

RAFAELA VIVIAN VALCARENGHI

**FUNCIONALIDADE, COGNIÇÃO E DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS QUE SOFRERAM QUEDAS NA CIDADE DO RIO
GRANDE/RS**

**RIO GRANDE
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que
sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS**

RAFAELA VIVIAN VALCARENGHI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem e Saúde para Indivíduos e Grupos Sociais

Orientadora: Profa Dra Silvana Sidney Costa Santos

Rio Grande
2009

V141f Valcarenghi, Rafaela Vivian
Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS / Rafaela Vivian Valcarenghi. – 2009.

95 f.

Orientadora: Silvana Sidney Costa Santos
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

1. Enfermagem 2. Enfermagem gerontológica 3. Idosos institucionalizados 4. Instituição de longa permanência I. Título.
II. Santos, Silvana Sidney Costa

CDU: 616-083-053.9

RAFAELA VIVIAN VALCARENGHI
FUNCIONALIDADE, COGNIÇÃO E DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS QUE SOFRERAM QUEDAS NA CIDADE DO RIO
GRANDE/RS.

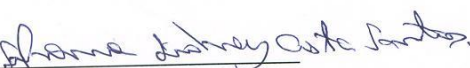
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de

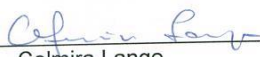
MESTRE EM ENFERMAGEM

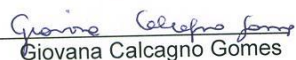
e aprovada na sua versão final no dia 18 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

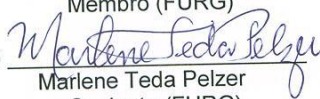
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
(Coordenador do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dr(a) 
Silvana Sidney Costa Santos
Presidente FURG

Dr(a) 
Celmira Lange
Membro (UFPEL)

Dr(a) 
Giovana Calcagno Gomes
Membro (FURG)

Dr(a) 
Marlene Teda Pelzer
Suplente (FURG)

Aos meus pais René Valcarenghi e Terezinha
Vivian Valcarenghi, que sempre se fizeram
presentes em minha vida, obrigada pelo exemplo
de força e de coragem, embora longe, me
transmitiram segurança e amor para prosseguir e
chegar até aqui.

Agradecimentos

É chegada a hora de agradecer...

Agradeço a Deus por mais essa conquista e pela oportunidade a realização e conclusão do Mestrado.

Aos meus pais, pelo amor, apoio e incentivo. Não existem palavras para expressar o quanto vocês são importantes e o quanto fizeram para mim.

Aos meus irmãos, pela colaboração e incentivo.

À minha orientadora, professora Silvana Sidney Costa Santos, por toda atenção, paciência, dedicação, incentivo, sabedoria e conhecimentos. Muito obrigada por essa oportunidade, por acreditar e estimular essa conquista.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos transmitidos.

Ao GEP-GERON, pelos conhecimentos, apoio e colaboração para a realização desta pesquisa; em especial, a Edison Barlem, Clariana Victória e Bárbara Tarouco.

Às professoras doutoras da banca de sustentação, pela colaboração e ajuda.

Aos colegas de Mestrado, pelo convívio, experiências compartilhadas e compreensão, em especial a Ariane Minussi Feliciani, Cynthia Fontella Sant'Anna, Grazielle Dalmolin e Evelyn Roballo.

A todos os meus amigos, por comemorarem comigo cada conquista e que, direta ou indiretamente participaram desta pesquisa, ao me darem apoio, atenção e carinho.

Às amigas, colegas e "irmãs" Ariane Minussi Feliciani e Cynthia Fontella Sant'Anna, pelo convívio e por compartilharem comigo muitas angústias e dúvidas. Obrigada pela amizade, contribuições e incentivo para a realização desta dissertação.

À administração e funcionários da Instituição de Longa Permanência para Idosos – Asylo de Pobres.

Aos idosos, por aceitarem participar da pesquisa. Pelas lições de vida e experiências. Muito obrigada!

A todos que não citei aqui e que, de uma maneira ou outra, me auxiliaram, o meu muito obrigada!

“Ama-se o que se conquista com
esforço”.
Aristóteles

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo esquemático do estudo	36
------------	------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos idosos institucionalizados quanto à ocupação e local de nascimento	44
Tabela 2 –	Caracterização dos idosos institucionalizados quanto à escolaridade, idade, sexo, tempo de moradia na ILPI e influência de quedas	45
Tabela 3 –	Caracterização dos idosos institucionalizados quanto ao motivo da institucionalização, número de filhos vivos e uso de medicações	47
Tabela 4 –	Caracterização dos idosos institucionalizados quanto ao risco de quedas, em relação a diversas alterações na saúde	49
Tabela 5 –	Capacidade funcional dos idosos institucionalizados	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Capacidade funcional (banho x quedas de idosos institucionalizados)	52
Gráfico 2 –	Capacidade funcional (vestuário x quedas de idosos institucionalizados)	53
Gráfico 3 –	Capacidade funcional (higiene pessoal x quedas de idosos institucionalizados)	54
Gráfico 4 –	Capacidade funcional (transferência x quedas de idosos institucionalizados)	55
Gráfico 5 –	Capacidade funcional (alimentação x quedas de idosos institucionalizados)	56
Gráfico 6 –	Capacidade funcional (continência x quedas de idosos institucionalizados)	57
Gráfico 7 –	Cognição e quedas em idosos institucionalizados	58
Gráfico 8 –	Depressão e quedas em idosos institucionalizados.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção de quedas	66
------------	--	----

RESUMO

VALCARENGHI, Rafaela Vivian. **Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS.** 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

O estudo apresentado teve como objetivos: geral – analisar a influência de alterações na funcionalidade/cognição e presença de depressão nas quedas em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no sul do Brasil. Específicos: identificar aspectos favoráveis às quedas nos idosos institucionalizados; estabelecer o perfil dos idosos quanto à capacidade funcional, cognição, depressão e as quedas; propor a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada à prevenção de quedas nos idosos institucionalizados. Foi realizada uma investigação de natureza mista: quantitativa e qualitativa. Os sujeitos foram trinta idosos residentes em uma ILPI no município do Rio Grande, RS, Brasil. Foram instrumentos de coleta de dados: Caracterização dos idosos institucionalizados, Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ (AVD-KATZ), Miniexame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG), Questionário para o Risco de Quedas, Formulário de observação para o risco de quedas na ILPI. A análise dos dados deu-se a partir de sua inserção no Programa Excel, seguido de tratamento pelo Programa SPSS 13.0. Depois, elaboraram-se as propostas às ações de Enfermagem voltadas à prevenção de quedas nos idosos residentes. Pudemos identificar que existem, na ILPI investigada, alguns aspectos favorecedores de quedas dos idosos, como a presença de desnível no terreno e a pouca iluminação. Verificou-se que treze idosos apresentaram quedas, sendo a maioria do sexo feminino; tais acidentes ocorreram mais em idosos com idade avançada e com menor tempo de moradia na ILPI, comprovando a importância da adaptação ao ambiente. Em relação à capacidade funcional, a maioria dos idosos que caíram, foi aqueles independentes para as AVDs; dos vinte idosos que apresentaram escore sugestivo para *déficit* cognitivo, dez sofreram quedas. Não houve influência significativa entre a presença de depressão e as quedas dos idosos investigados. Acredita-se que, através deste estudo, seja possível contribuir para minimizar a vulnerabilidade dos idosos residentes em ILPIs no que se refere às quedas, auxiliando na prevenção/cuidados por meio da elaboração de ações/estratégias viáveis, contribuindo para melhora da funcionalidade, da cognição e minimizando a depressão.

Descritores: Avaliação geriátrica; Acidentes por quedas; Instituição de Longa Permanência para Idosos, Enfermagem.

ABSTRACT

VALCARENGHI, Rafaela Vivian. **Functionality, cognition and depression with institutionalized elderly have suffered falls in the city of Rio Grande/RS.** 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

The study aimed to: general - to analyze the influence of changes in functionality / cognition and depression in the presence of falls in elderly residents in Homes for the Aged in southern Brazil. Specifics: to identify positive aspects to falls in institutionalized elderly and to describe the profile of the elderly as functional capacity, cognition, depression and falls; propose Care System Nursing, health-oriented prevention of falls in institutionalized elderly. An investigation of a mixed nature: quantitative and qualitative. The subjects were thirty elderly residents in Home for the Aged in Rio Grande, RS, Brazil. Were instruments of data collection: Characterization of the institutionalized elderly, Index of Independence in Activities of Daily Living KATZ, Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale Short, Questionnaire for Risk of Falls, observation form for the risk of falls in the Homes for the Aged. Analysis of data was the basis of their involvement in the Excel program, followed by treatment with SPSS 13.0. Then developed the proposals to the actions of Nursing aimed at preventing falls in elderly residents. We were able to identify that there are in Homes for the Aged investigated, some favorable aspects to the falls of the elderly, such as the presence of unevenness on the ground and poor lighting. It was found that thirteen had elderly falls, with most females, more such accidents occurred in elderly patients with advanced age and less time living in the Home for the Aged, showing the importance of adaptation to the environment. In relation to functional capacity, most of the elderly who fell were those for the independent ADL; twenty elderly who had a score suggestive for cognitive impairment, ten showed declines. There were no significant between presence of depression and falls in the study population. It is believed that through this study it is possible to help reduce the vulnerability of elderly residents of Home for the Aged and the falls, assisting in the prevention / care through the development of actions / strategies that are feasible, contributing to improved functionality, cognition and minimizing depression.

Descriptors: Geriatric Assessment; Accidental Falls; Home for the Aged, Nursing.

RESUMEN

VALCARENGHI, Rafaela Vivian. **Oficial de la cognición y la depresión en ancianos institucionalizados a sufrido caídas en la ciudad de Rio Grande/RS.** 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

El estudio tuvo como objetivo: general - para analizar la influencia de los cambios en la funcionalidad / cognición y la depresión en la presencia de caídas en los ancianos residentes en un Hogares para Ancianos en el sur de Brasil. Específicos: identificar los aspectos positivos a las caídas en los ancianos institucionalizados, y describir el perfil de las personas mayores como la capacidad funcional, la cognición, la depresión y caídas; proponer Sistema de Atención de Enfermería (ASN), prevenciones orientadas a las caídas en los ancianos institucionalizados. Una investigación de carácter mixto: cuantitativo y cualitativo. Los sujetos fueron treinta ancianos residentes en un Hogar para Ancianos en Río Grande, RS, Brasil. Eran instrumentos de recolección de datos: Caracterización de los ancianos institucionalizados, Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria KATZ, Mini Examen del Estado Mental, Escala de Depresión Geriátrica curta, Cuestionario de Riesgos de caídas, la forma de observación para el riesgo de caídas en la Hogar para Ancianos. Análisis de los datos era la base de su participación en el programa Excel, seguido por el tratamiento con SPSS 13.0. Luego desarrolló las propuestas para las acciones de Enfermería dirigido a la prevención de caídas en los residentes de edad avanzada. Hemos podido identificar que hay en Hogar para Ancianos investigados, algunos de los aspectos favorables a las caídas de los ancianos, tales como la presencia de desnivel en el terreno y de poca luz. Se encontró que trece tuvieron caídas mayores, con más mujeres, más accidentes se produjeron en ancianos con edad avanzada y menos tiempo de vida en la Hogar para Ancianos, que muestra la importancia de la adaptación al medio ambiente. En relación con la capacidad funcional, la mayoría de los ancianos que cayeron fueron los de la AVD independiente, veinte personas de edad avanzada que tenían una puntuación sugestiva para el deterioro cognitivo, diez mostraron descensos. No hubo significativa entre la presencia de depresión y baja en la población de estudio. Se cree que a través de este estudio es posible para ayudar a reducir la vulnerabilidad de los ancianos residentes de Hogar para Ancianos y las caídas, ayudando a la prevención y atención a través del desarrollo de acciones y estrategias que sean viables, contribuyendo a la mejora de la funcionalidad, la cognición y reducir al mínimo la depresión.

Descriptores: Evaluación Geriátrica, Accidentes por caídas, Hogares para Ancianos, Enfermería.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	REFERENCIAL CONCEITUAL	23
3.1	Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	23
3.2	Cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado	26
3.3	Modelo esquemático do estudo	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de pesquisa	37
4.2	Local	38
4.3	Sujeitos	38
4.4	Aspectos éticos	38
4.5	Coleta de dados	39
4.6	Análise dos dados	40
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	42
5.1	Aspectos favorecedores das quedas verificados na estrutura da ILPI e nos idosos	42
5.2	Perfil dos idosos institucionalizados quanto às alterações na capacidade funcional, cognição e presença de depressão em função das quedas	44
5.2.1	Caracterização dos idosos institucionalizados	44
5.2.2	Influência da alteração da capacidade funcional nas quedas dos idosos institucionalizados	50
5.2.3	Influência da cognição nas quedas em idosos institucionalizados	57
5.2.4	Influência da depressão nas quedas em idosos institucionalizados	58
5.3	Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção das quedas	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
7	REFERÊNCIAS	75
8	APÊNDICE	82
Apêndice A	Formulário de observação da ILPI quanto à presença de aspectos favorecedores de quedas nos idosos	82
9	ANEXOS	85
Anexo A	Parecer do Comitê de Ética CEPAS/FURG	85
Anexo B	Caracterização dos idosos institucionalizados	86
Anexo C	Índex de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ (AVD-KATZ)	88
Anexo D	Miniexame do Estado Mental (Minimental MEEM)	89
Anexo E	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG)	93
Anexo F	Questionário para Risco de Quedas	94

1 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica, no ano de 2006 me inseri no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS), realizando atividade de extensão permanente em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), na cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Entre 2006 e 2007 tive oportunidade de desenvolver um trabalho de iniciação científica, na mesma ILPI, como bolsista PROBIC-CNPq, quando foi elaborado e implementado o Prontuário do Residente. O tema voltado às alterações na funcionalidade, cognição e presença de depressão em idosos institucionalizados vem sendo investigado pelo GEP-GERON, desde o primeiro semestre de 2005. A minha formação, voltada à pessoa idosa, direcionou-me, após a conclusão do curso de bacharelado em enfermagem, em 2007, a iniciar minha vida profissional como primeira e única enfermeira de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde permaneço, realizando ações gerenciais e, principalmente, cuidativas aos idosos residentes sob minha responsabilidade.

A expectativa de vida vem aumentando em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos e das melhores condições de higiene e saneamento básico, que reduziram as mortes por doenças infecto-contagiosas (MEIRELES et al., 2007). Tais mudanças surgiram em resposta à pluralidade das necessidades emergentes, isto é, atender às demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade. Essas transformações representam diferentes desafios à pesquisa em saúde/enfermagem na busca da articulação entre o progresso técnico e as organizações sociais (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Além das transformações do perfil demográfico, devem ser analisadas as influências exercidas nos aspectos sociais e culturais do Brasil. Essas repercussões ainda são pouco estudadas, mas cabe destacar a importância de uma análise minuciosa na área, uma vez que a cada ano a população idosa aumenta e necessita de atenção especial.

Pela rapidez do referido aumento da população idosa, não está havendo tempo suficiente para o Brasil se organizar a fim de lidar de modo adequado com o

atendimento das demandas dessa população. A assistência à saúde dos idosos dependentes representa novos desafios para o sistema de saúde no país.

Vários fatores podem influenciar o processo de envelhecimento. De acordo com Eliopoulos (2005, p. 26), os principais são “hereditariedade, nutrição, estado de saúde, experiências de vida, ambiente, atividade e estresse”. Cada pessoa envelhece de maneira individualizada, porém, muitas características são evidentes na maioria dos indivíduos de uma mesma faixa etária e em um mesmo contexto.

O envelhecimento é um processo comum a todos os organismos vivos, cujo início se dá já na concepção. No entanto, apesar da naturalidade e normalidade, muitos idosos enfrentam a velhice como se fosse uma experiência desagradável e/ou patológica. Por outro lado, mesmo com as limitações que podem ser impostas pelas doenças capazes de acometer os idosos, muitos deles têm uma compreensão positiva em relação à idade avançada (ELIOPOULOS, 2005), vivenciando a velhice de maneira mais positiva.

As doenças mais comuns do idoso, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), somadas à falta de atividade física, podem agravar seu estado de saúde, levando-o a certo grau de dependência. Assim, pode tornar-se comum para alguns idosos o fato de passarem a depender de cuidados especiais para a realização de suas Atividades de Vida Diária (AVD), como por exemplo, ajuda para alimentar-se, vestir-se, entre outras (MINCATO; FREITAS, 2007), que podem levar à perda da autonomia e da independência.

O processo de envelhecimento possui características próprias em sua estrutura social, colocando-nos como sujeitos e agentes da saúde. Apresenta também múltiplas dimensões, que abrangem questões de ordem social, política, cultural e econômica (DAVIM et al., 2004).

Em vista das proporções estatísticas que assinalam o crescimento de idosos brasileiros, pode-se prever um considerável aumento na demanda por ILPIs; porém, a institucionalização desses idosos, muitas vezes, acarreta diminuição na autonomia, perda de identidade e até de vínculos com familiares e amigos (TOMASINI; ALVES, 2007).

Muitas famílias não têm condições de atender os seus idosos em ambiente domiciliar e a solução, no entendimento das mesmas, é a institucionalização, que se torna, então, a única opção para os idosos e seus familiares (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006). Assim, há necessidade da ILPI reproduzir um ambiente residencial,

que apresente as características de um lar, não podendo ser marcado pelo isolamento ou pelo afastamento dos idosos da vida social, nem tampouco constituir espaço de uniformização da vida de seus usuários. Tais instituições devem proporcionar uma assistência de acordo com as necessidades dos residentes, tentando incentivar a manutenção da autonomia e independência, além de preservar a intimidade e privacidade dos idosos institucionalizados (BORN; BOECHAT, 2006). As ILPIs estão presentes nos dispositivos legais que asseguram os direitos dos idosos brasileiros.

O Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Nesse sentido, a Política Nacional do Idoso (PNI) assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, por meio da Lei nº 8.842/94 e do Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 2006a).

A lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a PNI, constitui a priorização do cuidado ao idoso pela família, em detrimento do atendimento institucional, exceto quando os idosos não apresentam condições de cuidado que garantam sua própria sobrevivência (BRASIL, 1994). O Decreto nº 1.948/96, que regulamenta a Lei nº 8.842/94, refere que a modalidade de atendimento em ILPI é aquela em regime de internato para idosos que não possuem vínculo familiar ou que não tenham condições de prover sua subsistência ou, ainda, em casos de abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da família (BRASIL, 1996).

Com o surgimento do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, aprovado em 2003, ampliou-se a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente acerca do papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa, de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso contribuiu de maneira fundamental à legislação que protege o idoso, tornando seus direitos mais acessíveis: hoje ele é lido e cobrado por várias pessoas com 60 anos ou mais, no país inteiro.

Em relação à ILPI, o Estatuto faz, no Título II, Capítulo IX, referência à habitação, afirmando que a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência é prestada quando se identifica a inexistência de grupo familiar ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. Para o cuidado do idoso, toda ILPI deve ter uma identificação externa visível e atender as exigências da

legislação vigente. E ainda deve manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos. No Título IV, Capítulo II, no que se refere às entidades de atendimento ao idoso, determinam que as ILPIs devem adotar alguns princípios, tais como: preservação de vínculos familiares; atendimento personalizado e em grupos; manutenção do idoso na mesma instituição; participação do idoso em atividades comunitárias; garantia dos direitos dos idosos; preservação da identidade e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. As entidades em questão serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros órgãos, previstos em lei (BRASIL, 2003).

Mais recentemente, surge o Pacto pela Vida e nele a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades acordadas entre as três esferas de governo; também em seu texto vem apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional do Idoso. A publicação do Pacto pela Vida foi um avanço importante, mas muito ainda necessita ser feito para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Para tanto, foi aprovada a Portaria 2.2528 de 19 de outubro de 2006, que reorganiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade passa a ser “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2006b, p. 3).

As *diretrizes* a serem seguidas na direção da saúde do idoso, no Pacto pela Vida, por meio da PNSPI, são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde do idoso; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS, na área de saúde do idoso; divulgação e informação sobre a PNSPI para trabalhadores de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional nas experiências de atenção à saúde dos idosos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

A principal finalidade da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, através de medidas individuais e coletivas de saúde destinadas a este fim. A prática de cuidados ao idoso exige abordagem global,

interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a questão de prevenção de quedas passou a ser um ponto extremamente importante no SUS, o que pode ser verificado pela publicação da Portaria 325, de 21 de fevereiro de 2008, a qual estabelece prioridades e metas do Pacto pela Vida para 2008, apresentando indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, juntamente com orientações, prazos e diretrizes para realização da pactuação. A prioridade I diz respeito à saúde do idoso e tem os seguintes objetivos:

Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI (BRASIL, 2008, p. 1).

Além do conhecimento sobre a PNI, há necessidade de que os trabalhadores da saúde e, principalmente o enfermeiro, enfatizem a implementação do conhecimento científico e tecnológico no cuidado à pessoa idosa, nele incluído o conhecimento acerca da avaliação multidimensional do idoso, isto é, aquela em que a avaliação envolve várias dimensões, entre as quais: a social, a cognitiva, a afetiva, a funcional e as questões relacionadas às quedas. Para atingir resultados satisfatórios, há necessidade de que a mesma seja implementada de maneira multiprofissional e interdisciplinar.

Tendo em vista a minha trajetória no âmbito da enfermagem gerontogeriatrica e o respaldo da literatura pertinente, que sinaliza para novos enfoques de cuidado, considere relevante pesquisar sobre alterações na funcionalidade/cognição, e a presença da depressão e sua influência nas quedas em idosos residentes em ILPIs.

As quedas ocorrem em todas as idades; porém, são mais frequentes nas pessoas idosas que, ao caírem, correm maior risco de apresentarem lesões (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006). Para os idosos, as quedas possuem significado relevante, no sentido de que podem levá-los à incapacidade e outros problemas. O custo social é enorme e torna-se maior quando o idoso apresenta diminuição de sua autonomia e independência ou passa a necessitar de institucionalização (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

O idoso com perda de memória, acompanhado de diminuição da coordenação motora e outras alterações que podem ocorrer devido ao processo de envelhecimento, está exposto à ocorrência de acidentes; dentre eles, o mais comum são as quedas, que podem ser responsáveis, muitas vezes, por incapacidades e dependência (LANGE, 2005). No que se refere às quedas, é importante reforçar ainda que elas podem representar um importante agravamento na saúde dos idosos, podendo desencadear consequências irreversíveis e até casos de morte entre essa população. Por isso, tornam-se necessárias medidas de intervenção por parte dos profissionais de saúde, visando à alteração de atitudes e à redução de danos gerados por tais acidentes (LOPES et al, 2007).

De acordo com documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma das condições que mais leva a incapacitações. Em 2020, a estimativa é de que ela alcance o segundo lugar como causa de incapacidades, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Em termos quantitativos, a prevalência de depressão pode alcançar 40% dos idosos institucionalizados (TOLEDO; SANTOS NETO, 2006).

Nesse sentido, o estudo aqui proposto teve como questão-problema de pesquisa a seguinte: qual a relação existente entre alterações na funcionalidade, na cognição e presença da depressão e as quedas em idosos institucionalizados? Serão igualmente questionamentos norteadores: como se apresenta a ILPI investigada quanto aos fatores que contribuem para as quedas? Qual o perfil dos idosos residentes com risco para quedas quanto à capacidade funcional, cognitiva e presença de depressão? Que diagnósticos e prescrições de enfermagem poderão ser propostos para prevenção de quedas nos idosos residentes em ILPIs?

Como possíveis respostas à questão de pesquisa, apresento as seguintes hipóteses: 1. As ILPIs apresentam fatores contribuintes às quedas nos idosos residentes. 2. Os idosos institucionalizados com alterações nas capacidades funcional, cognitiva e com depressão tendem a ter mais quedas do que os outros residentes. 3. Alguns diagnósticos e prescrições de enfermagem, apresentados por meio de uma proposta de Sistematização de Assistência da Enfermagem (SAE), podem contribuir na prevenção de quedas de idosos institucionalizados.

Acredito que, através deste estudo, seja possível contribuir para minimizar a vulnerabilidade dos idosos residentes em ILPIs quanto às quedas, auxiliando na prevenção/cuidados através da elaboração de ações/estratégias viáveis,

melhorando assim a funcionalidade e a cognição e minimizando a depressão, utilizando-se, para tanto, de parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a influência de alterações na funcionalidade, cognição e presença de depressão em idosos que residam em uma ILPI e que tenham sofrido quedas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar aspectos favoráveis às quedas na ILPI;
- Estabelecer o perfil dos idosos quanto à capacidade funcional, cognição, presença de depressão e ocorrência de quedas;
- Propor uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tendo como focos os possíveis diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem correlatas, para prevenção de quedas nos idosos residentes em ILPIs.

3 REFERENCIAL CONCEITUAL

Inicialmente, neste capítulo, proponho uma reflexão sobre Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Em seguida, trato do Cuidado de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado, contemplando reflexões relacionadas às alterações na funcionalidade, cognição, presença de depressão e quedas na pessoa idosa. E, por fim, encerrando o capítulo, apresento o Modelo Esquemático do Estudo, que representa o caminho percorrido durante a pesquisa.

3.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Diante do aumento da população de idosos e das dificuldades apresentadas pelas famílias, cada vez com menor número de membros e maior participação da mulher no mercado de trabalho, configura-se a necessidade da existência de ILPIs. A demanda por essa instituição tem sido, portanto, considerável.

As ILPIs representam um papel importante e necessário para os idosos que não têm familiares, e/ou para aqueles cujas famílias não podem cuidá-los e são vistas, muitas vezes, como a única opção viável para preservar a pessoa idosa, diante das dificuldades sócio-econômicas, afetivas e familiares. No entanto, percebe-se a necessidade de uma reforma nas políticas das instituições, pois, às vezes, passam a servir para o confinamento social e afetivo, o que reduz o envelhecimento a um tempo de esperar a morte, de modo que os idosos não participam mais de atividades sócio-recreativas, tornando-se quase inexistente sua rede social de apoio (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Em 2005 passou a vigorar a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283, que adotou a nomenclatura ILPI, estabelecendo normas de funcionamento para essa modalidade assistencial. Segundo o documento, ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual e superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania. Definindo os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional baseadas nos direitos dos idosos, contempla ainda os trabalhadores envolvidos, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação (ANVISA, 2005).

A implementação do documento da ANVISA (2005) tornou-se um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as ILPIs. Isso porque, a cada dia, precisam se adequar à legislação, superando o paradigma de atendimento como caridade e assistencialismo para o de prestação de serviços com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa. No que se refere a situações de procura por ILPI, algumas são marcadas pelo conflito familiar, que resulta na busca da família ou, às vezes, do próprio idoso, pela institucionalização. De outra parte, muitas famílias não conseguem manter o idoso dependente em casa porque o cuidado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente (POLLO; ASSIS, 2008).

Em determinadas circunstâncias, a família torna-se incapacitada para o cuidado à pessoa idosa que, em tais condições, pode constituir-se em uma limitação à autonomia dos familiares, tanto no sentido de não ser possível conciliar trabalho com o cuidado, quanto no de não se encontrar um membro da família que se responsabilize pelo cuidado ao idoso. A institucionalização, então, é uma das soluções encontradas pela família (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

É preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos, pois muitos sequer possuem família. Há outros casos de famílias que são muito pobres ou que seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho, necessitando, então, da institucionalização (CALDAS, 2003). Mesmo assim, as famílias são uma importante fonte de apoio psicossocial e físico para o idoso. A interação entre eles, quando de maneira afetiva, contribui para que a pessoa idosa se sinta protegida, amada e aceita pela sociedade. No entanto, a realidade não se baseia somente nesses preceitos e, em função disso, muitas delas acabam por ser institucionalizadas por seus familiares.

O atendimento, denominado de *institucionalizado*, necessita ser realizado em locais físicos e com equipamentos adequados para proporcionar cuidados aos idosos, mediante pagamento ou não, durante período indeterminado. Devem prever, na medida do possível, a participação dos usuários na qualidade dos ambientes e nas atividades realizadas pelos idosos.

Novas e diferentes instituições estão aparecendo, cada uma com filosofia organizacional própria. Muitas apresentam ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito da identidade dos idosos residentes (SANTOS et al, 2008).

Na busca da melhor instituição para o idoso, estruturada nos moldes citados no parágrafo anterior, um fator que deve ser considerado relaciona-se à possibilidade de ela dispor de uma estrutura física o mais parecida possível à de sua casa. Isso significa a possibilidade de poder levar móveis, utensílios e objetos com os quais está habituado e que têm, muitas vezes, valor afetivo (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Além disso, o local necessita contemplar o uso de elementos que atuem de forma positiva sobre a memória física e afetiva do idoso e em suas relações com o novo lar; deve ter o mínimo de conforto, segurança, privacidade, proteção, não causando medo nem ansiedade no idoso, e ainda dar suporte à vida independente e autônoma de cada um. O aprendizado desse novo espaço necessita ser facilitado pela inclusão de objetos capazes de resgatar antigos hábitos, experiências e recordações e trazê-los para o cotidiano dos usuários.

Contudo, muitas ILPIs ainda constituem-se em lugares desprovidos de trabalhadores qualificados. Desse modo, a maior parte do trabalho é realizada por auxiliares de enfermagem e/ou cuidadores que foram ou ainda são trabalhadores responsáveis também por serviços gerais (SANTOS et al, 2008) e de higienização.

A ILPI, conforme determinação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/São Paulo (SBGG, 2003), compreende um local de atendimento institucional integral, objetivando atender pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou não. Tais instituições devem proporcionar serviços de forma multiprofissional (nas áreas sociais, médicas, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e outras, conforme necessidade manifestada pelo grupo etário).

Embora existam muitas dificuldades nas ILPIs (como falta de pessoal e de recursos materiais), o enfermeiro e a equipe multidisciplinar, por meio de um esforço de cooperação, necessitam otimizar o cuidado prestado ao idoso. A ação pode ser realizada pela Avaliação Multidimensional do Idoso, na qual é possível combinar a experiência e os recursos no sentido de enfocar todos os aspectos do processo de envelhecimento. Deve ser considerada essa avaliação de forma multidisciplinar, a fim de que sejam previstas situações de riscos e de que possam contribuir para manutenção da autonomia e independência dos idosos.

Aos enfermeiros, cabe a função de colaborar e integrar a equipe multidisciplinar, no sentido de obterem conhecimentos no campo da Gerontologia e,

assim, poderem oferecer uma abordagem geral aos cuidados prestados à população idosa e principalmente aos idosos institucionalizados.

3.2 Cuidado de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado

No contexto do cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, estão incluídas questões relacionadas às alterações na funcionalidade, à cognição, à presença de depressão e quedas, fornecendo os instrumentos necessários ao enfermeiro para cuidar dos idosos residentes em ILPIs, com vistas a poderem avaliar tais alterações de modo mais adequado.

A tendência é o crescente aparecimento e procura por ILPIs no Brasil, mesmo que as políticas de saúde priorizem a família como principal responsável pelo cuidado ao idoso. Ainda que convencidos dessa percepção, há concordância de que, em várias ocasiões, a ILPI se torna uma escolha importante, uma alternativa muitas vezes voluntária e aguardada pelo idoso (CREUTZBERG et al, 2007).

O aumento da população idosa demanda a constante capacitação dos trabalhadores para a atenção à saúde e ao cuidado específico dessa faixa etária, considerando suas peculiaridades e especificidades, pois os idosos representam um segmento que necessita de cuidados diferenciados (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007).

A equipe que atua em ILPIs necessita ser multiprofissional e apoiar-se em atividades de cuidado, construindo um modelo que resgate a dimensão da manutenção das capacidades do idoso. A vigilância à saúde do idoso requer atenção e acompanhamento contínuos mediante as práticas de saúde promocionais, preventivas e curativas, com os saberes específicos dos trabalhadores da Gerontogeriatria (LENARDT et al., 2006).

Além disso, a prática para o cuidado de enfermagem ao idoso requer o domínio de aptidões e conhecimentos, implicando a relação do trabalhador com o ser idoso. Para tanto, os profissionais precisam apresentar uma postura de constante reflexão e investimentos eficazes para que o cuidado possa responder, de maneira palpável, às necessidades e potencialidades do idoso. Ainda o trabalhador, na medida do possível, necessita dar uma atenção individualizada ao idoso, que envolva também a sua família, com criatividade e planejamento adequado (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007).

A ação do enfermeiro está inserida em quatro funções: *administrativa/gerenciamento*, que se dá através da utilização de instrumentos que sirvam para a organização da ILPI, possibilitando um cuidado mais direcionado. Os instrumentos podem estar relacionados, entre outros, ao provimento de medicação e material necessário à pessoa idosa; escala dos trabalhadores; elaboração e implementação do prontuário, regimento da equipe de enfermagem e manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem da ILPI (SANTOS et al, 2008).

Função cuidativa refere-se à prestação de cuidado, possibilitada através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nela, são planejadas as ações específicas à necessidade de cada idoso. *Função educativa*, já que o enfermeiro tem a responsabilidade de educar os seres humanos, incluindo equipe de enfermagem e futuros trabalhadores. A educação dos profissionais no seu ambiente de trabalho é uma estratégia para o desenvolvimento pessoal do trabalhador que atua na ILPI. Por fim, *Função de ensino e pesquisa*, que proporciona condições para o desenvolvimento de uma prática profissional mais eficiente, pois através de pesquisas e estudos, são descobertas ou reinventadas novas formas para “o fazer em Enfermagem” (SANTOS et al, 2008), o que traz contribuições para um melhor cuidar do idoso institucionalizado.

Quanto à funcionalidade, verifica-se que, quando se fala em cuidados de saúde ao idoso, tem-se em mente a manutenção de seu estado de saúde, visando à garantia de sua autonomia e independência. À medida que o ser humano envelhece, muitas atividades do dia a dia, de fácil execução, podem tornar-se mais difíceis de serem realizadas, até o indivíduo perceber que já depende de outra pessoa para executar tais tarefas.

A capacidade funcional, então, é reforçada como um novo paradigma de saúde, elaborado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Nesse sentido, a avaliação funcional visa apurar, de maneira sistematizada, “em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente das Atividades de Vida Diária (AVD) dos idosos” (BRASIL, 2006c, p. 10), permitindo o planejamento adequado da assistência, ficando a cargo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o dever de implantar e implementar essa sistemática durante o atendimento aos idosos.

Os idosos, mesmo os que não possuem DCNT, podem debilitar-se devido às alterações fisiológicas decorrentes do avanço da idade e das limitações de algumas

funções do organismo, o que pode direcioná-los à dependência para a realização do autocuidado e à perda da autonomia (MARIN et al, 2004).

Com o processo de envelhecimento, o indivíduo pode ter a diminuição de suas funções, tanto fisiológicas como sociais, o que reflete diretamente em suas relações com o meio onde vive. Visualizando o contexto do envelhecimento e suas relações, compreende-se a influência decisória do processo doença/incapacidade do idoso sobre o seu meio familiar, ao qual acrescento o seu contexto institucional.

O idoso, muitas vezes, sente a necessidade da família ou de um trabalhador formal para ajudá-lo a desempenhar suas atividades diárias. Com isso, mostra-se dependente; porém, como um ser único, limitações podem ser entendidas como parte de seu processo individual (BARROS, 2007). Para os idosos fragilizados, a necessidade de cuidados contínuos é premente.

A fragilidade é um termo utilizado por trabalhadores que atuam na gerontogeriatría. Constitui-se de síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade associado a um igualmente maior risco de desfechos clínicos, como quedas, institucionalização, hospitalização e até morte (TEIXEIRA, 2008). A presença de um perfil de fragilização pode ocasionar a redução progressiva da capacidade funcional e, conseqüentemente, há maior demanda por serviços de saúde em todos os níveis (VERAS, 2003).

Em gerontogeriatría, a avaliação funcional é de grande importância para a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas, sendo o desempenho nas atividades da vida diária o parâmetro para determinar a qualidade de vida. A avaliação da capacidade funcional dos idosos permite ao enfermeiro e demais membros da equipe multidisciplinar uma visão mais precisa quanto à severidade de doenças e o impacto de comorbidades. A independência na realização das AVD é de extrema importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social (DIOGO, 2000).

Há a necessidade de redirecionamento da atenção à saúde do idoso, buscando identificar a presença de incapacidade funcional e as principais necessidades de cuidados (TAVARES et al, 2007) específicos, verificados por meio da realização das Atividades de Vida Diária (AVD).

A funcionalidade é avaliada com base na capacidade de realização das AVDs que, por sua vez, dividem-se em: atividades básicas de vida diária, que são as

tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se; atividades instrumentais de vida diária, aquelas indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, comprar, administrar as próprias medicações, manusear o dinheiro; e ainda as atividades avançadas da vida diária, que denotam atos mais complexos e, em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos (CALDAS, 2003).

O processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades; contudo, as DCNTs podem ser encontradas entre os idosos. Assim, atualmente, a tendência é termos um número crescente de idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas e limitantes. Esse aumento no número de DCNTs está diretamente relacionado a uma maior incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, pois a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice (ALVES et al., 2007).

Com a diminuição da capacidade funcional, torna-se necessário delinear estratégias, visando a uma melhor qualidade de vida para os idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem a melhoria da força muscular e das articulações; promoção, tratamento e reabilitação da capacidade funcional dos esfíncteres; integração; construção de um sistema adequado de suporte; educação permanente e valorização do processo de envelhecimento. Essas ações podem minimizar a dependência nas atividades de vida diária, proporcionando, assim, um envelhecimento com autonomia e independência (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

A manutenção da capacidade funcional dos idosos pode ter importantes implicações para a sua qualidade de vida, por estar relacionada à capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais elevadas e/ou com outras atividades agradáveis. Desse modo, parece relevante delinear programas específicos de intervenção para a eliminação de certos fatores de risco relacionados à incapacidade funcional. Os programas e serviços podem compreender alguns fatores associados à saúde. O estabelecimento de ações de ordem preventiva é possibilitado pelo manejo dos fatores relativos a atividades sociais, em programas

sociais, que podem facilitar e promover a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida associativa e saudável, com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais (ROSA et al, 2003).

No intuito de promover um envelhecimento ativo e manter o idoso com independência pelo maior tempo possível, torna-se necessário que os trabalhadores atuantes na área da saúde tenham disponíveis tecnologias para a realização de diagnósticos corretos e, assim, possam promover intervenções adequadas, pois o processo de envelhecimento assume características peculiares em cada indivíduo (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Uma das dimensões a serem avaliadas diz respeito à avaliação cognitiva. Isso porque as demências representam uma expressiva dificuldade na Saúde Pública, devido a sua evolução prolongada, complexidade de manifestações e consequências, tanto para o idoso acometido quanto para seus familiares (PELZER, 2005).

A demência é uma

síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (BRASIL, 2006c, p. 108).

Epidemiologicamente, 5% dos idosos com até 65 anos têm perda de memória devido a doenças. A prevalência de demências dobra a cada cinco anos, após os 60 anos (LACAVA, 2006). Nas ILPIs, aproximadamente 50% dos residentes apresentam algum problema psiquiátrico e os quadros demenciais são os mais comuns, seguidos de problemas comportamentais e depressão (BRASIL, 2006c).

As dificuldades com a memória são queixas que, frequentemente, podem estar relacionadas à idade. A manutenção de uma boa memória é vital para o envelhecimento, devido à sua associação com a autonomia e independência (YASSUDA, 2006). As queixas de perda de memória não podem ser avaliadas isoladamente. Os transtornos de humor, ansiedade, isolamento social e outros fatores podem estar presentes na vida do idoso, comprometendo a saúde e favorecendo o declínio cognitivo (GUERREIRO et al, 2006).

As alterações cognitivas comprometem o bem-estar biopsicossocial do idoso, impedindo, muitas vezes, a sua participação social, tanto com os familiares, quanto na sociedade em geral (SOUZA; CHAVES, 2005) e, mais ainda, na ILPI.

A Doença de Alzheimer (DA) é uma das demências que mais acometem os idosos, constituindo-se na síndrome do dano cognitivo persistente e apresentando-se heterogênea nos aspectos etiológico, clínico e neurológico. Ao longo de sua evolução, os idosos podem deparar-se com agitação psicomotora, depressão, alucinações, delírios e outras alterações psicopatológicas (PELZER, 2005). O enfermeiro necessita perceber tais alterações e ser capaz de avaliar o idoso com as referidas alterações cognitivas.

A avaliação cognitiva tem como objetivo auxiliar na identificação das principais alterações mentais de idosos, já que seus desempenhos físicos e sociais dependem da integridade das funções cognitivas. A perda da memória recente e a inabilidade de cálculo (influenciada pelo nível de escolaridade) são indicadores de redução da função cognitiva (BRASIL, 2006c). Essa avaliação objetiva ainda diferenciar o envelhecimento normal do patológico, determinando se o desempenho observado em tarefas cognitivas está dentro da normalidade (considerando a idade e a escolaridade) ou se indica declínio além do esperado, o que pode sinalizar indícios de comprometimento mental (YASSUDA; ABREU, 2006).

Na avaliação cognitiva podem ser identificadas as principais alterações da saúde mental nos idosos, que são as demências e a depressão. As primeiras são causas importantes de dependência e institucionalização. Para o diagnóstico das demências, deve haver um comprometimento das atividades sociais, laborais e/ou nas relações interpessoais (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Há muitos métodos para avaliar a cognição do idoso, sendo o mais usual é a utilização do Miniexame do Estado Mental (MEEM), porque é fácil e rápido de ser aplicado, além de testar os principais aspectos da função cognitiva (FREITAS, MIRANDA, 2006). O teste do desenho do relógio é válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais, possibilitando verificar a capacidade de desenhar ou construir através de um estímulo (nesse caso, um comando verbal). Consiste em requerer que a pessoa idosa desenhe um relógio, acrescentando ponteiros com a indicação de horas e minutos. Há também o teste de fluência verbal por categorias semânticas, no qual se solicita que o idoso diga o maior número de animais durante um minuto (BRASIL, 2006c).

Outro teste utilizado na avaliação da cognição em idosos é o Teste de Dígitos de Ordem Direta, no qual se solicita que o idoso repita sequências numéricas, variando entre dois e nove dígitos, logo após as mesmas terem sido pronunciadas

pelo examinador. O resultado desse teste encontra-se alterado em idosos com comprometimento cognitivo significativo. Há também o Teste de Restrição Fonológica, no qual se pede ao idoso para dizer o maior número possível de palavras que comecem com as letras F, A, S, com um minuto para cada letra (YASSUDA; ABREU, 2006).

Acredita-se que, quanto mais informações sobre o processo do envelhecimento, mais se poderá trabalhar para a prevenção das demências, como também para a identificação precoce de sinais iniciais da doença.

O enfermeiro que atua junto ao idoso necessita ter conhecimento do processo de envelhecimento e das doenças que mais acometem essas pessoas a fim de que, dessa forma, possa estar atento no sentido de identificá-las e, assim, determinar ações voltadas aos idosos. Além disso, devem ser avaliadas também as necessidades expressas ou não dos idosos, na tentativa de manter ao máximo sua autonomia e independência. Nessa preocupação, também se insere a depressão.

Na Geriatria, a depressão e a demência compõem duas das doenças mais recorrentes, pois se associam com grande frequência podendo, até mesmo, uma pode simular a outra, o que ocasiona dificuldades no diagnóstico (CUNHA et al, 2006).

A depressão, quando acomete pessoas idosas, está frequentemente associada à incapacitação e ao consequente declínio funcional, trazendo um maior risco de hospitalização, diminuição da qualidade de vida, aumento na utilização dos serviços de saúde e mortalidade aumentada por comorbidades (TOLEDO; SANTOS NETO, 2006), constituindo motivo para a institucionalização do idoso.

Entre os fatores de risco para depressão, estão incluídas algumas patologias orgânicas, medicações utilizadas, incapacidade funcional, doenças como infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral (TOLEDO; SANTOS NETO, 2006). Outros fatores incluem o isolamento, as dificuldades de relações interpessoais, problemas de comunicação, conflitos com a família e com outras pessoas, dificuldades econômicas e outros fatores estressantes da vida diária (BRASIL, 2006c), como é o caso das perdas que se acumulam na vida dos idosos: aposentadoria, morte de companheiro(a) e de amigos.

Existem várias escalas para rastreio da depressão ou verificação da gravidade dos sintomas. A Escala de Corneel é indicada para idosos com depressão no curso de demências. A Escala de Zung é usada para avaliação sintomatológica e

as Escalas de Beck e de Hamilton, para avaliação da intensidade dos sintomas. A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG) é o instrumento mais utilizado para avaliação de depressão em idosos. Sua versão original possui 30 itens; porém, há versões mais curtas, sendo a mais utilizada, a que contém 15 questões (FRANK; RODRIGUES, 2006).

As escalas de avaliação da depressão são recursos necessários e imprescindíveis para o processo de investigação da depressão em idosos. Esses instrumentos ajudam a avaliar sintomas importantes, tanto na fase do diagnóstico em si, como no acompanhamento e na mensuração mais objetiva das intervenções terapêuticas instituídas no processo de recuperação do idoso com depressão (GORDILHO et al, 2000). Assim, é fundamental que os trabalhadores de saúde assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção à saúde que priorize aspectos da promoção de um envelhecimento ativo, ao mesmo tempo em que forneça meios para prevenir o desenvolvimento da depressão.

O enfermeiro deve atuar junto ao idoso, baseado no fato de que a depressão se encontra entre as DCNTs mais frequentes e que encaminham à probabilidade de desenvolver incapacidade funcional. Torna-se, assim, importante que as ações sejam voltadas para o retorno da capacidade funcional, com intuito de ajudá-lo, a fim de que volte a realizar suas atividades e alcance o bem-estar (TIER, 2006).

Outra preocupação que o enfermeiro deve ter quanto à saúde do idoso diz respeito às quedas. Verifica-se que, com o aumento do número de idosos na população brasileira, surge a discussão acerca de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas, muito comum e temida pela maioria dos idosos, pelas conseqüências que pode acarretar, como incapacidades, institucionalização e até a morte (PERRACINI; RAMOS, 2002, BRASIL, 2006c).

A queda pode ser definida como o “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado muitas vezes por circunstâncias multifatoriais, que compromete a estabilidade” (CAIXETA, 2006, p. 468).

Quanto maior a fragilidade do idoso, maior a probabilidade de ocorrer a queda. Epidemiologicamente, há um elevado número de ocorrência de quedas em idosos, que se mostra crescente conforme o aumento da idade. No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano (CAIXETA, 2006). Dos que

apresentam queda, cerca de 2,5% necessitam de hospitalização e, desses, apenas metade sobreviverá após um ano (BRASIL, 2006c). O processo de envelhecimento é acompanhado, muitas vezes, por problemas de saúde físico e mental, provocados, comumente, por DCNTs e quedas (RIBEIRO et al, 2008).

Em idosos, as causas de quedas podem ser múltiplas e estarem associadas. Os fatores responsáveis pelas mesmas têm sido classificados como intrínsecos, relacionados ao indivíduo e decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, como limitações nos órgãos dos sentidos, alterações dos reflexos e do aparelho locomotor; sedentarismo e doenças e efeitos causados pelo uso de medicações. E extrínsecos, fatores dependentes de ocorrências sociais e ambientais, que criam desafios ao idoso, como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, degraus altos, ausência de corrimãos nos corredores e banheiros, calçados inadequados (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004, CAIXETA, 2006).

Outro fator importante é o uso de medicações nos idosos, pois o consumo destas está associado a um maior risco de quedas, considerando que “algumas alterações decorrentes do envelhecimento normal modificam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas das medicações” (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006, p. 957), pois com o processo de envelhecimento ocorre uma diminuição da absorção e eliminação de algumas drogas e a sensibilidade aumentada para outras. O idoso pode também apresentar um maior potencial para as interações farmacológicas, devido à grande quantidade de medicações diferentes que muitos deles utilizam (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006).

Alguns fatores podem agravar ainda mais a ocorrência de lesão nas quedas em idosos, como ausência de reflexos de proteção, presença de osteoporose, desnutrição, idade avançada, resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai e dificuldade para levantar após a queda (BRASIL, 2006c).

Há várias complicações decorrentes de quedas, como morte, lesões, medo de novas quedas, distúrbio de longa duração, redução das atividades e da independência. A maior parte das mortes decorrentes de quedas ocorre em idosos acima dos 65 anos. Grande parte das lesões graves e fraturas nos idosos ocorrem também devido a quedas, embora as fraturas aconteçam em menos de 10%, nesses eventos (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006).

A perda de confiança pode resultar em restrição das atividades e tornar-se um fator significativo na institucionalização. O medo de novas quedas varia de 30% a 73% entre os idosos. Após a queda, cerca de 50% correm o risco de não conseguir levantar sozinhos, tornando-se suscetíveis a uma possível desidratação, pneumonia e úlceras de pressão. As quedas levam ainda à restrição das atividades por parte dos idosos, devido às dores e incapacidades por lesões (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006).

Nesse sentido, há necessidade de se iniciar cuidados preventivos o mais precocemente possível, uma vez que, quanto mais avançada a idade, maior a debilidade e o risco de adoecer e morrer devido às quedas (MARIN et al, 2004).

Os idosos podem conviver com uma associação de fatores relacionados ao risco de quedas, o que demonstra a importância de serem estabelecidas ações de atenção para a promoção da saúde dessa população (MARIN et al, 2004), principalmente da residente em ILPIs.

Embora não se encontre uma causa específica para as quedas, pois se apresentam multicausais, é importante a identificação dos fatores de risco, a fim de que se possa auxiliar na prevenção das mesmas em idosos com maior probabilidade de cair. Muitos fatores podem ser modificáveis e necessitam de intervenções específicas (CAIXETA, 2006).

Para tanto, necessita-se realizar a avaliação da queda, visando identificar sua causa e tratá-la, reconhecendo os fatores de risco para prevenir futuros eventos e planejar intervenções adequadas. A avaliação da queda envolve ainda aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais. Os dados devem ser relacionados ao contexto e ao mecanismo das quedas, às condições clínicas do idoso e à medicação em uso (BRASIL, 2006c).

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde realizar avaliações multidimensionais nos idosos, principalmente nos residentes em ILPIs, para que possam estabelecer planos terapêuticos adequados às suas necessidades. Mais especificamente, cabe ao enfermeiro realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltada, principalmente, à manutenção da funcionalidade e da cognição, procurando minimizar a depressão e o risco de quedas.

3.3 Modelo esquemático do estudo



Figura 1 – Modelo esquemático do estudo

O modelo esquemático do estudo representa o caminho percorrido durante esta pesquisa, na busca por atingir os objetivos propostos. Traz primeiramente as reflexões temáticas ligadas à Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e ao cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado. No centro do esquema, compondo uma parte de cada plano descrito, encontram-se as quedas. Ao redor, e de maneira sobreposta, estão as alterações na funcionalidade, na cognição e a presença de depressão que, individualmente ou relacionadas, podem ser aspectos favoráveis à presença de quedas no idoso institucionalizado. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada à prevenção de quedas em idosos institucionalizados encontra-se como objetivo final da pesquisa e apresenta-se como principal contribuição do estudo à enfermagem gerontogeriátrica.

4 METODOLOGIA

A seguir, é feita uma descrição do caminho metodológico que direcionou o alcance dos objetivos propostos. Indico o tipo e o local do estudo, sujeitos e aspectos éticos envolvidos, procedimentos de coleta e análise dos dados.

4.1 Tipo de pesquisa

Dando continuidade aos estudos e pesquisas realizados pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), este projeto resultou de um outro, maior, intitulado: “Estado Cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Rio Grande, RS/Brasil” (SANTOS, 2008). Trata-se de projeto que atendeu ao Edital MCT/CNPq Nº 014/2008 – Universal, Processo Nº 471005/2008-8, e que está sendo desenvolvido desde 18 de novembro de 2008, tendo um período de duração previsto para dois anos.

Nesta pesquisa foi realizada uma investigação de natureza mista, porque nela foram usadas duas estratégias: quantitativa e qualitativa. Essa abordagem objetiva, dentre outras questões, estabelecer a triangulação ou validação dos dados e fornecer uma maior perspectiva de *insights* nos resultados (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Na estratégia quantitativa utilizou-se uma pesquisa descritiva, que busca a resolução de problemas para melhorar as práticas, por meio da observação, análise e descrição objetiva, através de entrevistas para a padronização de técnicas e validação de conteúdo. Utiliza recursos textuais como os questionários para a identificação do conhecimento. Na pesquisa descritiva não há interferência do pesquisador, que busca apenas perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

Ainda na mesma estratégia, utilizou-se também de uma pesquisa explicativa ou explanatória: aquela investigação cujas questões apresentam ligações operacionais traçadas a partir de outras pesquisas explanatórias (YIN, 2005). Nela, procurou-se explorar as condições estruturais da ILPI e as condições dos idosos institucionalizados, quanto às alterações da funcionalidade, cognição, presença de depressão e quedas.

No tipo de pesquisa em questão, procurou-se estabelecer, a partir dos dados fornecidos pela pesquisa quantitativa, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada aos idosos residentes, tendo como meta a prevenção das quedas.

Assim a proposta da SAE, validando os resultados quantitativos do estudo, e indicando ainda a complementariedade, que ultrapassa a triangulação, pois, além de ter focado a convergência dos dados, forneceu uma maior perspectiva de *insights* aos resultados, conforme indicaram Driessnack, Souza e Mendes (2007), igualmente verificado neste estudo.

4.2 Local

O estudo foi realizado em uma Instituição de Longa Permanência, num município de médio porte da Zona Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma instituição mista filantrópica e de fins lucrativos, fundada em 27 de dezembro de 1885 e declarada de utilidade pública por Lei Municipal, em 1965; por Lei Estadual, em 1978; e por Lei Federal, em 1973 (TIER, 2006). Essa ILPI apresenta uma população flutuante; no momento da pesquisa possuía cerca de 65 residentes.

4.3 Sujeitos

Fizeram parte deste estudo 30 idosos residentes na referida ILPI. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: condições de interagir com a pesquisadora; disponibilidade para responder aos instrumentos de coleta de dados; concordância em participar do estudo, assinando ou deixando suas digitais no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Aspectos éticos

O macroprojeto que deu origem a este subprojeto de pesquisa teve a autorização do presidente da ILPI, para sua realização, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o número de parecer 027/2009. A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi efetivada seguindo as orientações da Resolução 196/96, do

Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário, das pessoas idosas, para participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Formulário de Observação da ILPI investigada quanto à presença de aspectos favorecedores de quedas nos idosos; Caracterização dos idosos institucionalizados; Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ (AVD-KATZ); Miniexame do Estado Mental (MEEM); Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG); Questionário para o Risco de Quedas.

O referido Formulário foi usado para verificar a presença de aspectos favorecedores de quedas nos idosos (APÊNDICE A) e é composto por questões referentes à estrutura física da ILPI investigada (desnível do terreno, rampas, corrimão, tapetes, iluminação, camas com grades) e roupas/acessórios dos idosos (uso de roupas compridas, sapatos adequados e objetos de apoio).

O instrumento de caracterização dos idosos institucionalizados (ANEXO B), por sua vez, é composto por informações pessoais (idade, sexo, cor da pele, estado civil, número de filhos, religião) e perfil social (escolaridade, renda, autoavaliação da saúde). Foi a mesma parte inicial do instrumento do macroprojeto, por isso denominado anexo e não apêndice.

O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ – AVD/KATZ (ANEXO C) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVDs. Serve para avaliar a independência no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, classificando o idoso como independente ou dependente para as AVDs (BRASIL, 2006c). A escala de KATZ está incluída na maioria das avaliações multidimensionais feitas com idosos (FREITAS; MIRANDA, 2006).

O Miniexame do Estado Mental – MEEM (ANEXO D) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva e foi desenvolvido por Folstein et al, em 1975. Serve como instrumento de rastreio, sem substituir, no entanto, uma avaliação mais detalhada. É um teste validado e adaptado para a população brasileira, que não

serve como diagnóstico, mas sim para indicar as funções que necessitam de melhores investigações (BRASIL, 2006c). Esse instrumento é composto de perguntas relacionadas à orientação temporal e espacial, ao registro, à atenção, ao cálculo, à memória de evolução das palavras e linguagem.

Em média, o MEEM tem uma sensibilidade de 83% para a detecção da demência. Além disso, tem como vantagens a facilidade e a rapidez de aplicação e, como desvantagem, a baixa sensibilidade para a detecção de comprometimento cognitivo leve. Além disso, a escolaridade e a cultura são outros fatores limitantes comumente observados (MACHADO, 2006). O MEEM envolve respostas verbais e não verbais. Os subtestes verbais verificam, particularmente, a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e a memória de procedimento, a atenção e a linguagem. Os subtestes não verbais verificam a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções (SANTANA; FILHO, 2007).

A escala de Depressão Geriátrica de Yesavage possui duas versões validadas, uma com quinze questões, e a outra com trinta. Essa escala foi elaborada especificamente para idosos e nela foram incluídos elementos que permitissem a aplicação em idosos hospitalizados ou institucionalizados (YASSUDA; ABREU, 2006). A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada – EDG (ANEXO E) é a versão do questionário composto de quinze questões com respostas objetivas, positivas ou negativas, a respeito de como o idoso tem se sentido na última semana. É uma ferramenta na avaliação para identificar depressão em idosos (BRASIL, 2006c). A EDG é o instrumento mais comum utilizado na avaliação de sintomas depressivos em idosos, sendo a única desenvolvida para essa faixa etária. A versão original possui trinta questões e tem como desvantagem a limitação do uso na presença de *déficit* cognitivo, especialmente em estágio moderado (FRANK; RODRIGUES, 2006).

O questionário de risco para quedas (ANEXO F) é composto por questões referentes a quedas anteriores, uso de medicações, *déficits* sensoriais, estado mental e marcha. A pontuação igual ou superior a três indica um alto risco de quedas. Esse instrumento é chamado de *Fall Risk Score* (FRS), criado por Downton, em 1992 e utilizado para avaliar o risco de quedas em idosos (SCHIAVETO, 2008).

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados, os resultados quantitativos foram inseridos em planilhas do Programa Excel. Depois foram inseridos e tratados pelo Programa SPSS 13.0 e apresentados por meio de figuras gráficas. A partir de tais dados, elaborou-se uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada à prevenção de quedas nos idosos residentes, configurando a contribuição da análise qualitativa do estudo.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados são apresentados em três etapas. Na primeira, discutem-se os aspectos favorecedores das quedas em idosos institucionalizados, como a infraestrutura física da ILPI e as condições de roupas/acessórios dos residentes.

Na segunda etapa, expõe-se o perfil dos idosos institucionalizados quanto à capacidade funcional, cognição e presença de depressão, considerando a caracterização dos sujeitos, a influência destas condições com as quedas.

Com a identificação dos aspectos favorecedores das quedas verificados na própria ILPI e o perfil dos idosos residentes, avaliando a capacidade funcional, a capacidade cognitiva e a presença de depressão na influência das quedas, foi elaborada a terceira etapa: uma Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como propósito a prevenção das quedas.

5.1 Aspectos favorecedores das quedas verificados na estrutura da ILPI e nos idosos

Quanto à presença de aspectos favorecedores das quedas nos idosos, pode-se identificar, de acordo com a infraestrutura física, que apresenta desnível no terreno, destacando-se a sala onde os idosos se reúnem para assistir à televisão, cujo piso encontra-se em estado irregular. Existem rampas de acesso para facilitar a movimentação dos residentes, porém possui inclinação elevada, o que pode igualmente favorecer as quedas.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 283, de 26 de setembro de 2005, no que se refere à infraestrutura, afirma que a ILPI deve atender alguns requisitos e exigências específicas. Quando o terreno apresentar desnível, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos idosos (ANVISA, 2005).

Outro ponto observado é que os pisos, tanto internos como externos, não possuem material antiderrapante. As rampas e escadas apresentam corrimão; no entanto, não há sinalização indicando a presença desses. Na circulação interna da ILPI, há corrimão nos banheiros e em um dos corredores que leva a alguns quartos dos idosos. Os pisos internos e externos, incluindo rampas e escadas, devem ser

uniformes, com ou sem juntas e, possuírem mecanismos antiderrapantes. As rampas e escadas devem ser executadas, observando as exigências de corrimão e sinalização (ANVISA, 2005).

Em relação aos tapetes, há um tapete na entrada da ILPI para limpeza dos pés, fixo no chão, e outros tapetes que se encontram soltos. Os móveis têm contorno pontiagudo. A presença de tapetes soltos ou com dobras são uma das principais causas de quedas em idosos; por isso, é preferível excluí-los ou mantê-los fixos no chão. Os móveis devem apresentar contornos arredondados.

Identifica-se que não há presença de fios elétricos ou telefônicos expostos, nem obstáculos na passagem dos idosos, como cadeiras, mesas e outros objetos, os quais devem ser mantidos no lugar, facilitando o acesso dos residentes. Os banheiros apresentam barra de segurança no box e vaso sanitário, porém há desnível no piso, pois algumas lajotas estão desprendendo-se do chão. Nos banheiros não é permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que causem brilho ou reflexo (ANVISA, 2005).

As camas são baixas e permitem que os idosos apoiem os pés no chão, quando sentados, mas não apresentam grades de segurança. As camas devem permitir que o idoso consiga descer ou subir com facilidade e, quando necessário, devem possuir grades para evitar as quedas.

A iluminação apresenta-se inadequada: o quarto não é iluminado e, não existe iluminação suficiente entre o quarto e banheiro, não havendo condições de o idoso deslocar-se até o banheiro com segurança. Os dormitórios necessitam de luz de vigília e campainha de alarme. Deve haver iluminação apropriada para que os idosos possam ter acesso aos cômodos da ILPI, pois muitos deles apresentam acuidade visual diminuída. As circulações internas devem ter luz de vigília permanente (ANVISA, 2005).

Tratando-se do quesito roupas e acessórios, pode-se identificar que muitos idosos utilizam roupas maiores que o seu tamanho e alguns calçados também são maiores do que os pés, sem possuir solado adequado, com mecanismo antiderrapante. Alguns objetos de apoio como andadores e bengalas estão inapropriados para o uso.

Através desse formulário de observação, foi possível perceber que as quedas podem ser evitadas desde que medidas preventivas sejam colocadas em prática. Os profissionais de saúde da ILPI, destacando-se aqui o enfermeiro, devem auxiliar no

sentido de identificar os fatores de riscos para quedas e estabelecer ações/intervenções para evitar tal acidente. As intervenções mais eficazes baseiam-se na identificação precoce dos idosos com maior chance de sofrerem quedas.

Em decorrência da importância das referidas quedas, como potenciais problemas de saúde no idoso, medidas necessitam ser adotadas, como cuidados de segurança e prevenção na ocorrência das mesmas, pelo menos naquelas situações em que elas estão atreladas a fatores ambientais. Tais medidas são retomadas na terceira parte deste capítulo, que trata da Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção das quedas.

5.2 Perfil dos idosos institucionalizados quanto às alterações na capacidade funcional, cognição e presença de depressão em função das quedas

Torna-se imprescindível conhecer o perfil dos idosos institucionalizados para o estabelecimento de ações específicas a cada residente, em especial relacionadas às quedas.

5.2.1 Caracterização dos idosos institucionalizados

Participaram deste estudo 30 idosos residentes na ILPI investigada, sendo vinte do sexo feminino e dez do sexo masculino.

A tabela 1 apresenta a ocupação dos sujeitos e o local de nascimento.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos institucionalizados quanto à ocupação e local de nascimento, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Ocupação	n	%
Agricultor	4	13,3
Autônomo	1	3,3
Beneficiário	1	3,3
Caseiro	1	3,3
Comerciante	1	3,3
Costureira	2	6,7
Datilógrafo	1	3,3
Do lar	7	23,3
Doméstica	4	13,3
Industriário	2	6,7
Motorista	1	3,3
Não referido	4	13,3

Servente de pedreiro	1	3,3
Total	30	100,0
Local Nascimento	n	%
Urbano	20	66,7
Rural	9	30,0
Não soube responder	1	3,3
Total	30	100,0

A tabela 1 mostra a ocupação dos idosos investigados, demonstrando uma variedade de profissões. A porcentagem maior foi daquelas idosas que foram donas de casa ou do lar: sete, ou seja, 23,3%. Cabe destacar que, em décadas anteriores, havia o estímulo ao trabalho precoce, contexto em que o estudo era pouco valorizado, principalmente para as mulheres, que trabalhavam em suas casas, cuidando da família. Quanto ao local de nascimento, a área urbana prevaleceu: 20 idosos, representando 66,7%; um dos idosos investigados não soube informar onde nasceu.

A tabela 2 apresenta os idosos em relação ao número de quedas sofridas no último ano, escolaridade, idade, sexo e tempo de moradia na ILPI.

Tabela 2 – Caracterização dos idosos institucionalizados quanto à escolaridade, idade, sexo, tempo de moradia na ILPI e influência de quedas, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Características	n	%
Amostra	30	100
Total de quedas	13	43,3
Não apresentou quedas	15	50,0
Não se aplica	2	6,7
Escolaridade x Quedas	N	%
Analfabeto	4	30,8
De 1 a 4 anos de estudo	5	38,5
De 5 a 8 anos de estudo	4	30,8
Idade x Quedas	sim	não
60-69	2	2
70-79	9	3
80 ou +	4	8
Sexo x Quedas	M	F
Sim	2	11
Não	9	6
Tempo de Moradia X Quedas	sim	não
0-6 meses	8	6
7-12 meses	2	4
13-18 meses	2	4
19 ou + meses	1	1

A partir da Tabela 2, podemos perceber que, dos trinta sujeitos entrevistados, treze já apresentaram quedas anteriormente. Em dois dos idosos, não se aplicou o teste por apresentarem condições adversas, como alterações cognitivas. Segundo

estudo realizado em Londrina (PR) para identificar o perfil de idosos que sofreram traumas, foi possível constatar que a maioria dos traumas sofridos por essa faixa etária ocorreu devido às quedas: dos 121 idosos pesquisados, 75 caíram (BLAZIN; RODRIGUES, 2009).

Dos treze idosos institucionalizados, que apresentaram quedas no último ano, a escolaridade manteve-se na mesma proporção, com cinco idosos tendo estudado de um a quatro anos. A pouca escolaridade é um fato esperado para a população idosa, pois se considera que há algumas décadas eram poucas as possibilidades de estudo e havia dificuldade no acesso à educação, principalmente para as mulheres (PACHECO; SANTOS, 2004).

Em relação à idade dos idosos que apresentaram quedas, a maioria concentrou-se na faixa entre 70 e 79 anos (nove idosos). O risco de cair aumenta significativamente com o avanço da idade, o que coloca esse acidente como um dos grandes problemas de saúde pública, devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à maior longevidade. À medida que a idade avança, o idoso, muitas vezes, torna-se menos ativo e, com isso, sua capacidade física pode diminuir, podendo surgir incapacidades e aumentar a prevalência de DCNT e seu grau de dependência (MATSUDO; MATSUDO, BARROS NETO, 2000).

O risco de quedas aumenta de forma significativa com a idade avançada, devido, principalmente, à perda da força muscular e a outras características físicas (SANTOS; SANDOVAL, 2009). Mostra-se, então, um relevante declínio da capacidade física e funcional do idoso, que necessita ser observado pelo enfermeiro.

O sexo feminino foi o que apresentou maior ocorrência de quedas, sofridas por onze idosas. De acordo com os números levantados, as mulheres idosas caem mais do que os homens idosos. Algumas das causas podem ser a fragilidade física da mulher, quando comparada ao homem; a maior prevalência de doenças e ainda ao maior comportamento de risco para as quedas (SANTOS; SANDOVAL, 2009). Podem estar relacionadas também à maior expectativa de vida das mulheres. No Brasil, o número absoluto de mulheres tem sido maior, quando confrontado ao de homens (MARTINS et al., 2009).

Tratando-se do tempo de moradia, podemos observar que oito idosos caíram nos seis primeiros meses de institucionalização, número que apresenta um decréscimo, à medida que o tempo de moradia na ILPI torna-se maior. Os idosos

recém-admitidos caem mais, talvez por ainda não estarem acostumados com a nova moradia.

O enfermeiro tem um papel importante na admissão de um idoso na ILPI. Nesse sentido, deve introduzi-lo na rotina, mostrar-lhe toda a instituição, levá-lo a conhecer a estrutura física, apresentá-lo aos demais residentes e à equipe, ou seja, a pessoa idosa necessita ser bem acolhida no sentido de proporcionar uma melhor e mais rápida adaptação à ILPI.

Idosos institucionalizados possuem características importantes, como sedentarismo, distanciamento de seus familiares e outros, que podem contribuir para a elevação da prevalência de morbidades e comorbidades relacionadas à autonomia. Um dos agravos mais importantes no idoso residente em ILPI é a ocorrência de quedas (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

A tabela 3 apresenta o motivo da institucionalização dos residentes, o número de filhos vivos e o uso de medicações.

Tabela 3 – Caracterização dos residentes quanto ao motivo da institucionalização, número de filhos vivos e uso de medicações, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Motivo da institucionalização	n	%
Família considera o idoso sobrecarga	16	53,3
Outro	12	40,0
Não soube responder	2	6,7
Total	30	100
Número de Filhos Vivos		
0	15	50,0
1	9	30,0
2	5	16,7
3	1	3,3
Total	30	100
Uso de medicação	n	
Tranquilizante/sedativo	2	
Diuréticos	12	
Anti-hipertensivos	10	
Antiparkinsonianos	0	
Antidepressivos	4	
Outras	16	
Não se aplica	2	

De acordo com a tabela 3, o principal motivo da institucionalização, segundo declaração dos idosos, foi a família considerá-los uma sobrecarga, representando 53,34% do total de institucionalizados. Muitas vezes, quando as famílias optam pela

institucionalização do idoso, deve-se à sobrecarga de um único cuidador e pela falta de suporte no cuidado/assistência a esse idoso. Torna-se necessário, porém, que, após a institucionalização, os familiares atuem como parceiros no cuidado (SILVA, 2009).

Outros motivos que levam os idosos à institucionalização referem-se à iniciativa pessoal, muitas vezes originada por pressões externas, como solidão, medo da violência urbana, exclusão da família e possibilidade de apoio (tanto de saúde, como no cuidado em si) oferecido nas ILPIs (BESSA; SILVA, 2008).

As questões referentes ao envelhecimento, em sua fase mais avançada, preocupam os familiares, pois eles entendem que o idoso pode não mais possuir condições de morar sozinho, no espaço doméstico, uma vez que passa a apresentar limitações para exercer suas atividades básicas da vida diária. Os motivos citados podem se apresentar de forma isolada ou associada e levam, muitas vezes, à institucionalização. O grau de dependência do idoso e a necessidade de trabalho dos familiares, juntamente com a dificuldade de encontrar e manter um cuidador constituem-se em outros motivos para o encaminhamento da pessoa idosa a uma ILP (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Quanto aos filhos vivos, com os quais possam contar, a maior concentração de idosos ficou na faixa dos que não apresentam filhos vivos (quinze deles).

Em relação ao uso de medicações, doze idosos utilizam diuréticos; dez, medicações anti-hipertensivas e dezesseis fazem uso de outros tipos de medicação. No presente estudo, verifica-se a influência de medicações de uso contínuo e quedas.

Na literatura, tem sido investigada a relação entre o uso de medicamentos e a ocorrência de quedas. Embora não seja possível relatar a causa dessa relação é sabido que o uso de medicamentos aumenta o risco de quedas, especialmente em idosos mais frágeis (GONÇALVES et al., 2008).

É necessário acompanhar o efeito dos medicamentos, relacionado às quedas nos idosos, propiciando envolvimento do médico e do enfermeiro, efetivando a terapêutica necessária e garantindo, assim, que a doença se mantenha compensada, com atenção especial às quedas em idosos com incapacidade funcional, cognitiva e presença de depressão, procurando recuperar sua autonomia, com a implementação de estratégias adequadas para a promoção da sua autonomia.

A tabela 4 demonstra os idosos institucionalizados quanto ao risco de quedas, e as diversas alterações na saúde.

Tabela 4 – Caracterização dos idosos institucionalizados quanto ao risco de quedas, em relação a diversas alterações na saúde. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

	Sim	%	Não	%
<i>Déficit</i> sensorial	3	10,0	25	83,3
Visão Prejudicada	11	36,7	17	56,7
Audição prejudicada	7	23,3	21	70,0
Membros (amputação, AVC)	0	0,0	28	93,3
Estado mental orientado	21	70,0	7	23,3
Estado mental confuso	3	10,0	25	83,3
Marcha Normal	14	46,7	14	46,7
Marcha Segura (com equipamento para caminhar)	7	23,3	21	70,0
Marcha Insegura (com/sem equipamentos)	5	16,7	23	76,7
Incapacidade de marcha	5	16,7	23	76,7
n=30				

Na tabela 4 verifica-se que, de modo geral, não houve influência relevante das características apresentadas e no risco de quedas. Porém, sabe-se que, com o avanço do processo de envelhecimento, há um aumento da propensão do idoso à instabilidade postural e à alteração na marcha, aumentando o risco de quedas e, por essa razão, necessita-se realizar uma avaliação do equilíbrio e da marcha (BRASIL, 2006c). Estudo realizado com idosos residentes em uma ILPI de Porto Alegre destacou que houve associação entre o diagnóstico de enfermagem de deambulação prejudicada e idade avançada (OLIVEIRA et al., 2008); tal associação poderá ser direcionada ao risco de quedas.

Pelo quadro que se vem delineando, torna-se imprescindível que os trabalhadores de saúde se preparem/atualizem para atender aos idosos institucionalizados, uma vez que não basta a dedicação ao idoso e o conhecimento das suas necessidades básicas: o profissional necessita procurar meios diferenciados de conhecimento.

Há necessidade de se buscar estratégias que coloquem o idoso como coadjuvante no processo de promoção e bem-estar de sua vida, para adaptar/ajustar a realidade à prática dos conceitos de promoção da saúde, dentro do ambiente da instituição. Meta que hoje constitui um grande desafio para os trabalhadores que são sensíveis a esse tema (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005).

5.2.2 Influência da alteração da capacidade funcional nas quedas dos idosos institucionalizados

O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ (AVD/KATZ) foi utilizado para a verificação do estado funcional. Nessa escala, constam as atividades de banho, vestuário, higiene pessoal, transferência de um local para outro (da cama para cadeira e vice versa), continência e alimentação, com as quais se verifica se o idoso é independente, se necessita de assistência ou se é dependente para a realização de tais tarefas; ou seja, a avaliação funcional determinará o grau de independência/dependência do idoso.

A tabela 5 apresenta a capacidade funcional dos trinta idosos investigados.

Tabela 5 – Capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Capacidade Funcional		
Déficit Banho	n	%
Não recebe assistência	22	73,3
Assistência para uma parte do corpo	3	10,0
Não toma banho sozinho	5	16,7
Déficit Vestuário		
Veste-se sem assistência	23	76,7
Assistência para amarrar os sapatos	1	3,3
Assistência para vestir-se	6	20,0
Déficit Higiene Pessoal		
Vai ao banheiro sem assistência	25	83,3
Recebe assistência para ir ao banheiro	1	3,3
Não vai ao banheiro para as eliminações fisiológicas	4	13,3
Déficit Transferência		
Deita, levanta e senta sem assistência	24	80,0
Deita, levanta e senta com assistência	4	13,3
Não levanta da cama	2	6,7
Déficit Alimentação		
Sem assistência	26	86,7
Assistência para cortar carne/manteiga	2	6,7
Com assistência, ou sondas, ou fluidos	2	6,7
Déficit Continência		
Controle esfinteriano completo	27	90,0
Acidentes ocasionais	1	3,3
Supervisão, uso de cateter ou incontinente	2	6,7
Total	30	100

n=30

A tabela 5 mostra o grau de dependência dos trinta idosos institucionalizados investigados, onde podemos identificar que a maioria deles não necessita receber assistência para as AVDs. Deles, 22 (73,3%) não recebem assistência para o banho;

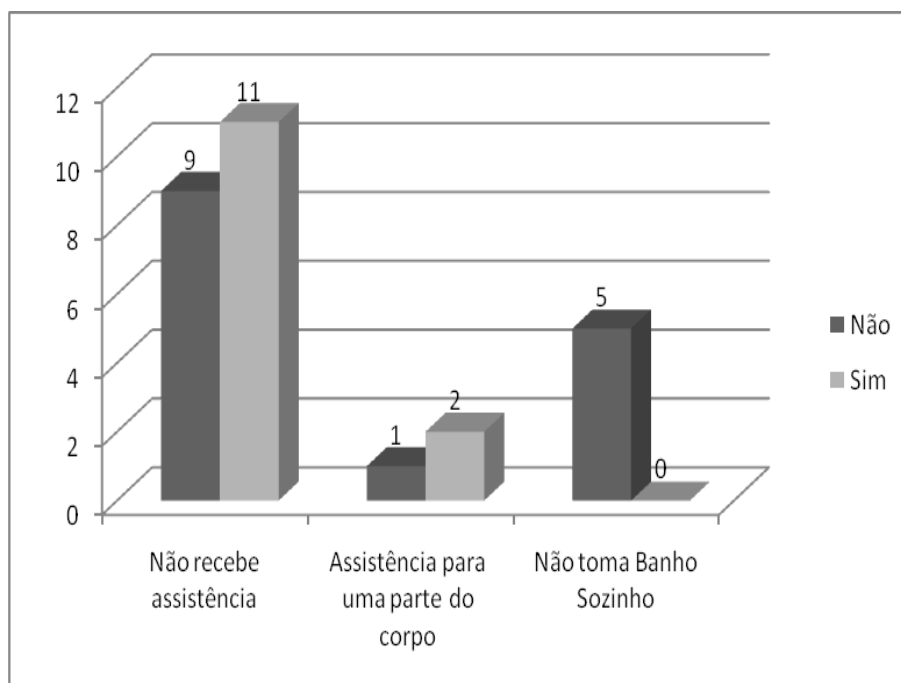
23 (76,7%) não recebem assistência para vestir-se; 25 (83,3%) não recebem assistência para a higiene pessoal; 24 (80,0%) não recebem assistência para a transferência; 26 (86,7%) não recebem assistência para alimentar-se; e quanto à continência, 27 (90,0%) apresentam controle esfinteriano completo.

Embora o presente estudo mostre que a maioria dos idosos é independente para as AVDs, muitas vezes, para melhor e mais rápido andamento dos serviços, os profissionais, principalmente os cuidadores, realizam as atividades pelos idosos. Em vez de permitirem que tomem seu banho sozinhos, auxiliando apenas se necessário, preferem fazer por eles. Igualmente, dão o alimento na boca, mas não disponibilizam um pouco mais de tempo para o idoso, mesmo que com mais demora, comer sozinho. Isso acontece com todas as atividades diárias. A pessoa idosa gradativamente vai tornando-se mais dependente do profissional, necessitando de auxílio para realizar atividades que, muitas vezes, ela própria teria condições de fazer (SILVA, 2009).

A avaliação da capacidade funcional é essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitoramento do estado clínico-funcional dos idosos. E também, é essencial no estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, pois estes servirão no tratamento específico de cada idoso. A avaliação funcional serve como parâmetro que, conjuntamente com outros indicadores de saúde, é utilizado para definir a efetividade e a eficiência das intervenções planejadas (BRASIL, 2006c).

O enfermeiro que trabalha ou quer trabalhar em uma ILPI precisa conhecer o processo de envelhecimento, para que, assim, possa determinar as ações que atendam as necessidades expressas ou não pelo idoso, buscando a manutenção da autonomia e da independência. Precisa capacitar a equipe de enfermagem para habilitá-la a exercer as ações do cuidado ao idoso com mais sensibilidade, segurança e responsabilidade. Além disso, o enfermeiro é o trabalhador da saúde que realiza os cuidados de maior complexidade (SANTOS et al, 2008).

O gráfico 1 apresenta a capacidade funcional de banho e sua influência na ocorrência de quedas.



n=28

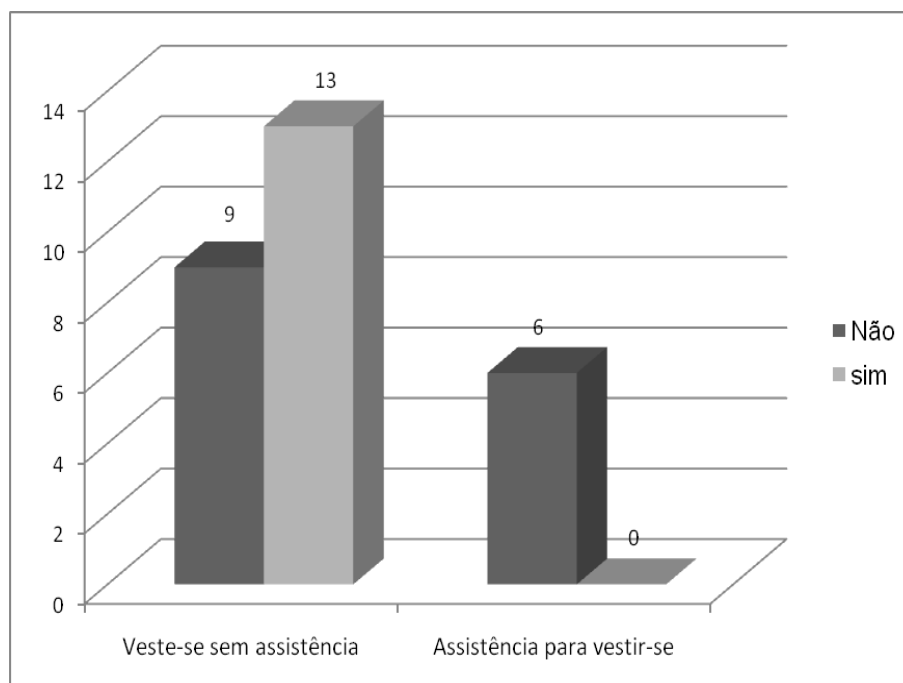
Gráfico 1 – Capacidade funcional (banho x quedas de idosos institucionalizados), Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

No gráfico apresentado, podemos perceber que os idosos que mais apresentaram quedas durante o banho foram aqueles que não necessitam de assistência para tal AVD. Dos vinte idosos que não necessitam de assistência para o banho, onze sofreram quedas.

As atividades de vida diária servem para avaliar o grau mais severo de limitação da capacidade funcional e os idosos podem ter grande parte de declínio funcional sem apresentar limitações em relação a tais atividades. Nesse sentido, o indicador apresenta certa limitação na identificação de mudanças através do tempo e no impacto das intervenções (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Pode haver associação entre diagnósticos de enfermagem e o sexo dos idosos, pois, em estudo realizado, verificou-se que em se tratando do diagnóstico de enfermagem *Déficit* do autocuidado para banho, existe uma proporção significativamente maior no sexo masculino (OLIVEIRA et al, 2008).

O gráfico 2 apresenta a capacidade funcional de vestuário, que diz respeito ao vestir-se, relacionada às quedas.



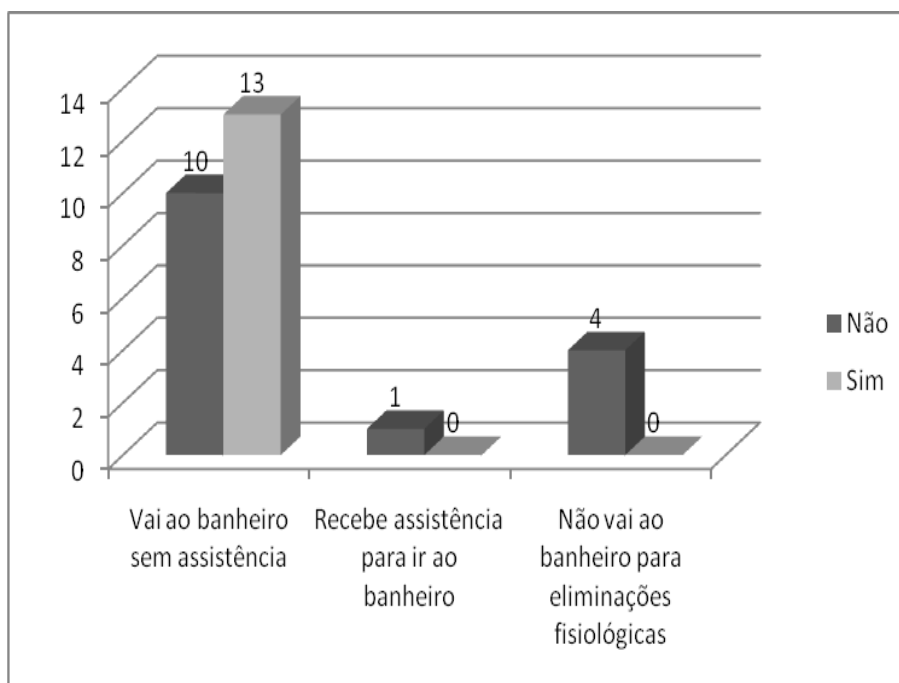
n=28

Gráfico 2 Capacidade funcional (vestuário x quedas de idosos institucionalizados). Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

No gráfico 2 podemos identificar que, dos 22 idosos institucionalizados que se vestem sem assistência, treze apresentaram quedas no último ano. Estudo realizado em ILPI de Porto Alegre identificou que para a AVD “vestir-se” também ocorre maior dependência nos homens idosos (OLIVEIRA et al., 2008) do que nas mulheres idosas.

A dependência do idoso é vista, muitas vezes, como fenômeno natural e aguardado para a idade. Sabe-se que, quando é acometido por DCNT que o leva à condição de dependência parcial ou total, é possível ainda reabilitá-lo, a fim de que recupere a capacidade de realizar uma ou outra atividade de vida diária (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

O gráfico 3 apresenta a capacidade funcional de higiene pessoal relacionada às quedas.



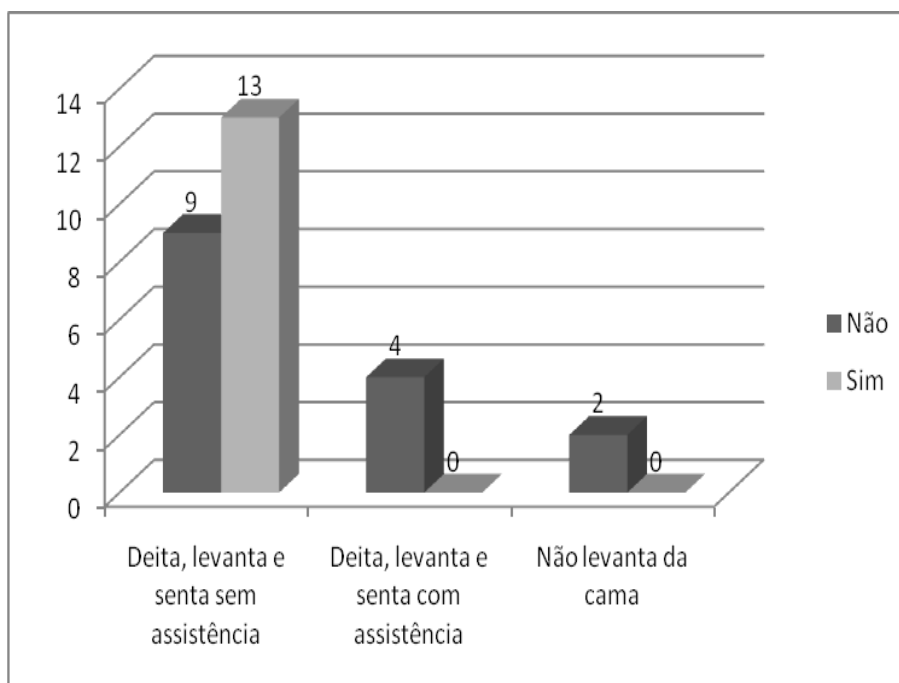
n=28

Gráfico 3 – Capacidade funcional (higiene pessoal x quedas de idosos institucionalizados). Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

No gráfico 3, identificamos que, dos 23 idosos institucionalizados que não recebem assistência para a higiene pessoal, treze deles caíram. Também em relação à higiene pessoal, no estudo supracitado, realizado em uma ILPI de Porto Alegre, ocorreu maior dependência entre os idosos (OLIVEIRA et al., 2008) do que entre as idosas.

A dependência tende a aumentar com a idade; no entanto, ela não deve pressupor incapacidade, pois, mesmo dependente fisicamente, o idoso tem direito a tomar decisões. É necessário que o enfermeiro e familiares possam discernir que o idoso pode ser dependente de cuidados/auxílio, mas independente para decidir, ou seja, exercer sua autonomia (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

O gráfico 4 apresenta a capacidade funcional de transferência relacionada às quedas.

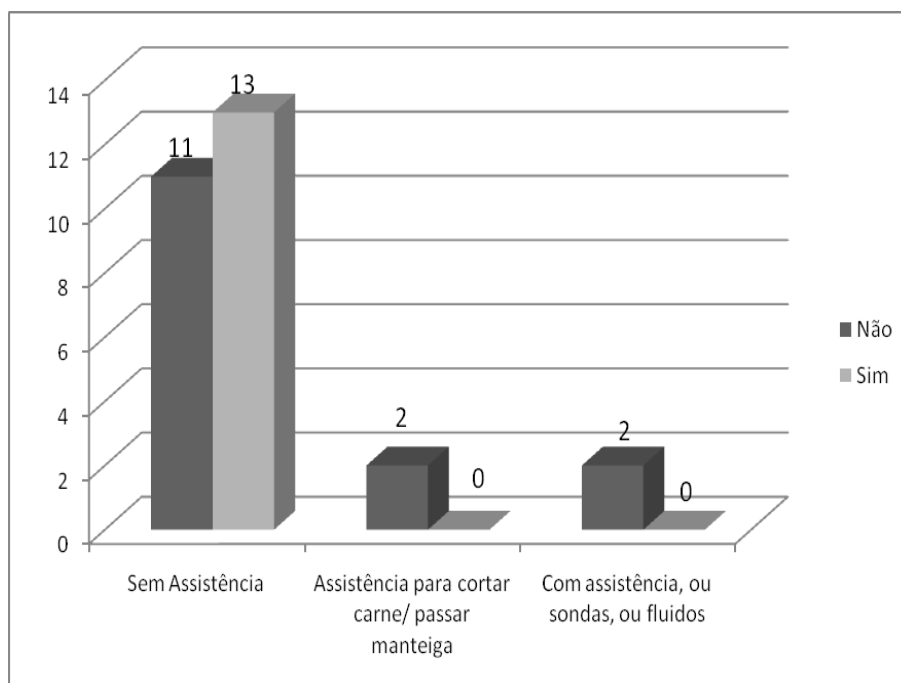


n=28

Gráfico 4 – Capacidade funcional (transferência x quedas de idosos institucionalizados). Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

De acordo com o gráfico 4, dos 22 idosos institucionalizados que apresentaram independência para deitar, levantar e sentar, treze tiveram quedas no último ano. O idoso, em seu processo de envelhecimento, pode evidenciar várias transformações, como limitações físicas, alterações mentais e psicossociais que poderão influenciar no seu relacionamento com familiares, levando-os, muitas vezes, à escolha pela institucionalização dessa pessoa (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

O gráfico 5 apresenta a capacidade funcional de alimentação relacionada às quedas.



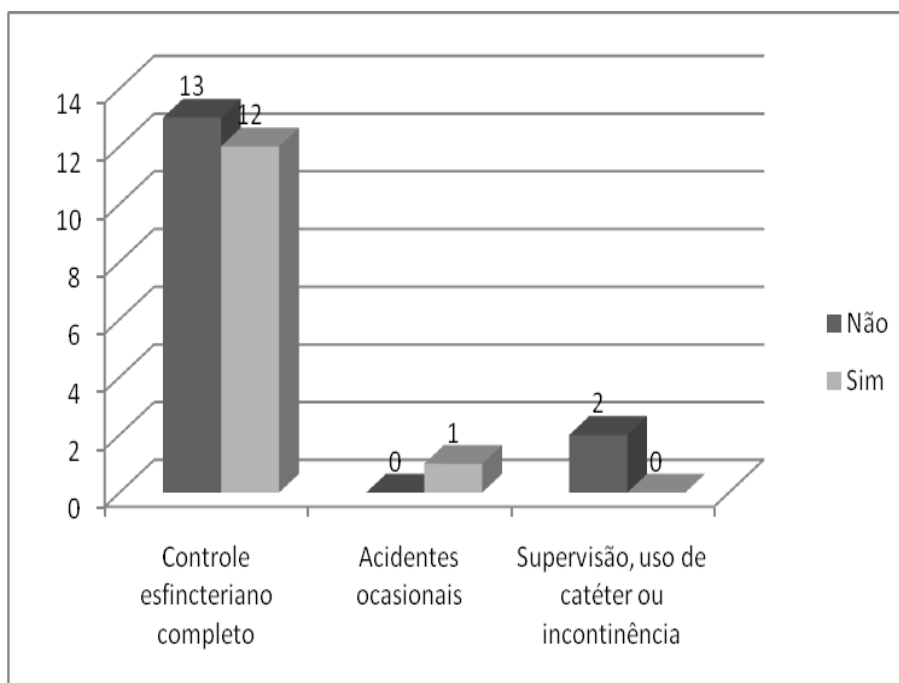
n=28

Gráfico 5 – Capacidade funcional (alimentação x quedas de idosos institucionalizados). Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

No gráfico anterior, podemos identificar que, dos 24 idosos institucionalizados que apresentaram independência na AVD alimentar-se, treze sofreram quedas no último ano.

A transferência do idoso do próprio lar para uma instituição representa um grande desafio, pois ele se depara com uma transformação muitas vezes radical no seu estilo de vida, sendo afastado de todo seu projeto existencial anterior (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005).

O gráfico 6 representa a capacidade funcional de continência relacionada às quedas.



n=28

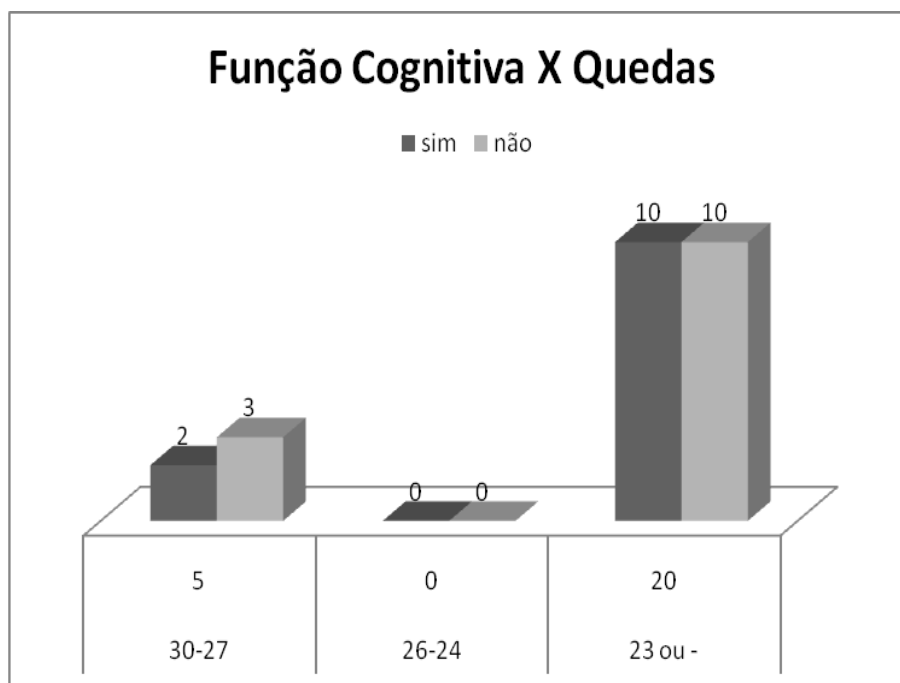
Gráfico 6 – Capacidade funcional (continência x quedas de idosos institucionalizados). Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Podemos observar, a partir do gráfico 6, que, dos 25 idosos que apresentam controle esfinteriano completo, doze sofreram quedas no último ano.

Em uma ILPI, necessita-se de ações que visem aos cuidados básicos e à atenção integral aos idosos, que sejam capazes de colaborar para que elaborem mecanismos de enfrentamento das limitações causadas pelo envelhecimento normal/patológico, contribuindo para o aumento do bem-estar biopsicossocial (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

5.2.3 Influência da cognição nas quedas em idosos institucionalizados

O gráfico 7 apresenta a cognição relacionada às quedas.



n=25

Gráfico 7 – Cognição e quedas em idosos institucionalizados. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

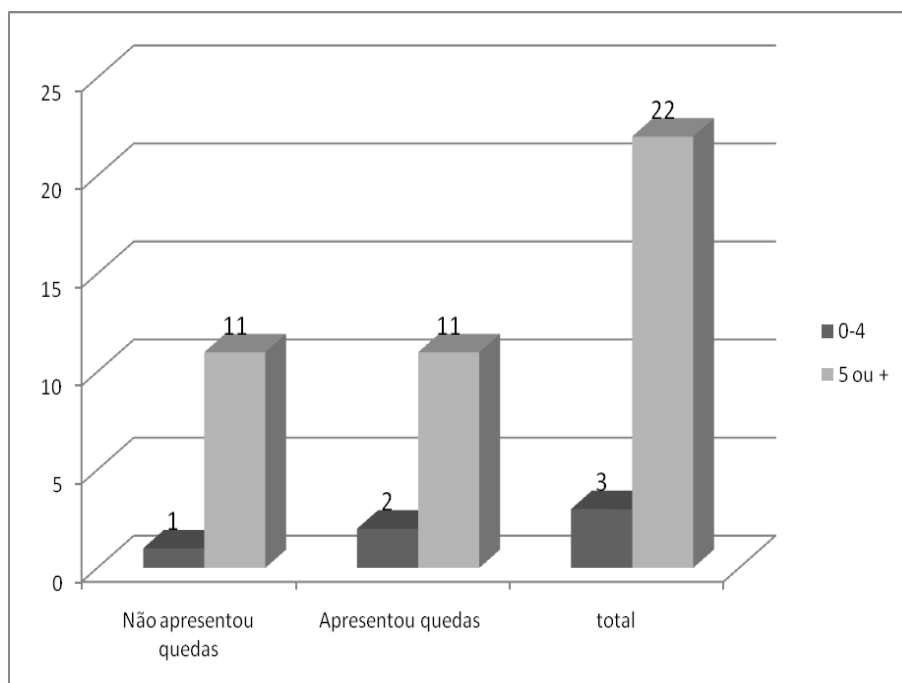
De acordo com o gráfico 7, podemos perceber que, dos 25 idosos aos quais foi possível aplicar o MEEM, vinte apresentaram o Miniexame do Estado Mental em pontuações entre 23 ou menos, representando indicação para *déficit* cognitivo; desses, dez residentes na ILPI investigada, relataram a ocorrência de quedas. Em cinco idosos não se aplicou o teste, por condições adversas, como é o caso dos problemas cognitivos transitórios e permanentes.

Entre idosos, a demência faz parte das doenças que mais acarretam declínio funcional progressivo e perda da autonomia. A incidência e a prevalência de demências aumentam com o avanço da idade (BRASIL, 2006c).

Alguns sintomas de demência nos idosos são: o frequente esquecimento; a confusão quanto à hora, dia e local; dificuldade na linguagem; falta de compreensão do que lhe é dito; visão ou audição de algo que não existe; facilidade com que se chateia ou se torna agressivo, entre outros. À medida que a doença progride, os sintomas tornam-se mais evidentes e incapacitantes (BRASIL, 2002).

5.2.4 Influência da depressão nas quedas em idosos institucionalizados

O gráfico 8 mostra a influência da presença da depressão nas quedas em idosos institucionalizados.



n=25

Gráfico 8 – Depressão e quedas em idosos institucionalizados. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Podemos indentificar, de acordo com o gráfico 8, que, dos 25 idosos nos quais foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão de quinze questões, 22 apresentaram índice indicativo de depressão (valor igual ou maior que cinco pontos). Desses, onze sofreram quedas e onze não caíram. Portanto, não houve influência significativa da depressão na ocorrência de quedas, de acordo com esta pesquisa.

Sabe-se, porém, que a depressão é uma doença de grande incidência entre idosos. Muitas vezes é difícil de ser diagnosticada com antecedência porque os profissionais de saúde podem associar seus principais sinais e sintomas, como a movimentação lenta, insônia, isolamento e outros, ao processo de envelhecimento, levando ao adiamento do diagnóstico e agravando o caso da depressão (PACHECO; SANTOS, 2004).

A doença em questão está frequentemente relacionada aos distúrbios cognitivos e ao pior desempenho nos testes neuropsicológicos. As principais alterações cognitivas associadas à depressão referem-se à atenção, à lentificação e às alterações na flexibilidade mental (TOLEDO; SANTOS NETO, 2006). É um problema de saúde que ocorre com frequência entre as pessoas de idade mais avançada, embora a identificação seja muitas vezes difícil na prática clínica. Pode-

se pensar que indivíduos com 80 anos ou mais tenham uma saúde física mais debilitada do que os idosos com menos idade. Nesse sentido, pode-se inferir que haja um maior risco de apresentarem sintomas depressivos, não em decorrência da idade mais elevada, mas sim, devido ao estado de saúde ser mais comprometido (ARGIMON; STEIN, 2005).

5.3 Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção das quedas

Embora existam algumas dificuldades organizacionais e outras presentes nas ILPIs, o enfermeiro e a equipe multidisciplinar, por meio de um esforço de cooperação, necessitam otimizar o cuidado prestado ao idoso. Essa ação pode ser realizada pela implementação da Avaliação Multidimensional do Idoso, na qual se possa combinar a experiência e os recursos no sentido de enfocar as várias dimensões envolvidas no processo de envelhecimento, com vistas à elaboração de um plano terapêutico adequado à necessidade de cada idoso.

Ao enfermeiro cabe a função de integrar e colaborar com a equipe multidisciplinar, para obter serviços fora do âmbito da enfermagem e para oferecer uma abordagem geral aos cuidados prestados à população idosa, principalmente aos idosos que residem em ILPIs.

O enfermeiro, sendo conhecedor das modificações que o processo de envelhecimento acarreta, precisa estar atento para identificá-las, assim como perceber as necessidades expressas ou não, e determinar as ações para uma melhor qualidade de vida aos idosos, realizando um cuidado individualizado, que tenta manter a independência e a autonomia deles (TIER, 2006).

A fim de identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados, na prevenção de quedas, destaca-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE vem sendo utilizada em instituições de saúde como uma metodologia assistencial e deve sofrer adequações necessárias de planejamento para cada contexto institucional, pois cada realidade apresenta necessidades distintas (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

A aplicação da SAE proporciona a possibilidade de o enfermeiro prestar um cuidado individualizado, atendendo às necessidades humanas básicas do idoso. Além disso, pode nortear a tomada de decisões em diferentes situações vivenciadas

pelo enfermeiro como gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005) e do cuidado de enfermagem direcionado ao idoso.

Com a SAE torna-se possível galgar um processo organizacional capaz de proporcionar subsídios para que sejam desenvolvidos métodos multidisciplinares e humanizados de cuidados, não apenas centrados na doença, mas voltados ao ser humano como sujeito ativo e participativo no processo de cuidar (NASCIMENTO et al., 2008).

Através da SAE há a possibilidade de ações sistematizadas e inter-relacionadas, viabilizando a organização do cuidado de enfermagem. A SAE é dirigida à resolução de problemas/atendimento das necessidades básicas afetadas do idoso, atentando para as necessidades de cuidados de saúde/enfermagem de cada indivíduo. É uma ferramenta importante e de responsabilidade restrita do enfermeiro, sendo uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem; é um instrumento importante no desempenho do papel do enfermeiro em busca de autonomia.

Bem recentemente, foi estabelecida a Resolução COFEN n 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Esse documento revoga a Resolução COFEN n 272/2002 e estabelece que a SAE é responsável pela organização do processo de trabalho da enfermagem, considerando método, pessoal e instrumentos, tornando possível o Processo de Enfermagem, que é apresentado como uma ferramenta metodológica orientadora do cuidado de enfermagem, formado pelas seguintes etapas: Coleta da Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). Mesmo assim, continuo me referindo à SAE, neste trabalho.

É necessário que a SAE esteja incluída no Prontuário do Residente. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003) sugere, em seu *Manual de Funcionamento da Instituição de Longa Permanência*, um conjunto de formulários, escalas e testes direcionados à formação do prontuário, como forma de acompanhamento multidisciplinar ao idoso residente em ILPI.

O prontuário é um documento básico que permeia as atividades administrativas, jurídicas, assistenciais, de pesquisa e ensino. É destinado a registrar os cuidados prestados pelos integrantes da equipe multidisciplinar. É um documento único, no qual devem ser anotadas todas as informações relativas à saúde de cada cliente; serve para a comunicação entre os profissionais, resultando em um melhor atendimento/assistência (POSSARI, 2008).

São partes essenciais de um prontuário a identificação do cliente, anamnese e exame físico, prescrições médicas, folha de evolução, registros de enfermagem, entre outros dados. Devem ser organizados adequadamente para garantir a imediata localização. Os métodos de arquivamento podem ocorrer através do nome ou sobrenome, ou de acordo com o número de registro, de modo a facilitar a localização. O prontuário é também um documento legal, em que os trabalhadores de saúde necessitam registrar as informações referentes à história de saúde e social do cliente, sua doença/intercorrência ao seu tratamento (POSSARI, 2008).

Conforme relatado na introdução desta dissertação, em 2007, foi implementado o Prontuário do Residente na mesma ILPI investigada (VALCARENGHI, 2007). Tal documento tem um total de dezesseis páginas e é constituído por:

- Dados Pessoais do Idoso: identificação, nome completo, número de registro, nacionalidade, naturalidade, religião, data de nascimento, estado civil, número de filhos, filiação, grau de instrução, profissão, tipo de documento e número, convênio de saúde, procedência (residência, hospital, instituição ou outro). Dados do responsável pela internação: nome completo, idade, profissão, grau de parentesco, Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), endereço residencial completo e telefone, endereço comercial completo e telefone. Há também dados de outros contatos: nome completo, grau de parentesco e telefones. Indicação da ILP (médico, cliente, parentes, reportagem, lista telefônica, site); além da data de internação na ILP, o horário e a assinatura do responsável.
- Anamnese Médica: História da Doença Atual (HDA); medicação; informações gerais (anorexia, visão, audição, aparelho respiratório, cardiovascular, digestório, emagrecimento, prótese dentária, constipação, incontinência, depressão, cognição, sono, agitação, febre, disfagia, prostatismo, tontura); antecedentes

patológicos e familiares; hábitos e vícios; exame físico (peso, altura, PA, pele, pulsos, carótidas, gânglios, mucosas, tireoide, aparelhos respiratório e cardiovascular, abdome, aparelhos geniturinário e locomotor, exame neurológico) e hipóteses diagnósticas.

- Evolução da equipe multiprofissional: data, evolução e assinatura.
- Prescrição médica e anotação da técnica de enfermagem: data, prescrição médica, horário; anotação da técnica de enfermagem e assinatura.
- Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Histórico de Enfermagem (motivos da institucionalização, sinais vitais, fatores de risco como tabagismo e etilismo, medicamentos de uso – nome, dosagem e horário; cuidado corporal; sono e repouso; alimentação; eliminação urinária e intestinal; atividade sexual); exame físico de enfermagem (com relato de perda ponderal, nível de consciência, deambulação, condições da pele e tecidos, condições da acuidade visual e auditiva, cabeça e pescoço, ausculta pulmonar, mamas, ausculta cardíaca, abdome, aparelho geniturinário, membros superiores e inferiores, outras queixas); Diagnósticos de Enfermagem identificados por meio da Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); Ações de Enfermagem; Data; Assinatura do/a enfermeiro/a.
- Avaliação cognitiva: utilizando-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), cujo teste é o mais utilizado para avaliar a função cognitiva em idosos e serve como instrumento de rastreio; contém ainda nome do residente e data de nascimento.
- Avaliação afetiva: é feita pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), composta de quinze questões, para avaliar se o idoso apresenta ou não indicativo de transtornos afetivos.
- Avaliação funcional: feita pela Escala de KATZ, é a avaliação do estado funcional do idoso, considerada uma medida da capacidade do indivíduo de realizar suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) de forma independente ou não. A determinação dessa independência pode levar à identificação de capacidades e limitações do idoso, levando assim, às intervenções apropriadas para cada um.

- Avaliação social: pelo histórico de vida do idoso, considerando seus relatos sobre infância e fase adulta; acontecimentos pessoais marcantes e da vida profissional; autor da ideia de o idoso morar na ILP e justificativa; nome do responsável pela institucionalização e grau de parentesco; atividades de lazer que não faz, mas gostaria de praticar; se costuma procurar o médico ou enfermeiro quando tem algum problema de saúde; entre outros questionamentos.

Portanto, a SAE é uma parte essencial de um prontuário de uma ILPI. Hoje, no Brasil, mais comumente utiliza-se a SAE tendo como base conceitual a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, e empregando os diagnósticos de enfermagem da atualmente denominada *North American Nursing Diagnosis Association International* – NANDA I (NANDA, 2010).

A definição de diagnóstico de enfermagem, elaborada pela NANDA, vem sendo apresentada como:

juízo clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Essa definição foi aprovada na 9ª Conferência da NANDA, ocorrida em 1990 (NANDA, 2010, p. 436).

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional apresentam-se como o diagnóstico de enfermagem atual/real, que descreve respostas humanas à condição de saúde ou aos processos vitais já existentes nos seres humanos: indivíduos, família, comunidade, apresentando características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (relações causais com o diagnóstico). Já os diagnósticos de enfermagem de risco descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que poderão se desenvolver no ser humano e estão apoiados em fatores de risco que indicam o aumento da vulnerabilidade. Diagnóstico de bem-estar descreve respostas humanas de bem-estar no ser humano. Diagnósticos de promoção da saúde é um juízo clínico da motivação e do desejo de um ser humano concretizar a saúde, verificados por meio de ações que melhorem os comportamentos, tais como nutrição adequada e exercícios físicos regulares. Esses dois últimos são apoiados somente pelas características definidoras. A síndrome consiste em um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que

tendem a ocorrer juntos e descrevem um quadro clínico distinto. Hoje existem 201 diagnósticos de enfermagem validados (NANDA, 2010).

A proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresentada a seguir indicará os principais títulos dos possíveis diagnósticos de enfermagem que poderão ser identificados em idosos institucionalizados, e suas prescrições/intervenções correlatas. A referida proposta originou-se dos dados colhidos anteriormente e relacionados às questões estruturais da ILPI investigada e ao perfil dos idosos residentes, em termos da presença de alterações na funcionalidade/cognição e de depressão e a influência de tais alterações nas quedas ocorridas com esses idosos institucionalizados.

A queda pode ser considerada um evento traumatizante para o idoso, tornando-se um fator significativo, devido ao impacto psicológico (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006). A tendência a cair aumenta a imobilidade e a admissão precoce em ILPIs. Os idosos podem apresentar a chamada Síndrome Pós-Queda, relacionada ao medo de retornar às atividades de vida diária, podendo, assim, acarretar complicações secundárias (CAIXETA, 2006), como o isolamento.

A morbidade e a mortalidade entre os idosos aumentam devido às quedas. No entanto, são passíveis de prevenção. Para tanto, torna-se necessária a realização da avaliação do idoso e do seu ambiente, no que diz respeito aos fatores que predisõem às quedas, permitindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção, consideradas potencialmente úteis (MARIN et al, 2004).

As quedas, além de causarem considerável perda de autonomia e qualidade de vida entre idosos, trazem também consequências para os cuidadores, sejam familiares ou institucionais, que necessitam de maior mobilização para realizarem cuidados especiais, adequando toda sua rotina em função da recuperação ou da adaptação do idoso após a queda (CARVALHO; COUTINHO, 2002).

No quadro 1 é apresentada a Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção de quedas.

Quadro 1 – Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção das quedas. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Títulos de Diagnóstico de enfermagem (NANDA, 2010)	Prescrição/intervenção de enfermagem
Estilo de vida sedentário	-Explicar os benefícios das atividades físicas, solicitando contribuição de um educador físico/fisioterapeuta; -Planejar um programa diário de exercícios físicos, estabelecendo um horário regular; -Auxiliar na realização das atividades; -Estimular o interesse do idoso; -Promover grupos para a realização das atividades, visando à motivação dos residentes e à prevenção de quedas.
Mobilidade física prejudicada	-Investigar os fatores causadores; -Promover a motivação e a adesão para exercícios físicos; -Realizar exercícios passivos ou ativos – assistidos, visando à prevenção de quedas nos institucionalizados; -Encorajar a deambulação por períodos curtos e frequentes; -Ensinar ao idoso a utilização de equipamentos auxiliares (muletas, andadores, bengalas), solicitando auxílio de um fisioterapeuta.
Capacidade de transferência prejudicada	-Ensinar métodos de transferência da cama para a poltrona, para o vaso sanitário e para a posição de pé, considerando a prevenção das quedas; -Encorajar o idoso na solicitação de ajuda, prevenindo lesões; -Auxiliar na transferência, sempre que necessário; -Investigar a necessidade de utilização de equipamentos auxiliares por parte dos residentes.
Intolerância à atividade	-Monitorar a resposta do idoso à atividade, verificando os sinais vitais e observando sinais de fadiga; -Estimular o aumento da atividade física gradualmente; -Consultar um fisioterapeuta sobre um programa de exercícios elaborado para as necessidades do idoso, prevendo as quedas.
Déficit no autocuidado para alimentação	-Investigar fatores causadores (<i>déficit</i> visual, membros afetados ou ausentes, <i>déficits</i> cognitivos), procurando dar-lhes a devida atenção;

	-Auxiliar o idoso no posicionamento adequado à incapacidade física, com vistas à prevenção de quedas; -Descrever a localização dos utensílios e do alimento na bandeja ou na mesa; -Encorajar a ingestão de alimentos com as mãos; -Proporcionar apenas a supervisão e o auxílio necessário para o reaprendizado ou a adaptação na alimentação; -Proporcionar equipamentos de adaptação, caso sejam necessários; -Encorajar o idoso a participar da atividade de alimentar-se sem ajuda; -Encorajar o idoso a ser cuidadoso, comendo em pequenas quantidades; -Orientar o idoso a comer devagar, prevenindo a aspiração alimentar; -Auxiliar o idoso a alimentar-se, sempre que necessário.
<i>Déficit no autocuidado para banho</i>	-Investigar fatores causadores; -Encorajar o maior grau de independência, mantendo a rotina e o horário de banho; -Providenciar equipamento adaptativo, conforme necessário; -Manter ambiente sem obstáculos, visando à prevenção de quedas; -Providenciar a segurança no banheiro, objetivando a prevenção de quedas; -Proporcionar apenas a supervisão ou o auxílio necessário para o reaprendizado do uso da extremidade ou para a adaptação à deficiência; -Supervisionar a atividade até que o idoso possa realizar a tarefa por si mesmo, com segurança.
<i>Déficit no autocuidado para higiene íntima</i>	-Encorajar o maior grau de independência possível, porém sem expor o institucionalizado às quedas; -Ensinar, supervisionando o idoso a realizar a atividade; -Supervisionar a atividade até que o idoso realize a tarefa por si mesmo.
<i>Déficit no autocuidado para vestir-se</i>	-Investigar fatores causadores; -Promover a independência por meio da prática contínua e sem ajuda; -Permitir tempo suficiente para o idoso residente despir-se e vestir-se; -Organizar as roupas na ordem que devem ser vestidas;

	-Providenciar auxiliares para vestir-se, conforme necessários; -Preparar ambiente sem obstáculos, visando à prevenção de quedas.
Síndrome da interpretação ambiental prejudicada	-Apresentar o ambiente da ILPI, equipe e demais idosos ao novo residente; -Adaptar o ambiente, mantendo-o seguro e orientando-o à prevenção de quedas; -Manter o idoso orientado quanto ao tempo e espaço, mantendo relógios e calendários grandes e visíveis; -Proporcionar explicações simples que não possam ser mal-interpretadas; -Reduzir alterações repentinas nos horários, planejando e mantendo uma rotina coerente.
Percepção sensorial perturbada: visual	-Identificar locais onde essa percepção é mais presente; -Explicar todas as atividades que serão realizadas; -Encorajar o idoso a solicitar auxílio, quando pertinente; -Proporcionar iluminação segura e adequada em todos os cômodos, com uma luz fraca à noite, para prevenção de quedas; -Colorir beiradas de degraus, visando à prevenção de quedas.
Percepção sensorial perturbada: auditiva	-Diminuir ruídos na ILPI; -Desligar equipamentos desnecessários; -Explicar barulhos de equipamentos, finalidades e ruídos que necessitem ser mantidos; -Investigar se o idoso teve a audição avaliada profissionalmente.
Confusão crônica	-Observar o comportamento do idoso; -Adaptar a comunicação ao nível da capacidade do idoso; -Não discutir com o idoso, exceto em caso de insegurança para o residente; -Evitar perguntas gerais e perguntas que o idoso não revele entendimento; -Adaptar o ambiente, mantê-lo seguro, objetivando a prevenção de quedas; -Promover a estimulação do idoso, através de música e recreação; -Tentar manter a mesma equipe de atendimento ao idoso; -Determinar uma rotina diária com o idoso; -Proporcionar orientação à família, às pessoas próximas e aos que prestam cuidados, em relação à situação e aos

	métodos de enfrentamento; -Manter o idoso orientado quanto ao tempo e ao espaço, colocando calendários e relógios grandes, visíveis e ao seu alcance; -Proporcionar explicações simples que não possam ser mal-interpretadas pelo institucionalizado; -Reduzir alterações repentinas nos horários, planejando e mantendo uma rotina coerente; -Encorajar a família a levar para a ILPI objetos conhecidos do idoso.
Memória prejudicada	-Investigar os fatores causadores e contribuintes; -Corrigir informações incorretas; -Monitorar os sintomas de memória prejudicada; -Estimular a socialização; -Utilizar meios para estimulação da memória, como livros, jogos, conversas, histórias; -Promover a orientação quanto ao tempo e ao espaço, colocando lembretes em locais apropriados; -Manter o respeito, promovendo o compartilhamento e prestando atenção ao que o idoso fala; -Proporcionar segurança ao idoso residente, visando à prevenção de quedas; -Ter lugares específicos para objetos específicos; -Fazer associações ou conexões mentais, exercitando a mente do institucionalizado; -Minimizar as distrações; -Manter alguma forma de organização nas tarefas de rotina.
Síndrome do estresse por mudança	-Discutir os efeitos possíveis e diferentes da mudança para uma ILPI; -Apresentar as instalações, equipe e outros idosos na admissão do novo idoso residente; -Orientar para que a família leve à ILPI objetos do próprio idoso; -Investigar fatores contributivos para o estresse por mudança; -Delinear um programa para o preparo do idoso, orientando sobre a distribuição física, considerando: local dos cômodos da ILPI, pessoas as quais pode procurar, sempre que necessário, tantas vezes quantas o idoso necessite para familiarizar-se com o novo ambiente; -Marcar degraus e outros riscos ambientais

	potenciais, prevenindo quedas; -Proporcionar oportunidades para perguntas e respostas sobre a ILPI e as pessoas que lá trabalham ou moram; -Promover a formação de amizade e interação com outros idosos; -Proporcionar privacidade ao idoso, sempre que possível; -Proporcionar atendimento espiritual.
Resiliência individual prejudicada	-Apresentar o idoso à ILPI, equipe e demais residentes, a fim de uma maior e melhor adaptação individual e prevenção de quedas; -Estimular o idoso à expressão de seus sentimentos; -Estimular atividades, sociabilidade, autoestima e autonomia do idoso; -Estimular o relacionamento do idoso com familiares e amigos; -Promover as competências e as capacidades do idoso.
Tristeza crônica	-Manter um clima de confiança para um melhor efeito terapêutico; -Investigar sinais e sintomas como isolamento, dificuldade de relacionamento com outras pessoas, insônia, ansiedade, entre outros. -Estimular o uso de recursos terapêuticos, como o atendimento individual ou em grupos; -Encaminhar ao tratamento psicológico ou psiquiátrico; -Encorajar o idoso ao compartilhamento de seus sentimentos; -Vincular a família para o enfrentamento.
Risco de quedas	-Investigar a presença de fatores intrínsecos e extrínsecos; -Reduzir ou eliminar os fatores causadores ou contribuintes, se possível; -Avaliar as condições clínicas do institucionalizado, considerando doenças agudas e DCNTs presentes; -Investigar as medicações em uso, prescritas ou automedicadas; -Instituir medidas de segurança ambiental; -Evitar o uso de tapetes soltos; -Providenciar superfícies antiderrapantes; -Providenciar corrimão nos corredores, escadas e banheiros; -Remover objetos pontiagudos dos móveis; -Manter as grades laterais da cama levantadas e a cama no nível mais baixo;

	-Assegurar que os sapatos tenham solas antiderrapantes e que sejam de tamanho adequado ao idoso; -Assegurar o uso de roupas de comprimento adequadas; -Proporcionar iluminação adequada, principalmente nos quartos e banheiros; -Eliminar objetos espalhados pelo chão e evitar pisos muito encerados; -Orientar, supervisionando o uso seguro de auxiliares da deambulação, consultando um fisioterapeuta; -Auxiliar, supervisionando o idoso na realização de suas atividades, sempre que necessário.
Risco de trauma	-Orientar, supervisionando o uso correto de auxiliares na deambulação; -Manter as grades da cama erguidas, quando necessário; -Reduzir ou eliminar obstáculos do ambiente; -Observar o uso de calçados adequados e o comprimento das roupas; -Investigar as dificuldades de autocuidado e a intolerância às atividades; -Atentar para a dieta do idoso, cuidado um aporte maior de cálcio, discutindo tal ação com a nutricionista; -Atentar para o fortalecimento músculo-esquelético dos idosos residentes, por meio de realização de atividades físicas, visando ao risco de quedas e de traumas.

Um estudo realizado com 71 idosos de uma ILPI de Porto Alegre, RS, com o objetivo de identificar a prevalência de diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados, verificou que em quinze deles estava presente o diagnóstico de enfermagem percepção sensorial perturbada; em doze residentes identificaram-se a mobilidade física prejudicada e a integridade da pele prejudicada; nove idosos apresentaram o diagnóstico de risco para quedas, indicando 12,7% dos idosos investigados. As quedas constituem-se na principal causa de traumas em pessoas nessa faixa etária (OLIVEIRA et al, 2008).

O enfermeiro deve realizar o planejamento do cuidado ao idoso, buscando resolver os problemas identificados e tendo por base os recursos potenciais desse idoso e da ILPI onde ele se encontra inserido. O referido planejamento necessita ser sucessivamente revisado, pois se modifica conforme cada idoso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da dissertação apresentada foram alcançados, pois foi possível analisar a influência existente entre as alterações na funcionalidade, cognição, presença de depressão e os episódios de quedas, no último ano, em idosos institucionalizados. Foram identificados os fatores de risco para quedas na estrutura da ILPI; caracterizado o perfil dos idosos residentes pesquisados quanto à influência das alterações determinadas pelas quedas; elaborada uma proposta de SAE, direcionada a esses idosos e tendo como meta a prevenção de quedas.

Através do estudo foi possível perceber que as ILPIs apresentam alguns fatores que contribuem para as quedas dos idosos residentes. De acordo com o formulário de observação, identificou-se que, acerca da infraestrutura física, há aspectos que podem favorecer a ocorrência de quedas, como o desnível em algumas partes do terreno da ILPI; os pisos, tanto interna, quanto externamente não apresentam material antiderrapante; os móveis possuem contornos pontiagudos. Identifica-se que não há presença de fios elétricos ou telefônicos expostos, nem obstáculos na passagem dos idosos. As camas são baixas; porém, não possuem grades de segurança; a iluminação apresenta-se inadequada. Em relação às roupas e acessórios dos residentes, pode-se identificar que alguns idosos utilizam roupas de comprimento maior que seu tamanho, assim como os calçados, que são de número maior e não possuem material antiderrapante. Identificou-se que alguns objetos de apoio, como andadores e bengalas, estão inapropriados para o uso.

Tratando-se dos idosos institucionalizados com alterações nas capacidades funcional, cognitiva e aqueles com depressão e tendência a ter mais quedas que os outros residentes, observou-se, através dos instrumentos de coleta de dados, que a maioria dos idosos é independente para as Atividades de Vida Diária (AVDs); porém, em algumas dessas atividades, nota-se a influência das quedas quando o idoso não tem auxílio para a realização das referidas atividades rotineiras. Em relação à função cognitiva, percebeu-se que, dos vinte idosos que apresentaram escore no Minimental sugestivo para *déficit* cognitivo, dez deles caíram, não havendo influência significativa entre alteração na função cognitiva e quedas. Identificou-se também que não houve influência significativa, neste estudo, em se tratando de depressão e quedas, pois, dos 22 idosos que apresentaram pontuação na Escala de Depressão Geriátrica, considerada um indicativo de depressão, onze caíram.

Alguns diagnósticos e prescrições de enfermagem apresentados por meio de uma Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) podem contribuir na prevenção de quedas entre os idosos institucionalizados. Identificou-se, neste estudo, dezoito diagnósticos de enfermagem relacionados às quedas: Estilo de vida sedentário; Mobilidade física prejudicada; Capacidade de transferência prejudicada; Intolerância à atividade; *Déficit* do autocuidado para alimentação; *Déficit* do autocuidado para banho; *Déficit* do autocuidado para higiene íntima; *Déficit* do autocuidado para vestir-se; Síndrome da interpretação ambiental prejudicada; Percepção sensorial perturbada: visual; Percepção sensorial prejudicada: auditiva; Confusão crônica; Memória prejudicada; Síndrome do estresse por mudança; Resiliência individual prejudicada; Tristeza crônica, Risco de quedas e Risco de Trauma. Através da identificação desses diagnósticos, foi possível a realização das intervenções/prescrição de enfermagem voltadas à prevenção de quedas dos idosos institucionalizados.

Como limitação deste estudo, aponta-se o número reduzido de idosos incluídos na pesquisa, o que nos impediu de realizar a aplicação de testes estatísticos na análise quantitativa, nossa intenção inicial.

O estudo, entretanto, possibilitou a associação da teoria com a prática, construindo conhecimentos que podem subsidiar os dirigentes/profissionais da saúde, atuantes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) a planejarem ações/estratégias para a prevenção de quedas nos idosos residentes.

A metodologia utilizada foi adequada e conduziu ao alcance dos objetivos propostos. A utilização de análise de dados quantitativos e a elaboração da proposta da SAE, considerando-a um resultado qualitativo, tornaram-se interessantes e serviram para mostrar a importância de se utilizarem métodos diferentes como melhor complementação dos resultados em trabalhos científicos.

A ILPI mostra-se como uma necessidade crescente, por conta da grande demanda de idosos/familiares, desempenhando um importante papel no acolhimento dessas pessoas. Contudo, as instituições precisam ser fiscalizadas de forma que possam exercer seu papel social e voltado ao atendimento da saúde dos residentes, pois os idosos que lá moram, se ainda não apresentam fragilidades, poderão desenvolvê-las, em um futuro próximo.

Como contribuições da pesquisa à Enfermagem Gerontogeriátrica, enfatizarei as dimensões do ensino, pesquisa e assistência/extensão. No âmbito do ensino,

este estudo poderá sensibilizar os professores da área da saúde, principalmente os que atuam na Enfermagem Gerontogeriátrica, quanto ao aprofundamento dos conteúdos sobre quedas em pessoas idosas, principalmente naquelas que residem em ILPIs.

Para a pesquisa, espera-se que essa investigação possa contribuir com seus dados, correlações teóricas e práticas, e que possa também despertar os enfermeiros e demais profissionais da saúde para novos trabalhos que tenham como propósito questões relacionadas às quedas em idosos, enfatizando aquelas que se direcionam às medidas preventivas de quedas, principalmente nos idosos institucionalizados.

Na assistência/extensão, espera-se que os profissionais e especialmente os enfermeiros que atuam nas ILPIs sintam-se sensibilizados quanto à prevenção de quedas nos idosos residentes, atentando para as questões estruturais da instituição; observando as roupas e os sapatos utilizados pelos idosos; possuindo capacidade para identificar as alterações na funcionalidade, na cognição e a presença de depressão nos residentes e possa tomar medidas eficazes, para que as mencionadas alterações não direcionem aos acidentes por quedas.

Enfim, espera-se tenha contribuído para a comunidade interna da FURG, especialmente para o GEP-GERON e a Escola de Enfermagem; para os profissionais/enfermeiros/professores que atuam em ILPIs; e, principalmente, para os idosos residentes, as pessoas mais importantes envolvidas nesta pesquisa.

7 REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo. Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago, 2007.
- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.* v. 3, n. 2, p. 79-91. Passo Fundo, 2006.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. Bras. Enferm.* v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun, 2005.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283*, 2005 set 26.
- ARAÚJO, M. O. P; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* v. 41, n. 3, p. 378-85, 2007.
- ARAÚJO, L. F. de.; COUTINHO, M. da P. de L.; SANTOS, M. de F. de S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 89-98, mai/ago. 2006.
- ARGIMON, I. I. L., STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 64-72, jan/fev, 2005.
- BARROS, E. J. L. *O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa*. Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.
- BESSA, M. L. P.; SILVA, M. J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 258-65, abr/jun, 2008.
- BIAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. *Rev. Esc. Enferm USP*, São Paulo v. 43, n. 3, set, 2009.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 119, p. 1131-1141, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996. Política Nacional do Idoso, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. *Resolução 196/96 que normaliza a pesquisa em seres humanos*. Brasília: 1996. 9f. (Mimeografado).

_____. Ministério da Saúde. *V Caravana Nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade de abrigos e asilos de idosos no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados; Coordenadores de publicações, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde, 2006. Portaria nº 399 – MS/ GM – 22 de fevereiro de 2006 – *Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde*. Brasília; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa – n 19*, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006c.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, mai/jun, 2003.

CAIXETA, R. Instabilidade postural e quedas no idoso. In: *Geriatrics*. HARGREAVES, L. H. Brasília, cap 38, p. 467-486, 2006.

CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 448-54, 2002.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 1, p. 43-35, 2006.

CREUTZBERG, M. et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n. 6, p.1144-49 nov/dez, 2007.

CUNHA, U. G. V.; et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: *Geriatrics*. HARGREAVES, L. H. Brasília, cap 29, p. 386-392, 2006.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características sócio-econômicas e de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* – Ribeirão Preto v.12, n.3, mai/jun, 2004.

DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. Latino-am. enfermagem* – Ribeirão Preto, v. 8 - n. 1, p. 75-81, jan, 2000.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa para enfermagem: parte 3 – métodos mistos e múltiplos. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 5. www.eerp.usp.br

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem gerontológica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F., Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 365-73, abr/jun, 2008.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 35, p. 376-387, 2006.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.147-58, set.2004/fev.2005.

FREITAS, E. V. MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 93, p. 900-909, 2006.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor na atenção ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 938-945, 2008. apud DALL, J. O.; LIESHOUT, J. J. Falls and medications in the elderly. *Neth J Med*, v. 63, n. 3, p. 91-96, 2005.

GUERREIRO, T. C. et al. Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina da Memória na UnATI/UERJ. *Rev Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 9, n. 1, p. 07-20, 2006.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo, v.20, n.3, p. 362-7, jul/set., 2007.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras de Enferm.* v. 59, n.5, p. 675-679, set/out, 2006.

LANGE, C. *Acidentes domésticos em idosos com diagnósticos de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP*. Tese (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, USP, 221p, 2005.

LENARDT, M. H. et al. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enferm*, v. 11, n. 2, p. 117-23, mai/ago, 2006.

LOPES, M. C. L, et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm*, v. 12, n. 4, p. 472-7, out/dez, 2007.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 25, p. 260-280, 2006.

MARIN, M. J. S. et al. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 560-4, set/out, 2004.

MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm.*, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev. Bras Ciên e Mov*, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, abr, 2000.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde e Sociedade* v.16, n.1, p.69-80, jan/abr, 2007.

MINCATO, P. C.; FREITAS, C. L. R. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS. *Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 127-138, 2007.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA, International; tradução Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Arthmed, 2010.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enf USP*, v.42, n.4, p. 643-648, 2008.

OLIVEIRA, D. N. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 57-63, jul/dez, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

PAIXÃO JR. C. M.; HECMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 98, p. 950-961, 2006.

PARAHYBA, M. I., VERAS, R., MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p. 383-381, maio/jun, 2005.

PELZER, M. T. *Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda*

mútua, 132p., 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 41, n.2, p. 229-36, jun, 2007.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v.11 n.1, 2008.

POSSARI, J. F. *Prontuário do paciente e registro de enfermagem*. São Paulo: Érica, 2005.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1265-1273, jul/ago, 2008.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-101, 2000.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n. 1, p. 40-48, fev, 2003.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 1, p. 44-8, jan/fev, 2005.

SANTANA, A. J.; FILHO, J. C. B. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, n.1, p.134-146, jan/jun, 2007.

SANTOS, S. S. C. *Estado cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma ILP do Rio Grande/RS*. Projeto de pesquisa apresentado e financiado pelo MCT/CNPq Nº 014/2008 – Projeto Universal. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, 2008, 38p.

SANTOS, S. S. C. et al. O papel do enfermeiro da instituição de longa permanência para idosos. *Rev Enferm UFPE On line*. v. 2, n. 3, p. 262-68, 2008.

SANTOS, M. M. D.; SANDOVAL, R. A. Análise do risco de quedas em idosos não institucionalizados. *Lecturas: Educacion Fisica y Deportes*. Revista Digital Buenos Aires. ano 14, n. 136, set. 2009.

SCHIAVETO, F. V. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade. 2008. 117f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

SILVA, B. T. *Percepção das pessoas idosas sobre institucionalização e possibilidade de serem cuidadas pelos enfermeiros nas ILPIs no ano de 2026*. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG) – Seção São Paulo. *Instituição de longa permanência para idosos*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev Esc Enferm USP*, v. 39, n. 1, p. 13-9, 2005.

TAVARES, D. M. S. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 32-9, jan/mar, 2007.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções de profissionais da saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1181-1188, 2008.

TIER, C. G. *Depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde*. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2006.

TIER, C. G.; FONTANA, R. T.; SOARES, N. V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), v. 57, n. 3, p. 332-5, mai/jun, 2004.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TOLEDO, M. A. V.; SANTOS NETO, L. S. Depressão no idoso. In: *Geriatría*. HARGREAVES, L. H. Brasília, cap 45, p. 545-552, 2006.

TOMASINI, S. L. V.; ALVES, S. Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 88-102, 2007.

VALCARENGHI, R. V. *Implantação do prontuário do residente em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)*. 2007. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2007.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai/jun, 2003.

YASSUDA, M. S. Memória e envelhecimento saudável. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 131, p. 1245-1251, 2006.

YASSUDA, M. S.; ABREU, V. P. S. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V.; et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 132, p. 1252-1259, 2006.

YIN, R. K. Estudo de caso. *Planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Formulário de observação da ILPI quanto à presença de aspectos favorecedores de quedas nos idosos.

Infraestrutura Física

- 1) A ILPI apresenta desnível no terreno?
() Sim () Não
Observações:
- 2) Possui rampas de acesso para facilitar a movimentação dos residentes?
() Sim () Não
Observações:
- 3) Apresenta pisos interno e externo com mecanismos antiderrapantes?
() Sim () Não
Observações:
- 4) Apresenta rampas e escadas? Possui corrimão e sinalização?
() Sim () Não
Observações:
- 5) Essas rampas e escadas são seguras para os idosos?
() Sim () Não
Observações:
- 6) A área de circulação interna da ILPI apresenta corrimão?
() Apenas em um lado
() Nos dois lados
Observações:
- 7) Apresenta tapetes nas circulações?
Soltos () Sim () Não
Observações:

Preso ao chão/colado/embutido () Sim () Não
Observações:
- 8) Possui móveis com contornos arredondados?
() Sim () Não
Observações:
- 9) Apresenta fios elétricos/telefone expostos?
() Sim () Não
Observações:
- 10) Presença de obstáculos na passagem (cadeiras, mesas, outros móveis/objetos)?
() Sim () Não
Observações:

- 11) Quanto ao banheiro:
☐ Apresenta desnível
☐ Não apresenta desnível
Observações:
- 12) Esses banheiros possuem barra de segurança?
No Box ☐ Sim ☐ Não
No vaso sanitário ☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 13) Possui quartos com camas baixas?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 14) As camas permitem que os idosos, quando sentados, apoiem os pés no chão?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 15) Essas camas apresentam grade de segurança?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 16) Possui iluminação adequada?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 17) O quarto do idoso apresenta-se iluminado?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 18) Existe iluminação necessária entre o quarto do idoso e o banheiro?
☐ Sim ☐ Não
Observações:

Roupas/acessórios do idoso

- 1) Os idosos utilizam roupas compridas? São adequadas ao clima?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 2) Utilizam sapatos adequados?
☐ Sim ☐ Não
Observações:
- 3) Utilizam objetos de apoio (como andador, bengalas) e cadeiras de rodas de forma segura?

() Sim () Não

Observações:

Opiniões dos idosos residentes sobre o risco de quedas na ILPI

(se eles acham que existem riscos para quedas, quais são esses riscos, que medidas achariam interessantes para minimizá-los e outras questões que se façam pertinentes)

Outros dados importantes na observação sistemática ambiental da ILPI.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética CEPAS/FURG**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 – Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº 27/ 2009

PROCESSO Nº 23116. 003227/2008-71

CEPAS 31/08

TÍTULO DO PROJETO: **“Estado cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma ILP do Rio Grande/RS.”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Silvana Sidney Costa Santos**

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto por este Comitê, considerando a realização dos ajustes recomendados (Parecer 50/2008), o mesmo foi considerado **APROVADO**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: Agosto/2009 (com o prazo máximo de 40 dias após o término do projeto).

Rio Grande, RS, 02/04/2009.

Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

Anexo B – Caracterização dos idosos institucionalizados

Número questionário: _____

Data da entrevista: _____

Nome do(a) idoso(a): _____

Peso: _____ Kg

Altura: _____ cm

Pulso: _____ bpm

PA (sentado): Primeira medida: S: _____ D: _____

Segunda medida: S: _____ D: _____

Informações pessoais

A1) Idade _____ (anos completos)

Mês e data de nascimento ____/____

A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino

A3) Qual é a cor da sua pele?

(1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR

A4) Local de nascimento (ver documento se necessário)

(1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR

A5) Qual seu estado civil?

(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a)/desquitado(a)/separado(a)

(4) Viúvo(a) (5) Outro _____ (99) NS/NR

A6) Com quem mora no quarto do “asilo”?

(1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Não familiares

(4) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR

A7) Quantas pessoas moram com o idoso no quarto?

A8) Pessoa(s) que poderia(m) cuidar do idoso caso precisasse

(1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho(s) (3) Cônjuge, filhos, genro ou nora

A9) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR

A10) Qual é a sua religião?

(0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita

(4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR

A11) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde, qual o tipo de serviço que o(a) utiliza como primeira opção?

(1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira

(6) Outro (especifique)_____ (88) Não se aplica (99) NS/NR

Seção perfil social

B1) Escolaridade: Quantos anos o(a) Sr(a) frequentou a escola? (Se nenhum, colocar “0”)

B2) Qual(is) dessas rendas o Sr(a) tem?

(2) Não tem (2) Tem (99) NS/NR

B2a) Aposentadoria

B2b) Pensão

B2c) Aluguel

B2d) Trabalho próprio

B2e) Doações (família, amigos, instituições)

B2f) Outras_____

B2g) Benefício de prestação continuada

B3) Qual é a renda mensal em reais do idoso? _____ (99)
NS/NR

B4) Como o(a) Sr(a) avalia sua saúde atualmente?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima
(99) NS/NR

B5) Comparada a um ano atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde está...

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR

Anexo C – Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ (AVD-KATZ)

Abreviações: I- Independência; A- Dependência parcial; D- Dependência total

D1. BANHO

I: não recebe assistência

A: assistência para uma parte do corpo

D: não toma banho sozinho

D2. VESTUÁRIO

I: veste-se sem assistência

A: assistência para amarrar os sapatos

D: assistência para vestir-se

D3. HIGIENE PESSOAL

I: vai ao banheiro sem assistência

A: recebe assistência para ir ao banheiro

D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas

D4. TRANSFERÊNCIA

I: deita, levanta e senta sem assistência

A: deita, levanta e senta com assistência

D: não levanta da cama

D5. CONTINÊNCIA

I: controle esfinteriano completo

A: acidentes ocasionais

D: supervisão, uso de cateter ou incontinente

D6. ALIMENTAÇÃO

I: sem assistência

A: assistência para cortar carne/passar manteiga no pão

D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV

Interpretação:

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

Anexo D – Miniexame do Estado Mental (Minimental – MEEM)

C1 Orientação Temporal – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Ano	() acertou	() errou	() não sabe
Semestre	() acertou	() errou	() não sabe
Mês	() acertou	() errou	() não sabe
Dia	() acertou	() errou	() não sabe
Dia da semana	() acertou	() errou	() não sabe

C2 Orientação Espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Nome da rua do asilo	() acertou	() errou	() não sabe
Número do asilo	() acertou	() errou	() não sabe
Bairro	() acertou	() errou	() não sabe
Cidade	() acertou	() errou	() não sabe
Estado	() acertou	() errou	() não sabe

C3 Registro – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até três tentativas...

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou=1 Não lembrou=0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr(a) tem alguma dúvida?

Árvore	() conseguiu	() não conseguiu
Mesa	() conseguiu	() não conseguiu
Cachorro	() conseguiu	() não conseguiu

Número de repetições: _____

C4 Atenção e cálculo - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100 – 7 = 93	() acertou	() errou	() não sabe
--------------	-------------	-----------	--------------

$93 - 7 = 86$	() acertou	() errou	() não sabe
$86 - 7 = 79$	() acertou	() errou	() não sabe
$79 - 7 = 72$	() acertou	() errou	() não sabe
$72 - 7 = 65$	() acertou	() errou	() não sabe

C5 Memória de evolução das palavras – Marcar um ponto para cada cálculo, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de três palavras e o Sr(a) as repetiu. Diga-me agora de quais lembra.

Árvore	() acertou	() errou	() não sabe
Mesa	() acertou	() errou	() não sabe
Cachorro	() acertou	() errou	() não sabe

C6 Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	() acertou	() errou	() não sabe
Relógio	() acertou	() errou	() não sabe

C7 Repita a frase que vou lhe dizer – (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

() conseguiu	() não conseguiu
---------------	-------------------

C8 Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHOU OS OLHOS, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10seg.).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou () (zero)
-------------------------------	-----------------------

C9 Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel e, quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel	() acertou	() errou	() não sabe
---------------	-------------	-----------	--------------

com a mão direita			
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() não sabe
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() não sabe

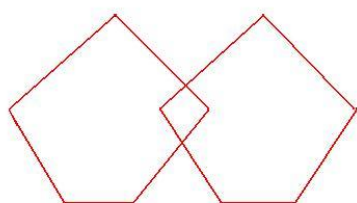
C10 Diga ao idoso(a):

O(a) Sr(a) poderia escrever ou ditar uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

C11 diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver duas figuras com interseção (1 ponto).

Escore:

Escore de 30 a 27 – função cognitiva preservada.

Escore de 26 a 24 – alteração não sugestiva de *déficit*.

Escore de 23 pontos ou menos – sugestivo de *déficit* cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência).

Anexo E - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG)

F.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	()Sim ()Não
F.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	()Sim ()Não
F.3) Você sente que sua vida está vazia?	()Sim ()Não
F.4) Você se aborrece com frequência?	()Sim ()Não
F.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	()Sim ()Não
F.6) Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	()Sim ()Não
F.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	()Sim ()Não
F.8) Você sente que sua situação não tem saída?	()Sim ()Não
F.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	()Sim ()Não
F.10) Você se sente com mais problemas de memória que a maioria?	()Sim ()Não
F.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	()Sim ()Não
F.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	()Sim ()Não
F.13) Você se sente cheio de energia?	()Sim ()Não
F.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	()Sim ()Não
F.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	()Sim ()Não

ESCORE: Pontuação 5 – Indicativo de depressão.

Anexo F - Questionário para Risco de Quedas

Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco

Sim (1) não (0)

Quedas anteriores	Não
	Sim*
Medicações (ver tabela página seguinte)	Nenhuma
	Tranquilizantes/Sedativos*
	Diuréticos*
	Anti-hipertensivos* (além dos diuréticos)
	Drogas antiparkinsonianas*
	Antidepressivos*
	Outras medicações
Déficit sensorio	Nenhum
	Visão prejudicada*
	Audição prejudicada*
	Membros* (amputação, AVC, neuropatia)
Estado mental	Orientado
	Confuso (MEEM <24/30)*
	(Somar os pontos do MEEM)
Marcha	Normal
	Segura, com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador, ...)
	Insegura, com/sem equipamentos*
	Incapaz

* Pontuação igual ou superior a três indica um alto risco de quedas.

Medicações (nomes genéricos)

Tranquilizante/ sedativos	Diuréticos	Anti- hipertensivos	Drogas antiparkinsonianas	Anti- depressivos
Bromazepam Buspirona	HCTZ Bumetanida Piretanida Furosemida Indapamida Manitol Amilorida Espironolac- tona Clortalidona Acetazolami- -da	Clonidina Rilmenedina Irbesartana Telmisartana Valsartana Doxazosina Felodipina Nifedipina Captopril Hidralazina Losartana Anlodipina Carvedilol	Biperideno Entacapon Levodopa Pergolida Pramipexol Selegilina Tolcapona Triexifenidilina	Amineptina Amitriptilina Citalopram Clomiprami- na Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Imipramina Nefazodona Nortriptilina Paroxetina Sertralina Ventafaxina