QUEDAS EM IDOSOS: REFLEXÕES A PARTIR DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA ENFERMAGEM DA FURG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

Reitor
JOÃO CARLOS BRAHM COUSIN

Vice-Reitor
ERNESTO CASARES PINTO

Pró-Reitora de Extensão e Cultura
DARLENE TORRADA PEREIRA

Pró-Reitor de Planejamento e Administração
MOZART TAVARES MARTINS FILHO

Pró-Reitor de Infraestrutura
ERNESTO LUIZ GOMES ALQUATI

Pró-Reitora de Graduação
CLEUZA MARIA SOBRAL DIAS

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis
LUIZ BESSOUAT LAURINO

Pró-Reitor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
CLAUDIO PAZ DE LIMA

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
DANILO GIROLDO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE
LINHA DE PESQUISA: TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM/SAÚDE PARA INDIVÍDUOS E GRUPOS SOCIAIS
GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM GERONTOGERIATRIA, ENFERMAGEM/SAÚDE E EDUCAÇÃO (GEP-GERON)

CONSELHO EDITORIAL

Prfª Drª Celmira Lange
Profª Drª Adriana Dora da Fonseca
Profª Drª Maria Josefina da Silva
Profª Drª Marilene Rodrigues Portella
Profª Drª Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Profª MSc Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Drª Silvana Sidney Costa Santos
Drª Marlene Teda Pelzer
MSc Edaiane Joana Lima Barros
(organizadoras)

Quedas em idosos: reflexões a partir de produções científicas da Enfermagem da FURG

FURG

Rio Grande

2010

© Silvana Sidney Costa Santos; Marlene Teda Pelzer; Edaiane Joana Lima Barros (orgs.)

2010

Capa: Girassóis – autoria da Profª MSc Maria José Chaplin (Zezé)

Revisão: Marlene Teda Pelzer

Quedas em idosos: reflexões a partir de produções científicas da Furg / organizadoras Silvana Sidney Costa Santos, Marlene Teda Pelzer, Edaiane Joana Lima Barros – Rio Grande: FURG, 2010.
114 p.

ISBN 978-85-7566-154-3

I. Santos, Silvana Sidney Costa II. Pelzer, Marlene Teda III. Barros, Edaiane Joana Lima IV. Título.

CDU: 616-083-053.9

Agradecimentos especiais à Editora e Gráfica da FURG

PREFÁCIO

Fiquei muito feliz quando recebi o convite para prefaciar esta obra, pois, acredito que quando se planta uma semente, ela pode ou não dar frutos, vai depender da qualidade da mesma e dos cuidados dedicados a ela. Digo isto porque venho acompanhando, desde o plantio da semente denominada "Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON)", no ano de 2004, o trabalho de colegas que se dedicam ao cuidado de pessoas idosas, ou seja, com idade igual ou superior a sessenta anos, e suas respectivas famílias.

Os frutos logo começaram a surgir! No segundo semestre de 2004, visando dar maior flexibilidade curricular e oportunidades de escolha aos estudantes, foram criadas disciplinas optativas no curso de Graduação em Enfermagem da FURG, dentre elas, a disciplina Enfermagem Gerontogeriátrica. Com a elaboração do novo Projeto Político Pedagógico, em 2005, esta disciplina passou a ser obrigatória, dada a sua importância e pertinência. Desde 2008 é ministrada na sexta série do curso.

No primeiro semestre de 2005, com a consolidação do trabalho deste grupo, foi ofertada a disciplina Tópico Especial: Cuidado ao Idoso/Família na Enfermagem/Saúde, aos discentes do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Com a aprovação do Curso de Doutorado em Enfermagem, em 2008, foi criada a disciplina Estudos Avançados em Saúde da Pessoa Idosa, de caráter optativo para os cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

A dedicação, o esforço e o empenho dos integrantes do GEP-GERON é um orgulho para a Escola de Enfermagem. Este grupo acredita que uma realidade pode e precisa ser mudada, pois com o aumento da longevidade, são necessárias políticas públicas e ações que

promovam a saúde dos idosos e que contribuam para a manutenção de sua autonomia.

Ao aceitar o desafio da publicação, o grupo divulga o resultado de pesquisas originadas de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e de dissertações de mestrado, bem como, de atividades extensionistas e de ensino. É oportuno ressaltar a iniciativa das organizadoras e autores em priorizar a temática Q*ueda em Idosos*, visando a preservação da saúde desta parcela significativa da população, em condições de liberdade e dignidade.

Rio Grande, julho de 2010.

Profª Drª Adriana Dora da Fonseca
Diretora da Escola de Enfermagem da FURG

APRESENTAÇÃO

Esta obra originou-se de pesquisas realizadas pelos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), que foi organizado e cadastrado no Grupo de Diretórios de Grupos do CNPq, na Escola de Enfermagem (EEnf), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEEnf) da Universidade Federal do Rio Grande, desde setembro de 2004.

Na verdade, esse livro partiu de um folder sobre prevenção de quedas em idosos, elaborado por nós e da ideia da Profª Drª Adriana Dora da Fonseca, no sentido de que, a partir daquele folder, envidássemos esforços no caminho de uma cartilha ou de um livro, pois "já tínhamos tantos trabalhos sobre quedas em idosos". Essa foi, então, a luz que clareou essa empreitada...

O aumento da população idosa brasileira já é um fato. A necessidade de preparo dos futuros profissionais, pelas Instituições de Ensino Superior (IES), principalmente da área da saúde e especificamente dos enfermeiros, inseriu-se como ponto de destaque nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, aprovada em 2001. Muitos cursos de Enfermagem vêm investindo esforços no cuidado ao idoso, em consideração às DCN e por necessidade ao atendimento/cuidado a um grupo etário que quantitativamente e qualitativamente aumenta nos serviços de saúde: os idosos.

A necessidade que os enfermeiros desenvolvam ações voltadas às questões relacionadas ao processo de envelhecimento, ao cuidado ao idoso e à fase da velhice torna-se urgente. Essas ações precisam ser iniciadas em estudos e pesquisas, por meio dos grupos de estudo e pesquisa (GEPs), para que se fortaleçam e alcancem os idosos, nos vários serviços sociais e de saúde, onde estão inseridos. Assim, essas produções científicas poderão contribuir para melhoria da vida dos idosos, como também, com o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nesse contexto. Apresenta-se, assim a relevância dessa obra.

Portanto, a finalidade do livro "Quedas em idosos: reflexões a partir de produções científicas da Enfermagem da FURG" é divulgar as pesquisas derivadas de dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), que trazem como objeto do estudo as quedas em idosos, para subsidiar as ações dos enfermeiros.

No capítulo 1: Registros de enfermagem sobre quedas nos prontuários dos idosos procura-se dar relevância acerca da importância de registros nos prontuários, de idosos hospitalizados, por conta de acidentes por quedas e por isso, propõem-se sugestões para essas anotações.

No capítulo 2: Avaliação de condições estruturais de ILPIs e prevenção de quedas em idosos traz uma proposta de ferramenta avaliativa, elaborada a partir do conjunto de dispositivos legais, direcionados aos idosos e tendo como meta a manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas nos idosos institucionalizados.

No capítulo 3: Prevenção de quedas em idosos recém-admitidos em ILPIs prioriza o acolhimento aos idosos inseridos nas ILPIs, considerando a prevenção de quedas.

No capítulo 4: Gerenciamento de ILPIs e prevenção de quedas em idosos, centra-se na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), os antigos asilos.

No capítulo 5: Processo de enfermagem e prevenção de quedas em idosos institucionalizados, tendo como foco a resolução COFEN nº358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem (PE), direciona-se à prevenção de quedas em idosos residentes em ILPIs.

No capítulo 6: Quedas em idosos atendidos em serviço de pronto atendimento, apresenta proposta de cuidados de enfermagem para os idosos que são admitidos em serviços de prontos atendimentos e que foram vítimas de quedas.

No Capítulo 7: Produção científica sobre idosos e quedas: revisão integrativa, apresenta uma pesquisa bibliográfica acerca da produção de enfermeiros brasileiros sobre o tema quedas em idosos.

No capítulo 8: Educação em saúde na prevenção de quedas em idosos se propõe, por

meio de relato de experiência, apresentar uma gerontotecnologia voltada à prevenção de quedas em idosos.

Nos anexos: apresenta-se uma gerontotecnologia de educação em saúde voltada à prevenção de quedas em idosos; uma ferramenta avaliativa para ILPI a fim de manter a funcionalidade e a prevenção de quedas nos idosos; um Prontuário do Residente de ILPI contendo o Processo de enfermagem para o idoso institucionalizado, com ênfase à prevenção de quedas, como contribuições de instrumentos colaborativos no cuidado ao idoso institucionalizado.

Profª Drª Silvana Sidney Costa Santos
Organizadora e Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria,
Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON)
Rio Grande/RS, 09 de maio de 2010, Dia das Mães!

SUMÁRIO

1. REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE QUEDAS NOS PRONTUÁRIOS DOS IDOSOS..... 13

Ronaldo de Freitas

Silvana Sidney Costa Santos

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Marília Egues da Silva

2. AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DE ILPIs E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS..... 23

Ariane Minussi Feliciani

Rafaela Vivian Valcarenghi

Silvana Sidney Costa Santos

3. PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS RECÉM-ADMITIDOS EM ILPIs..... 31

Rafaela Vivian Valcarenghi

Silvana Sidney Costa Santos

Ariane Minussi Feliciani

4. PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS DE UMA ILPI ATRAVÉS DA REESTRUTURAÇÃO FÍSICA 41

Danielle Adriane Silveira Vital

Marília Egues da Silva

Silvana Sidney Costa Santos

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS..... 49

Francisleide Rodrigues Andrade Dias

Edaiane Joana Lima Barros

Silvana Sidney Costa Santos

6. QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO..... 57

Clariana Vitória Ramos

Silvana Sidney Costa Santos

Edison Luiz Devos Barlem

7. PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O IDOSO E QUEDAS: REVISÃO INTEGRATIVA..... 67

Danielli Gavião Mallmann

Darleni Rosa Tambara

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Silvana Sidney Costa Santos

8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA À PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS..... 77

Clariana Vitória Ramos

Lenice Dutra de Sousa

Silvana Sidney Costa Santos

Cristiano Pinto dos Santos

Gisamara Girardi Fontes de Ávila

Gilmar Basgalupe Meirelles

ANEXOS 85

1. REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE QUEDAS NOS PRONTUÁRIOS DE IDOSOS

Ronaldo de Freitas
Silvana Sidney Costa Santos
Marília Egues da Silva
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Propósito do capítulo

Este capítulo foi parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), denominado "Cuidado de enfermagem na prevenção de quedas em idosos: proposta para ação", concluído no final do primeiro semestre de 2009, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ele se propõe a ampliar o campo da Enfermagem Gerontogeriátrica e da Gerontologia, enfatizando a importância de registros adequados, nos prontuários dos idosos hospitalizados, vítimas de acidentes por quedas.

Questões abordadas

1. Apresentação de alguns conceitos relevantes imbricados no capítulo, tais como: quedas, causas intrínsecas e extrínsecas, idoso caidor, ambiente seguro, capacidade funcional do idoso.
2. Reflexão acerca dos registros de enfermagem sobre quedas nos prontuários dos idosos hospitalizados.

Introdução

O processo de envelhecimento representa um tema de grande relevância, pois nas últimas décadas vem-se observando um considerável aumento na população idosa mundial, inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nosso país vem passando por mudanças em seu perfil demográfico, com prognóstico de crescimento ainda maior para os próximos anos. A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio Grande do Sul (13,5%) continua sendo um dos Estados com maior proporção de idosos[(1)]. Assim, somos "um país que envelhece a passos largos e essas alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis" [(2:706)].

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade, característico de uma população jovem, para um quadro marcado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas[(3)].

Nesse contexto, na cidade do Rio Grande, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no ano de 2000, os idosos já representavam uma população em evidência, contando com 20.794 pessoas, ou seja, quase 10% da população total do município[(4)].

O aumento da população idosa eleva a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitas vezes incapacitantes, que podem acarretar, não raramente, dependência física, cognitiva e social, representando significativo impacto na sociedade[(5)]. Dessa forma, o envelhecimento brasileiro pode ser caracterizado pelo acúmulo de progressivas incapacidades no desenvolvimento das atividades de vida diária, associado às condições socioeconômicas adversas[(6)]. Dentre tais limitações, enfatizam-se as quedas, por serem um relevante problema na velhice, pelo impacto que podem causar no cotidiano do idoso, seja ele institucionalizado ou não.

As quedas, além de produzirem considerável perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem repercutir nos seus cuidadores, principalmente nos familiares, que necessitam se mobilizar em torno de cuidados especiais, adequando toda a rotina em função da prevenção, recuperação ou adaptações após a ocorrência de uma queda. Quando os idosos se internam vítimas de quedas, registros devem ser cuidadosamente inseridos em seus prontuários.

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, onde devem ser anotadas

todas as informações relativas à saúde de cada cliente; serve para a comunicação entre os profissionais, resultando em melhor atendimento/cuidado/assistência[7].

Portanto, a finalidade deste capítulo é sensibilizar o enfermeiro sobre a necessidade de ser dada mais atenção aos registros dos idosos hospitalizados por quedas. Essas informações, além de comporem as questões de saúde e doença do cliente, no seu prontuário, poderão subsidiar o enfermeiro em orientações voltadas à prevenção de futuros acidentes. Ainda poderão constituir banco de dados para posteriores investigações e estratégias de prevenção de quedas.

Conceitos relevantes

As **quedas** ocorrem em todas as idades, sendo mais frequentes nas pessoas idosas que, ao caírem, correm maior risco de apresentarem lesões[8]. 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[9].

O acidente por queda é um "um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade"[10].

A queda é um evento multifatorial e deve ter seu foco de prevenção no ambiente seguro, e nos hábitos e atitudes do idoso que podem representar risco. Desta forma, autonomia, capacidade funcional e independência, são aspectos importantes a serem analisados na determinação das quedas. Autonomia é a capacidade de decisão, quando o idoso tem condições de fazer suas próprias escolhas. Independência ocorre quando o idoso tem capacidade de realizar determinadas tarefas com seus próprios meios. Tanto a independência como a dependência são situações que só existem em relação a alguém ou alguma situação. Assim, é possível observar numa mesma pessoa independência financeira e dependência afetiva; considerando que a dependência é uma característica relacionada a outros e não uma questão individual[11].

A queda é constituída por elementos causais classificados como intrínsecos ou de ordem interna e extrínsecos ou de caráter externo. **Causas intrínsecas** são decorrentes de processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento, correspondentes, à tendência de lentidão dos mecanismos corporais centrais importantes para os reflexos posturais. Podem

estar associadas a doenças específicas e ligadas a perda de consciência; Doença de Parkinson, pelos distúrbios da marcha, postura e do equilíbrio; demências, pelos distúrbios de percepção ambiental; ataques de quedas, os chamados *drop attacks,* caracterizados por ataques súbitos de quedas sem perda da consciência[8].

Causas extrínsecas são aquelas geralmente representadas pelos fatores ambientais incluídos nas quedas e que comumente envolvem situações cotidianas[12]. Dessa forma, o ambiente relacionado aos objetos e às pessoas pode representar fator de risco para o ser humano que ali vive. Para o idoso, a questão da acessibilidade é vital, corroborando com isto, o ambiente seguro, principalmente dentro do domicilio, ou das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), caso seja institucionalizado, possibilitando ao idoso uma vivência com independência, autonomia e dignidade.

Idoso caidor é aquele que passou por mais de duas quedas nos últimos doze meses, apresentando mais predisposição a novos acidentes por quedas e, portanto, necessitando de avaliação que priorize a busca de fatores intrínsecos e extrínsecos, a esse tipo de episódio.

Ambiente seguro, aquele que apresenta redução do risco para quedas de origem extrínseca. Na prevenção de quedas é essencial avaliar o ambiente onde o idoso reside, o qual deve ser um local seguro, funcional, confortável e compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

Desta forma, o ambiente doméstico do idoso requer: boa ventilação; temperatura agradável em torno de 24ºC; iluminação que possibilite a ampliação da visibilidade, sendo, o mais adequado, a instalação de várias fontes de luz fluorescentes; na medida do possível, livre de ruídos do tráfego, de motor de aparelhos, vazamento de torneiras, ou outros sons estressores e desagradáveis; mobiliário acolhedor, confortável e funcional, com cadeiras firmes, de apoio para os braços e adequada sustentação, estofamento baixo e altura que permita o repouso dos pés sobre o chão[13].

Outras orientações necessárias: colocação de pisos antiderrapantes; manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias, como ceras; evitar os desníveis de pisos; preferir rampas ao invés de escadas; evitar tapetes; organizar os móveis para a passagem livre dos idosos. Importante, ainda, estimular a deambulação, mesmo que o idoso necessite de andadores, bengalas e dispositivos auxiliares[14].

A influência das cores na vida das pessoas idosas é muito significativa, desta forma quartos de dormir nas cores verdes ou azuis podem ser adequados, pois são tonalidades relaxantes e que proporcionam bem estar. Áreas de alimentação e de atividades em cor laranja ou vermelha são interessantes porque são cores estimulantes, inclusive do apetite. Os locais de

recepção tornam-se mais aconchegantes se usadas as colorações cinza ou bege[13].

As orientações direcionadas a uma casa segura vão contribuir na prevenção de quedas e na prevenção de fratura. Ao ressaltar o ambiente seguro, trabalha-se com a *ambiência*, seguindo três eixos: espaço com conforto, focado na privacidade e individualidade dos usuários e trabalhadores, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas: cor, cheiro, som, iluminação, morfologia; espaço que possibilita a produção de subjetividades, encontro de sujeitos, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Esses três eixos devem estar juntos na composição de uma ambiência[15].

Capacidade funcional relaciona-se com a aptidão do idoso na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que são: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Intermediárias/Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). As *AVDs básicas* incluem: alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. As *ABVDs intermediárias* refletem a capacidade dos idosos de se adaptarem ao seu meio: usar telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédio, tomar conta do orçamento, caminhar, sendo essenciais para a manutenção da independência. As *AAVDs avançadas* são aquelas cuja ausência não dificulta a vida do idoso: habilitação para dirigir carro, prática de esporte, fazer ioga, andar de bicicleta, praticar atividades de corrida, pintura, canto, dança, habilidade de tocar algum instrumento, realizar viagens, participar de serviços voluntários, de militâncias políticas, dentre outras ações[16].

Com o episódio das quedas, pode ocorrer a redução da autonomia, tornando o idoso dependente de cuidado. Nesse sentido, um estudo sobre as alterações ocorridas após os tombos, mostrou a partir de relatos de idosos e seus familiares, que há aumento da dificuldade e da dependência para a realização das ABVD e AIVD à medida que se envelhece, sendo as mais acometidas: deitar/levantar-se da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas[9].

Metodologia

Pesquisa documental, retrospectiva e descritiva realizada por meio de dados secundários, obtidos em prontuários de pacientes. O estudo documental retrospectivo é aquele

sobre o qual o pesquisador tenta construir uma sequência de eventos, ligando os acontecimentos presentes ao passado, por meio de registros efetuados em documentos. A pesquisa descritiva é uma das classes da pesquisa não-experimental, que tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação[17].

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Arquivo Médico (SAME), de um hospital universitário situado na região Sul do Brasil, contemplando o período de 2005 a 2007. O universo dos prontuários de idosos foi constituído por 85, admitidos por motivos diversos, no período determinado. Desses, 48 prontuários pertenciam a idosos, que se internaram por motivo de quedas, no período de 2005 a 2007. Porém, foram analisados somente 18 prontuários que atenderam aos critérios de inclusão: maiores de 60 anos, admitidos por quedas, com registros, no prontuário, sobre o acidente, contendo, pelos menos três das seguintes informações: número de ocorrência anterior de quedas; causa, local e horário da última queda; consequências da queda; se o idoso relatou o acidente ou o escondeu dos familiares/profissionais; se ele tem medo de novas quedas; se ele necessita de algum apoio para facilitar a deambulação; destino/tratamento do idoso pós-queda.

Quanto às questões éticas, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde da FURG (CEPAS), contendo o Termo de Compromisso de Utilização de Dados, sendo aprovado com o parecer número 16/2009 e estando de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde[18].

Após parecer favorável do CEPAS, os dados foram coletados no SAME, por meio do preenchimento do Guia de Coleta de Dados da Pesquisa, aplicado somente nos 18 prontuários dos idosos, que se adequaram aos critérios de inclusão.

Sobraram 30 prontuários, por conta de ausência ou registro incompleto sobre as quedas sofridas pelos idosos hospitalizados. Assim, verificou-se que os enfermeiros não estão realizando registros adequados, quanto ao acidentes por quedas em idosos e por isso, apresentam-se algumas sugestões pertinentes, para estimular o registro dessas informações.

Proposta de registros de enfermagem sobre quedas nos prontuários de idosos hospitalizados

Anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis na ação cuidativa, pois podem possibilitar a comunicação adequada entre os

profissionais[19].

No ambiente hospitalar, existe constante troca de informações entre as pessoas. Portanto, se houver domínio do registro adequado nas ocorrências e comunicações como instrumento facilitador do cuidado, as necessidades dos pacientes poderão ser melhor compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde.

As anotações do enfermeiro devem ocorrer na admissão do idoso no serviço de pronto atendimento ou na unidade de internação, por meio do preenchimento do histórico de enfermagem. Algumas perguntas básicas são necessárias: *Quantas vezes o idosos caiu, no último ano? Porque ele acha que tem caído (causas)?* Essas informações poderão trazer pistas para fatores de riscos importantes, como por exemplo, a perda da consciência pode sugerir síncope; sintomas como: tonteiras, palpitações ou sensações de desmaios podem sugerir hipotensão postural ou arritmias; fraqueza súbita pode indicar um Acidente Vascular Cerebral (AVC)[8].

Como aconteceu essa última queda? Onde aconteceu? Se foi fora ou dentro do domicílio. Verificar a presença de risco, tanto na casa do idoso, quanto no ambiente. *Qual o horário a queda ocorreu?* Quedas ocorridas após as refeições podem indicar hipotensão pós-prandial. *Houve alterações em seus medicamentos?* Prescrições de novos medicamentos também podem propiciar os acidentes por quedas[8]. É relevante investigar também a presença de *déficits* visuais e auditivos.

Contou para alguém? Quem? Caso não tenha contado para alguém, por quê? Após a queda o Sr(a) ficou no chão, esperando ajuda? Se sim, por quanto tempo? O tempo que o idoso fica em contato com o solo pode contribuir para o surgimento de um problema respiratório.

Houve fratura na sua queda? Se houve fratura, em qual parte do corpo? Surgiram outros problemas de saúde a partir de sua queda? Quais? Tem medo de novas quedas? O Sr(a) sente necessidade de usar algum apoio para facilitar sua caminhada? Qual?

Assim, se o histórico de saúde dos ambientes hospitalares fosse mais completo, seria possível verificar a ocorrência de quedas anteriores e também as causas, direcionando as orientações específicas dos enfermeiros por meio de ações preventivas, com medidas que poderiam envolver estímulos para alterações no ambiente e/ou nos hábitos de vida do idoso. Isto certamente contribuiria para a prevenção de novas ocorrências de quedas.

Como as anotações constituem o resultado da assistência prestada ao cliente durante a internação, é imprescindível que contenham informações capazes de explicitar informações relevantes e cuidados realizados.

Neste sentido, as anotações relacionadas às quedas são indispensáveis no prontuário do cliente, especialmente considerando a importância destas informações para o cuidado que deverá ser prestado[20].

Considerações finais

Neste capítulo ficam algumas contribuições ao ensino da enfermagem. Almeja-se a sensibilização daqueles envolvidos na formação dos enfermeiros, sobre a importância de se contemplar conteúdos didáticos que abordem temas referente a quedas dos idosos, com ênfase nos registros, no prontuário do paciente.

No cuidado hospitalar, teve-se como contribuição, estimular os enfermeiros quanto à importância dos registros, nos prontuários, dos acidentes por quedas, meta que contribuirá para a qualidade do atendimento e da assistência prestada ao idoso.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] 2009 out [Acesso em 2009 out 22]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home.

2. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública. 2007: 19(3):705-15.

3. Tideiksaar R. As quedas na velhice: prevenção e cuidados. 2a. ed. São Paulo: Andrei; 2003.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE 2005.

5. Pelzer MT. Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua. [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

6.Pereira LSM, Britto RR, Pertence AEM, Cavalcante EC, Guerra VA. Programa de melhoria da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados. In: Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005 set 12; Belo Horizonte, Brasil. [acesso em: 20 jul 2009]. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_41.pdf.

7. Possari JF. Prontuário do paciente e registro de enfermagem. São Paulo: Érica; 2005.

8. Paixão Junior CM, Heckman MF de. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

9. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de

idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (1): 93-9.

10. Bucksman S, Vilela AL. Instabilidade postural e quedas. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2a. ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.

11. Papaléo Netto, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

12. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para quedas: análise dos incidentes críticos. Rev. Eletr. Enferm. [serial online] 2007 jan-abr [acesso 2010 jun 5]; 9(1):64-78. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a05.pdf

13. Eliopoulos, C. Enfermagem gerontológica. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

14. Santos SSC. Enfermagem gerontológica: reflexão e ação cuidativa. 2a. ed. São Paulo: Robe; 2001.

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2a. ed. Brasília; 2008.

16. Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002.

17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

18. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

19. Iva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem:instrumentos de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev. Eletr. Enf. [serial online] 2006 set-dez [acesso 2010 jun 2]; 8(3):415 -21.

20. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP 2001; 35(4):390-8.

2. AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DE ILPIs E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Ariane Minussi Feliciani
Rafaela Vivian Valcarenghi
Silvana Sidney Costa Santos

Propósito do capítulo

Este capítulo compôs a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sustentada no final de 2009 e denominada: "Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas". Ele propõe trazer o conjunto de dispositivos legais, direcionados aos idosos institucionalizados e, de alguma forma, voltados à prevenção das quedas, que necessitam ser do conhecimento dos enfermeiros.

Questões abordadas

1. Exposição de conceitos importantes ao capítulo, tais como: políticas públicas, principais políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado, preocupação do Pacto quanto à prevenção de quedas, avaliação de serviços de saúde.
2. Apresentação de dispositivos legais direcionados aos idosos que residem em ILPI e com ênfase na manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas.

Introdução

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) não é vista como abrigo ou um estabelecimento prestador de serviços, pois se trata de uma instituição híbrida, com caráter social e de saúde. Precisa atender o idoso de forma multidimensional, ser um local provido de ações de acolhimento que supram as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do residente. Essas medidas direcionam para que as ILPIs não se tornem locais apenas de aglomeração de idosos, devendo permear reflexões que envolvam o processo de envelhecimento, seja por meio de estudos/pesquisas na área de gerontologia, por meio de ações sociais e ainda através de políticas públicas voltadas ao idoso.

A meta no atendimento ao idoso se transforma e evolui. O cuidado deixa de ter como objetivo primordial o prolongamento da vida e volta-se principalmente à manutenção das capacidades do individuo, de forma que esse permaneça exercendo sua independência e autonomia pela maior parte do tempo possível[(1)].

No que se refere aos gerentes e trabalhadores que atendem aos idosos, torna-se imprescindível que revejam seus conceitos e conscientizem-se das ações relacionadas ao processo de envelhecimento. Dessa forma, podendo atender as necessidades e desenvolver ações de promoção de independência, para que se torne possível assegurar a autonomia do idoso e ainda assisti-lo de maneira integral[(2)].

O que vem chamando a atenção dos trabalhadores da saúde e que tem relação direta ou indiretamente à funcionalidade, em especial, do idoso, é a queda, evento esse de notificação compulsória aos órgãos sanitários competentes e que necessita ser prevenido continuamente, seja no contexto domiciliar, hospitalar, institucional ou em ambientes externos.

No contexto da ILPI as questões relacionadas ao ambiente, que envolve piso inadequado, ausência de corrimões e de rampas, presença de barreiras de riscos, como: tapetes soltos, cadeiras inapropriadas ao idoso e outras, têm sido as maiores causas de quedas nos residentes, sendo necessária uma atenção maior quanto à estrutura desta instituição.

Portanto, a finalidade deste capítulo é contribuir com o enfermeiro que atua em ILPIs, quanto à avaliação da estrutura física e da organização deste estabelecimento, objetivando manter a funcionalidade e prevenir quedas nos idosos residentes.

Conceitos relevantes

O Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Aos profissionais de enfermagem torna-se imprescindível o conhecimento sobre as **políticas públicas**, já que trabalham buscando compreender e desenvolver ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população[3].

A política de saúde constitui-se como resposta do Estado, em todos os seus níveis de governo, às necessidades da população em seu território específico. No caso das políticas públicas em geral e de saúde, em particular, estarão sempre em jogo interesses explícitos ou não, ideologias, poderes organizacionais, demandas políticas e econômicas, projetos individuais, coletivos, partidários e a pressão dos grupos envolvidos ou atingidos, dentre outros[4].

Efetivamente implementadas em cada época, as políticas de saúde, refletem o momento histórico em que foram formuladas, as condições econômicas vigentes, os avanços do conhecimento científico, bem como a capacidade dos cidadãos, grupos e classes sociais se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais[4].

As **Principais políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado** são descritas a seguir:

- Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, por meio da Lei nº 8842 e regulamentada em 1996, através do Decreto nº 1948, garante direitos sociais ao idoso, criando condições para promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de reafirmar o direito à saúde[5].

- Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153 de 1999, instituiu o Programa Nacional dos Cuidadores de Idosos[6].

- Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS/ 2002)**,** tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS[7]. Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002[7].

- Estatuto do Idoso, definido pela lei 10.741, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, dentre elas, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG[8].

- Decreto nº 5.109**,** estabelece a composição, estruturação, competências e

funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI.

- RDC nº 283/2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), diz respeito ao regulamento técnico para funcionamento das ILPI's[9].

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI[10] instituída pela portaria nº 2528/2006, estabelece que as práticas de cuidados destinadas às pessoas idosas exigem uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam sua saúde, além da importância do ambiente/contexto em que estão inseridas[11].

A preocupação do Pacto pela Vida quanto à prevenção de quedas passou a ser um ponto extremamente importante no SUS. Pode ser verificado pela publicação da Portaria 325, de 21 de fevereiro de 2008, que 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[12:1].

Avaliação de serviços de saúde tem como intenção a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. É uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. No atual momento, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis[13].

A avaliação de serviços de saúde possui obstáculos, tanto conceituais quanto operacionais, que vão da complexidade do objeto, da dificuldade na sistematização de ferramentas que possam contribuir na sua apreensão, à obtenção dos dados, fontes, documentos e informações confiáveis. O processo de avaliação envolve, necessariamente, um julgamento, uma atribuição de um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa[14].

Metodologia

Tal estudo caracterizou-se como uma pesquisa do tipo avaliativa com abordagem qualitativa. Assim, por tratar-se de uma avaliação, que implica um processo de julgamento, no qual o veredicto tem por base uma comparação entre o objeto de estudo e aquilo que seria a situação ideal ou equivalente, o desenho da avaliação refere-se ao formato através do qual essa comparação foi realizada[15].

Dessa forma, a escolha por esse tipo de pesquisa deu-se a partir da intenção de elaborar uma ferramenta avaliativa da inserção das políticas públicas voltadas ao idoso residente em ILPI, relacionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas, tendo por base as respectivas políticas. E assim, colaborar não somente com a instituição estudada, mas que esse instrumento sirva como auxílio às competências do enfermeiro que atua em uma ILPI.

O estudo foi realizado em uma ILPI, no Rio Grande do Sul, Brasil. O local do estudo foi também o foco da avaliação.

O macroprojeto que deu origem a esse 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 processo 027/2009. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário do enfermeiro (avaliador interno) em participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados deu-se através da elaboração e aplicação de ferramenta avaliativa, que possibilitou a perceber a presença ou ausência das orientações das políticas públicas voltadas ao idoso residente em ILPI, referentes à manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas.

A análise da avaliação, a partir da ferramenta construída, ocorreu de maneira que houvesse uma comparação da realidade encontrada com o que propõem as políticas públicas voltadas ao idoso, e os referenciais teóricos da gerontologia e da enfermagem gerontogeriátrica.

Contribuições do enfermeiro à avaliação de condições estruturais de ILPIs e prevenção de quedas em idosos residentes

No capítulo IV, Política Nacional do Idoso (PNI), *Das Ações Governamentais*, fica incluso nos programas de assistência ao idoso, formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradias, levando em consideração seu estado físico e sua independência de locomoção[5]. Essas situações direcionam-se à ILPI.

Em 2005, entra em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) substituindo a Portaria nº 810/89. A RDC nº 283/2005 tem o objetivo maior de contribuir para a prevenção e redução de riscos sanitários que podem atingir a saúde dos idosos institucionalizados, destacando a necessidade de trabalhadores capacitados para o atendimento aos idosos[9].

É de extrema importância que o enfermeiro, em especial aquele que exerce função cuidativa, educativa ou administrativa em uma ILPI, conheça claramente todas as referidas políticas públicas voltadas ao idoso. Refletir sobre tais resoluções, leis, decretos, faz com que o trabalhador possa auxiliar, dentro do seu contexto, a aplicabilidade e a implantação desses regulamentos dentro da instituição, essencialmente àqueles referentes à manutenção da funcionalidade dos idosos e prevenção de quedas.

O principal requisito para o enfermeiro que quer trabalhar em ILPI é conhecer o processo de envelhecimento para: definir ações que possibilitem um atendimento integral tanto das necessidades expressas como não expressas do idoso residente, tentando conservar ao máximo os princípios de autonomia e independência; habilitar a equipe de enfermagem com finalidade de capacitá-los à execução de ações do cuidado com maior sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade. Como enfermeiro de ILPI, esse trabalhador deve possuir habilidades para tornar o cuidado mais humanizado, acolhedor, avaliativo, e assim contribuir para um progresso na qualidade de vida do idoso institucionalizado[16].

Diante do exposto, torna-se necessário que o enfermeiro que atua em ILPIs, busque avaliar a implementação das políticas públicas nessas instituições, no que se refere à verificação de características organizacionais, estruturais e de cuidados ao residente, relacionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas.

O estímulo à autonomia e independência do idoso institucionalizado é uma importante condição para a manutenção da sua independência física[17]. Dessa forma, pode contribuir na diminuição da ocorrência de quedas. A inserção de medidas estabelecidas pelas legislações

como a RDC 283/2005, tende a minimizar a ocorrência das quedas, em especial, nas ILPIs.

Uma ILPI que atenda as orientações dos dispositivos políticos legais voltados aos idosos institucionalizados, bem como possua profissionais habilitados ao cuidado ao idoso, torna-se uma instituição mais confiável e segura, à medida que respeita as peculiaridades dessa faixa etária, seja por meio de cuidados ambientais ou ao próprio idoso.

Assim sendo, torna-se um local onde o residente é respeitado, sua identidade e autonomia são preservadas, sendo possível manter o máximo de sua capacidade funcional. Ao conjugar com a preocupação de manter o ambiente/contexto estrutural adequado, auxilia na minimização da ocorrência de quedas.

Considerações finais

Como contribuições deste capítulo à Enfermagem, destacam-se: no ensino, poderá atrair atenção do meio acadêmico, em especial dos enfermeiros, sensibilizando-os para a necessidade de se discutir mais sobre a temática das quedas em idosos institucionalizados, enfatizando os dispositivos legais, presentes nas políticas públicas e direcionadas aos idosos que residem em ILPIs.

Outra contribuição importante diz respeito à elaboração de uma ferramenta avaliativa. Espera-se que a proposta de criação deste instrumento possa contribuir para a prática do enfermeiro nas ILPIs. Assim, torna-se possível prestar um cuidado mais adequado em um ambiente ajustado às políticas públicas, com o intuito de preservar a funcionalidade e prevenir a ocorrência de quedas nos idosos. Serve ainda de referencial para outros estudos na área e, portanto, corrobora com o ensino da Enfermagem Gerontogeriátrica brasileira.

Referências

1. Costa EC, Nakatami AYK, Bachion MM. Atividade de vida diária e atividade instrumental de vida diária. Acta Paul Enferm 2006; 19(1):35-43.
2. Gandolpho MA, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando do idoso: considerações bioéticas. O mundo da Saúde 2006; 30(3):398-408.
3. Prado ML, Backes VMS, Santana ME, Souza ML. Políticas públicas na formação em saúde: contribuição da enfermagem para superação das desigualdades regionais brasileiras. Texto e Contexto Enferm 2007; 16(3): 531-35.
4. Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona, SAMID. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2001; 17(4):989-98.

5. 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.

6. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Portaria Interministerial n°. 5.153, de 7 de abril de 1999. Brasília; 1999.

7. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília; 2002.

8. Ministério da Previdência. Lei n. 10.741 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília; 2003.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283. Brasilia; 2005.

10. Ministério da Saúde. Portaria n° 399 – MS/ GM – 22 de fevereiro de 2006 – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília; 2006.

11. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006.

12. Ministério da Saúde. Portaria n°325, de 21 de fevereiro de 2008 – Pacto pela Vida. Brasília; 2008.

13. Takana OY; Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface – Rev. Comum, Saúde e Educ. 2000; 7: 113-8.

14. Marinho A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro – Texto para discussão, nº 842. Instituto de pesquisa econômica aplicada, 2001. [acesso em 2010 jun 08]. Disponível em: www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_0842.pdf

15. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limite e Perspectivas. Cad. de Saúde Pública. 1994; 10(1):80-91.

16. Santos SSC, Silva BT da, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. Revista de enfermagem UFPE On Line [serial online] 2008 jan-abr [acesso em 2010 jun 4]; 2(3):262-68.

17. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(3): 378-85.

3. PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS RECÉM-ADMITIDOS EM ILPIs

Rafaela Vivian Valcarenghi
Silvana Sidney Costa Santos
Ariane Minussi Feliciani

Propósito do capítulo

Este capítulo foi parte da dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sustentada no final de 2009 e denominada: "Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS". Seu propósito é trazer como prioridade o acolhimento aos idosos inseridos nas ILPIs, considerando o contexto de prevenção de quedas.

Questões abordadas

1. Apresentação de conceitos importantes ao capítulo, como: envelhecimento, idoso, velhice, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), acolhimento.
2. Proposta de cuidados de enfermagem direcionados aos idosos recém-admitidos em ILPIs, tendo como foco à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas.

Introdução

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[1]. 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[2].

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.

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[3].

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 avaliação de 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[4].

Portanto, a finalidade deste capítulo é propor ações/cuidados de enfermagem direcionados aos idosos recém-admitidos em ILPIs, tendo como foco a manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas. Acredita-se que através desta reflexão, seja possível contribuir para minimizar a vulnerabilidade dos idosos residentes em ILPIs, auxiliando na prevenção/cuidados através da elaboração de ações/estratégias viáveis, quanto às quedas e, melhorando assim, a funcionalidade do idoso.

Conceitos relevantes

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[5], vivenciando a velhice de maneira mais positiva.

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[6]. 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**[7], cronologicamente, é a pessoa com 60 e mais, nos países em desenvolvimento. 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[8], que podem levar à perda da autonomia e da independência.

Este, 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[9]. Para os idosos fragilizados, a necessidade de cuidados contínuos é premente.

Há uma complexidade no conceito **velhice**[10], o envelhecimento é um processo universal, que afeta o próprio idoso, a família, comunidade e sociedade. A velhice, como sua última fase, "é um processo normal, dinâmico, e não uma doença, e que são notórias as desigualdades e as especificidades nesse contingente populacional, as quais se refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida"[10:25].

As **Instituições de Longa Permanência para Idosos** (ILPI) 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 o idoso, diante das dificuldades socioeconômicas, 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 socio-recreativas, tornando-se quase inexistente sua rede social de apoio[11].

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, tanto na qualidade dos ambientes, quanto nas atividades.

A ILPI, conforme determinação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/São Paulo[12], 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).

É imprescindível o **acolhimento** do idoso à ILPI, pois este modifica radicalmente o processo de trabalho. Nesse momento, o profissional visa a produção de escutas e responsabilizações, articulando-se com a constituição de vínculos e compromissos, objetivando atuar sobre as necessidades do cliente. Nesse sentido, o acolhimento visa à organização do serviço, garantindo o acesso universal e resolutivo[13].

Além de acolher os idosos à ILPI, necessita-se o acolhimento da equipe que trabalha nessas instituições. Para tanto, é preciso sensibilização e conhecimento das necessidades individuais[14]. Através do acolhimento, a assistência ao idoso torna-se mais humanizada.

Metodologia

Pesquisa realizada por meio de uma investigação de natureza mista, pois 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[15].

O estudo foi realizado em uma Instituição de Longa Permanência, no Estado do Rio

Grande do Sul, Brasil, com um total de 60 residentes. Fizeram parte deste estudo 30 idosos institucionalizados. 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).

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. 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.

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 (composto por questões referentes à estrutura física da ILPI investigada e roupas/acessórios dos idosos); Caracterização dos idosos institucionalizados (informações pessoais e perfil social); Índex de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ – AVD/KATZ (serve para avaliar a independência no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação); Questionário para o Risco de Quedas (composto por questões referentes a quedas anteriores, uso de medicações, déficits sensórios, estado mental e marcha).

Para a análise dos dados, os resultados quantitativos foram inseridos em planilhas do Programa Excel. Depois foram 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. Nesse capítulo avança-se nos cuidados de enfermagem direcionados aos institucionalizados recém-admitidos e focando a prevenção de quedas.

Proposta de cuidados de enfermagem na prevenção de quedas em idosos recém-admitidos em ILPIs

Em decorrência da importância das 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.

De acordo com a pesquisa realizada, tratando-se do tempo de moradia, pudemos verificar que a maioria dos idosos caiu 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, devendo utilizar-se do acolhimento. 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, o idoso necessita ser bem acolhido, no sentido de proporcionar uma melhor e mais rápida adaptação à ILPI.

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. Essa meta, atualmente, representa um grande desafio para os trabalhadores que são sensíveis a esse tema[16].

Em uma ILPI, necessita-se de ações que visem aos cuidados básicos e à atenção integral aos idosos. É imprescindível que os trabalhadores em enfermagem sejam capazes de envidar condutas nesse sentido, para que os idosos elaborem mecanismos de enfrentamento das limitações causadas pelo envelhecimento normal/patológico, contribuindo para o aumento do bem-estar biopsicossocial[11].

Embora existam algumas dificuldades organizacionais e de outra ordem 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.

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

Títulos de Diagnóstico de enfermagem[17]	**Prescrição/intervenção de enfermagem**
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.
Déficit no autocuidado para banho	-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.
Déficit no autocuidado para higiene íntima	-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.
Déficit no autocuidado para vestir-se	-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.
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.
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.

Quadro 1 – Proposta de ações/cuidados de enfermagem para idosos institucionalizados, tendo como meta a prevenção das quedas. Rio Grande do Sul, Brasil, 2009.

Considerações finais

Através desta pesquisa, pudemos perceber que alguns diagnósticos e planos de cuidados de enfermagem podem contribuir na prevenção de quedas entre os idosos institucionalizados. Por meio da identificação dos diagnósticos, foi possível a realização das intervenções/prescrições de enfermagem voltadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção de quedas dos idosos institucionalizados.

Como contribuições da pesquisa à Enfermagem Gerontogeriátrica, enfatiza-se 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, especialmente aquelas 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 da funcionalidade nos residentes e assim, conjugando medidas eficazes, para que as mencionadas alterações não direcionem aos acidentes por quedas. Ressalta-se, que estas ações necessitam ser implementadas nos idosos recém-admitidos, por meio do acolhimento.

Referências

1. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. 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 2007; 16(1):69-80.
2. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2000; 8(6):96-101.
3. Tomasini SLV, Alves S**.** Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum 2007; 4(1):88-102.
4. Creutzberg M et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem 2007; 15(6):1144-49.
5. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2004; 12(3):518-24.
7. Organização das Nações Unidas. Assembléia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 39/125. Viena: 1982.
8. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS. Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum 2007; 4(1):127-138.
9. Barros EJL. O ser idoso estomizado sob o olhar complexo**:** uma proposta de gerontotecnologia educativa [dissertação]. Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. 2007.
10. Santos SSC. O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
11. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. Psicologia & Sociedade 2006; 18(2):89-98.

12. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Instituição de longa permanência para idosos. Imprensa Oficial, 2003.

13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15(2):345-353.

14. Silva BT. Percepção das pessoas idosas sobre institucionalização e possibilidade de serem cuidadas pelos enfermeiros nas ILPIs no ano de 2026. [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2009.

15. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa para enfermagem: parte 3 – métodos mistos e múltiplos. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(5): 1046-1049.

16. Freire Junior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16):147-58.

17. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions e classification, 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.

4. PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS DE UMA ILPI ATRAVÉS DA REESTRUTURAÇÃO FÍSICA

Danielle Adriane Silveira Vidal
Marília Egues da Silva
Silvana Sidney Costa Santos

Propósito do capítulo

Este capítulo foi parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), denominado "Alterações na estrutura física de uma ILPI visando prevenção de quedas nos idosos: pesquisa-ação", concluído no final do primeiro semestre de 2010, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ele propõe uma reflexão acerca das questões de gestão e de gerenciamento da ILPI, voltadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas nos residentes.

Questões abordadas

3. Apresentação de conceitos relevantes, inseridos no capítulo, como: gestão; gerenciamento; processo de trabalho do enfermeiro numa ILPI, com ênfase nas questões gerenciais; Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 283, de 26 de Setembro de 2005; Decisão COREN/RS N° 006/2009
4. Propostas de ações voltadas à prevenção de quedas, por meio de alterações na estrutura física de uma ILPI.

Introdução

O ser humano não se transforma em idoso aos 60 anos. Contudo, para fins de reflexão nesse capítulo, será adotada a definição estabelecida no Estatuto do Idoso[1], que considera idoso aquele com 60 anos e mais.

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda experiência de vida do ser humano. Este processo poderá vir acompanhado por problemas na saúde física e/ou mental, provocados pela presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e/ou por acidentes, como os causados por quedas[2].

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade[3]. Entretanto, os idosos residentes em Instituições para Longa Permanência de Idosos (ILPIs) podem ter esse risco aumentado, pois, geralmente, são mais fragilizados, apresentam menores níveis de: força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física[4].

Ao refletir acerca da prevenção de quedas em idosos, torna-se necessário direcionar aos fatores causais desses acidentes, ou seja, fatores intrínsecos e extrínsecos.

As causas intrínsecas são aquelas resultantes de alterações do processo de envelhecimento, doenças agudas ou DCNT e efeitos de medicamentos. Destacam-se ainda: hipotensão postural, insuficiência vértebro-basilar, demência, parkinsonismo, depressão, diminuição da visão, deformidade nos pés e outros[2,5].

Fatores extrínsecos são circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso, na sua casa, ILPI ou nos ambientes externos, como as vias públicas[5]. Assim, a prevenção das quedas nos idosos pode ocorrer com alterações, muitas vezes simples, nesses ambientes/contextos.

Torna-se indispensável uma avaliação do idoso e do ambiente em que vive, para que a identificação dos fatores de risco para quedas e posterior realização de ações, apresentem a finalidade de evitar as quedas e suas consequências, tanto para o idoso, quanto para a ILPI e o sistema de saúde[6].

Na Política de Saúde do Idoso existem dispositivos legais que direcionam os gestores e gerentes a melhor administrarem as ILPIs. Essas legislações, quando bem utilizadas, garantem mais qualidade no cuidado aos idosos institucionalizados e mais segurança aos profissionais que atuam nesses estabelecimentos.

Conceitos relevantes

A sociedade passa por grandes modificações. Vive-se em um mundo de instabilidades e incertezas decorrentes, principalmente, da velocidade das transformações que ocorrem no setor social e econômico. Neste sentido, as organizações/instituições, de um modo geral, estão buscando novas concepções operacionais a fim de se tornarem mais leves e ágeis, respondendo, rapidamente, às necessidades dos seus clientes internos e externos.

Dessa forma, a **gestão** se apresenta como uma atividade complexa que envolve a coordenação de recursos humanos, físicos e financeiros, a fim de produzir bens ou serviços. Abrange o desenvolvimento de diversas funções (técnica, contável, administrativa, comercial) e conhecimentos (psicologia, estatística, ambientalismo), necessários para atingir os objetivos de uma organização/instituição de forma eficaz e, ao mesmo tempo, tornar agradável e aceitável o ambiente de trabalho de todos os envolvidos[(7)].

O **gerenciamento** dá-se através da organização do processo trabalho, utilizando-se de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, planejamento de material, equipamentos e instalações; dimensionamento, recrutamento e seleção de pessoal; educação permanente; supervisão e avaliação de desempenho[(8)].

No gerenciamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, alguns instrumentos podem ser utilizados: formulários para provimentos de medicamentos necessários aos idosos; formulários para elaboração das escalas mensais dos trabalhadores; implantação e implementação do Regimento da Enfermagem da ILPI e do Manual de normas, rotinas e técnicas para a ILPI; implantação do prontuário do residente de ILPI[(9)].

Quanto ao **Processo de trabalho do enfermeiro numa ILPI, com ênfase nas questões gerenciais**, considerem-se: as necessidades de garantir os direitos assegurados na legislação em vigor; a prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em ILPIs; a definição de critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como a utilização de mecanismos de monitoramento das ILPIs, que possam qualificar a prestação de serviços oferecidos pelas ILPIs.

Dessa maneira, torna-se primordial ao enfermeiro que trabalha em ILPI, tomar conhecimento acerca do processo de envelhecimento e dos dispositivos políticos legais para: determinar ações que possam atender integralmente as necessidades do idoso residente, tentando manter ao máximo os princípios de autonomia e independência; capacitar a equipe de enfermagem, a fim de habilitá-los a executar as ações do cuidado ao idoso com sensibilidade, segurança, e responsabilidade[(9)].

Como ferramenta para atender tal necessidade, o enfermeiro precisa conhecer/adotar a **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005**. De acordo com esse Regulamento, a instituição deve atender aos requisitos de infra-estrutura física previstos no documento, além de exigências estabelecidas em códigos, leis e normas pertinentes. Deve oferecer instalação física em condições de habitabilidade, higiene, segurança e garantir a acessibilidade[10].

Outro documento importante para o enfermeiro que atua em ILPI localizadas no Estado do Rio Grande do Sul é a **Decisão COREN/RS N° 006/2009,** que dispõe sobre as normatizações para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das ILPIs[11].

Na Decisão COREN/RS N° 006/2009 são competências do enfermeiro, requisitar à instituição infra-estrutura adequada que responda as necessidades específicas de atendimentos ao idoso, contendo, no mínimo: quartos com iluminação e ventilação naturais que promovam privacidade e segurança dos idosos; banheiros com barras de apoio e portas que deixem espaço à passagem de cadeiras sanitárias ou de rodas e que abram para fora; presença de campainhas próximo ao leito e no banheiro para o idoso solicitar auxílio; área de estar para residentes, acompanhantes e visitantes; sala administrativa; posto de enfermagem; sala de procedimentos com local para higienização das mãos; sala de utilidade expurgo; rouparia; depósito de materiais e outros equipamentos; sanitários e vestiários para profissionais por sexo; rampas nas entradas que permitam e/ou facilitem a acessibilidade; local para tratamento de resíduos; adequação do prédio ao Plano de Prevenção de Combate a Incêndio (PPCI).

Metodologia

Esse capítulo foi resultado de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, realizada numa ILPI, localizada no sul do Rio Grande do Sul, sendo uma instituição filantrópica com 60 residentes.

Os participantes do estudo foram os administradores e trabalhadores da saúde de nível superior que compõem a ILPI investigada, além da acadêmica de enfermagem e a professora responsável pela pesquisa. Como critério de inclusão na amostra estabeleceu-se: atuar na ILPI há pelos menos três meses; concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na coleta dos dados foi realizado um seminário em que se apresentou questionamentos, surgidos do problema da pesquisa e realizadas discussões/entrevistas

coletivas, acerca da necessidade de reestruturação de áreas físicas da ILPI, que contribuíssem para prevenção de quedas. Também foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, por meio de formulário. Logo após a aplicação desse instrumento de coleta de dados individual foi entregue a cada participante do estudo uma cópia impressa da RDC 283/2005. Nesse momento eram realizadas algumas explicações mais aproximadas ao objeto de trabalho do gestor ou profissional da área da saúde entrevistado, dúvidas eram esclarecidas.

O projeto de pesquisa foi submetido a um comitê de ética e pesquisa local, com parecer favorável. Na análise dos dados e juntamente com os participantes do estudo foram elaboradas propostas de ações voltadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas nos idosos institucionalizados.

Propostas de ações voltadas à prevenção de quedas a partir de alterações na estrutura física de uma ILPI

Buscando a melhoria das condições da ILPI, apresenta-se no quadro 1[12], algumas ações para a Instituição, tendo como base as políticas públicas e as sugestões dos participantes da pesquisa-ação, a fim de proporcionar a manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas nos idosos residentes.

Quadro 1 – Propostas de ações voltadas à prevenção de quedas em ILPI, adaptado de Feliciani (2009), Rio Grande do Sul, 2010

Utilizar proteção lateral nas camas dos idosos.
Manter pisos limpos, secos e não encerados na impossibilidade da troca dos mesmos.
Reformar pisos externos, extinguindo buracos e desníveis.
Utilizar corrimão em todos os corredores e rampas da ILPI.
Nas escadarias e rampas utilizar sinalização e mecanismos antiderrapantes.
Retirar tapetes e utensílios decorativos de ambientes de maior circulação e que interfiram na deambulação dos idosos residentes.
Colocar luz de vigília nos quartos, corredores e banheiros da ILPI.
Colocar campainhas de alarme, pelo menos, uma para cada quarto, próxima à cama do idoso mais autônomo.
Utilizar barras de segurança em todos os sanitários.
Estabelecer que todos os episódios de quedas sejam registrados no Prontuário do Residente e notificados à autoridade sanitária.

A compreensão do processo de envelhecimento é imprescindível ao cuidado da população idosa. Tal processo vem normalmente acompanhado de modificações morfológicas e anatômicas. Após os 60 anos de idade, pode ocorrer degeneração óssea e diminuição da massa muscular; alterações no sistema osteoarticular, implicando na piora do equilíbrio corporal do idoso. Reduz-se a amplitude dos movimentos, modificando a marcha[13], o que pode incitar no aumento do risco de quedas.

Outras alterações oriundas do envelhecimento, como por exemplo, a perda da acuidade visual e adaptação noturna, traduzem-se em maior vulnerabilidade aos sistemas responsáveis pelo equilíbrio e marcha[14]. A soma dessas alterações prevê limitações funcionais para estes idosos, como sentar e levantar do vaso sanitário, tomar banho, sair da cama, subir e descer escadas e outros[15].

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade do idoso. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais, que não são problemas para outras pessoas, podem transformar-se em séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

Algumas ações organizacionais para manter e/ou tornar a ILPI um ambiente seguro resultam da adoção de medidas simples, como: orientar os profissionais responsáveis pela higienização para evitarem o uso de cera, optando por outros produtos de limpeza; incentivar o idoso a fazer o reconhecimento do local, para que possa perceber o ambiente e seus possíveis entraves, e remover tapetes. Já outras ações organizacionais requerem o planejamento orçamentário, em que determinados aspectos são observados, a saber: aquisição de cama que não ultrapasse os 50 cm de altura e/ou colocação de grades nas camas, reforma do piso com desnível, adequação da iluminação, colocação de campainhas de alarme.

Assim, os profissionais da Enfermagem devem atuar com medidas preventivas para que as estatísticas de quedas em idosos possam ser reduzidas. Detectar os fatores de risco físicos e ambientais, a fim de modificá-los, contribui para a prevenção de complicações, tanto para o idoso, quanto para a instituição. A prevenção de quedas em idosos surge como aliada importante, não apenas pelo custo que as quedas representam, mas pelo impacto causado na qualidade de vida desta população[16].

Considerações finais

A necessidade de reestruturação física das ILPIs, tendo como foco a manutenção da funcionalidade do idoso residente e a prevenção das quedas foi a meta deste capítulo.

Procurou-se refletir acerca de questões voltadas à administração das ILPIs, tendo o enfermeiro como um dos elementos importantes da equipe multidisciplinar.

Espera-se que a leitura desse capítulo possa contribuir com a Enfermagem. No ensino, têm-se a expectativa de sensibilizar os professores para a importância do gerenciamento das ILPIs; na pesquisa, sugere-se que a pesquisa-ação torne-se uma escolha metodológica, possibilitando que a academia assuma compromisso com a transformação da realidade da população/comunidade; na assistência, colaborar para prevenção de quedas, propondo ações ao enfermeiro que atua em ILPI.

Referências

1. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1° de outubro de 2003. 2a. ed. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da saúde; 2008.
2. Ribeiro AP. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. Ciên Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1265-1273
3. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):938-45.
4. Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: Características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. Acta Ortop. Bras. [Periódico na internet]- 2007; 15(3): 151-154. Disponível em URL: http://www.scielo.br/aob.
5. Alves Júnior ED, Paula FC. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. Fit Perft J. 2008; 7(3):123-9.
6. Alvares LM. Ocorrência de quedas em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Pelotas, RS [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas. Pelotas; 2007.
7. Dias EP. Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica. REAd. 2002; 1(1): 24-31.
8. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurgant P et al. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.
9. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Silva R. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. UFPE On Line. 2008; 2(3): 262-68.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.
11. Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul. Decisão n° 006-2009. Normatização para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs). Porto Alegre; 2009.
12. Feliciani AM. Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas

para idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas [dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.

13. Prefeitura de Florianópolis. Protocolo de atenção à saúde do idoso: envelhecimento saudável em Florianópolis. Florianópolis; 2006.
14. Megale RZ, Moraes EN. Instabilidade postural: abordagem diagnóstica. In: Moraes EN. Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008 p. 381-394.
15. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. Ciên Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1209-18.
16. Arndt ABM. O custo da fratura de fêmur decorrente de quedas em pessoas idosas: análise no sistema privado de saúde na cidade de Brasília [dissertação]. Brasilia: Universidade Católica de Brasília; 2009.

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Francisleide Rodrigues Andrade Dias
Edaiane Joana Lima Barros
Silvana Sidney Costa Santos

Propósito do capítulo

Este capítulo foi parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), denominado "Inclusão de elementos no processo de enfermagem voltados à prevenção de quedas em idosos institucionalizados: pesquisa-ação", concluído no final do primeiro semestre de 2010, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ele propõe uma reflexão acerca da importância do processo de Enfermagem (PE) direcionado aos idosos que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), apresentando uma proposta de modelo de PE.

Questões abordadas

5. Apresentação de conceitos importantes e inseridos no capítulo, como: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Processo de Enfermagem (PE), Diagnósticos de Enfermagem (DE), Principais Diagnósticos de Enfermagem direcionados à prevenção de quedas.
6. Proposta de Processo de Enfermagem (PE) direcionado aos idosos institucionalizados, com foco na prevenção das quedas.

Introdução

A finalidade deste estudo foi estabelecer a realização de ações de enfermagem por meio da inserção de elementos no Processo de Enfermagem, contido no Prontuário do Residente de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Nessa expectativa, espera-se contribuir para a prevenção de quedas dos idosos institucionalizados, contando com a participação dos profissionais da enfermagem e utilizando-se da pesquisa-ação.

Percebe-se um aumento na preocupação com a qualidade de vida nos idosos e este fenômeno se dá por meio do aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento, tal inquietação deve abranger também os idosos institucionalizados[(1)].

O Processo de Enfermagem (PE), principal ferramenta usada pelo enfermeiro, denominado pela Resolução do COFEN nº 358\2009 e, antes denominado, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma maneira que o enfermeiro tem de expor o cuidado de enfermagem de forma efetiva, buscando o melhor para o idoso residente em uma ILPI. Dessa forma, a equipe de enfermagem constrói uma direção para realização da admissão do idoso através do histórico de enfermagem, e posteriormente, realiza o acompanhamento da evolução e involução desses idosos[(2)]. Assim, a aplicação do PE torna-se uma das atividades primordiais na enfermagem gerontogeriátrica.

O PE para o idoso institucionalizado é de suma importância para eficácia do cuidado, e deve ser utilizado metodicamente pelo enfermeiro que atua na Gerontogeriatria, especialidade nova que se fundamenta no processo de envelhecimento, valorizando as necessidades biopsicossocioculturais e espirituais do idoso.

Com conhecimentos específicos, a Enfermagem Gerongeriátrica, como especialidade da enfermagem, poderá padronizar a organização do serviço, estabelecer conceitos teóricos adequados aos idosos, coletar dados significativos para o idoso, identificando diagnósticos de enfermagem eficazes ao planejamento e implementação do cuidado de enfermagem ao institucionalizado[(3)].

Os idosos são seres humanos que precisam de cuidados especiais e atenção. Verifica-se a ocorrência de quedas nos residentes de ILPI, o que se tornou um estímulo ao desenvolvimento deste capítulo, em contribuir na redução desses acidentes, incluindo questões voltadas à prevenção de quedas nos idosos.

Conceitos relevantes

O enfermeiro possui formação teórico-prático e competência para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na realização do cuidado, visando alcançá-lo de forma coerente e coesa. A **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** possibilita compreender a atribuição específica do enfermeiro no planejamento das ações de cuidado, o que o diferencia dos outros trabalhadores da equipe[4].

Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é responsável pela organização do trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem[5].

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta de grande relevância para o exercício profissional do enfermeiro, pois possibilita uma assistência individualizada[2]. É ainda um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional da disciplina Enfermagem, tornando-se, então, a documentação da prática profissional[5].

O PE não pode ser apreendido nem realizado para um mero cumprimento de tarefas. Ele precisa ser concretizado pela soma dos talentos individuais da equipe de enfermagem, despertando em cada um o desejo de atuar cientificamente e não apenas de executar atividades manuais, desprovidas de reflexão e crítica. Pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer[6].

O PE, segundo a resolução COFEN nº 358/2009, deve apresentar cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: a coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), os Diagnósticos de Enfermagem, o Planejamento de Enfermagem, a Implementação, a Avaliação de Enfermagem[5].

Os **Diagnósticos de Enfermagem (DE)** baseiam-se em julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade e aos problemas de saúde vigentes ou de risco, os quais proporcionam a base para a escolha de intervenções de enfermagem[7].

O DE origina-se de um processo de interpretação e agrupamento dos dados na primeira etapa do PE, que termina com a tomada de decisão acerca dos conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva os resultados esperados[5].

Como **principais diagnósticos de enfermagem direcionados aos idosos** foram identificados alguns, principalmente em idosos hospitalizados, que são apresentados de acordo com a última publicação[7]: *Déficit* no auto-cuidado: banho, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Risco de infecção[8;9;3], Troca de gases prejudicada[8], Mobilidade física prejudicada[9;3], Integridade da pele prejudicada[3], Intolerância à atividade[3], Risco de integridade da pele, Memória prejudicada, Dentição prejudicada[2], Distúrbio no padrão do sono, Dor[10], Ansiedade[9].

Em estudo realizado com idosos internados em clínica médica em situação de alta hospitalar, foram verificados dois diagnósticos de enfermagem, no domínio de promoção da saúde: Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico e Disposição para nutrição melhorada[11], mostrando a capacidade do idoso de alcançar níveis melhores de saúde, quando tem um tratamento adequado durante a hospitalização.

Conforme verificado, embora os acidentes por quedas representem um risco permanente para os maiores de 60 anos, poucos foram os diagnósticos de enfermagem diretamente direcionados à prevenção de quedas nos idosos.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, tipificada como pesquisa social com base empírica, que é pensada e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e os participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo na sua resolução[12].

O local de pesquisa foi uma ILPI localizada no Rio Grande do Sul, Brasil, que conta com 60 idosos. Os participantes da pesquisa foram duas pesquisadoras (a orientadora e a orientanda), uma enfermeira que cumpre 20 horas semanais e quatro técnicas de enfermagem, que cumprem escala da seguinte forma: uma técnica trabalha no turno da manhã das 7hs às 13hs, 6 horas; uma técnica no turno da tarde das 13hs às 19hs; duas técnicas fazem plantão das 19hs às 7hs em turnos diferentes, quando uma trabalha a outra folga, totalizando sete participantes no estudo.

Como critérios de inclusão na pesquisa apresentam-se: que o participante fosse integrante da equipe de enfermagem atuante na ILPI (enfermeiro e técnicos de enfermagem) há pelos menos 30 dias e que concorde em participar do estudo, assinando o TCLE. Como critério de exclusão, que ele se encontre afastado das atividades laborais (licença médica, por

exemplo), ou não concorde em participar do estudo. Para manter o anonimato dos participantes e de seus respectivos depoimentos, a equipe foi identificada da seguinte forma (P1, P2, P3, P4, P5).

A coleta e análise dos dados deram-se de forma simultânea na pesquisa-ação. Assim, foram seguidas as etapas: fase exploratória; determinação do tema da pesquisa; colocação do(s) problema(s); a inserção da teoria; elaboração de hipótese(s); a realização do(s) seminário(s); escolha adequada do campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; momentos de aprendizagem; relação saber formal/saber informal; plano de ação; divulgação externa[12].

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido a um comitê de ética e pesquisa local,recebendo parecer favorável. Após aprovação, iniciou-se a coleta de dados, quando foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes.

Os resultados da pesquisa surgiram a partir da integração das pesquisadoras com a equipe de enfermagem da ILPI. Assim, nasceu uma proposta de Processo de Enfermagem, a ser inserido no já existente prontuário do Residente da ILPI, que encontra-se em anexo, no final do livro.

Proposta de processo de enfermagem focado na prevenção de quedas em idosos institucionalizados

O enfermeiro busca através do PE proporcionar um cuidado planejado, uma melhor organização e realização de registros e ações de enfermagem. Há décadas existe uma inquietação do enfermeiro em normatizar os cuidados de forma individualizada. Em países como Estados Unidos, em 1929 e Brasil, em 1934, foram utilizados métodos como estudo de caso, história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e assistência de enfermagem[13], sendo estabelecida a normatização dos cuidados de enfermagem.

Para alcançar a individualização do cuidado de enfermagem tem-se a coleta de dados, etapa que busca garantir uma boa qualidade na assistência, na administração da fundamentação desse cuidado. O idoso institucionalizado necessita de uma adequada avaliação de enfermagem. Para isso, o enfermeiro precisa, cada vez mais, buscar conhecimentos que proporcionem cuidados específicos e adequados aos idosos residentes[14].

A verificação dos sinais vitais e avaliação através do exame físico são também dados importantes. De posse dessas informações, o enfermeiro pode realizar cuidados de

enfermagem mais adequados e de forma efetiva, pois a coleta de dados do idoso ou seu histórico de enfermagem ficará mais completo[15].

O Conselho Federal de Enfermagem afirma que o PE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, considerando sua implementação como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O COFEN considera que a implantação do PE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem[16].

Com base nessas reflexões, tornou-se cada vez mais decisivo o desejo de compreender o PE a partir de novos referenciais, capazes de ampliar o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas. Logo, para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano[17]. Aqui, o ser humano idoso que reside em uma ILPI, tendo como foco a prevenção das quedas.

Entre a população idosa há um número significativo de risco para quedas. No idoso, com suas fragilidades, as quedas podem provocar: diminuição da autonomia e da independência, presença de incapacidades, injúrias e até a morte. Por conta de uma queda e suas possíveis conseqüências, o idoso pode passar a necessitar de institucionalização[18].

A prevenção de quedas nos idosos pode apresentar-se como uma maneira de diminuir o risco e evitar problemas posteriores desses acidentes. Através de cuidados simples, como: promoção da saúde; incentivo às atividades físicas; orientações sobre alimentação rica em cálcio; revisão de medicamentos, evitando a polifarmácia; adequação do ambiente nos seus domicílios ou nas ILPIs. E através da educação em saúde, pode-se promover segurança para o idoso fora de seu domicílio/ILPI, conscientizando acerca da importância da acessibilidade nos ambientes externos[19].

Com a utilização do Processo de Enfermagem (PE), o enfermeiro compreenderá que este exige refletir sobre sua utilização no contexto do mundo atual em mudanças. Os enfermeiros são cada vez mais responsáveis em mostrarem como seus cuidados conduzem a resultados efetivos, planejados. Esse benefício é obtido quando se utiliza o Processo de Enfermagem com identificação dos diagnósticos, elaboração do plano de cuidados e sua implementação, evidenciando propostas voltadas à melhoria do cuidado[10].

No final do livro, como anexo, encontra-se um modelo de Prontuário do Residente, nele está inserida uma proposta de Processo de Enfermagem (PE), voltado ao idoso residente em ILPI.

Considerações finais

Espera-se que esse capítulo possibilite algumas contribuições para os profissionais da Enfermagem. Para o ensino da enfermagem, a expectativa ocorre no sentido de sensibilizar estudantes e professores a avaliar melhor a questão das quedas e a importância do Processo de Enfermagem, com o objetivo de avaliar os riscos desses acidentes para os idosos.

Essa pesquisa poderá ser uma oportunidade de desvelamento do cuidado integral aos idosos, e com isso, a equipe de enfermagem poderá compreender melhor o cuidado de enfermagem direcionado aos idosos institucionalizados e sobre a importância do registro de enfermagem, que é a única maneira que os profissionais da enfermagem têm de tornar visível e valorizar o seu trabalho.

Referências

1. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande. Rev. Saúde Pública 2008; 42(5):938-45.
2. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos:um estudo retrospectivo. Texto e Contexto Enferm. 2008; 17(1):141-9.
3. Sakano ML, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm 2007; 20(4):495-8.
4. Damaceno RC, Santos SSC, Pivoto FL, Silva BT, Silveira RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem: importância atribuída por estudantes de enfermagem. Rev Enferm UFPE On Line 2009; 3(3):73-81.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009**.** São Paulo: 2009. [acesso em 2010 jun 22]. Disponível no site: http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34
6. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13(1):188-193.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions e classification, 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
8. Almeida MA, Graziella BA, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Diagnóstico de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev Latino-am Enferm 2008; 16(4):707-11.
9. Freitas MC, Oliveira MF. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Calista Roy. Rev Bras Enferm 2006; 59(5):642-6.
10. Freitas MCF, Mendes MMR. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. Rev Bras Enferm 2006; 59(3):362-6.

11. Santos WL, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. Cogitare Enferm 2009; 14(2):304-10.

12. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16 ed. São Paulo: Cortez. 2008.

13. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. Brasileira de Enfermagem 2005; 58(3):261-265.

14. Ribeiro RC; Marin HF. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do conjunto de dados essenciais em enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem 2009; 62(2): 204-12.

15. Paula JC, Cintra FA. A Relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. Rev. Acta Paul Enferm 2005; 18(3):301-6.

16. Castilho NC, Ribeiro CR, Chirelli MQ. A Implementação da sistematização de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Rev. Texto e Contexto Enfermagem 2009; 18(2):280-9.

17. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. Esc. Enfermagem USP 2008; 42(4): 643-648.

18. Fabricio SCC, Rodrigues RP, Costa Junior MLC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. de Saúde Pública 2004; 38(1):93-9.

19. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al . Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):749-56.

6. QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Clariana Vitória Ramos
Silvana Sidney Costa Santos
Edison Luiz Devos Barlem

Propósito do capítulo

Este capítulo foi parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), denominado "Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul, Brasil", concluído no final do primeiro semestre de 2010, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ele se propõe a refletir sobre o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso admitido por queda, em serviços de pronto atendimento hospitalar.

Questões abordadas

1. Apresentação de conceitos importantes ao capítulo: serviço de pronto atendimento de saúde, situação de urgência, situação de emergência, urgência sentida, cuidado de enfermagem para um cliente em estado crítico, queda como uma situação crítica no idoso.
2. Apresentação de proposta de cuidado de enfermagem ao idoso vítima de queda atendido em serviço de pronto atendimento.

Introdução

Há cerca de 50 anos vêm ocorrendo mudanças na demografia populacional mundial. Especificamente no Brasil, em termos relativos, o grupo etário de pessoas com idade de 60 anos e mais foi o que mais cresceu, principalmente a partir da década de 60[1].

Com o crescimento populacional de idosos, acende também o consequente aumento da ocorrência de Doenças Crônico Não-Transmissíveis (DCNT), tornando-se imperativa a adequação dos serviços de saúde, incluindo a capacitação dos trabalhadores, para o atendimento desta nova demanda, principalmente aqueles vitimados por quedas[2].

O profissional de saúde carece buscar fontes diferenciadas de conhecimento. Ele necessita ter como princípio de que é o orientador essencial para a promoção do cuidado do idoso. Os profissionais que cuidam de idosos precisam estar presentes como pessoas capazes de saber e fazer o cuidado específico dessa população[3].

As pessoas idosas, com ou sem DCNT, podem debilitar-se devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avançar da idade, tendo limitadas suas funções orgânicas, tornando-as mais predispostas à dependência e à realização do autocuidado. Entre os fatores que têm contribuído para agravar as condições de saúde/doença dos idosos, destacam-se as quedas, constituindo a primeira causa de acidentes em pessoas com 60 anos e mais. Também são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, devido à frequência, morbidade e elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas[4].

As quedas apresentam-se como um episódio inesperado, identificando-se a redução na capacidade funcional do idoso, e representando o declínio da qualidade de vida. Implicando, ainda em complicações de saúde, maior dependência e baixa da auto-estima, além de motivos para hospitalizações e onerosa recuperação das habilidades locomotoras, na maioria dos casos[5]. Podem tornar-se também motivos para a institucionalização do idoso.

Cabe ressaltar que, com o avançar da idade, os fatores causadores de quedas diferem, variando a interação entre condições intrínsecas, àquelas próprias do indivíduo, como: múltiplas alterações fisiológicas, uso de medicamentos e presença de enfermidades; e as extrínsecas, àquelas externas ao indivíduo e mais diretamente relacionadas ao meio ambiente[6] . As quedas, porém, podem se apresentar como acidentes de causas multifatoriais.

Foi verificado, em serviços de emergência dos EUA, que as quedas são eventos frequentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em

pessoas com idade acima de 65. A lesão acidental é a sexta causa de mortalidade em pessoas de 75 anos ou mais[6].

Conceitos relevantes

A demanda aos **serviços de pronto atendimento de saúde** pode ser definida como uma necessidade que expressa todos os interesses do usuário. Ela pode se manifestar por meio de consultas, necessidade de acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como os serviços organizam a sua oferta, atendendo todo o tipo de patologia, urgências e emergências[7].

A deficiência de demarcação de políticas públicas, a diminuição das condições oferecidas nos serviços, somada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população, têm levado o usuário a buscar a assistência onde exista a acesso facilitado. A oferta restrita de serviços faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada e os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos: consultas com especialistas, acesso a medicações, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de atenção básica oferecem apenas a consulta médica e de enfermagem[7].

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus preceitos fundamentais a hierarquização no atendimento prestado a população, dessa forma, compreender de forma clara o que é o atendimento de emergência, diferenciando-o da urgência é uma tarefa fundamental, tanto para manter a qualidade no serviço prestado, quanto para a manutenção e sucesso da política estabelecida[8;9].

Na prática, o que se verifica é uma constante confusão no emprego desses termos, com aproximações constantes em seus sentidos, tanto por parte dos clientes, quanto por parte de alguns profissionais da saúde[10]. O Conselho Federal de Medicina estabelece como critério para definir uma **situação de urgência** quando um cliente necessite de atendimento médico imediato, em virtude de uma ocorrência imprevista que gere uma situação de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida. Em contrapartida, uma **situação de emergência** é definida como a constatação da necessidade de tratamento médico imediato, pela evidência de situações que provoquem sofrimento intenso ou mesmo risco iminente de vida[11].

Tentando ampliar o modelo de atenção dispensado aos usuários do SUS, enfocando neste momento na população idosa, faz surgir o conceito de **urgência sentida**, que é a transferência da responsabilidade de classificação do atendimento para o usuário do serviço. Acarretado, assim, na ampliação do número de situações que impliquem nessa forma de atendimento, transferindo a atenção para os portadores de casos clínicos agudos ou mesmo a atenção ao paciente agudo[12].

Dando continuidade à implementação das políticas públicas voltadas aos pacientes em situações de urgência e emergência, qualificando e humanizando a atenção prestada, em 2005 é criada a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, normatizando a atenção às pessoas com agravos que culminavam em internações em Unidades de Terapia Intensiva, reforçando assim, as ações do SUS[13].

Neste sentido, levando em conta os conceitos abordados, para que se obtenha um **cuidado de enfermagem** adequado às exigências **para um cliente em estado crítico**, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados quanto aos recursos físicos e materiais. A assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e integral. Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada[14], além da necessidade de se implementar o processo de enfermagem.

A **Queda como situação crítica** pode tornar-se um evento fatal **para o idoso**, causando impactos como hospitalização, deterioração funcional, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde, aumentando sua morbidade e mortalidade, e com diminuição de sua qualidade de vida[6].

Por outro lado, o medo de cair pode ser a complicação mais incapacitante de uma queda, a perda da confiança pode resultar em restrições de atividades e um ambiente repleto de limitações. Ainda, pode gerar sintomas de ansiedade e depressão, declínio funcional, sentimento de inutilidade e isolamento social[15].

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, envolvendo a coleta e quantificação dos dados, procurando compreender o comportamento de uma população,

utilizando-se de um instrumento de coleta de dados por meio de entrevista[16].

Ocorreu nos Serviços de Pronto Atendimento de dois hospitais localizados em cidade do Rio Grande do Sul/Brasil, tendo como sujeitos pessoas idosas. Considerou-se a definição[17] de que são pessoas com 60 anos e mais, residentes em países em desenvolvimento e com 65 anos e mais, que residem em países desenvolvidos. No Brasil, são idosas as pessoas com 60 anos e mais. A esses sujeitos foram garantidos o anonimato quanto à identificação.

Os critérios de inclusão na amostra foram: **c**lientes atendidos nos serviços de pronto atendimento dos dois hospitais investigados, com 60 anos e mais de idade, diagnóstico médico de quedas e condições e/ou seu familiar/cuidador de responder às perguntas; concordância com a pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi avaliado por um comitê de ética e pesquisa local, sob o número do parecer favorável 104/2009.

Foi aplicado um instrumento denominado Formulário de Coleta de Dados, versando sobre: sexo, idade, presença de DCNT ou sequelas decorrentes, utilização de medicamentos, episódios de quedas anteriores, presença de *déficits* sensórios (visão, audição), comprometimento dos MMSS e MMII; condição da marcha, local do episódio de quedas, descrição da queda. Na aplicação desse formulário se utilizou da entrevista gravada em MP3. A coleta dos dados ocorreu de dezembro de 2009 a abril de 2010, para que pudéssemos incluir o máximo de sujeitos quanto possível.

Para análise, os dados foram digitados no programa *excel*, quando foi elaborado um inventário dos mesmos. Posteriormente, foi utilizado o software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0. Foram utilizadas figuras gráficas para facilitar o processo de organização dos dados, permitindo uma melhor visualização dos resultados e interpretação mais adequada.

Propostas de cuidado de enfermagem direcionado aos idosos vítimas de quedas e admitidos em serviço de pronto atendimento

A assistência específica ao idoso deve iniciar no local do acidente. Quem vai prestar socorro precisa ser cauteloso e estar atento às condições de segurança, tendo em vista não tornar-se uma segunda vítima, bem como evitar outros acidentes. Nesse momento, deverá: avaliar o mecanismo do trauma (cinemática do trauma), prever possíveis lesões nas vítimas de trauma; condições de segurança do cenário (a cena é segura?); solicitar auxílio

(SAMU/Bombeiros); isolar a área; sinalizar a área; prover medidas de biossegurança[18].

As informações obtidas no momento inicial do acidente, que não se estende por mais do que alguns segundos, são extremamente valiosas na sequência do exame, que pode ser subdividido em duas partes: análise primária (A – estabilizar a coluna cervical e verificar a resposta/permeabilidade das vias aéreas; B – verificar respiração e ministrar O2; C – verificar circulação e presença de hemorragia; D – realiza exame neurológico sucinto; E – expor a vítima (prevenir hipotermia) e análise secundária[19].

Nos itens A e B deve ser lembrado que a função ventilatória do idoso está diminuída, pela incapacidade de expansão e contração torácica (enrijecimento das conexões cartilaginosas das costelas) ou pelo enrijecimento das VA (16 %). Cuidado com a presença de dentadura obstruindo a perfusão da VAS, algumas vezes é preciso deixá-la no lugar para garantir melhor vedação ao redor da boca com máscara de O2. Capacidade de saturação da hemoglobina pelo O2 é menor. Em idosos com DPOC, administrar oxigênio, mesmo assim. Modificação da curvatura da coluna vertebral dificulta a colocação de colar cervical e pode conduzir para dificuldade respiratória adicional. O resultado geral pode mostrar menor capacidade de compensar perdas fisiológicas associadas ao trauma. Ventilação mecânica precoce deve ser considerada por causa das reservas fisiológicas limitadas[19].

No item C, lembrar que o idoso pode apresentar circulação e respostas a defesa circulatória reduzida, associada a IC crescente, que é um grande problema no tratamento do choque no idoso. Cuidados na administração de líquido para não causar sobrecarga de volume na reanimação agressiva com líquidos. Nos idosos, os SV não são bons indicadores de choque (PAS: 110 mmHg). Pode haver aumento na quantidade de líquido ao redor do cérebro, fazendo com que volumes significativos de sangue se acumulem neste espaço, com sintomatologia mínima. As funções compensatórias estão diminuídas em indivíduos com doença de Parkinson. A presença de aterosclerose, HAS, hipertrofia miocárdica, podem reduzir a mudança de tamanho dos vasos devido a respostas a estímulos endócrinos e do SNC[19].

Nos item D e E, observar que para avaliação neurológica usa-se o método AVDI, porém, para o idoso, pode-se ter como dificuldades: diminuição de audição, visão e percepção dolorosa (diabetes, maior tolerância à dor devido a dores crônicas pré-existentes - investigar: onde a dor aumentou?); desmineralização (> em mulheres): fraturas de fêmur e quadril (grande perda sanguínea); desidratação dos discos paravertebrais: aumento da probabilidade de compressão da medula espinhal, mesmo na ausência de fratura óssea – aumentar a suspeita de lesões raquimedulares, pois mais de 50% destas ocorrem por compressão vertebral e são

assintomáticas. Alterações da pele: nos idosos torna-se difícil a resposta ao trauma e a cicatrização de feridas (alta taxa de infecção secundária). Perda do tecido adiposo, vasoconstrição periférica menos eficiente e nutrição deficiente predispõem a hipotermia. A hipertermia pode estar associada a AVCs, diuréticos, anti-histaminicos e drogas antiparkinsonianas[19].

Na análise secundária, outros pontos são primordiais: pode-se gastar mais tempo que o usual na coleta de informações e elaboração de um histórico em idosos; é preciso ter paciência adicional, pois, presença de *déficits* auditivo e visual podem impedir o processo terapêutico. Empatia e compaixão tornam-se essenciais, porém não subestimar a inteligência do idoso; alterne informações específicas com informações gerais, pois o idoso tende a responder "sim" a todas as questões. Utilize perguntas abertas; caso tenha dificuldades, forneça-lhe opções específicas e possibilidade de escolher uma delas; pode ser necessário o auxílio de uma terceira pessoa; não aborde o idoso como se ele fosse uma criança pequena; dê um aperto de mão para avaliar a força da mão, turgor da pele e temperatura corpórea[19].

A queda deve ser resgatada como um evento real na vida dos idosos e suas consequências precisam ser enfatizados. Portanto, a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. Assim, o profissional de saúde deve realizar uma história bem detalhada, direcionada às causas da queda. Dar destaque se é a primeira queda ou não para direcionar a avaliação. A verificação das causas, se por fatores extrínsecos (ambientais, vestimenta) e/ou intrínsecos (doenças, uso de polifarmacos), faz-se importante, como já referido, porque poderá evitar quedas posteriores, assim como permitirá um melhor entendimento da queda[6].

Na prevenção secundária surge ainda a necessidade de realizar-se uma avaliação para novos riscos de queda. No hospital ou em instituições de longa permanência, anexar cartazes com cores fortes (amarelo, azul ou verde) que possam advertir cuidados especiais e prudência quanto a alguns ambientes mais ameaçadores de quedas, torna-se uma ação simples e eficaz para o idoso. Também, disponibilizar luz de chamada ao alcance do idoso, manter o leito em posição baixa, avaliar a cognição a mobilidade e os déficitis sensoriais e ajudar o idoso quando caminhar até o banheiro[6]. O meio onde esse idoso está inserido pode tornar-se um importante predisponente quando esse ambiente encontra-se inseguro. Por isso, há necessidade de cuidar-se da segurança ambiental, principalmente quando o idoso apresenta instabilidade postural[20].

Dentro da peculiaridade das condições de saúde dos idosos é que se verifica a necessidade de avaliação/reavaliação pela equipe multiprofissional especializada na área de

gerontologia e geriatria, para a promoção de saúde, prevenção de quedas e reabilitação. A prevenção para nova queda ocorrerá de melhor forma, se o enfermeiro desenvolver junto com os próprios idosos, programas de atenção à saúde que visem a melhoria de suas capacidades motoras e dos aspectos psicossociais[21], utilizando-se de gerontotecnologias adequadas, como folders educativos.

Outra forma de trabalhar a prevenção das quedas pode ocorrer por meio de visitas domiciliares. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) já aborda e estimula esse tipo de assistência. A capacitação de profissionais de saúde e organização dos serviços é necessária para que a atenção ao idoso seja de fato uma política institucional e governamental. Outro aspecto relevante é reforçar a importância do autocuidado e alertar a família ou cuidador para que participem ativamente da prevenção de queda junto com os idosos[22].

Uma das maneiras adequadas para realização da prevenção de novos acidentes por quedas pode ser estimulando o idoso a particar atividade física, que poderá atenuar as perdas ósseas e musculares, promovendo o aumento da força muscular, do condicionamento aeróbico, da flexibilidade, do equilíbrio e assim, contribuindo para redução do risco de quedas em 60% dos idosos[23].

Quanto ao ambiente/contexto, o enfermeiro deve orientar o idoso e a família, quanto à necessidade de realizar mudanças, seja na casa do idoso ou na ILPI, a fim de adequá-lo para que se torne mais seguro.

Considerações finais

A disciplina Enfermagem, como organização, tem possibilidade de inovação no seu trabalho. É comprometida com os serviços que oferece, possuindo conhecimentos específicos que podem conduzir suas ações administrativas em busca da excelência da assistência, por meio de uma prática planejada, com vistas a um melhor trabalho.

É importante destacar que, para gerar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, devem-se incrementar os programas de educação continuada, principalmente no que diz respeito ao cuidado de enfermagem direcionado ao idoso que sofreu quedas.

Referências

1. Mendes MB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite ECBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm 2005; 18(4):422-6.

2. Siqueira FV, Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saúde pública 2007; 41(5):749-56.

3. Lenardt MHE, Willig MH, Silva SC, Shimbo AY, Tallmann AEC, Maruo GH. O idoso institucionalizado e a cultura dos profissionais. Cogitare Enferm 2006; 11(2):117-23.

4. Marin SJN, Amaral SF, Martins BI. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. Rev Bras Enferm 2004; 57(5):560-4.

5. Gonçalves GL, Vieira TS, Siqueira FV, Hallal PC.. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. Rev Saúde Pública 2008; 42(5):938-45.

6. Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura e marcha e quedas. In: Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML (organizadora). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

7. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(1):13-19.

8. Ministério da Saúde/SUS. Lei n. 8.080, de 19/09/1990. Brasília, DF; 1990.

9. Ministério da Saúde/SUS. Política nacional de atenção às urgências. 2a. ed. Brasília; 2004.

10. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Minas Gerais: Programa de Pós-Graduação, Mestrado Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

11. Conselho Federal de Medicina. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. São Paulo, 1995. [acesso em 2010 jun 4]. Disponível em: www.cremesp.org.br.

12. Magalhães HM. Urgência e Emergência: a participação do município. In: Reis, A. T. Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 2002.

13. Brasil, Ministério da Saúde/SUS. Portaria 1.071 de 4 de Julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília; 2005.

14. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enferm 2006; 15(4):617-28.

15. Ribeiro PA, Souza RE, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciência e Saúde Coletiva 2008; 13(4):1265-73.

16. Babbie E. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: UFMG; 2003.

17. Organização das Nações Unidas. Assembléia mundial sobre envelhecimento. Resolução 39/125. Viena, Áustria, 1982.

18. Smeltzer CS, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

19. National Association of Emergency Medical Tchnicians. Atendimento Pré-Hospitalar ao

Traumatizado 6a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

20. Megale RZ, Moraes EN. Instabilidade Postural: Abordagem Diagnóstica. In: Moraes EN (organizador). Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Coopmed; 2008. p381 - 394.

21. Menezes RL, Bachion MM, Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Rev Ciênc. Saúde coletiva 2008; 13(4): 1209-18.

22. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública 2004; 38(1): 93-99.

23. Resende SM, Rassi CM, Viana FP. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas. Rev. bras. Fisioter 2008; 12(1):57-63.

7. PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O IDOSO E QUEDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Danielli Gavião Mallmann
Darleni Rosa Tambara
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Silvana Sidney Costa Santos

Propósito do capítulo

Este capítulo compõe um Projeto de Extensão, denominado "Educação em serviço sobre quedas em idosos com profissionais e estudantes de enfermagem de Uruguaiana/RS", que está em andamento desde o ano de 2009, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Ele se propõe a identificar a produção científica relacionada ao idoso, no período de 2000 a 2009.

Questões abordadas

1. Apresentação de alguns conceitos relevantes apresentado neste capítulo, como: vulnerabilidade e fragilidade.
2. Reflexão acerca da produção científica de enfermeiros brasileiros sobre quedas em idosos.

Introdução

O envelhecimento populacional presente nas últimas décadas evidencia a discussão sobre os problemas de saúde que os idosos enfrentam. Tal processo é caracterizado por transformações biopsicossociais específicas associadas à passagem do tempo[1]. O envelhecimento pode determinar a perda da capacidade da pessoa adaptar-se ao meio ambiente, ou seja, tornar-se fragilizada, causando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que podem levá-la à morte[2;3].

Entre as alterações verificadas na fase da velhice, identifica-se a falta de equilíbrio, que poderá propiciar instabilidades e ocorrência de quedas entre os idosos[4]. Além da perda do equilíbrio, podem ocorrer alterações na massa muscular e óssea, aumentando a probabilidade da ocorrência de quedas[5]. Estas ocorrências podem aumentar com a idade, causando preocupação por limitar a independência do idoso, podendo levar à morte, daqueles com quedas frequentes[6]. No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, e a ocorrência de quedas por faixa etária atinge 32% dos idosos entre 65 e 74 anos, 35% de 75 a 84 anos e 51% acima de 85 anos[7].

A queda pode ocasionar complicações para o idoso, como por exemplo, fraturas, imobilidade, insegurança, perda da capacidade funcional, o que leva ao aumento da vulnerabilidade para novos eventos[8]. Tais complicações podem limitar o idoso a realizar as atividades da vida diária.

Para auxiliar na prevenção das quedas em idosos, é importante que seja realizada avaliação multidimensional do estado global do idoso para avaliar o risco de quedas e suas complicações[6]. Ressalta-se que cada indivíduo tem suas particularidades e especificidades biopsicológicas e este motivo torna a avaliação individual tão relevante.

Esta avaliação multidimensional também inclui examinar o ambiente em que o idoso vive, visando aplicar medidas de prevenção, como retirada de tapetes soltos, manter iluminação adequada, adequação da altura das camas e cadeiras, suspensão de grades laterais, presença de corrimões, adaptações no banheiro, dentre outras. Visto que a população idosa está aumentando e os índices de quedas nesta população crescendo, é necessário sensibilizar tanto os profissionais quanto a população e o próprio idoso, para esse problema.

Conceitos relevantes

A **vulnerabilidade** é definida como uma fragilidade que o individuo apresenta aos desafios do próprio ambiente[9]. No idoso, quando o evento queda ainda não ocorreu, mas há risco para sua ocorrência, significa que há vulnerabilidade para quedas[10].

Para uma pessoa ter risco para desencadear algum processo patológico, torna-se necessário que ela demonstre alguns fatores que podem propiciar o acontecimento do evento. Quando há idade avançada, presença de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e imobilidade representam risco aumentado para quedas[8].

Nos idosos, os fatores de risco para quedas incluem: idade avançada, sexto feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de DCNT, história prévia de quedas, prejuízos psicognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão postural[11] .

As pessoas mais idosas têm maior risco para quedas pelo fato de apresentarem mais dificuldades para desenvolverem suas atividades da vida diária devido às alterações que ocorrem no processo de envelhecimento. Logo, modificam sua qualidade de vida, podendo necessitar cada vez mais de auxílio no dia a dia, tornando-se um idoso caídor, ou seja, com vivência de duas ou mais quedas no último ano.

Percebe-se que o idoso torna-se frágil com o processo de envelhecimento quando analisa-se a definição de fragilidade. A **fragilidade** é uma síndrome biológica caracterizada por diminuição da reserva e resistência aos estressores, resultante de declínio entre diversos sistemas fisiológicos[12]. A fragilidade pode ocasionar vulnerabilidade aos eventos adversos[13]. Essa vulnerabilidade, imposta pela fragilidade, significa que há risco para a ocorrência de evento ou processo patológico antes do mesmo ocorrer[10].

Pela fragilidade que adquirem com as alterações que ocorrem continuamente no processo de envelhecimento, alguns idosos caídores apresentam dificuldades para desenvolverem suas atividades da vida diária, modificando sua qualidade de vida, o que pode levá-lo a necessitar cada vez mais de auxílio no seu dia a dia.

Alguns estudos[14;15;3] indicam que as mulheres possuem mais probabilidade de cair que os homens e que isto se deve ao fato delas serem mais fragilizadas. Estes estudos trazem como hipóteses causais o fato de as mulheres serem mais ativas, estarem, por exemplo, realizando tarefas domésticas, o que as levaria a exposição diária a fatores de risco e pela sua expectativa de vida ser maior, quando comparada à do sexo masculino, levando à diferença dos índices epidemiológicos de quedas quanto ao sexo em idosos.

Metodologia

Pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa. Método que possibilita sintetizar pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse. Da mesma forma que outras metodologias, a revisão integrativa exige rigor, clareza e replicação, podendo ser utilizada nos estudos primários analisados[16]. Os padrões para realização deste tipo de pesquisa incluem os seguintes passos: 1) formulação e identificação do problema de pesquisa; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados (variáveis); 4) análise e interpretação dos dados; 5) apresentação dos resultados[16].

1) Para Formulação e identificação do problema, apresenta-se: quais as produções dos enfermeiros brasileiros acerca dos idosos e os acidentes por quedas, no período de 2000 a 2009?

2) Na coleta dos dados foram incluídas as publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) ou Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e que apresentavam resumo disponível *on-line*. Para coleta de dados, relacionada à busca das publicações, foram utilizados três delimitadores: 1) descritor primário: idoso ou assistência ao paciente; 2) descritor secundário: acidentes por quedas; 3) ano de publicação: 2000 a 2009. Como critérios de inclusão optou-se pelas publicações: em idioma português; que apresentaram no resumo um descritor primário ou um descritor secundário, utilizado como delimitador para coleta de dados; um autor enfermeiro. A pesquisa sobre a formação dos autores foi realizada nas próprias publicações e, caso necessário, na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3) Na avaliação dos dados, foram consideradas as variáveis: a) ano de publicação; b) resumo apresentando a terminologia idoso ou assistência ao paciente; c) formação de um dos autores em Enfermagem; d) fonte de publicação; e) tipo de publicação; f) tipo de estudo. As duas últimas variáveis foram consideradas categorias pré-definidas. A análise das publicações, na variável tipo de publicação, considerou três categorias: teórico/reflexiva, pesquisa e relato de experiência; na variável tipo de estudo, foram escolhidas duas categorias: qualitativa e quantitativa. Para tanto, foi elaborado um Formulário de registro contendo: código de referência; identificação do autor; formação do autor; base de indexação; instituição de origem; ano de publicação; fonte da publicação e tipo de estudo.

4) Na análise e interpretação dos dados, realizou-se redução, visualização, comparação dos dados e categorização dos resultados.

5) Para atender a apresentação dos resultados, utilizou-se da estatística descritiva. Para a realização do estudo, foram levadas em consideração as normas nacionais e internacionais sobre direitos autorais dos estudos analisados.

Ao final da coleta de dados, foram selecionados os trabalhos que se adequaram aos objetivos, compondo o *corpus* de análise. *Corpus* é uma coleção de textos selecionados a algum tema específico, podendo incluir funções simbólicas[17].

Produção cientifica sobre o idoso e quedas por enfermeiros brasileiros

Com a coleta de dados emergiram, segundo as bases de dados, 22 publicações que estavam de acordo com os critérios de inclusão. Havia 10 repetições entre as bases de dados, ou seja, as mesmas publicações indexadas em duas ou mais bases de dados ao mesmo tempo. Sendo assim, 12 publicações compuseram o *corpus* de análise deste estudo. Apresenta-se quadro síntese com os quantitativos que conduziram ao *corpus* de análise.

Quadro 1 – Idoso e quedas: quantitativo de produções segundo descritores e base de dados, Uruguaiana, 2010.

	Idoso	Idoso Acidentes por quedas	1) Idoso 2) Acidentes por queda 3) Período de publicação 2000 - 2009	Adequação aos critérios de inclusão
MEDLINE	937.833	4.813	4.033	5
LILACS	39.214	145	115	12
BEDENF	938	2	2	5

O *corpus* de análise pautou-se em 12 publicações. A Universidade de São Paulo obteve maior concentração de publicações sobre a temática, apresentando cinco produções. O periódico que mais ofereceu artigos sobre a temática foi a Revista Latino Americana de Enfermagem, com três publicações no total do período pesquisado.

O ano marco das publicações foi 2008, com quatro publicações. Os anos 2001, 2005 e 2009 não apresentaram produções sobre esta temática. Todas as produções incluídas nesse estudo foram artigos científicos com resultados. Quanto à formação dos autores, predominou o enfermeiro, com 28 profissionais.

No processo de envelhecimento podem ocorrer várias mudanças, tanto morfológicas quanto funcionais, fazendo com que os indivíduos tenham parcialmente prejudicada sua capacidade de adaptação ao ciclo natural da vida, tornando-se vulneráveis a processos patológicos[18]. Entre esses processos está o acidente por queda, que pode ser desencadeado por vários fatores e pode prejudicar a vida do idoso.

Destaque merece ser dado aos idosos caídores que têm DCNT, pois podem apresentar problemas no seu estado funcional, afetando o equilíbrio e a realização de atividades diárias. Estes manifestam diferenças significativas nas alterações do processo de envelhecimento, evidenciando agravamento com o avanço da doença, ou seja, quanto maior o tempo da DCNT, maior número de quedas e possibilidades de alterações fisiológicas.

É oportuno salientar que o uso de vários medicamentos também pode dificultar a realização das atividades de vida diária, pois há fármacos que podem causar sonolência, tonturas, sedação, dificuldades no equilíbrio, estando esse idoso exposto a um risco maior para quedas. Além disso, a inadequação do ambiente físico em que o idoso está inserido pode ocasionar quedas, pois, por exemplo, tapetes soltos em locais de passagens podem levar a escorregões e ausências de grades laterais nas camas podem originar quedas durante o sono.

Os idosos caídores sofrem mais com as quedas por tornarem-se fragilizados após os eventos. A queda pode comprometer a capacidade funcional, levando-o a necessitar de assistência por causa de uma limitação de sua autonomia[20]. Além disso, pode causar incapacidade, injúria e morte[15;9], sendo considerada a principal causa indireta de mortalidade na população idosa[14].

Os índices de mortalidade em idosos caídores crescem paralelamente com o aumento da população idosa. Sendo assim, torna-se necessária a identificação daqueles idosos caídores mais fragilizados, a fim de evitar novos eventos.

Neste contexto, os idosos institucionalizados apresentam-se mais fragilizados, tendo diminuição de sua capacidade funcional, o que os leva a maior possibilidade de cair[14]. Da mesma forma, os idosos demenciados podem apresentar quedas repetitivas, derivadas de alterações no equilíbrio da marcha e balanço[20]. Percebe-se que as principais diferenças existentes entre os idosos, estão além da fragilidade, pois há os que possuem segurança, autonomia e capacidade funcional preservada, o que lhes proporciona qualidade de vida melhor e possibilidade de realizar suas atividades da vida diária de forma independente.

Como qualquer evento inesperado, a queda traz algumas consequências, entre essas estão as lesões, restrição das atividades da vida diária (AVD), incapacidades, declínio na saúde e aumento do risco de institucionalização, que podem acarretar prejuízo físico e

psicológico ao idoso[21].

Entre as lesões, podem ocorrer abrasões, contusões, lacerações e fraturas[22]. As fraturas de membros inferiores e superiores ocorrem com maior frequência[15].

Com a queda, o idoso passa a ser susceptível a novos acidentes. O medo ou receio de cair novamente e das consequências como: machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, desenvolver dependência para realizar atividades da vida diária, tendem a prejudicar o cotidiano da vida do idoso. Em consequência, podem surgir, ainda, alterações emocionais, psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida do idoso como: perda de autonomia e independência para atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança[15].

Alguns idosos caídores ainda apresentam-se depressivos após o evento por não conseguirem desenvolver suas atividades que antes eram realizadas, sentem-se incapazes pela limitação que adquiriram com a queda e por necessitarem de ajuda para algumas atividades da vida diária. A diminuição da frequência das AVDs torna os idosos enfraquecidos física e psicologicamente, como mencionado anteriormente.

Como o idoso caídor tem medo de novos acidentes por quedas, ele pode perder a confiança em si, deixando de desempenhar atividades antes desenvolvidas e, assim, pode ocorrer um comprometimento progressivo da sua capacidade funcional causado por uma diminuição da força muscular consequente de uma atrofia muscular, levando-o a estar mais propenso a sofrer quedas novamente[19; 21]

Ao realizar atividades mais arriscadas, os idosos podem cair. Aqueles dependentes podem ser mais propensos a cair. Os independentes, por possuírem problemas de mobilidade, de equilíbrio, deficiências musculoesqueléticas e neuromusculares[19]. Em contrapartida, também os idosos mais ativos caem mais que os menos ativos, porque costumam se movimentar mais e participar de diversas atividades, o que os leva à exposição maior de risco de quedas[19].

Tanto os idosos dependentes, quanto os independentes, após sofrerem a primeira queda, em geral, necessitam de cuidados especiais, podendo ser levados ao serviço de saúde para a avaliação do seu estado. Por perceberem que se encontram em processo de fragilidade progressiva, alguns idosos optam por negar o episódio de quedas, às vezes esquecendo que o mesmo ocorreu ou associando a queda como algo normal ao processo de envelhecimento[14]. Outros escondem o fato dos familiares e cuidadores.

Alguns idosos caídores acreditam que ao serem intitulados frágeis, são denominados

incapazes para realizar atividades e, então, negam o acontecimento da queda, a fim de não perder sua autonomia e independência pela imposição de ajuda ou cuidados para desenvolver as atividades da vida diária.

Para auxiliar na prevenção das quedas, o enfermeiro e sua equipe podem estimular o idoso a praticar atividades físicas, o que contribuirá para amenizar as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento[5]. Salienta-se que o idoso deve estar ciente que é vulnerável para quedas e que torna-se frágil e predisponente a novos acidentes, quando teve uma queda anterior.

O enfermeiro necessita orientar o idoso/família e profissionais que atuam em instituições de longa permanência para idosos, explicando-lhes sobre a importância do conhecimento do tema quedas, para que tenham condições de estabelecer medidas preventivas.

Considerações Finais

Como contribuições e implicações desta revisão integrativa, se espera que os trabalhadores da área da saúde e afins tornem-se sensibilizados com assuntos relacionados à população idosa, dentre eles os acidentes por quedas.

O conhecimento sobre a vulnerabilidade e fragilidade para quedas, tornam-se essencial para os profissionais da saúde, em especial para o enfermeiro e sua equipe, pois a orientação destes aos idosos caídores, à família e aos cuidadores relaciona-se como algumas das medidas mais eficazes de prevenção para quedas.

Referências

1. Vieira EB. Manual de gerontologia: Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
2. Lojudice DC, Laprega MR, Gardezani PM, Vidal P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. Rev Bras Geriatr Gerontol 2008; 11(2): 24-30.
3. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. Revista Baiana de Saúde Pública 2005; 29(1):57-68.
4. Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. Arch Neurol 2003; 60(6): 835-839.
5. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal

PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):749-756.

6. Barbosa MT. Como avaliar quedas em idosos? Rev Ass Med Brasil 2001; 47(2):93-94.
7. Pereira SEM, Buksman S, Perracini M, Py, L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
8. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(4):1209-1218.
9. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública 2003 jun; 19(3):773 – 781.
10. Marin MJS; Amaral FS; Martins IB. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. *Rev Bras Enferm* 2004 set/out, 57(5):560 – 564.
11. Kron M et al. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol* 2003; 158(7):645-653.
12. Campbell AJ; Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing* 1997; 26:315-318.
13. Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Annals of Internal Medicine* 1999 jun; 130(11):945-950.
14. Fabricio, SCC; Rodrigues RAP; Costa Junior MLC. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. *Acta Paul Enf* 2002 Jul-Set; 15(3):51-59.
15. Fabrício SCC; Rodrigues RAP; Costa Junior MLC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):93-99.
16. Cooper H. *The integrative research review*: a systematic approach. NY: sage Pub, 1984.
17. Bauer MW; Aarts BA construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: Bauer MW; Gaskeu G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*: um manual prático. 7a. ed, Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.
18. Lopes MCL; Violin MR; Lavagnoli AP; Marcon SS. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm* 2002 Out/Dez; 12(4):472-477.
19. Fabrício SCC; Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. *R Enferm UERJ* 2006 out/dez; 14(4):531 – 537.
20. Gratão A; Talmelli LFS; Silva AR; Fabrício SCC; Kusumota L; Rodrigues RAP; Costa Junior ML. Avaliação prospectiva do idoso demenciado que teve queda. *R Enferm UERJ* 2003; 11:147-152.
21. Benedetti TRB; Binotto MA; Petroski EL; Gonçalves LHT. Atividade física e prevalência de quedas em idosos residentes no sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(2).
22. Diccini S; Pinho PG de; Silva FO da. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 jul-ago; 16(4).

8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA À PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Clariana Vitória Ramos
Lenice Dutra de Sousa
Cristiano Pinto dos Santos
Silvana Sidney Costa Santos
Gisamara Girardi Fontes de Ávila
Gilmar Basgalupe Meirelles

Propósito do capítulo

Este capítulo surgiu como parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), denominado "Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul, Brasil", elaborado no final do primeiro semestre de 2010, e também como elemento do Relatório Final do Estágio Curricular Supervisionado II, da 9ª série, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ele tem como proposta refletir acerca da importância da educação em saúde voltada à prevenção de quedas em idosos.

Questões abordadas

1. Apresentação de conceitos importantes ao capítulo: educação, tecnologia, gerontotecnologia, educação em saúde na prevenção de quedas em idosos.
2. Apresentação de proposta de educação em saúde voltada à prevenção de quedas em idosos.

Introdução

A sociedade vem sofrendo transformações e a Enfermagem, como prática social que desenvolve ações/intervenções planejadas de cuidado, desempenha seu fazer através de dimensões fundamentais no processo de trabalho, que são: as atividades gerenciais, assistenciais, de pesquisa e os processos educativos. Estas dimensões estabelecem pontos de interconexão essenciais para o trabalho do enfermeiro e, nesse sentido, a constituição complexa de seus nexos e complementaridades são atributos desafiadores para os acadêmicos de Enfermagem.

Desta forma, durante o percurso acadêmico é importante que o graduando em Enfermagem vivencie em suas aulas práticas e em seus campos de estágios um aprendizado multifacetado que busque a integração dessas diferentes dimensões. Além disso, essa prática deve ser direcionada para ações que visem à resolução de problemas presentes, ou seja, com vistas às necessidades de saúde da clientela assistida, com especial atenção àqueles que procuram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, os cursos são obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades, nos dois últimos semestres do curso, contando-se com a supervisão de docentes e enfermeiros assistenciais[(1)].

No caso da Enfermagem, os estágios supervisionados/obrigatórios são de responsabilidade da coordenação do curso e necessitam atender ao perfil de egresso estabelecido no Projeto Político do Curso. Assim, direcionando a uma formação generalista, ética, com habilidades e competências técnico-científicas adequadas à constituição do enfermeiro, voltada aos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e atendendo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem.

Dessa forma, acredita-se ser relevante relatar uma experiência vivenciada durante o Estágio Curricular Supervisionado II, em uma unidade de Clínica Cirúrgica, que possibilitou o desenvolvimento de práticas educativas agregadas à produção de uma gerontotecnologia com vistas à prevenção de quedas em idosos.

Conceitos relevantes

A **educação** integra uma série de fenômenos sociais e culturais que interferem sobre as concepções de saúde e cuidado e, assim, é necessário que enfermeiros assistenciais, docentes e acadêmicos de enfermagem estejam eticamente compromissados e sejam co-responsáveis com a articulação de saberes. Concorda-se que o processo educativo não implica em doação, mas em uma relação de intercâmbio de saberes e crenças que necessitam ser identificados, conhecidos e compreendidos[2].

Além disso, é imperativo que os processos de aprendizagem aconteçam em espaços diversificados, favorecendo trocas relativas à dimensão ética e técnica. Sob esse prisma, o estudante deve ser estimulado a compreender que os processos educativos não se esvaziam fora do ambiente acadêmico, se tratando de um processo contínuo e infindável de desenvolvimento, que fornece subsídios para todo o pensar e atuar em Enfermagem e envolve o conceito de tecnologia.

A **tecnologia** vem sendo compreendida a partir de um olhar limitante que lhe atribui um caráter simplista de aparelhamento. No entanto, a tecnologia vai além de um mero equipamento, compreendendo conhecimentos constituídos para a produção e emprego de produtos e para organizar as inter-relações[3].

Inserido na tecnologia surgiu o conceito de **gerontotecnologia**, que é representada pelo desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços com tecnologia apropriada, para melhorar o cotidiano dos idosos. Centra-se no desenvolvimento de inovações e em adaptações que facilitem a vida dos idosos e diminuam o impacto causado pelas limitações funcionais, que possam surgir pelo processo de envelhecimento, pela presença de doenças crônicas não-Transmissíveis (DCNT) e ocorrência de acidentes por quedas[4].

As aplicações da gerontotecnologia dão-se por metas estabelecidas e pautadas: na prevenção e retardo do declínio funcional relacionado à idade; na compensação das limitações funcionais existentes relacionadas à idade e à presença de incapacidade decorrente de DCNT; no aumento do engajamento e da satisfação na participação de atividades laborativas, de lazer e familiares, como forma de dar suporte ao idoso, para novas oportunidades educacionais, de expressão artística, de trabalho, proporcionando espaços adaptados e de interação social; no suporte ao cuidador e aos idosos dependentes, provendo recursos tecnológicos (produtos e serviços) e ambientes adequados; no desenvolvimento de pesquisa básica e aplicada sobre o envelhecimento e o uso da tecnologia[4].

Apesar disso, é preciso compreender que a tecnologia deve estar a serviço do homem e, especialmente presente no contexto hospitalar, sendo imprescindível que ela seja dominada pelos profissionais[5]. Desta forma, o conhecimento construído pode, ainda, tornar-se material, pode manifestar-se na concretude de um material didático que, nesse contexto, atua como um consolidador e disseminador de saberes.

O cuidado ao idoso com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso, e depende do suporte informal e familiar[6]. Para que a família atue como uma rede de apoio, no sentido de prevenir e cuidar do idoso após a incidência de quedas, torna-se necessário que esta seja instrumentalizada para o cuidado. Assim, a **educação em saúde na prevenção de quedas em idosos** pode ser uma estratégia de produção de saúde; podendo ser compreendida como um catalisador de ações de saúde no núcleo familiar que, portanto, pode caracterizar-se como núcleo de produção de saúde do idoso.

O ambiente físico inadequado, com maior freqüência, o domiciliar, com piso molhado, presença de tapetes soltos e outros obstáculos físicos, além de comportamento de risco como andar de bicicleta e tomar banho descalço, são fatores de risco para quedas[7]. Deste modo, observa-se que a atuação do enfermeiro na prevenção de quedas em idosos necessita ocorrer em diversificados espaços, visto que, os riscos, em sua maioria, estão relacionados às atividades cotidianas. Além disso, entende-se que a inclusão da família e cuidadores nesse contexto de educação em saúde é condição indissociável para o cuidado em enfermagem ao idoso.

Ao considerar que a Enfermagem é uma disciplina que tem em seu cerne aspectos que favorecem ao profissional o desenvolvimento de habilidades de caráter educativo, compreende-se que todos os momentos de contato com o idoso e seus familiares/cuidadores caracterizam-se como situações oportunas de produção de saúde.

A partir dessa concepção, por conseguinte, o período de internação hospitalar configura-se em uma importante ocasião, na qual enfermeiro e clientela podem estabelecer vínculos que favoreçam as trocas de saberes imprescindíveis aos processos educativos. Assim, o cuidado de enfermagem pode manifestar-se de maneira dinâmica através da educação em saúde, trazendo benefícios para quem é cuidado (cliente) e, para quem vivencia o processo de aprender a cuidar (acadêmico).

Relato da experiência

Nesse capítulo utilizou-se da metodologia do relato de experiência a partir do desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado II, na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr da cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, de março a junho de 2010, durante o turno da tarde, considerando atividades práticas, elaboração de relatórios e participação em reuniões quinzenais para discussão e reflexão.

A disciplina Estágio Curricular Supervisionado II, da Escola de Enfermagem da FURG, tem como pré-requisito indispensável a apresentação de um plano de estágio sob orientação docente. Para atender essa solicitação, inicialmente foi elaborado um plano contemplando como objetivo geral o estabelecimento da relação teórico-prática em situações reais do trabalho da enfermagem e como objetivo específico a orientação de idosos e seus familiares/cuidadores, sobre a prevenção de quedas em idosos.

Como a estudante faz parte de um grupo de estudo e pesquisa voltado à saúde do idoso e já vinha desenvolvendo seu TCC tendo como tema quedas em idosos, foi possível, junto com a docente supervisora do estágio curricular supervisionado, estabelecer ações educativas voltadas aos idosos internados por quedas. Essa ideia foi compartilhada com os enfermeiros assistenciais da UCC.

O conhecimento, apesar de não ser palpável ou transferível, pode, através do desenvolvimento de material didático, expressar-se de uma forma concreta. Tendo em vista que o *folder* caracteriza-se como um material que possibilita o fácil acesso e compreensão por parte da clientela, acreditou-se que este poderia ser um instrumento adequado para o trabalho na educação em saúde.

Foi elaborada uma gerontotecnologia, por meio de *folder* educativo, pontuando situações cotidianas que comumente oferecem risco para a ocorrência de quedas em idosos. O material contemplou prioritariamente aspectos do vestuário, atitudes e ambientais. A elaboração do material contou com a construção de saberes advindas do TCC e, portanto, com as contribuições de uma segunda orientação docente.

No decorrer do estágio ocorreram encontros semanais com a supervisora docente para discussões orientadas acerca das problemáticas vivenciadas pela acadêmica na unidade, e questões pertinentes ao processo de educação em saúde instituído. Além desses, foram realizados encontros para a orientação acerca do Processo de Enfermagem, elemento este

agregado ao processo educativo.

A entrega do *folder* e a realização de discussões/orientações foram realizadas com quinze idosos e seus familiares/acompanhantes, que se encontravam internados para intervenções cirúrgicas devido a fraturas ósseas, em decorrência de quedas. Essas atividades foram desenvolvidas na própria unidade hospitalar e ocorreram na enfermaria. Caracterizaram-se como momentos de trocas entre a acadêmica, idosos e familiares/acompanhantes, propiciando a construção e reconstrução de saberes e práticas em saúde, tendo como meta a prevenção de novos acidentes por quedas.

Os aspectos que permeiam as concepções de saúde carregam consigo profundas marcas socioculturais que norteiam as ações e percepções coletivas. Dessa forma, a experienciação de um processo educativo que contemple a vivência de trocas realizadas diretamente com a clientela – entenda-se aqui com o idoso e família - em uma relação de horizontalidade, favorece para a reformulação do ser e fazer em saúde.

Esses fatores proporcionam ao acadêmico de Enfermagem o desenvolvimento de habilidades que o tornam um profissional mais completo, visto que, colaboram para a interconexão de saberes e práticas próprias do processo de trabalho em saúde. Além disso, os enfermeiros envolvidos, sejam eles, docentes ou assistenciais, sofrem movimentos provocativos no seu pensar e fazer, pois o processo de educação em saúde fornece um ambiente apropriado a transformações. Em anexo apresenta-se o *folder* como uma gerontotecnologia de educação em saúde voltada à prevenção de quedas em idosos.

Considerações finais

A gerontotecnologia pode ser um elemento importante para o desenvolvimento de ações de saúde para o cuidado dos idosos nas mais variadas formas. No entanto, uma visão reducionista pode lhe atribuir características mecanicistas e pouco resolutivas.

A tecnologia agregada aos processos educativos pode ser um mecanismo de fortalecimento da profissão capaz de propiciar à Enfermagem instrumentos de trabalho para cuidar que, concomitantemente, legitimam a autonomia e a visibilidade das ações do enfermeiro. Dessa forma, é necessário instrumentalizar os acadêmicos de Enfermagem através de um arcabouço teórico-prático que subsidie o desenvolvimento de um pensamento crítico e articulado às necessidades de saúde.

Ao observar as evidências vivenciadas durante essa experiência, percebeu-se a

necessidade de aguçarmos nossos olhares para os acidentes por quedas em idosos. Nesse sentido, salientam-se as ações de prevenção e educação em saúde para a promoção da saúde, com o intuito de identificar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, e intervir no sentido de sanar ou minimizar esses problemas.

Referências

1. Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev Bras Enferm 2007; 60(6):721-723.
2. Freire, P. Educação e mudança**.** 12a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
3. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
4. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. Praxis en salud un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.
5. Neri, A.L. Palavras-chave em gerontologia. 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2005.
6. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriátrica - reflexão à ação cuidativa. 2a. ed. São Paulo: Robe, 2001.
7. Silva TM *et al.* A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. Revista eletrônica de enfermagem 2007; 9(1):64 - 78.

ANEXOS

A – Gerontotecnologia de educação em saúde voltada à prevenção de quedas em idosos.

☞ Os objetos de maior uso devem ocupar as prateleiras de maior e melhor acessibilidade.

☞ Manter todos os cômodos com boa iluminação.

☞ Evitar assento sanitário de altura muito baixa, se necessário, utilizar adaptações, como elevador de vaso sanitário.

☞ Fixar barras de apoio ao lado do vaso, dentro do box e ao redor da pia.

☞ Manter assento dentro do Box para auxílio no banho, principalmente para higiene dos pés.

A PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE IDOSOS É UMA MANEIRA SIMPLES E EFETIVA PARA PROMOVER O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.

Uma vida ativa e saudável é possível

SÓ É PRECISO CUIDAR.

ClarianaVitória Ramos
(Graduanda em Enfermagem)
Profª Enfª. Msc. Lenice Dutra de Sousa
Profª Enfª. Drª.Silvana Sidney Costa

GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM GERONTOGERIATRIA, ENFERMAGEM/SAÚDE E EDUCAÇÃO

GEP – GERON

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA

PREVENÇÃO DE QUEDAS DE IDOSOS

Segundo o Ministério da Saúde:

30% dos idosos sofrem pelo menos uma queda por ano

Muitos idosos sofrem agravos físicos devido à ocorrência de quedas. Esses acidentes podem provocar contusões, fraturas graves que requeiram cirurgia e outras conseqüências como até mesmo a morte.

VESTUÁRIO

Algumas roupas podem fazer com que a pessoa idosa escorregue ou tropece provocando uma queda.

☞ As roupas devem ter o comprimento certo (nem grandes, nem pequenas) – fazer barra se for necessário.

☞ Os calçados devem ser do tamanho certo e usados sempre com meias.

☞ Calçados com sola de borracha e sem salto alto.

ATITUDES

☞ Para carregar pesos, dividi-los de maneira igual entre os dois lados do corpo, como ao carregar sacolas de compra.

☞ Vestir meias e calças na posição sentada.

☞ Usar óculos no grau certo.

☞ Manter as unhas dos pés bem cortadas.

☞ As pessoas que têm deficiência auditiva devem sempre fazer uso do aparelho.

AMBIENTE

☞ Manter o piso seco e livre de produtos que o deixem escorregadio e com brilho intenso.

☞ Remover tapetes de áreas com maior circulação; se necessário o uso, utilizar antiderrapante.

☞ Manter espaço livre suficiente para circulação, sem acúmulo de móveis e objetos.

☞ Evitar objetos caídos e/ou no chão, como por exemplo, vasos de flores.

☞ Evitar fios de aparelhos eletrônicos nas áreas de acesso.

☞ Evitar móveis e eletrodomésticos instáveis e mal conservados.

☞ A pessoa idosa não deve utilizar bancos/escadas de base pequena e/ou materiais com pouca resistência.

☞ Disponibilizar um corrimão fixado à parede ou chão para apoio no uso da escada.

☞ Aplicar adesivos (de boa fixação) antiderrapantes e contrastantes nas bordas dos degraus para evitar escorregões e indicar o limite do degrau.

☞ Camas e cadeiras não devem ser muito baixas.

B – FERRAMENTA AVALIATIVA PARA ILPI VISANDO MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES

Dados de Identificação Razão Social: Nome Fantasia: Data do Início do Funcionamento: ____/____/_____ Data da Avaliação: ____/____/_____ Endereço: Município: UF: Fone: ( ) Fax: ( ) Site: E-mail: Natureza jurídica: ( ) Filantrópica ( ) Pública ( ) Privada. Quantidade de residentes no dia da inspeção? Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos:_____		
Questões específicas		
Questões a serem observadas:	Anotações verificadas *in loco*:	Dispositivos legais:
1. Quanto à Organização		
1.1 A ILPI estudada tem um responsável técnico? Atende à política pública, quantos aos requisitos indispensáveis a esse responsável técnico? O responsável cumpre a carga-horária de, no mínimo, 20 horas semanais?		Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 099/2005
1.2 A ILPI estudada tem Alvará da Vigilância Sanitária? Está em local visível?		Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 LEI Nº. 10.741/2003 Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.3 A ILPI estudada tem registros de admissão e mantém prontuário do residente atualizado? Como ocorre sua utilização?		Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 LEI Nº. 10.741/2003 Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009

1.4 A ILPI tem trabalhadores que realizam avaliações de enfermagem e avaliação sistemática da capacidade funcional dos idosos? Quem são esses trabalhadores? Quais suas formações na Gerontologia/Geriatria? Que cargas-horárias eles dispõem para tal? Que instrumentos eles(as) utilizam nessas avaliações?		Portaria SAS/MS Nº. 249/2002 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.5 A ILPI estudada firma contrato com os idosos? Quais os termos desse contrato?		LEI Nº. 8.842/1994 LEI Nº. 11.517/2000 LEI Nº. 10.741/2003 Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.6 A ILPI estudada busca preservar os vínculos com os familiares dos idosos? Oferece um atendimento personalizado, preservando a identidade e respeitando as diferenças dos institucionalizados?		LEI Nº. 10.741/2003 Resolução RDC Nº. 283/2005
1.7 *Existe algum membro da ILPI que faça parte do Conselho Municipal do Idoso (CMI)? Quem é? Qual sua formação? Que contribuições essa pessoa pode fornecer ao CMI?* *1.8 Há uma fiscalização do CMI na ILPI estudada? Houve alguma visita/fiscalização? Quem realizou tal ação? Há quanto tempo ocorreu?*		LEI Nº. 8.842/1994 LEI Nº. 11.517/2000 LEI Nº. 10.741/2003 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.9 *Os cuidadores e demais trabalhadores da ILPI são pessoas que têm habilidade e competências para prestar o atendimento às especificidades do idoso residente? Qual a formação deles? Tiveram alguma capacitação voltada ao cuidado do idoso?*		LEI Nº. 8.842/1994 Portaria Interministerial MS/MPAS Nº. 5.153/1999 Portaria SAS/MS Nº. 249/2002 Resolução RDC Nº. 283/2005 LEI Nº. 10.741/2003 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009

1.10 A ILPI atende as exigências da RDC Nº 283/2005 quanto ao dimensionamento dos cuidadores conforme o grau de dependência dos idosos? Descreve detalhadamente a distribuição cuidadores/idosos da ILPI investigada? Possui uma cópia da RDC Nº. 283/ 2005 para consulta?		Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.11 A ILPI realiza educação permanente para seus trabalhadores? Com que frequência ocorre? Em que momento? Quem realiza essa ação? Como se dá a participação dos trabalhadores?		LEI Nº. 8.842/1994 Portaria Interministerial MS/MPAS Nº. 5.153/1999 LEI Nº. 10.741/2003 Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
1.12 Há na ILPI um enfermeiro para supervisionar a equipe de enfermagem e os cuidadores dos idosos? Qual a carga-horária semanal desse enfermeiro? Que ações ele desenvolve?		Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
2. Quanto à estrutura		
2.1 A ILPI tem registro de entidade social? Tem uma identificação externa visível, que possibilite a identificação de ser uma instituição de atendimento aos idosos? Qual a aparência externa da ILPI investigada?		LEI Nº. 10.741/2003
2.2 A ILPI apresenta pisos internos, externos, rampas e escadas protegidos com mecanismos antiderrapantes?		Portaria SAS/MS Nº. 249/2002 Resolução RDC Nº. 283/2005
2.3 As rampas e escadas da ILPI possuem corrimão? Possuem sinalização?		Portaria SAS/MS Nº. 249/2002 Resolução RDC Nº. 283/ 2005
2.4 Os dormitórios da ILPI são separados por sexo? *Os dormitórios acomodam no máximo 4 idosos?*		Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009

Existe na ILPI luz de vigília nos dormitórios? É fácil o acesso ao banheiro, durante a noite? *Os dormitórios são dotados de campainha de alarme, caso o idoso necessite solicitar auxílio? Em caso de necessidades, há camas com grades de proteção?*		
2.5 A ILPI estudada possui banheiros coletivos, separados por sexo? *Os banheiros coletivos possuem vaso sanitário que permita entrada de cadeira de rodas? Possuem barras de segurança nos boxes? Possuem barras de segurança perto das bacias sanitárias? Os banheiros não possuem desníveis? As portas dos sanitários coletivos possuem vão livre de 20 cm na parte inferior?*		Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
2.6 As circulações internas principais da ILPI tem largura mínima de 1,00 m? As circulações com largura maior ou igual a 1,50 metros tem corrimão dos dois lados? É realizada manutenção predial preventiva e corretiva na ILPI? De quanto em quanto tempo?		Portaria SAS/MS Nº. 249/2002 Resolução RDC Nº. 283/ 2005
2.7 A instituição funciona em ambiente pavilhonar (horizontal)? Corredores e ambientes de maior circulação não apresentam obstáculos (equipamentos decorativos, bancos, mesas...)?		Resolução RDC Nº. 283/2005
3. Quanto ao cuidado ao idoso		
3.2 A ILPI estudada procura atender ao idoso, buscando promover a manutenção de sua autonomia e capacidade funcional?		LEI Nº. 8.842/1994 Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009

3.3 Há uma preocupação em reabilitar a capacidade funcional comprometida do idoso institucionalizado? A ILPI tem fisioterapeuta? Quantos idosos ele atende? Como se apresenta seu plano de trabalho? Que carga horária semanal ele tem?		
3.4 A ILPI notifica à autoridade sanitária casos de quedas com algum tipo de lesão? Registra esses casos em livros específicos? Quais tipos de livros ou documentos?		Resolução RDC Nº. 283/2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
3.5 O enfermeiro da ILPI preocupa-se em prevenir limitações? E em prevenir doenças? Preocupa-se com a prevenção de quedas? Com a manutenção da funcionalidade dos idosos? Que ações são tomadas quando um idoso cai? (Descrever cuidadosamente) Existem equipamentos de autoajuda (bengalas, cadeira de rodas, óculos...) e materiais em condições de uso para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?		LEI Nº. 8.842/1994 Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
3.6 Existe na ILPI um prontuário de cada residente atualizado? Como ele é utilizado? Por quem? Onde ele é guardado? Ele acompanha o idoso residente em consultas, exames especiais e internação hospitalar? Se sim, como ocorre esse acompanhamento? Em caso de intercorrências médicas, como é realizada a remoção?		Resolução RDC Nº. 283/ 2005 Decisão COREN-RS Nº. 006/2009

3.7 Existe a realização do Processo de Enfermagem (PE) na ILPI? Como ela ocorre? Quantas etapas são contempladas? Se há identificação dos diagnósticos de enfermagem, que classificação é utilizada? Qual a ação do enfermeiro em relação ao PE? E dos demais integrantes da equipe de enfermagem? E dos cuidadores?		Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
3.8 Há registro diário por turno das ocorrências das principais alterações dos idosos residentes na ILPI? Quem são os responsáveis por tais registros? Onde essas ocorrências são anotadas?		Decisão COREN-RS Nº. 006/2009
3.9 A ILPI possibilita que idosos independentes, se quiserem, possam efetuar todo o processamento de roupas de uso pessoal (lavar, secar, guardar)? *3.10 As roupas dos idosos residentes são identificadas com a intenção de manter o máximo de individualidade? Onde são guardadas? Os idosos possuem armários individuais em seus quartos?*		Resolução RDC Nº. 283/ 2005

OBSERVAÇÕES:.....

.....

.....

.....

Avaliador: .....COREN:.....

FELICIANI, Ariane Minussi. *Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos:* contribuições para o Enfermeiro na prevenção de quedas. 2009. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

C – PRONTUÁRIO DO RESIDENTE DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

FICHA CADASTRAL

Nome:_____ N.º registro:_____
Nacionalidade:_____Naturalidade:_____Religião:_____
Data Nascimento:___/___/___ Estado Civil:_____ N.º de Filhos:_____
Filiação: Pai_____Mãe_____
Profissão:_____
Tipo de Documento:_____ Nº:_____
Convênio de Saúde:_____ Nº: _____
Procedência do residente: Residência ( ) Hospital ( ) Instituição ( ) Outros:_____

RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Nome do Responsável:_____
Idade:_____ Profissão:_____ Grau de parentesco:_____
R.G:_____ C.I.C:_____
Endereço Residencial: _____
Bairro:_____ CEP:_____Telefone:_____
Endereço Comercial:_____
Bairro:_____ CEP:_____Telefone:_____

OUTROS CONTATOS

Nome: _____
Grau de parentesco:_____
Tels: Resid:_____Com:_____Cel:_____
Nome: _____
Grau de parentesco:_____
Tels: Resid:_____Com:_____Cel:_____
Indicação da ILP: Médico( ) Cliente( ) Parentes( ) Reportagem( ) Lista Telefônica( )
Data da Internação: ____/____/____ Horário: ____:____
Assinatura do Responsável: _____

ANAMNESE

HMA:

Medicação:

ISDA:

Normal – nl / Alterado = al (registrar a anormalidade)

Anorexia:	Emagrecimento:	Sono:
Visão:	Prótese dentária:	Agitação:
Audição:	Constipação:	Febre:
A.R.:	Incontinência:	Disfagia:
A.C.V.:	Depressão:	Prostatismo:
A.D.:	Cognição:	Tontura:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

HÁBITOS E VÍCIOS:

EXAME FÍSICO Peso: Altura: IMC:

Pele:	Gânglios:	P.A. ____X_____mmHg
Pulsos:	Mucosas:	
Carótidas:	Tireoide:	
Ap. Resp:		P.A. _____cm.
		CB_____cm. PT _____cm.

Ap. Cardiovasc:

Abdome

Ap. Gen. Urin:

Ap. Locomotor:

Exame Neurológico:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

EVOLUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E ANOTAÇÃO DA TÉCNICA DE ENFERMAGEM

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÃO DA TEC. ENF. + ASSINATURA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

1. Histórico de Enfermagem

1.1 Dados do residente:

Diagnóstico médico principal :_____
Motivos da institucionalização:_____
PA :_____ P :_____ T :_____ R: _____

Procedência : ( ) residência ( ) hospital ( ) instituição

Fatores de risco : ( ) tabagismo ( ) etilismo

Medicamentos em uso: (medicamento/ dosagem/ horário)
_____
_____
_____
_____

1.2 Hábitos:

Cuidado corporal: costuma tomar banho no período ( ) M ( ) T ( ) N

Sono e repouso: ( ) insônia
( ) dificuldade em conciliar o sono
( ) acorda várias vezes à noite
( ) sonolência
( ) dorme durante o dia
dorme ____ horas por dia

Alimentação: ( ) VO ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) NPT
Costuma comer: ( ) frutas ( ) verduras ( ) legumes ( ) carne vermelha ( )frango ( )peixe
Costuma beber: ( ) suco ( ) água ( )café ( ) chá ( ) leite
Costuma fazer_____ refeições por dia

Eliminação urinária: ( ) normal ( ) poliúria ( ) polaciuria ( ) oliguria
( ) nictúria ( ) disuria ( ) urgência ( ) incontinência

Faz uso de: ( ) sonda vesical de demora ( ) dispositivo urinário ( ) fralda

Eliminação intestinal: ( ) normal ( ) obstipação ( ) diarréia ( ) mudança de hábito intestinal

Frequência:_____

Atividade sexual: ( ) sim ( ) não

1.3 Exame físico de Enfermagem

Relato de perda ponderal:_____

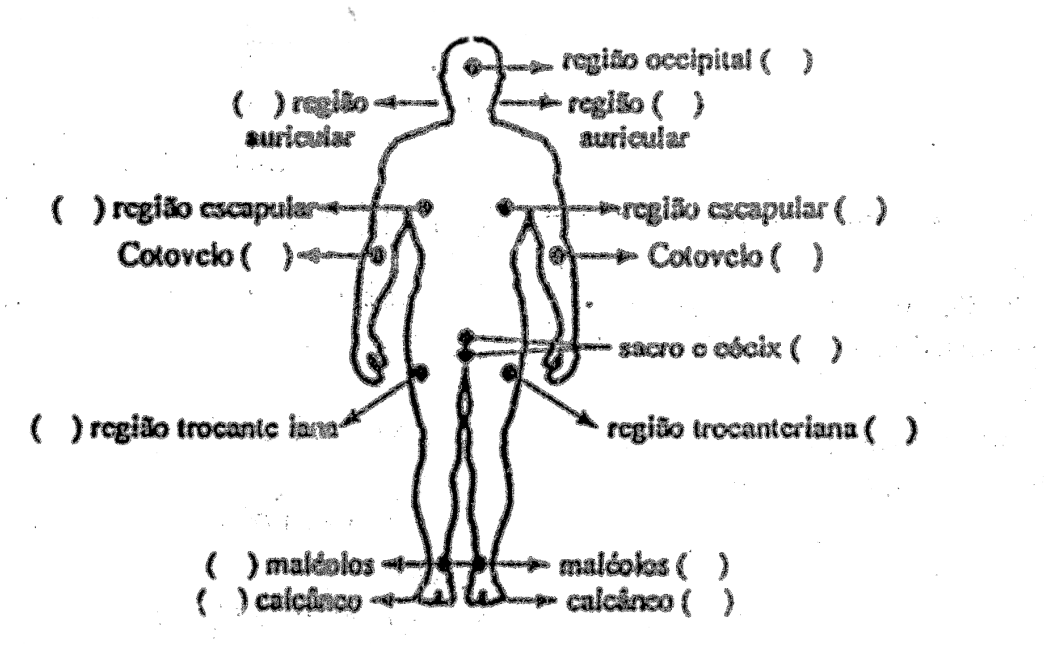
Nível de consciência: ( ) acordado ( ) lúcido ( ) desorientado ( ) com falta de memória

Deambula: ( ) sem auxílio ( ) com andador ( ) com bengala ( ) cadeira de rodas
( ) acamado ( ) cama comum ( ) cama hospitalar

Pele e tecidos: ( ) sem alterações ( ) limpa ( ) descorada ( ) ictérica ( ) cianótica
( ) edema ( ) reações alérgicas ( ) lesões de pele ( ) úlceras de pressão

Registrar no diagrama abaixo as condições da pele/ úlcera por pressão:

I-pele íntegra
II- pele íntegra com área hiperemiada
III- rompimento de pele, bolhas
IV- rompimento de pele expondo tecido subcutâneo
V- rompimento de pele expondo músculo, osso e tendões



Acuidade visual diminuída: ( ) limitante ( ) não limitante
Uso de óculos: ( ) com melhora ( ) sem melhora
Cirurgia ( ) sim ( ) não Qual?_____

Acuidade auditiva: ( ) normal ( ) diminuída ( ) zumbido ( ) uso de aparelho
Adaptação ao aparelho_____

Cabeça e Pescoço: nariz : ( ) sem anormalidades ( ) coriza ( ) alergia ( ) epistaxe

Boca: ( ) limpa ( ) língua saburrosa ( ) lesões
Uso de prótese: ( ) superior ( ) inferior ( ) adaptada ( ) não adaptada

Pescoço: ( ) sem anormalidades ( ) linfonodos palpáveis ( ) tireoide aumentada ( ) estase jugular ( ) traqueostomia

Ausculta pulmonar: ( ) normal ( ) murmúrios vesiculares diminuídos ( ) roncos ( ) estertores ( ) sibilos

Mamas: ( ) sem alterações ( ) simétricas ( ) presença de nódulos palpáveis ( ) dor ( )secreção ( )cirurgias:_____

Coração: ( ) ritmo normal ( ) taquicardia ( ) bradicardia ( ) galope ( ) arritmia ( ) marcapasso ( ) presença de sopros ( ) cirurgias:_____

Abdome: ( ) indolor ( ) doloroso ( ) plano ( ) globoso ( ) flácido à palpação ( ) resistente à palpação ( ) presença de RHA ( ) ausência de RHA ( ) presença de visceromegalias ( ) colostomia ( ) cirurgias:_____

Genito-urinário: ( ) presença de secreção ( ) prolapso _____

Membros superiores: ( ) sensibilidade e força motora preservada ( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) parestesia ( ) plegia ( ) amputações ( ) dispositivos venosos ( ) dispositivos para imobilização

Membros inferiores: ( ) sensibilidade e força motora preservada ( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) parestesia ( ) plegia ( ) amputações ( ) dispositivos venosos ( ) edema ( ) cirurgias:_____

Pés: ( ) micose ( ) onicomicose ( ) preservado

Sobre as quedas

O Sr.(a) chegou a cair nos últimos 12 meses? ( ) Não ( ) Sim
Como aconteceu?_____
_____
Quantas vezes?_____
Onde aconteceu?_____
Contou para alguém?_____Quem?_____
Caso não tenha contado para alguém, por quê?_____
_____
Houve fratura na sua queda? ( ) Não ( ) Sim, onde?_____
Surgiram outros problemas de saúde a partir de sua queda? Quais?
_____
Tem medo de novas quedas? ( ) Não ( ) Sim
O Sr (a) sente necessidade de usar algum apoio para facilitar sua caminhada? Qual? __
_____
Outras queixas:
_____
_____
_____

2. Diagnósticos e prescrições de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem	Prescrição 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.
( )Mobilida-de 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.
( ) Capacida-de 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.
( ) Intolerân-cia 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 (*déficit* visual, membros afetados ou ausentes, *déficits* cognitivos), procurando dar-lhes a devida atenção; ( )Auxiliar o idoso no posicionamento adequado à incapacidade física, com vistas à prevenção de quedas; ( )escrever a localização dos utensílios e do alimento na bandeja ou na mesa; ( )ncorajar a ingesta 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.
( ) Déficit no autocuidado para banho	( )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.
( ) *Déficit* no autocuidado para higiene íntima	( )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.
( ) *Déficit* no autocuidado para vestir-se	( )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.
( ) Síndro-me 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, prevendo 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.
( ).....	....

....	....

Data:_____/_____/_____

Enfermeira (o):_____COREN : _____

AVALIAÇÃO COGNITIVA: MINI-MENTAL

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas.

1) Em que dia nós estamos?
ANO____( ) SEMESTRE____( ) MÊS____( ) DIA____( ) DIA DA SEMANA____( )

2) Onde nós estamos?
ESTADO____( ) CIDADE____( ) BAIRRO____( ) HOSPITAL____( ) ANDAR____( )

3) Repita as palavras: (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso ao lado todas as três)
CANECA ( )
TIJOLO ( )
TAPETE ( )

Se ele não conseguir repetir as três. Repita até que ele aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre. Tentativas_____.

4) O sr. (a) faz cálculos? (1) sim (2) não
Se a resposta for positiva pergunte: se de 100 cruzeiros forem tirados 7 cruzeiros, quanto resta? E se tirarmos mais 7 cruzeiros, quanto resta? (total de 5 subtrações)

1 (93)_____( )
2 (86)_____( )
3 (79)_____( )
4 (72)_____( )
5 (65)_____( )

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PEÇA-LHE PARA SOLETRAR A PALAVRA "MUNDO" DE TRÁS PARA DIANTE.

1- O ( )
2- D ( )
3- N ( )
4- U ( )
5- M ( )

5) Repita as palavras que disse a pouco.

_____( ) _____( ) _____( )

6) Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: o que é isto? Repita com o lápis.
RELÓGIO ( ) LÁPIS ( )

7) Repita o seguinte: " NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". ( )

8) Siga uma ordem de três estágios:
"TOME UM PAPEL COM SUA MÃO DIREITA ( )

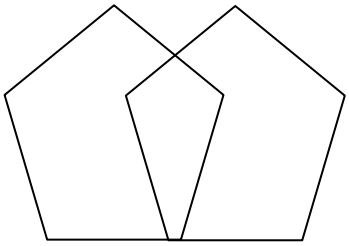
DOBRE-O AO MEIO ( )

PONHA-O NO CHÃO" ( )

9) Leia e execute o seguinte: (cartão)
"FECHE OS OLHOS" ( )

10) Escreva uma frase: _____ ( )

11) Copie este desenho: (cartão) ( )



VALORES:

Igual ou maior que 27 = normal

Entre 24 e 26 = duvidoso

CONCLUSÃO:

AVALIAÇÃO AFETIVA: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

		SIM	NÃO
1.	Você está satisfeito com sua vida?	[ ] 0	[ ] 1
2.	Abandonou muito de seus interesses e atividades?	[ ] 1	[ ] 0
3.	Sente que sua vida está vazia?	[ ] 1	[ ] 0
4.	Sente-se freqüentemente aborrecido?	[ ] 1	[ ] 0
5.	Você tem muita fé no futuro?	[ ] 0	[ ] 1
6.	Tem pensamentos negativos?	[ ] 1	[ ] 0
7.	Na maioria do tempo está de bom humor?	[ ] 0	[ ] 1
8.	Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	[ ] 1	[ ] 0
9.	Sente-se feliz na maioria do tempo?	[ ] 0	[ ] 1
10.	Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado?	[ ] 1	[ ] 0
11.	Sente-se freqüentemente intranqüilo?	[ ] 1	[ ] 0
12.	Prefere fica em casa em vez de sair?	[ ] 1	[ ] 0
13.	Preocupa-se muito com o futuro?	[ ] 1	[ ] 0
14.	Acha que tem mais problema de memória que os outros?	[ ] 1	[ ] 0
15.	Acha bom estar vivo?	[ ] 0	[ ] 1
16.	Fica freqüentemente triste?	[ ] 1	[ ] 0
17.	Sente-se inútil?	[ ] 1	[ ] 0
18.	Preocupa-se muito com o passado?	[ ] 1	[ ] 0
19.	Acha a vida muito interessante?	[ ] 0	[ ] 1
20.	Para você é difícil começar novos projetos?	[ ] 1	[ ] 0
21.	Sente-se cheio de energia?	[ ] 0	[ ] 1
22.	Sente-se sem esperança?	[ ] 1	[ ] 0
23.	Acha que os outros têm mais sorte que você?	[ ] 1	[ ] 0
24.	Preocupa-se com coisas sem importância?	[ ] 1	[ ] 0
25.	Sente freqüentemente vontade de chorar?	[ ] 1	[ ] 0
26.	É difícil para você concentrar-se?	[ ] 1	[ ] 0
27.	Sente-se bem ao despertar?	[ ] 0	[ ] 1
28.	Prefere evitar as reuniões sociais?	[ ] 1	[ ] 0
29.	É fácil para você tomar decisões?	[ ] 0	[ ] 1
30.	O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	[ ] 0	[ ] 1

ESCORE: Pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo, porém, isoladamente, não é critério diagnóstico para depressão.

CONCLUSÃO :

AVALIAÇÃO FUNCIONAL: KATZ- AVDS

BANHO- Banho de esponja, chuveiro ou banheira

( ) não recebe assistência (entra e sai do box, banheira sozinho)
( ) recebe assistência no banho em apenas uma parte do corpo, como p. ex. perna ou costas
( ) recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo ou não realiza

VESTIR- Pega as roupas no armário ou cômoda incluindo roupas de baixo, abotoadores e acessórios

( ) pega as roupas e se veste completamente sem assistência
( ) pega as roupas e se veste sem assistência exceto para amarrar os sapatos
( ) recebe assistência para pegar as roupas ou se vestir ou fica parcialmente ou completamente desnudo

TOALETE- Ir ao banheiro, se limpar e arrumar as roupas após as eliminações

( ) vai ao banheiro, se limpa e aruma as roupas sem assistência (pode usar algum auxílio para ajuda como bengala, andador, cadeira de rodas, sabe manejar fraldas ou comadre, esvaziando-a pela manhã caso a utilize durante a noite)
( ) recebe assistência para ir ao banheiro, se limpar, para arrumar as roupas, para usar as fraldas, comadre/papagaio
( ) não vai ao banheiro para o processo de eliminação

TRANSFERÊNCIAS

( ) entra e sai da cama assim como senta e levanta da cadeira sem assistência (pode usar suporte para ajuda, como bengala e andador)
( ) entra e sai da cama ou da cadeira com assistência
( ) não entra ou sai da cama

CONTINÊNCIA

( ) controla a urina completamente por conta própria
( ) tem "acidentes" ocasionais (perdas de urina)
( ) supervisão ajuda a controlar a urina, utiliza qualquer tipo de cateter ou é incontinente

COMER

( ) se alimenta sem assistência
( ) se alimenta sozinho exceto para cortar carnes e/ou passar manteiga no pão
( ) recebe assistência para comer, é alimentado parcialmente, completamente ou através de sondas

O índice de assistência em atividades de vida diária é baseado na avaliação da independência funcional ou dependência dos pacientes em banho, vestir, ir ao toalete, transferência, continência e comer.

A- independente em comer, continência, transferência, ir ao toalete, vestir e banho
B- independente em todas as atividades, menos em uma delas
C- independente em todas, menos em banho e uma atividade adicional
D- independente em todas, menos em banho, vestir, ir ao toalete e uma outra atividade adicional
E- independente em todas, menos em banho, vestir, ir ao toalete, transferências e uma atividade adicional
F- dependente em todas as funções
OUTROS- dependente em pelo menos 2 funções, mas não se classifica em C, D, E, ou F.

Independência significa sem supervisão, direcionamento ou assistência pessoal direta, exceto como mencionado abaixo. É baseado nos status atual e não na habilidade provável, referida pelo indivíduo. Um paciente que se recusa a realizar uma determinada atividade é considerado incapaz, mesmo que ele seja capaz.

BANHO
Independente: assistência somente em banhar uma parte do corpo ou toma banho completamente sozinho
Dependente: precisa de assistência para banhar mais de uma parte do corpo, para sair ou entrar no box ou banheira, não toma banho sozinho.

VESTIR
Independente: pega as ropas no armário, coloca as roupas, sapatos e cessórios, maneja botões e ziper, dá laço no sapato
Dependente: não se veste sozinho ou permanece parcialmente vestido

IR AO TOALETE
Independente: vai até o banheiro, senta e levanta da cadeira sem auxílio
Dependente: usa fraldas ou comadre/ papagaio ou recebe assistência para ir ao banheiro e usá-lo

TRANSFERÊNCIAS
Independente:entra e sai da cama sozinho, senta e levanta da cadeira sem auxílio
Dependente: ajuda a entrar e sair da cama e/ou cadeira, não faz uma ou mais tranferências.

CONTINÊNCIA
Independente: urina e defeca com total controle
Dependente: parcialmente ou totalmente incontinente em urinar ou defecar, parcial ou total controle através de catéteres, sondas, etc

COMER
Independente: pega comida do prato e coloca na boca (cortar a carne ou preparar a comida, como passar manteiga na comida é excluída)
Dependente: ajuda no ato de comer, não come tudo, ou alimentação parenteral

CONCLUSÃO :

AVALIAÇÃO SOCIAL: HISTÓRICO DE VIDA

a) Relatos do desenvolvimento do residente da infância à vida adulta

_____

_____

_____

b) acontecimentos marcantes (exs: perdas, guerra, festas, nascimento de filhos/ netos etc)

_____

_____

_____

c) Vida profissional e/ou atividades ocupacionais

_____

_____

_____

d) As atividades de lazer do residente

_____

_____

_____

e) Outras informações: (espiritualidade, vida social etc).

_____

_____

_____

f) Nome dos familiares mais próximos

_____

_____

_____

g) Informações complementares

_____

_____

_____

_____

_____

VALCARENGHI, R. V. *Implantação e implementação do prontuário do residente de uma Instituição de Longa Permanência para idosos*. 2006. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande/RS.

VALCARENGHI, R. V. *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/RS.

DIAS, F. R. A. *Inclusão de elementos no processo de enfermagem voltado à prevenção de quedas em idosos institucionalizados*: pesquisa-ação. 50 f. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande/RS.

OS AUTORES

Silvana Sidney Costa Santos – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Gerontóloga. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Organizadora e líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/CNPq). Pesquisadora do CNPq.

Marlene Teda Pelzer – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Gerontóloga. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/CNPq).

Edaiane Joana Lima Barros – Enfermeira do Hospital Universitário da FURG. Mestre em Enfermagem. Estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG.

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Pampa (UNIPAMPA/Uruguaiana/RS). Estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG.

Lenice Dutra de Sousa – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG.

Edison Luiz Devos Barlem – Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem da FURG. Estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG.

Rafaela Vivian Valcarenghi – Enfermeira. Mestre em enfermagem.

Ariane Minussi Feliciani – Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande/RS. Mestre em Enfermagem.

Marília Egues da Silva – Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG. Bolsista CAPES.

Cristiano Pinto dos Santos – Enfermeiro. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG. Bolsista CAPES.

Ronaldo de Freitas – Enfermeiro do Pio Sodalício Damas de Caridade - Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS.

Gisamara Girardi Fontes de Ávila – Enfermeira do Hospital Universitário da FURG. Mestre em Enfermagem.

Gilmar Basgalupe Meirelles – Enfermeiro do Hospital Universitário da FURG.

Clariana Vitória Ramos – Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG. Bolsista Pibic – FURG.

Francisleide Rodrigues Andrade Dias – Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG.

Danielle Adriane Silveira Vital – Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG.

Danielli Gavião Mallmann – Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

Darleni Rosa Tambara – Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).