e com auxílio de um ventilador.

A ala masculina, ao todo, é composta por vinte quartos, dos quais dez ficam localizados fora do pavilhão. Os quartos possuem janelas que dão para a área externa. Nesse pavilhão os quartos são coletivos e os que estão localizados na área externa são individuais. No maior quarto coletivo as camas são paralelas, de ferro e todas possuem grades, a distância entre as mesmas são de 0,60 cm estão pouco abaixo do recomendado uma distância mínima seria 0,80cm. Soma um total de seis leitos paralelos, o recomendado seria até quatro leitos. Ainda nesse pavilhão os outros coletivos possuem cerca de três camas, são de madeiras, ficam próximas as paredes, possuem menos móveis em relação ao quarto feminino, não possuem tapetes soltos. Os quartos localizados na área externa são semelhante ao da ala feminina, camas de madeira, próxima a paredes com e com móveis (criado mudo e frigobar). Algumas portas possuem maçanetas arredondadas que podem dificultar a circulação do idoso.

Figura 6- Quartos individuais masculino na área externa



Fonte:Dados do pesquisador

O pavilhão masculino fica mais próximo a entrada da instituição, porém o ruído não é muito grande.

Banheiros:

Cada quarto possui um banheiro privativo. São azulejados alguns de cor cinza e outros de bege, possuem piso antiderrapante e portas sanfonadas. O piso antiderrapante é indispensável, pois faz com que o idoso tenha mais segurança é um item primordial para evitarem-se quedas no banheiro. Quanto a porta recomenda-se que seja fácil abertura, deve-se retirar fechadura ou deixa-las sem chaves para que em caso de emergência não dificulte e seja de fácil e rápido acesso.

Quando há dificuldade para levantar ou sentar, colocar adaptadores nos vasos sanitários para aumentar a altura do assento do vaso. O assento deve ter largura mínima de 45 cm e 46 cm do piso. Todos banheiros possuem barras de apoio. Nos banheiros as barras devem estar localizadas na lateral e

no fundo das bacias sanitárias, com no mínimo de comprimento de 80 cm e de altura do chão a barra de 75 cm (NBR9050, 2004).

Tanto os banheiros femininos quanto os masculinos possuem iluminação natural através de janelas do tipo cobogó e iluminação artificial por fluorescentes.

6.4 Histórico de quedas :

Dos 58 idosos avaliados foi possível identificar 17 idosos (27,5%) que já tinham histórico de quedas. Desse total foi possível aplicar o protocolo de queda com 16 idosos, pois um dos idosos não quis participar. Este instrumento permitiu obter os seguintes resultados:

Os residentes do sexo masculino sofreram mais quedas do que sexo feminino (9 e 7 respectivamente), divergindo de outros achados de pesquisa, tais como os de Berg (1997) e Santos (2005). Quanto à faixa de idade observou-se que a maior frequência de quedas em ambos os sexos foi de 81 a 85 anos 43,8 %.

Verificou-se que a maior frequência de quedas se deu durante o dia, cerca de 75%, e que os homens caíram mais nesse período do que as mulheres. Entretanto, Carvalho (2002) afirma que o idoso estaria mais exposto aos riscos de cair ao levantar-se durante a noite para ir ao banheiro ou para beber água.

Em relação à posição que se encontravam antes de cair, 62,5% afirmam que estavam de pé antes da queda, neste caso as mulheres se destacaram (6 delas), enquanto que 4 homens estavam deitados, o que sugere que caíram ao tentar levantar-se. Estima-se que 37,5 % tenham caído para os lados.

Cerca de 87,5% dos idosos alegam não ter necessitado de ajuda para levantar-se após a queda, o fizeram sozinhos e 68,8% não permaneceu muito tempo ao chão, só 5 deles relata ter passado mais tempo no chão (possivelmente os que caíram durante a noite) já que dormem em quartos individuais, o que dificulta receber ajuda imediata. Quanto à frequência, do total

de idosos com histórico de queda 56,3% tinha sido a primeira queda, mas 25% contam sofrer quedas com frequência.

Quando ao estado de saúde desses idosos observa-se: 50% de ambos os sexos relatam ter dificuldade visual; os idosos do sexo masculino demonstraram ter mais dificuldades para andar (7) do que as mulheres (4); mas as mulheres (5) fazem mais uso do aparelho de ajuda para locomoção do que os homens (3). Todos os idosos que apresentaram quedas fazem uso de um ou mais medicamentos. Com relação aos sintomas no momento da queda, podemos observar que: 56,3 % relataram não sentir nenhum sintoma; 31,3% relataram apresentar dor; 6,3% apresentaram a perda de consciência, tontura e confusão mental.

O local de maior ocorrência de quedas foi o quarto, em 56,3% dos casos, especialmente próximo à cama (93,5%), apesar do piso não apresentar superfícies irregulares ou estar molhado. E 25% das quedas ocorreram no corredor. A grande parte das camas são baixas, vale ressaltar que as camas do leito masculinos são altas, quase todas elas ficam próximas da parede.

Saber o local de maior frequência de quedas é muito importante, pois pode-se intervir preventivamente reduzindo os fatores ambientais, diminuindo a proporção de acidentes. Nesse sentido, os dados corroboram com o alerta do Ministério da Saúde (1999) quando falam que as quedas, muitas vezes, estão relacionadas a atividades de vida diária, desde uma simples mudança de postura como virar-se, inclinar-se ou levantar-se, ir ou sair de cama e cadeiras, ir ou sair de vasos sanitários, entre outros.

Apesar de 62,5% dos casos de queda não ter levado a nenhuma lesão grave, apenas hematomas e cortes, e 18,8% terem sofrido fraturas de fêmur, 12,5% lesões nos joelhos e 6,3% lesão na cabeça, observa-se a presença de uma das mais preocupantes consequências da queda que é o medo de andar, em 31,4% idosos (GALLO, 2001). O medo de voltar a cair, ou “síndrome pós-queda”, citada pelos idosos, também foi relatado por vários autores. O medo após a queda pode gerar não somente o medo de novas quedas, mas também de sofrer imobilizações, ser hospitalizado, tornar-se dependente de outras

peças para realização do autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, e até mesmo pode implicar na socialização, pois ficaram mais isolados e portanto pode trazer esses sentimentos, acarretar em alterações emocionais psicológicas e sociais (KONG E BECCKE ,2002)

Por fim, vale registrar que tivemos dificuldade para obter os dados sobre a incidência e os idosos com histórico de quedas, pois nem todos os prontuários dos idosos constava o registro da ocorrência das quedas. Esta informação foi complementada pelos cuidadores, portanto a incidência encontrada pode estar subestimada. Este é um dos primeiros estudos a abordar os riscos de quedas na instituição.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo avaliaram-se os fatores de risco de quedas para os idosos moradores da ILPI Vila Vicentina Júlia Freire. A partir do formulário de identificação foi possível obter dados acerca dos idosos que possibilitaram traçar um perfil da população residente na instituição. A avaliação da capacidade funcional, por meio do Índice de Katz, permitiu identificar os idosos mais dependentes, assim como as atividades nas quais eles têm mais dificuldades e sua correlação com os riscos de queda. Através da investigação do ambiente institucional, verificou-se que haviam fatores ambientais que poderiam representar riscos de quedas.

A perda da capacidade funcional, o declínio motor e fraqueza muscular, próprio do processo de envelhecimento priva, muitas vezes, as pessoas idosas de sua autonomia e independência. A literatura aponta a grande incidência de quedas que ocorrem com idosos frágeis, especialmente os institucionalizados, provocadas por fatores como idade avançada, uso de poli fármacos, doenças crônico-degenerativas e alterações nos sistemas sensoriais e vestibulares.

Os achados desse estudo, em grande medida, também confirmam o que diz a literatura, como podemos verificar: a incidência de queda entre os residentes ultrapassa os 25% do total; a incidência é maior entre idosos com idade avançada, 80 anos ou mais; os idosos com histórico de quedas fazem usos de muitos poli fármacos, podendo haver relação entre estes fatores, pois alguns podem alterar o grau de atenção, respostas motoras, alterações no equilíbrio e outros. Com relação à incidência de doenças, chama a atenção o número de moradores diagnosticados com mal de Alzheimer, o que representa um risco potencial, pois como é uma doença neurodegenerativa, caracterizada pelo declínio da memória recente e de outras funções cognitivas requer uma atenção maior, pois, com o passar do tempo, eles perdem a noção de espaço, há uma diminuição da coordenação motora e do equilíbrio, favorecendo o surgimento de quedas.

Observa-se que aproximadamente 1/3 dos idosos apresentam algum grau de dependência na realização das AVDs, e dentre elas destaca-se como de maior potencial de risco de queda o banho, a transferência, e a incontinência urinária. O desempenho de tais atividades requer atenção especial por parte dos cuidadores.

Quanto aos fatores ambientais analisados os que representam mais risco para os idosos foram a pouca iluminação encontrada em alguns locais, como quartos e corredor do pavilhão feminino; rampas sem material antiderrapante; piso que mesmo sendo antiderrapante não é fosco, e o brilho pode afetar confundir o idoso; a escada no fim do pavilhão feminino que apresenta o último degrau instável; cadeiras do refeitório sem apoio para os braços e alguns mobiliários com altura inadequada, como as camas de alguns leitos. Apesar dessas observações, vale ressaltar que a instituição atende, de modo geral, as normas de segurança ambiental recomendada pelos órgãos competentes, tais como rampas adequadas (com inclinação e tamanho), barras nos sanitários, corrimão nos corredores e áreas de circulação dos idosos, enfim, apresenta boas condições de segurança ambiental.

Por fim, um achado que chama a atenção diz respeito ao local onde a ocorrência de quedas tem sido mais frequente, qual seja, próximo a cama do idoso. Este dado necessita ser mais explorado a fim de apurar melhor as causas e encontrar alternativas preventivas de tais acidentes.

Um dos desdobramentos desse trabalho foi a proposta de um projeto de extensão intitulado “Prevenindo quedas” que tem por objetivo o desenvolvimento de ações em orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco de queda que está sendo implementado com idosos e seus cuidadores, aumentando a segurança dos idosos, preservando assim sua independência e saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada, 283, de 26 de setembro de 2005.

ARAÚJO, M. O. P. H. de; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(3):378-85.

BECKER, R. C.; GEBHARD, F.; MUCHER, R.; SCHEIBLE, S.; NIKOLAUS, T. Epidemiologie von stürzen älterer. *Z Orthop* 1999;137:482-5.

BRASIL. Ministério da Saúde; Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. – Brasília, 2007.; 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da família. Atenção a saúde do idoso- Instabilidade postural e quedas. Brasília , Ministério da Saúde.1999

BRASIL. Ministério da Justiça. Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03> Acesso em: Outubro/2014

BORGES, L. L; GARCIA, P. A; RIBEIRO, S. O. V;. Características clínico-demográficas, quedas e equilíbrio funcional de idosos institucionalizados e comunitários. Revista Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.22, n.1, p.53-60, jan/mar 2009

BRITTO, F. C.; COSTA, S. M. N.; Quedas. In: PAPALETTO NETTO, M.; BRITTO, F. C. Urgências em geriatria. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p 323-335.

CAMARANO, A. A. Instituições de Longa Permanência e Outras Modalidades de Arranjos Domiciliares para Idosos. In: NÉRI, Anita. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade . São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Sesc, 2007a, . p. 169-190.

CAMARANO, A A Características das instituições de longa permanência para idosos –Região Norte. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2007
CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rev Saúde Pública 2002; 36:448-54.110.

CATTELAN, Anderson Vesz et al. Análise ergonômica de uma instituição de longa

permanência para idosos em Passo Fundo – RS. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 75-82, jul./dez. 2007.
CHANG, J. T.; MORTON, S. C.; RUBENSTEIN, L. Z; et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. BMJ 2004; 328(7441)680.

CORDEIRO, R. C.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D.; PERRACINI, M.; RAMOS, L. R. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. Rev de Fisioter 2002 jul/dez; 9(2): 69-77.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad Saúde Pública 2002; 18:1359-66

CUNHA, U. G. de V.; GUIMARÃES, R. M. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In:GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. de V. Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54

DAGOSTIM.,D K. Análise dos fatores ambientais de uma instituição de longa permanência para idosos. 2009 112 f. Trabalho de conclusão de curso(Bacharel em Fisioterapia –Universidade do Extremo Sul Catarinense ,Criciúma 2009)

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 796-805. Epub Sep 18, 2009. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.

ERMIDA, J. G. Processo de envelhecimento in: COSTA, M. A; et al (Orgs).O idoso: problemas e realidades.

FABRÍCIO; S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, M. L. C. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública 2004; 38(1):93-99.

GALLO, J. J. (Editor). Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil . Rio de Janeiro: IBGE Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1445> Acesso em: Novembro/2014

KANSO, S.; CAMARANO, A. A.; LEITÃO E MELLO, J.; CARVALHO, D. F. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 17., 2010, Caxambú.

JACOB FILHO, W.; SITTA, M. C. Interprofissionalidade. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. 524p.

KONG, K. S.; LEE, F.; MACKENZIE, A. E.; LEE, D. T. F. Psychosocial consequences of falling: the perspective of der Hong Kong chinese who had experienced recent falls. *J Advanced Nursing* 2002;37:234-24

LIMA, D. P. Quedas nos idosos: fatores de riscos e implicações. Monografia para a conclusão do curso de Especialização em Geriatria.- Escola de Saúde publica do Ceará 2005, p.83

LIMA, R. da C.; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(1):31-40, jan, 2010

LORGA, Adalberto et al. I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2002, vol.79, suppl.1, pp. 1-46.

MACHADO, C. M. L. A capacidade decisória do idoso e a disposição familiar frente ao envelhecimento e a assistência médica. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

MENEZES, R. L; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Estatuto do Idoso, portaria nº 810/89.

Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jan 2015

MOURA, R.N.; SANTOS, F.C.; DRIEMEIER, M.; SANTOS, L.M.; RAMOS, L.R. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia*, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999

NETTO, M. P.; BORGONOV, N. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 524p. cap4, 44-59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. São Paulo; 2000. p. 1017-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf. Acesso em : junho/2014

PASCALE, Maria Aparecida. Ergonomia e alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da Demência do tipo Alzheimer. 2002. 120 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

PEREIRA L. S. M.; BRITTO R. R. Programa de Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004

RAMOS, L. R; Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793- 798, mai- jun, 2003

REBELATTO, J.; CASTRO, A. P. de; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de prensão manual. Acta ortop. bras. [online]. 2007, vol.15, n.3, pp. 151-154.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. Fisioterapia Geriátrica: a Prática da Assistência ao Idoso. 2ª edição ampliada. São Paulo: Manole, 2007.

ROCHA, F.L.; CUNHA, U.G.V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arquivos Brasileiros de Medicina, v. 68, n. 1, p. 9-13, 1994

ROZENFELD, S.; CAMACHO, L. A.; VERAS, R. P. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. Rev Panam Salud Publica.2003; 13(6):369-375.

SANTOS, M. L. C.; ANDRADE, M. C. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. Rev Baiana Saúde Pública 2005; 29:57-68.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – Seção São Paulo- Instituição de Longa permanência para Idosos: Manual de funcionamento. São Paulo, Sociedade Brasileira de Gerontria e Gerontologia. – Seção São Paulo, 2003 :36p.

TINETTi ME, INOUE SK, Gill TM, DOUCETTE JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndrome. J. Am. Med. Assoc. 1995; 273: 1348-1353

YAMAMOTO, A; DIOGO, M.D Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - AVALIAÇÃO AMBIENTAL

AVALIAÇÃO AMBIENTAL

A avaliação a seguir, foi construída com base na portaria nº 810/89 do Ministério da Saúde e da NBR9050.

1. Área física e instalações

- São construções horizontais?

() sim () não

- Há saída de emergência?

() sim () não

- Existe piso tátil ?

() sim () não

2. Iluminação

- Há presença de iluminação natural?

() sim () não

Por qual/is entradas? (janela(s), porta(s), etc).

Observações _____

- Há presença de iluminação artificial?

() sim () não

Florescentes ou incandescentes? Quantas?

Observações _____

- Ocorrem mudanças graduais de iluminação em espaços transitórios (por ex. área interna para a externa)?

() sim () não

Observações _____

3. Ruídos

- Há presença de ruídos intensos e constantes externos como trânsito, fábricas ou construções próximas?

() sim () não

Qual/is? _____

- Há presença de ruídos internos intensos e incômodos (como o barulho de alguma máquina)?

() sim () não

Qual/is? _____

- Existe algum mecanismo presente na instituição, para amenizar os ruídos?

() sim () não

Qual/is? _____

4. Ventilação/ temperatura :

- Ocorre ventilação natural no local interno?

() sim () não

- Através de qual/is aberturas (janelas, portas)?

- Ocorre ventilação mecânica nos quartos (ventiladores, exaustores)?

() sim () não

Qual/is? Quantos?

- É utilizada refrigeração mecânica?

() sim () não

5. Cores :

Paredes, assoalho, teto, portas e janelas:

- São coloridas e estimulantes?

() sim () não

- São de cores pálidas ou pastel?

() sim () não

- Possuem alto grau de brilho?

() sim () não

- São cores foscas?

() sim () não

6. Mobiliário :

- Existem tapetes soltos sobre o piso?

() sim () não

Onde? _____

- O chão encontra-se encerado?

() sim () não

Onde? _____

Refeitório:

- A altura das mesas está adequada? Entre 74 cm e 87cm?

() sim () não

- As cadeiras são fixas no chão?

() sim () não

Observações _____

- As cadeiras possuem braços?

() sim () não

Observações _____

- As mesas são feitas de que material (madeira, concreto, material laminado etc.)?

Observações _____

- Quantos pés possuem as mesas?

Observações _____

- Distância entre as mesas

Observações _____

Sala:

- Há presença de móveis como “mesinhas” baixas, dispostas no centro da sala?

() sim () não

Observações _____

- As poltronas são baixas, fundas ou macias e com braços baixos?

() sim () não

Observações _____

Quartos:

- Há presença de criado-mudo (mesinha lateral), com luz presente (abajur)?

() sim () não

Observações _____

- Há botão de campainha na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção?

() sim () não

- Há a distância mínima entre 2 (dois) leitos paralelos de 1,00 m?

() sim () não _____

- A distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela é de 0,50m como recomendado?

() sim () não

Observações _____

leito?

() sim () não

- Sendo quatro o número máximo de leitos por dormitório?

() sim () não

Observações _____

- Há presença de grades nas camas?

() sim () não

- Elas quando abaixadas encostam-se ao chão?

() sim () não

Observações _____

- Há camas tipo beliche, camas de armar ou assemelhadas?

() sim () não

Observações _____

- Há instalação de divisórias improvisadas que prejudiquem a iluminação e a ventilação?

() sim () não

7. Acessos e circulação

Corredores:

- Os corredores principais das instituições tem largura mínima de 1,50m?

() sim () não

Observações _____

- Os corredores são equipados com corrimão em ambos os lados?

() sim () não

- Instalados a 0,70m do piso e distantes 0,05m da parede?

() sim () não

Observações _____

Rampas:

- Há presença de piso antiderrapante?

() sim () não

- Possui corrimão?

() sim () não

- Possui largura adequada recomendada de 1,50 metros de largura?

() sim () não

Observações _____

-
- No início e no término da rampa estão previstos patamares com dimensão longitudinal mínima recomendável de 1,50 m?

() sim () não

Observações _____

-
- Há no mínimo 2 (dois) acessos independentes, sendo um deles para os idosos e outro para os serviços?

() sim () não

Observações _____

Portas:

- As portas externas e internas têm no mínimo vão luz de 0.80m, como recomendado?

() sim () não

Observações _____

-
- Há portas de correr?

() sim () não

Observações _____

Elas possuem os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas?

() sim () não observações

➤ As portas dos sanitários são abertas para fora?

() sim () não

Observações _____

➤ E são instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior?

() sim () não

Observações _____

➤ Objetos tais como corrimãos e barras de apoio, entre outros, são circulares com diâmetro entre 3,0 cm e 4,5 cm? E estão afastados no mínimo 4,0 cm da parede ou outro obstáculo? (NBR 9050)

() sim () não

Observações _____

➤ As maçanetas das portas são do tipo arredondado ou de qualquer outra que dificulte a abertura das mesmas?

() sim () não

Observações _____

➤ As maçanetas são do tipo alavanca? Instaladas a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m, conforme o recomendado pela NBR9050?

() sim () não

Observações _____

Escadas:

➤ Foram construídas em lances retos?

() sim () não

➤ Possuem largura adequada recomendada de no mínimo 1,50 m de largura? (sendo o mínimo admissível de 1,20m).

() sim () não

Observações _____

➤ Há presença de luz de vigília permanente?

() sim () não

➤ Existem corrimãos em ambos os lados?

() sim () não

Observações _____

➤ É deixado um espaço livre de no mínimo 4,0 cm entre a parede e o corrimão?

() sim () não

Observações _____

Instalações Sanitárias:

➤ Os sanitários são separados por sexo?

() sim () não

- E obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no "box" do chuveiro?

() sim () não

- Eles são instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos atendidos?

() sim () não

- Há botão de campainha ao alcance da mão nas instalações sanitárias?

() sim () não

Observações _____

- O vaso sanitário é instalado sobre um sóculo de 0,15m de altura, na proporção de 1 (um) vaso sanitário para cada 6 (seis) pessoas?

() sim () não

Observações _____

- O chuveiro é obrigatoriamente de água quente e na proporção de um chuveiro para cada 12 (doze) leitos?

() sim () não

Observações _____

- A bacia sanitária (bidê) quando existente, é instalada sobre um sóculo de 0,15m de altura, e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário?

() sim () não _____

APÊNDICE 02
FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

FORMULARIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: ___ Idade: ___ Data de Nascimento: ___/___/___

Tempo de institucionalização: _____

Escolaridade : _____

Enfermidades diagnosticadas:

DEMENCIA() PARKINSON() AVE() TREMOR() DEPRESSAO ()

HIPERTENSAO ARTERIAL () DIABETES()

Outros : _____

Medicação em uso: _____

Usa algum aparelho para deambular?

Caiu no ultimo ano?

Data: ___/___/___

APÊNDICE 03-
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor(a) _____

Esta pesquisa é sobre **Quedas em idosos institucionalizados: identificando fatores de riscos**, e está sendo desenvolvida pelo pesquisador, **Maria Jessica Formiga Malzoni** aluna do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da professora **Marcia Carvalho de Carvalho Gomes**, constituindo o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna.

O objetivo desta pesquisa é identificar os fatores de risco de queda para idosos residentes dessa Instituição.

A finalidade deste trabalho é contribuir para prevenir queda dos idosos, através da avaliação da capacidade funcional dos idosos e da avaliação do ambiente institucional.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, informamos que, de acordo com a Resolução nº466 de 12 de novembro de 2012 da CONEP/MS, essa pesquisa oferece riscos mínimos como qualquer pesquisa que apresenta questionários e/ou entrevistas, mas que não são nocivos para a sua saúde. Informamos, ainda, que no caso de haver desconforto e/ou incômodo quando da abordagem de assuntos referentes à temática da pesquisa, o/a senhor/a pode interromper sua participação a qualquer momento, e só voltar a fazê-lo se assim e desejar e da maneira como julgar conveniente.

Sua participação consistirá em responder a um questionário padronizado sobre suas atividades de vida diária e, possivelmente, um protocolo sobre queda, caso já tenha sofrido alguma.

Salientamos que os dados desta pesquisa ficarão guardados no Departamento de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, por 5 anos e, após esse período, serão descartados, de acordo com a Resolução número 466 de 12 de novembro de 2012; seus dados serão mantidos em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o/a senhor/a não é obrigado/a a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a

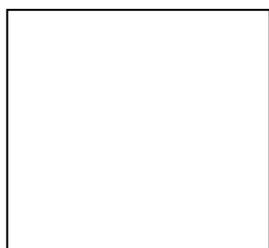
qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido/a e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora orientadora Marcia Carvalho de Carvalho Gomes: (83) 3216 7996 ou (83) 9682 4888 .

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I. Ou: Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária/ Campus I, Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Profa. Marcia Carvalho de Carvalho Gomes

Maria Jessica Formiga Malzoni

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

APENCICE 04-
CARTA DE ANUÊNCIA



Obra Unida da Sociedade de São Vicente de Paulo



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que a pesquisadora **Maria Jessica Formiga Malzoni**, realize coleta de dados no período de 30 de setembro à 30 de outubro do seu projeto de pesquisa:

Quedas em idosos institucionalizados: identificando fatores de riscos

Este projeto está sob a orientação da professora Márcia Queiroz de Carvalho Gomes, cujo objeto é identificar os fatores de risco de queda para idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

João Pessoa, 07 / 08 / 2014

Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

Marcelo Paulino de Melo
Presidente

APENDICE 05-
FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊ



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 18/09/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: IDENTIFICANDO FATORES DE RISCOS”** da Pesquisadora Marcia Queiroz de Carvalho Gomes. Protocolo 0517/14. CAAE: 35742314.8.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.



Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXOS

ANEXO 01-
PROTOCOLO DE QUEDAS

PROTOCOLO DE QUEDAS

NOME: _____

IDADE: _____

DATA: __/__/__

CIRCUNSTÂNCIAS DA QUEDA

Local: _____ Horário: _____

Como caiu: para frente para trás para os lados assentado tropeço escorregão

Como estava antes de cair: de pé assentado deitado

Levantou-se sozinho: Sim Não

Permaneceu muito tempo no chão: Sim Não > 2 horas

Frequência de quedas:

1ª vez 1 vez/semana ≥2-3 vezes/semana 1 vez/mês ≥ 2 vezes/mês > do que essas

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO:

VISÃO

Baixa acuidade visual: SIM NÃO

MOBILIDADE

Dificuldade em andar: SIM NÃO

Usa andador, bengala: SIM NÃO

CONFUSÃO MENTAL: SIM NÃO

USA MEDICAMENTOS: SIM NÃO

Quais: _____

SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO DA QUEDA:

Tontura: SIM NÃO

Perda de consciência: SIM NÃO

Palidez: SIM NÃO

Confusão mental: SIM NÃO

Sudorese: SIM NÃO

Dor: SIM NÃO

Liberação de esfíncteres: SIM NÃO

Medida de PA: _____

CONDIÇÕES DO AMBIENTE:

PISO:

Molhado SIM NÃO

Cera SIM NÃO

Superfície Irregular SIM NÃO

Degrau SIM NÃO

Derrapante SIM NÃO

Tapete SIM NÃO

RAMPA: SIM NÃO

ESCADA: SIM NÃO

CAMA:

1. Alta Baixa

2. Com grade Sem grade

3. Próxima à parede ou outros objetos SIM NÃO

CADEIRA ou SOFÁ Alto Baixa Com braço Sem braço

FIOS SOLTOS: SIM NÃO

ILUMINAÇÃO: SIM NÃO

MÓVEIS AMONTOADOS: SIM NÃO

OBJETOS NO CHÃO: SIM NÃO

CONSEQÜÊNCIA DE QUEDA:

Hematoma SIM NÃO

Corte/Curativos SIM NÃO

Fratura SIM NÃO

Medo de andar SIM NÃO

Equimose SIM NÃO

Edema SIM NÃO

Hospitalização SIM NÃO

Local da lesão: _____

ANEXO 02
ÍNDICE DE KATZ

ÍNDICE DE KATZ

(modificado)

NOME: _____

IDADE: _____

DATA: ___/___/___

FUNÇÃO		INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA		COMPLETA O idoso não faz a atividade considerada (3)
			PARCIAL		
			Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja		Dependente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.		Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.		Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa		Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito
CONTROLE ESFINCTE-RIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca		Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.