



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KILVIA KIEV MARCOLINO MANGUEIRA

**PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS - PB
2011

**PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

KILVIA KIEV MARCOLINO MANGUEIRA

**PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

CAJAZEIRAS - PB

2011



M277p Mangueira, Kilvia Kiev Marcolino
Prevalencia de queda em uma populacao de idosos no alto sertao paraibano / Kilvia Kiev Marcolino Mangueira. - Cajazeiras, 2011.
100p. il.e color.

Não Disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)- Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formacao de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apendices e Anexos

1. Idoso-acidentes por quedas 2. Acidentes- idosos asilados I. Sucupira, Kennia Sibelly Marques de A. II. Casimiro, Geofábio Sucupira. III. Título

CDU 613.98

KILVIA KIEV MARCOLINO MANGUEIRA

**PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em: ____ / ____ / 2011.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira
UACV/CFP/UFCG
(Orientadora)

Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro
UACV/CFP/UFCG
(Co-Orientador)

Prof. Mestre Arieli Rodrigues Nóbrega
UACV/CFP/UFCG
(Membro Examinador)

CAJAZEIRAS – PB

2011

A Deus, por ter me concedido o dom da vida, força para caminhar, e por possibilitar-me encerrar mais um ciclo de minha vida, e aos meus pais que são a força, a motivação e a razão da minha vida.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente cuidando do meu espírito e me dando sabedoria para fazer as melhores escolhas e me conceder saúde, força e sabedoria para alcançar mais uma conquista.

Aos meu pais Geraldo e Rivania, que sempre estiveram do meu lado me dando força e coragem para obter as minhas conquistas, como também foram a base para o término dessa trajetória. Obrigada pelo amor, carinho, incentivo e a família que somos. Painho e mainha, AMO VOCÊS!

Aos meus irmãos Lidiane Marcolino e José Gustavo, que tiveram paciência quando eu pedia ajuda e acreditaram em mim, demonstrando amor, amizade e interesse em ajudar.

As minhas avós Josefa e Francisca que admiraram meu esforço e torceram pela minha vitória.

Ao meu namorado Diego da Silva por ter tido paciência comigo e ter contribuído para atingir este objetivo, acreditando no meu desempenho.

À Minha Orientadora Kennia Sibelly Marques de Abrantes, por ter aceitado orientar este trabalho, pela acolhida, apoio e ensinamentos, na qual contribuiu e ajudou para a realização deste trabalho.

As minhas amigas: Rayrla Cristina (grande amiga e companheira em todos os momentos, em especial em todas as atividades da universidade, sempre me apoiando e me dando força para vencer), Luciana Priscilla, Gabriela dos Santos, Marina Mendes, Maryanne Oliveira e Tâmara Cristina por terem estado sempre ao meu lado durante toda essa trajetória; por terem sido minha equipe, meus cúmplices, os meus companheiros; por terem sido pessoas fundamentais na minha formação profissional e sempre que pensar em tudo que vivi lembrarei de vocês. Tenho um carinho imenso por vocês!

Ao meu grupo de estágio: Priscila, Maryanne, Marino, Rayrla, Kylvia Luciana, Luciana Priscilla, Thairon, Wanduy e Washington pela troca de conhecimento, compreensão, carinho, humildade e companheirismo de todos e principalmente, por descobrir que são pessoas maravilhosas que podemos contar e pela amizades surgidas durante este período.

À Professora Aissa Romina por ter ajudado na construção deste trabalho, pela paciência, dedicação e pelas viagens à Campina Grande para ministrar as aulas de TCC.

Aos membros da Banca por ter aceitado o convite e contribuir com nosso trabalho.

Aos meus preceptores de estágio que foram todos os enfermeiros do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Hospital Regional de Cajazeiras e Instituto Materno-Infantil Júlio Bandeira,

pela confiança em mim depositada, pela amizade e pela paciência que tiveram comigo e principalmente, pelo conhecimento transmitido.

A minha amiga Luciana Priscilla, que se mostrou ser uma grande amiga, e me ajudou no fim dessa caminhada.

Ao Coordenador do Curso Dr. Francisco Fábio Marques, por escutar os problemas e tentar solucionar e a Coordenadora de Estágios Álissan Martins, por terem feito os estágios acontecer de uma forma mais organizada e todos os funcionários da UFCG que contribuíram de forma indireta.

Aos grandes amigos da minha vida, que sempre torceram pelo meu sucesso e minha felicidade.

A todos os idosos das Instituições de Longa Permanência de Cajazeiras e Sousa, que participaram da pesquisa, pela confiança e contribuição.

Muito Obrigado!

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos atos, estes ainda reservam prazeres”.

Sêneca

MANGUEIRA, Kilvia Kiev Marcolino. Prevalência de Quedas em uma População de Idosos Asilados no Alto Sertão Paraibano. 100f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação de Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que tem ocorrido de maneira mais abrupta nos países em desenvolvimento, sem melhorias das condições de vida, ocasionando um importante aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, devido às alterações morfofuncionais e psicológicas, o que presdipõem a ocorrência de quedas, consequentemente a dependência e a institucionalização, que vem sendo a única alternativa. Quedas na faixa etária acima de 60 anos, pode ser considerada um grave problema de saúde pública devido a sua frequência, morbidades associadas e elevado custo social e econômico. A maioria das quedas resulta da interação de fatores relacionados ao indivíduo (intrínsecos) que são decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores ambientais (extrínsecos) que são as circunstâncias sociais e ambientais que desafiam o idoso. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de quedas em uma população de idosos asilados no alto sertão paraibano, caracterizar o perfil dos idosos moradores das Instituições de Longa Permanência (ILPIs) e identificar a presença de fatores que presdipõem as quedas. Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A população foram 64 idosos assistidos nas ILPIs e a amostra foram 41 idosos que residem nas ILPIs que funcionam de forma permanente nos referidos municípios e a técnica de amostragem foi a não-probabilística intencional. A coleta dos dados foi realizada em quatro ILPIs localizadas nas cidades de Cajazeiras e Sousa-PB, através de um roteiro de entrevista semi-estruturado e a escala índice de Katz Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD para avaliação funcional. Os dados foram codificados no pacote estatístico SPSS versão 13.0 e em seguida analisados e confrontados de acordo com a literatura pertinente. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa apresentando o protocolo de nº: 0434.0.133.000-11. Os participantes da pesquisa apresentaram predomínio na faixa etária de 86 a 90 anos (19,5%), sexo feminino (58,5%), solteiros (43,9%), renda familiar igual a um salário mínimo (97,6%), baixo grau de escolaridade e o tempo de institucionalização variou entre 1 a 5 anos (53,7%). Foi identificado que a prevalência de quedas foi alta (43,9%), associada há vários fatores de risco, tais como: doenças crônicas, sendo a mais prevalente hipertensão arterial (44,8%), uso regular de medicações, sendo o mais citado anti-hipertensivo (41,5%), escadas baixas (100%), piso escorregadio (100%), dentre outros. Foram identificados independência nas ABVD nos idosos institucionalizados. Conclui-se que a prevalência de quedas entre os idosos poderia ser diminuída com o planejamento de medidas preventivas adequadas, tais como orientação quanto ao uso adequado de calçados e vestuários; conscientização e capacitação para os cuidadores de instituições asilares, instalação de medidas de segurança ambientais como rampas, pisos antiderrapantes, corrimão nas escadas, banheiros adaptados, dentre outros, tendo como finalidade possibilitar o controle e a prevenção de quedas no sentido de garantir boa qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras – chave: Acidentes por quedas, Idosos, Instituições de Longa Permanência.

MANGUEIRA, Kilvia Kiev Marcolino. Prevalence of falls in a population of institutionalized elderly in the high Paraíba inlands. 100f. Completion of Course Work (Graduation Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon, which has flocked in a more abrupt way in developing countries, with no improvements in living conditions, leading to a significant increase in the prevalence of chronic-degenerative diseases, due to morphofunctional and psychological changes, which predispose the occurrence of falls, consequently the dependency and the institutionalization, which have been the only alternative. Drops in the age group above 60 years, can be considered a serious public health problem due to its frequency, associated morbidities, and high social and economic cost. Most falls result from the interaction of factors related to the individual (intrinsic) which are caused by physiological changes of the aging and environmental factors (extrinsic) which are the social and environmental circumstances that challenge the elderly. The goal of this study was to describe the prevalence of falls in a population of institutionalized elderly in the high Paraíba inlands, characterize the elderly profile residents of Long-Term Institutions (LTIs) and identify factors that predispose the falls. Exploratory and descriptive study with a quantitative approach. The population was 64 elderly assisted in the LTIs and the sample was 41 elderly living in the LTIs that operate on a permanent basis on the previous mentioned municipalities and the sampling technique was non-probabilistic intentional. Data collection was performed in four LTIs located in the cities of Cajazeiras and Sousa-PB, through a semi-structured poll script and the index scale of Katz Basic Activities of Daily Living – BADV for functional assessment. The data has been encrypted in the SPSS statistical package version 13.0 and then analyzed and confronted according to the pertinent literature. Data collection was initiated after approval of Ethics Committee in Research presenting the protocol N° 0434.0.133.000-11. The research participants presented prevalence in the age group of 86 to 90 years (19,5%), female (58,5%), single (43,9%), family income equal to the minimum wage (97,6%), low level of education and the time of institutionalization ranged from 1 to 5 years (53,7%). It was identified that the prevalence of falls was high (43,9%), related to several risk factors, such as: chronic diseases, being the most prevalent arterial hypertension (44,8%), regular use of medications, being the most used anti-hypertensive (41,5%), low stairs (100%), slippery floor (100%), among others. It has been identified Independence on the BADV in the institutionalized elderly. It is concluded that the prevalence of falls among elderly could be reduced with the planning of proper preventive measures, such as guidance on the use of appropriate footwear and clothing; awareness and training for caregivers of asylum institutions, installation of environmental safety measures, such as ramps, anti-slippery floors, handrails on stairs, adapted toilets, among others having as purpose to enable the control and prevention of falls in order to ensure good quality of life for institutionalized elderly.

Keywords - Accidental falls, elderly, Long-Term Institutions.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo.....	38
Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com estado civil.....	39
Gráfico 3 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de escolaridade.....	40
Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com a renda.....	42
Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de institucionalização.....	43
Gráfico 6 - Distribuição da amostra de acordo com o uso de óculos.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.....	36
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a profissão.....	41
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com ocorrência de quedas.....	44
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo que ficou caído.....	47
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a hospitalização.....	48
Tabela 6 - Opinião da amostra de acordo com o ambiente mais comum de quedas.....	49
Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com a utilização de instrumento para auxiliar na marcha.....	50
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com problemas de saúde.....	52
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com outros problemas de saúde.....	52
Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o uso de medicação.....	53
Tabela 11 - Opinião da amostra sobre as dificuldades no cotidiano.....	55
Tabela 12 - Escala de atividades básicas de vida diária.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABVD** – Atividades Básicas da Vida Diária
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP** – Centro de Formação de Professores
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILP** – Instituição de Longa Permanência
- ILPIs** – Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MMII** – Membros Inferiores
- MMSS** – Membros Superiores
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PB** - Paraíba
- PNSI** – Política Nacional de Saúde do Idoso
- PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa PNSPI
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UACV** – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
- UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba
- UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS NO IDOSO.....	17
2.2 FATORES INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS RELACIONADAS A QUEDAS....	21
2.3 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	24
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO IDOSO.....	27
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	32
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.4 COLETA DE DADOS.....	33
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	35
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	36
4.2 DADOS ESPECÍFICOS AOS OBJETIVOS.....	44
4.3 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE(S).....	74
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	75
ANEXO (S).....	83
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	84
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	86
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAJAZEIRAS ABRIGO DE IDOSOS “LUCA ZORN”.....	91
ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO CONSTITUCIONAL DA COMUNHÃO ESPÍRITA CRISTÃ A CASA DO CAMINHO.....	93
ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO CONSTITUCIONAL DO CENTRO DEAMPARO A VELHICE ABRIGO JESUS MARIA E JOSÉ.....	95
ANEXO G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO LAR DOS IDOSOS – GRUPO ESPÍRITA KARDECISTA O REENCONTRO.....	97
ANEXO H – FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB.....	99

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que tem acontecido mais lentamente nos países desenvolvidos acompanhado pelo crescimento econômico e pela elevação do nível de bem-estar. Nos países em desenvolvimento, tal processo tem ocorrido de maneira mais abrupta, sem melhorias das condições de vida, como no Brasil (CARDOSO; COSTA, 2010). Segundo Camarano e Kanso (2010), a certeza do crescimento dessa amostra populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que os idosos irão ser submetidos.

Segundo o último censo realizado, a população de 60 anos ou mais no Brasil aumentou de 8,7%, em 2000, para 12%, em 2010. No estado da Paraíba o aumento dessa população foi significativo nesse intervalo de dez anos, pois ocorreu um crescimento de 10,4% para 11,9%. Isso mostra que o índice de envelhecimento está crescendo a cada ano (IBGE, 2010).

Existe uma diferença entre a definição de pessoa idosa com relação ao fator cronológico, pois nos países em desenvolvimento a idade limite para uma pessoa ser considerada idosa é de 60 anos e nos países desenvolvidos esse limite de idade passa a ser de 65 anos (SANTOS et al., 2008a).

A Atenção à saúde do idoso é uma das prioridades do Ministério da Saúde, que tem como meta assistir o mesmo, cuidando com humanização, orientações, acompanhamento, promovendo um conjunto de ações de saúde, que englobem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, tratamento e reabilitação do indivíduo e consiga contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2007).

A população idosa apresenta um importante aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, devido às alterações morfofuncionais e psicológicas, podendo favorecer múltiplas comorbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas como queda, demência, imobilismo, que comprometem a independência e a autonomia desses pacientes, gerando incapacidades, fragilidade, institucionalização e morte (GAZZOLA et al., 2006).

Nesse contexto que a institucionalização está cada vez mais sendo a alternativa de quem ficou sem condições de tocar a vida autonomamente, esse lugar onde institucionaliza o idoso denomina-se de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) as quais podem

ser governamentais e não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Tal fenômeno pode ser considerado um fator de risco para quedas, em virtude da mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho que pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, abandono e inatividade física do indivíduo. O idoso pode tornar-se dependente para realizar as atividades da vida diária e ter conseqüente redução da capacidade funcional (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

A ocorrência de quedas na faixa etária acima de 60 anos pode ser considerada um grave problema de saúde pública devido a sua frequência, morbidades associadas e elevado custo social e econômico, sobretudo quando ocasiona aumento da dependência e necessidade de institucionalização (GONÇALES et al., 2008).

Nesse contexto, a queda é conceituada como evento não intencional que resulta na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial (FERREIRA; YOSHITOME, 2010). Conforme Brasil (2007), cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano, apresentando um aumento na taxa para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPIs.

A maioria das quedas resulta da interação de fatores relacionados ao indivíduo (intrínsecos) que são decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores ambientais (extrínsecos) que são as circunstâncias sociais e ambientais que desafiam o idoso. Os fatores intrínsecos incluem: idade, quedas anteriores, redução da acuidade visual, tontura, distúrbios do equilíbrio e da marcha, lesões do sistema nervoso, doenças do aparelho locomotor, comprometimento dos mecanismos reguladores da pressão arterial. Já os fatores extrínsecos envolvem: pisos irregulares, iluminação, escadas, cadeiras, mesas, leitos, banheiros, calçados, órteses mal-adaptadas, barreiras físicas e uso de mais de quatro tipos de medicamentos (MACIEL, 2010; RIBEIRO et al., 2008).

Neste sentido, a escolha do tema se justifica pelo aumento exorbitante no número de idosos institucionalizados vítimas de quedas, pois a partir desta perspectiva há que se pensar nos efeitos residuais deste agravo que, devido às sequelas, levam a dependência através de suas conseqüências submetendo a pessoa idosa à perda da capacidade funcional.

Diante do exposto, a escolha para se pesquisar esse tema foi motivada por um período de vivência como acadêmica de enfermagem nos estágios realizados no hospital, onde foi possível observar um número significativo de internações de pessoas idosas decorrentes de traumas, que residiam em asilos; e nas instituições de longa permanência, em que se percebeu notoriamente a carência de recursos humanos e ambientais, que são essenciais para uma

assistência de qualidade, pois a ausência destes propicia a ocorrência de quedas, na qual se torna um grande problema no meio social, porque a cada dia está se agravando e levando o idoso à morte.

Assim, diante da alta prevalência de quedas em uma população de idosos asilados e preocupada com essa temática nas cidades de Cajazeiras e Sousa-PB surgem os seguintes questionamentos: Qual a prevalência de quedas em população de idosos asilados nos referidos municípios? As ILPIs são estruturadas? Existem fatores de riscos nessas instituições? Quais as principais conseqüências decorrentes da queda? Quais as características dos idosos? Os idosos são dependentes?

Dessa forma, espera-se que esse estudo possa colaborar significativamente com a compreensão da dimensão do problema, bem como na estruturação das ILPIs e implementação das medidas preventivas, visando assim à redução do número de quedas em população de idosos residentes em instituições de longa permanência nas cidades de Cajazeiras e Sousa-PB. Acreditamos que os resultados desta pesquisa possam vir a orientar a atuação das ILPIs referente à prevenção de quedas em idosos.

Nesse contexto, o objetivo geral do presente estudo foi descrever a prevalência de quedas em uma população de idosos asilados no alto sertão Paraibano, tendo como objetivos específicos caracterizar o perfil dos idosos moradores das instituições de longa permanência e identificar a presença de fatores que presdipõem as quedas em idosos moradores das instituições de longa permanência em estudo.

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma: inicia-se com o embasamento teórico para contextualizar o estudo de forma geral, sendo constituído por quatro tópicos, nos quais abordamos as alterações anatômicas e fisiológicas no idoso, fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados a quedas, ILPIs e políticas públicas relacionadas ao idoso, em seguida a metodologia que inclui o tipo de pesquisa, a caracterização do local de estudo, processamento de coleta e posicionamento ético do pesquisador, e para finalizar a pesquisa enquadra-se a análise e discussão dos resultados e as conclusões do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS NO IDOSO

O envelhecimento caracteriza-se por modificações anatômicas e funcionais resultantes das transformações a que o organismo se submete ao longo da vida, porém nem toda mudança que ocorre em nosso organismo está fundamentalmente ligada à idade por si só (SILVA; FORSSATI; PORTELLA, 2007). Essas alterações podem causar limitações às atividades da vida diária e, assim, comprometer a qualidade de vida da pessoa que envelhece (PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009).

As principais alterações que estão associadas ao processo de envelhecimento e ligadas à ocorrência de quedas são as modificações na composição e forma do corpo, a diminuição da estatura, a distribuição centrípeta da gordura corporal, a perda de massa muscular, a diminuição da massa óssea e o declínio nas aptidões psicomotoras, que, em conjunto, podem provocar a instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, em situações de sobrecarga funcional (SILVA et al., 2007).

A estatura diminui cerca de um centímetro por década, com isso Tibo (2007) afirma que essa perda deve-se à redução dos arcos dos pés, aumento da curvatura da coluna vertebral, além da diminuição do diâmetro dos discos intervertebrais, como também os diâmetros da caixa torácica e do crânio tendem a aumentar. A composição do corpo também se altera, havendo um aumento do tecido adiposo no tronco, principalmente nos omentos, região perirrenal e diminuição nos membros inferiores e o teor total de água corpórea diminui por perda de água intracelular. No geral, ocorre redução do número de células em todos os órgãos, sendo os mais afetados, em relação à perda de massa, os rins e o fígado.

Diante disso, à medida que aumenta a idade cronológica as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade, existe ainda diminuição maior da atividade física, devido à imobilidade e má adaptação, que conseqüentemente facilita a aparição de traumas, doenças crônicas que contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento (MATSUDO, MATSUDO; BARROS NETO, 2000).

Alguns estudos demonstram que com o envelhecimento há um pequeno declínio na memória, atualmente chamado de comprometimento cognitivo, que incluem confusão, perda do julgamento e comportamento impulsivo. Uma das principais causas da deterioração

cognitiva com o passar da idade é a diminuição de neurotransmissores e dos neurônios, com perda estimada em cerca de 10%, cujo grau varia nas diferentes partes do cérebro, especialmente no córtex dos giros pré-centrais (a área motora voluntária) e dos giros temporais, e no córtex do cerebelo (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Quanto à visão, com a perda da gordura que se localiza ao redor do globo ocular, o olho tem aparência afundada na face, há a diminuição na produção de lágrimas e de fixar a visão em objetos muito próximos. Essas alterações podem favorecer problemas ao idoso, como quedas, imobilidade e conseqüentemente alterações de humor, e até mesmo o desenvolvimento de doenças relacionadas às suas condições de vida (MINCATO; FREITAS, 2007).

Os sistemas auditivos e vocais apresentam algumas modificações, sendo o sistema auditivo sujeito à diminuição da acuidade e sensibilidade, e o sistema vocal sujeito principalmente à diminuição da acurácia, velocidade, resistência e coordenação da voz. Estas modificações ocorrem juntamente com outras partes do corpo, sendo diferente em relação a cada indivíduo, organismo e estilo de vida. É notório também o crescimento do nariz e as orelhas, dando a conformação típica facial do idoso (BARALDT et al., 2007).

Ser portador de deficiência auditiva adquirida é algo que vai além do fato de o indivíduo não ouvir bem, levando a implicações psicossociais sérias para sua vida, isso pode ser considerado como uma perda social e psicológica que afeta as interações interpessoais e de comunicação, privando o idoso de relações sociais, comprometendo as metas profissionais e qualidade de vida (PINZAN-FARIA; IORIO, 2004).

Segundo Santos, Tavares e Barboza (2010) a pele torna-se enrugada devido às alterações nas fibras e elastina, perdendo a elasticidade; ocorre o aparecimento de cabelos brancos e perda dental; as unhas do idoso tornam-se opacas, frágeis, finas e sem brilho; surgem distúrbios de locomoção; o coração e os órgãos do sentido apresentam declínio no seu funcionamento. O vigor, a concentração e o estado de alerta ficam diminuídos.

Em se tratando do aparelho cardiovascular há uma redução de 40% do débito cardíaco, aumento das tensões arteriais em repouso, a redistribuição do fluxo sanguíneo – o cérebro, as artérias coronárias e os músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e os rins e há perda da elasticidade dos vasos e acumulação de depósito nas paredes. Vale salientar que essas modificações podem resultar em uma hipóxia cerebral e hipotensão postural, o que presdipõe a ocorrência de quedas (SANTOS, 2007).

Vasconcelos et al., (2007) nos falam que as alterações da potência muscular respiratória do idoso são consideradas de grande importância para o declínio da função

pulmonar e são descritas como limitantes, podendo comprometer a sua reserva funcional. Os seus estudos demonstram que existe uma redução de 25% na força do diafragma em idosos, medida pela pressão diafragmática durante esforço inspiratório máximo voluntário. Existe uma diminuição da potência aeróbica (consumo máximo de oxigênio) com uma queda de 1% por ano, iniciada em torno dos 50 anos, porém, nos indivíduos ativos essas perdas são menores.

Segundo Potter e Perry (2009), os idosos estão cada vez mais predispostos a infecções respiratórias, devido algumas alterações como diminuição do reflexo da tosse, diminuição da remoção do muco, poeira, diminuição da capacidade vital, aumento da rigidez da parede torácica, menos alvéolos, aumento da resistência das vias aéreas.

O idoso apresenta mudanças fisiológicas no aparelho digestivo, tais como: alterações de deglutição, declínio do olfato, diminuição da força da mordida, limitação da mastigação pela ausência de dentes e utilização de próteses, aumento do tecido conjuntivo da língua, alterações na mucosa oral, diminuição do desempenho motor de lábios e língua, redução no grau de elevação anterior da laringe, elevação de hióide mais demorada, redução do peristaltismo faríngeo, resultando em resíduos na faringe após a deglutição. Essas alterações gastrointestinais trazem algumas implicações em sua vida, pois o idoso apresenta intolerância a certos alimentos e desconforto devido a um retardo no esvaziamento gástrico (MACIEL; MACIEL; ASSENCIO-FERREIRA, 2003; POTTER; PERRY, 2009).

As alterações da função renal incluem uma redução na taxa de filtração, função tubular diminuída com menor eficiência na reabsorção e concentração da urina, e uma restauração mais lenta do equilíbrio ácido-básico em resposta ao estresse. A incontinência urinária é uma das principais causas para ocorrer a queda, pelo fato do idoso está direto se locomovendo para ir ao banheiro, principalmente aqueles que têm a mobilidade e a marcha prejudicada (SMELTZER; BARE, 2005).

Com o envelhecimento, Ribeiro, Alves e Meira (2009) destacam que os órgãos genitais diminuem em peso e se atrofiam, mas os testículos não reduzem necessariamente com a idade. Entretanto, as células das paredes dos túbulos seminíferos, envolvidas na reprodução e nutrição dos gametas masculinos, diminuem em tamanho e ficam menos ativas, pois o número de espermatozóides diminui para a metade, mas a fertilidade, frequentemente, perdura até as idades mais avançadas. Já na mulher ocorre à menopausa entre quarenta e cinquenta anos, decorrente da falência total da função ovariana, pois é definida após um período de doze meses consecutivos sem que ocorra menstruação e a diminuição da libido

pode ser atribuída, entre inúmeros outros fatores, à atrofia vaginal, perda das rugosidades e redução da secreção vaginal.

Em se tratando de força e da massa muscular predispõe os idosos de uma limitação funcional, sendo esse um fator predisponente para a ocorrência de quedas e, conseqüentemente, para o aparecimento de fraturas que são facilitadas pela maior desmineralização óssea típica do idoso. A perda da potência muscular é maior que a da força devido à perda seletiva das fibras tipo II (fibras de contração rápida), portanto a diminuição da potência muscular determina diminuição da velocidade de contração muscular e esta perda nos músculos prejudica a postura ortostática, por ser responsável pela sua manutenção, o que pode contribuir para o aumento do número de quedas (CARVALHO et al., 2004; PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009).

O decréscimo na força muscular em função da idade resulta, sobretudo, da redução substancial de massa muscular que acompanha o envelhecimento, ou da diminuição da atividade física, o que acaba por gerar uma grande perda na massa muscular e um aumento na gordura subcutânea e intramuscular, denominado “sarcopenia”. A potência demonstra um declínio mais rápido associado ao envelhecimento do que a força e resistência muscular, portanto existe uma maior relevância do que a força muscular para a capacidade de realizar inúmeras atividades de vida diária, para a independência e para a capacidade funcional (LACOURT; MARINI, 2006).

Nesse sentido, o prejuízo da função muscular e o subseqüente comprometimento da função motora associados ao processo de envelhecimento afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos, diminuindo suas habilidades em tarefas simples, como caminhar, e tornando difícil a realização de atividades cotidianas, que também podem acarretar problemas psicológicos e emocionais (LACOURT; MARINI, 2006).

Além das alterações já mencionadas, no processo do envelhecimento também podem ocorrer a perda da autonomia e da independência, pois o indivíduo não consegue realizar as atividades da vida diária (AVD), induzindo a um declínio da qualidade de vida e do bem estar tanto dos idosos como dos familiares (MINCATO; FREITAS, 2007).

Alguns estudos referem que é difícil para o idoso aceitar as alterações que ocorrem em todas as áreas de sua vida, que, por sua vez, têm um efeito profundo sobre a função, alguns deles negam as modificações e continuam a esperar o mesmo desempenho de si mesmos, independentemente da idade. No entanto, o medo de se tornar dependente é esmagador para o idoso que está apresentando um declínio funcional como resultado do envelhecimento (POTTER; PERRY, 2009).

2.2 FATORES INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A QUEDAS

Entende-se por queda qualquer evento que resulte na mudança de um corpo a um nível inferior a sua posição inicial, a partir de qualquer altura. Ela é considerada um episódio multifatorial determinada por fatores intrínsecos e extrínsecos, podendo ser classificada em acidental quando ocorre um único evento que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo e recorrente quando existem fatores etiológicos intrínsecos (JAHANA; DIOGO, 2007; CARLOS; HAMANO; TRAVENSOLO, 2009).

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso, podendo incluir possíveis traumas e risco de morte, restrição das atividades, devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores, como também declínio na qualidade da saúde, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde (MARCIEL, 2010).

Estudos realizados no Brasil destacam como fatores associados à quedas: a idade avançada, sexo feminino, sedentarismo, autopercepção de saúde como sendo ruim, maior número de medicações referidas para uso contínuo, comprometimento da visão, dificuldades na realização de atividades diárias (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Os fatores intrínsecos são decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, às doenças e efeitos causados pelos medicamentos, ou seja, modificações ocasionadas no interior do organismo provocadas por alterações funcionais, anatômicas, sistêmicas, locais, e até mesmo manifestações dos sinais e sintomas de doenças crônicas (RIBEIRO et al., 2008).

Matos e Murai (2007), afirmam que existem fatores intrínsecos associados ao envelhecimento natural do organismo e que existe uma influência impactante no Sistema Nervoso Central (SNC) em realizar o processamento de sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como uma diminuição da capacidade de modificação dos reflexos adaptativos. Idosos apresentam características clássicas de desequilíbrio crônico e maior tendência a quedas, ou seja, insuficiência de controle postural.

As doenças vestibulares assumem particular importância nesse contexto, pois o aumento da idade é diretamente proporcional à presença de diferentes sintomas vestibulares e manifestações clínicas tais como: vertigem e outras tonturas, alterações do equilíbrio corporal, restrição de movimentação, insegurança física e psíquica na locomoção e distúrbios da mar-

cha e queda. Essas alterações do aparelho vestibular elevam o número de quedas em pacientes idosos (GANANÇA; MEZZALIRA; CRUZ, 2008).

Como fatores intrínsecos destacam-se as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da acuidade visual com embaralhamento da visão periférica; redução do tempo de resposta visual; diminuição da acuidade auditiva; diminuição da sensibilidade de barorreceptores a estímulos hipo e hipertensivos que acarretam a diminuição do reflexo do aumento da frequência cardíaca, da regulação da pressão arterial e do fluxo arterial; diminuição da força muscular, das fibras de contração rápida, atuantes no controle postural; e degenerações articulares que limitam a amplitude de movimentos (JAHANA; DIOGO, 2007).

Além da idade, outros fatores de risco podem ser adicionados envolvendo as alterações no sistema cardiovascular, tais como: arteriosclerose, diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, comprometimento da condução cardíaca, redução na função barorreceptora, hipertensão, dislipidemias (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Segundo Ganança et al., (2006) os fatores intrínsecos relacionados a quedas em idosos incluem imobilidade e incapacidade funcional para realizar as atividades de vida diária, diminuição de força muscular de membros inferiores, déficit de equilíbrio, queixa de tontura, uso de medicações psicotrópicas, déficits cognitivo, visual e/ou auditivo, hipotensão postural, distúrbios da marcha e doenças crônicas.

Ainda dentre os fatores intrínsecos, os autores colocam que a presença de doenças no processo de envelhecimento aumenta a probabilidade de o indivíduo idoso se tornar mais dependente, dificultando o controle postural e favorecendo a ocorrência de quedas. Algumas alterações estruturais e fisiológicas no cérebro associado a prejuízos cognitivos, tais como desorientação, perdas das habilidades de linguagem e julgamento inadequado não constituem alterações normais do envelhecimento. Algumas doenças que afetam a cognição são: delírium, demência e depressão, pois a presença das mesmas pode ser apontada como um fator de risco, resultando em perda de energia, fraqueza intensa e, conseqüentemente, dificuldade na marcha o que pode levar a ocorrência de quedas (LOJUDICE et al., 2010; POTTER; PERRY, 2009).

O uso de medicamentos tem sido abordado em vários estudos como um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas, pelo fato de desencadear inúmeros mecanismos e atos diretos e indiretos da droga utilizada, pois a complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos e a duração do tratamento contribuem para a ocorrência de eventos adversos. As interações medicamentosas são causas especiais de reações adversas em

que os efeitos farmacológicos de um medicamento podem ser alterados por outro(s), quando administrados concomitantemente (BRASIL, 2007).

Corroborando com isso Menezes e Bachion (2008) afirmam que as medicações como sedativos, ansiolíticos, antidepressivos e agentes cardiovasculares (tais como diuréticos, anti-hipertensivos, cardiotônicos) podem levar diretamente à quedas, por causarem hipotensão postural, sedação excessiva e diminuição no tempo de reação, dificuldades no equilíbrio e no caminhar, arritmias e danos a um estado de alerta cognitivo. O idoso que utiliza as drogas cardiovasculares são mais susceptíveis à quedas, em virtude dos efeitos colaterais como bradicardia, hipotensão, sonolência e fadiga.

Os fatores extrínsecos estão localizados no ambiente que rodeia as pessoas e abrange as condições dentro das quais elas desempenham suas atividades, ou seja, circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso, sendo responsáveis por 70% das quedas que acontecem nos idosos, principalmente aqueles que vivem sozinhos (RIBEIRO et al., 2008).

Com isso, torna-se importante averiguar aspectos relacionados à iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, calçados inadequados e/ou patologias dos pés, maus-tratos e roupas excessivamente compridas, todos esses fatores citados acima dificulta a locomoção do idoso, as AVD, e até mesmo fica mais difícil ser independente, com isso pode aumentar cada vez mais o número de quedas (MESQUITA et al., 2009).

Santos et al. (2009) aborda que quanto às questões ambientais nos deparamos com as seguintes condições: piso irregular nos cômodos; presença de rampas com inclinações elevadas, sem sinalizações e inseguras; ausência de piso antiderrapante em todas as áreas; apresenta corrimão em somente um lado do corredor, não oferece total confiança ao idoso; apresenta tapetes soltos, nos banheiros; as portas são estreitas, menores que 80 cm, existem barras de segurança.

Para adaptar o meio ambiente em que o idoso vive deve-se seguir algumas orientações para atender as suas necessidades, tais como no quarto, armários ou guarda-roupas com comportas leves, de fácil acesso, arejadas e cabideiro baixo, evitando o uso de escadas e banquinhos; gavetas com travas de segurança nos deslizantes, prateleiras com alturas variáveis; luz interna ao abrir a porta ou puxadores do tipo alça ou alavanca, evitando os arredondados. Já no banheiro os armários devem ficar sob o lavatório ou na lateral,

permitindo área livre para movimentação das pernas no caso do uso de cadeira, banquetas ou cadeiras de rodas e as prateleiras internas em material inquebrável e sem pontas (MENDES, 2007).

Em todos os ambientes existem iluminação inadequada e quase ausente entre os quartos dos idosos e os banheiros; nos quartos, as camas são baixas, deveriam ter entre 45 a 50 cm; móveis pontiagudos que apresentam disposição inadequada. Quanto às roupas utilizadas pelos idosos apresentam-se inadequadas ao clima e, principalmente ao biótipo deles. Então essa descrição pode ser encontrada tanto na sua própria residência como no ambiente da ILPI, portanto tornar-se um local arriscado para o ser humano que ali reside (SANTOS et al., 2009).

A iluminação dos ambientes também é um fator importante no envelhecimento, uma vez que as alterações na acuidade visual podem dificultar a realização com independência das atividades do cotidiano. No período da noite essa iluminação se torna essencial, principalmente em mudanças de ambientes como no trajeto do quarto ao banheiro, a fim de minimizar o risco de quedas (MENDES, 2007).

Vale ressaltar, ainda, alguns aspectos como a dificuldade em se sentar ou se levantar de camas e cadeiras; a facilidade em tropeçar em revestimentos do assoalho (como tapetes), em soleiras de porta, escorregar em superfícies molhadas; dificuldades ao descer ou subir degraus (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Quando as demandas sobre o controle postural são maiores que a capacidade do indivíduo, ocorre uma queda, porém a maioria delas envolve uma combinação destes eventos e ainda fatores sócio-demográficos, como é o caso da institucionalização, por denotar um caráter de atenção e suporte a idosos fragilizados (GANANÇA et al., 2006).

2.3 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

De acordo com os estudos de Camarano e Kanso (2010), no Brasil, não há consenso sobre o que seja uma ILPI, mas sabe-se que sua origem está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Entretanto, na literatura e na legislação, denominam-se estes lugares como ILPIs, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos.

Antigamente essas instituições não existiam e as pessoas idosas eram abrigadas em asilos de mendicidade, juntamente com os pobres, desempregados, crianças abandonadas e

doentes mentais, cujos locais correspondiam a lugares sombrios e malcheirosos, lugares esses denominados de asilos ou albergues. Os idosos eram recolhidos desta forma, ou por não terem parentes que os assistissem ou por seus familiares não poderem cuidar deles. Atualmente, novas e diferentes instituições estão surgindo, cada uma com sua filosofia organizacional e muitas resultaram em inclusão de ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito da identidade (SANTOS et al., 2008b).

As ILPIs, segundo a ANVISA (2005) e Brasil (2005), são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. São regidas por uma legislação específica, mas também pelo Estatuto do Idoso, que frisa em seu artigo 37º, que o idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada.

Para Araújo, Coutinho, Santos (2006) e Cattelan et al. (2007) as ILPIs desempenham um papel importante na sociedade, por oferecerem aos idosos que não possuem familiares um espaço de construção de novas relações, de troca afetiva. Todavia, também é necessário que o ambiente institucional seja adequado para atender às principais limitações funcionais do idoso, garantindo-lhe conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias, além de evitar e prevenir problemas que surjam com o passar dos dias, como as quedas, que geram imobilizações, fraturas, medo, dependência e uma série de conseqüências limitantes para a vida do asilado.

A maioria das instituições asilares funciona através do modelo filantrópico que geralmente é mantida por associações religiosas (católicas, espíritas, evangélicas), e seus descendentes e outras organizações. Apresentam grande heterogeneidade, variando de um mero abrigo a instituições altamente desenvolvidas e podem ser denominadas como lares, casas do velhinho, recantos e centro de convivência (PAPALÉO NETO, 2007).

Os parágrafos 1º e 3º do artigo supracitado abordam respectivamente, sobre a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência que será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família, como também essas instituições são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene que são indispensáveis às normas sanitárias (BRASIL, 2005).

Sabe-se também que a questão da assistência para idosos em instituições é de alto custo e grandes dificuldades de manutenção. Desta forma, as instituições encontram poucos

recursos, principalmente em relação a pessoal qualificado/capacitado para o cuidado de idosos, no entanto a instituição é o último recurso que se busca para o atendimento sócio-sanitário ao idoso (MELLO et al., 2008).

Entretanto, mesmo que haja um regulamento técnico definindo normas para instituições de longa permanência para idosos, ainda assim muitas funcionam sem as condições ideais. Além disso, os idosos, ao serem transferidos do próprio lar para uma instituição, se deparam com uma transformação do seu estilo de vida, e conseqüentemente há o aparecimento das enfermidades (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Na prática, a realidade é outra, até os critérios que se enquadram para institucionalizar um idoso funcionam de forma errada, pois a maioria dos casos é encaminhada para as instituições por motivo de humilhação, insultos, maus tratos e mal cuidado. Na verdade, porém o abrigo asilar só deve ocorrer no caso de completa ausência de parentes ou como medida preventiva para garantir a sobrevivência da pessoa idosa (CAMARGOS; MENDONÇA; VIANA, 2006).

A demanda se torna tão grande que o próprio ministério público admite que não interdita algumas ILPIs por não ter para onde encaminhar os idosos que estão sendo atendidos nessas instituições. A vigilância sanitária tem constatado que muitas ILPIs, mesmo fechadas, reabrem logo depois, em outro endereço e com outro nome. Nos asilos, os idosos não são concebidos como cidadão, mas sim por resquícios, lembranças avulsas, lamentos e são tratados como absolutamente incapazes, mesmo quando no gozo pleno de sua faculdade mental ou independente fisicamente (PAPALÉO NETO, 2007).

Neste contexto a institucionalização em idosos pode ser considerada um fator agravante, pelo fato da preservação da qualidade de vida está frente às ameaças de restrição da autonomia e da independência que são causadas pelo empobrecimento da vida social e pela deterioração da saúde, sendo desafios que a longevidade propõe aos idosos. Os idosos que abrigam nessas instituições tendem a manifestar comportamentos motores menos eficientes, menor nível tanto de mobilidade funcional e AVD, quanto a velocidade e comprimento de passos da marcha que são capazes de aumentar ainda mais o risco de quedas (MELO et al., 2008; COQUEIRO; MOTA; BERTOLUCCI, 2007).

Na verdade, assim como colocam Davim et al., (2004) algumas instituições são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Esses locais vêm também dificultando as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do idoso pela vida e pela construção de sua cidadania. Constitui, também, a modalidade mais antiga e

universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, resultando, dessa forma, em consequências negativas à sua qualidade de vida.

Segundo Papaléo Netto (2007), em grande parte das ILPIs, os idosos não têm liberdade de escolha, não possuem privacidade, dormem em quartos onde as camas se tocam, junto com outros idosos que jamais se viram antes, nem contam com mobiliário próprio que lhes permitam guardar seus pertences e ter a eles acesso. Nesses espaços onde se estranham, não contam, em regra, com uma estrutura física adaptada à sua condição física ou às dificuldades que passam a experimentar para locomoção e outras AVD.

Estudos demonstram que existem fatores de risco para a institucionalização como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde), fatores estes cada vez mais frequentes no Brasil (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO IDOSO

No Brasil, do ponto de vista estatal, a Política Nacional do Idoso foi aprovada pela Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96. Esta Lei rege-se se por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

No entanto, tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. A Lei assinala ainda que o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, além das regionais (RODRIGUES et al., 2007).

O direito à saúde da pessoa idosa foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. No entanto, esse direito baseia-se numa visão ampliada, oferecendo uma atenção integral à saúde do idoso, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, proteção e

recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (KEINERT; ROSA, 2009).

Nesse contexto, foi adotada uma política em 1994, com uma finalidade de assistir o idoso, sendo iniciativa do Ministério da Saúde lançar o Programa de Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde de várias faixas etárias, com ênfase a pessoa idosa com perspectiva de oferecer uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2007).

A assistência ao idoso está sendo prioridade do Ministério da Saúde. Com isso foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999, parte integrante do anexo da Portaria 1395/1999. A PNSI já explicita os locais onde deve-se proceder o cuidado com o idoso e fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. A mesma define diretrizes norteadoras para as ações do setor saúde: promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional e assistência às necessidades de saúde do idoso nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem com a máxima independência possível (NEVES et al., 2010).

Para Neves et al.(2010), a PNSI aborda algumas diretrizes essenciais, entre elas, a assistência às necessidades de saúde do idoso, que prevê em meio aos serviços alternativos à internação prolongada, a inclusão, obrigatoriamente, da assistência domiciliar. A adoção de tal medida constitui estratégia importante visando diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar.

De acordo com Moraes e Cerqueira (2002) esta política objetiva fundamentar a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, preconizando um atendimento de caráter interdisciplinar, projetado por equipes multiprofissionais qualificadas em gerontologia, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e incapacidades associadas que acometem essas pessoas.

É importante destacar que o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, através da Lei 10.741 de 2003 que foi elaborada com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2005).

O Estatuto afirma em seu artigo 3º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (SOUZA; MINAYO, 2010).

O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2005).

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista dos direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa complementa a PNSI, tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A PNSPI afirma a importância dos núcleos familiares e comunitários para a promoção da saúde e bem-estar do idoso, prevendo ações que amparem estes recursos, reduzam hospitalizações e dependências de idosos e promovam sua autonomia, para que o idoso não seja um candidato escolhido à institucionalização, pois favorece a dependência e o aparecimento de doenças crônicas (ALMEIDA; BATISTA; LUCOVES, 2010; NEVES et al., 2010).

Considerando a necessidade de promover uma assistência de qualidade à saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNSI, em 12 de abril de 2002, o Ministério da Saúde criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinou as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção de providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão essas redes (LIMA et al., 2010).

Na verdade, assim como colocam Lima et al. (2010) os Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve ter requisitos técnicos mínimos que envolvam instalações físicas, bem como recursos humanos e tecnológicos integralmente ajustados com um

sortimento de serviços desde a atenção básica até a especializada para a saúde da população de idosos.

Estudos demonstram que as políticas relacionadas à saúde do idoso devem ser atualizadas frequentemente, com a finalidade de se adequar a realidade vivenciada. Para isso, a PNSI foi atualizada através da Portaria 2528/GM devido à necessidade de o setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas (NEVES et al., 2010)

De acordo com os estudos de Marin et al. (2008), afirmam que continua caminhando na perspectiva de superação destas dificuldades e na direcionalidade dos princípios constitucionais, pois o Ministério da Saúde aprova em 2006 o “Pacto pela Saúde”, com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste documento, ao tratar do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas.

O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante, porque é necessário oferecer uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde as diretrizes do Pacto pela Vida a serem seguidas na saúde do idoso são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde do idoso; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS, na área de saúde do idoso; divulgação e informação sobre a PNSPI para trabalhadores de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional nas experiências de atenção à saúde dos idosos (SILVA et al., 2009).

Por se tratar dessas políticas públicas deve-se atender as necessidades da população idosa que cada vez em maior número recorre aos serviços de saúde, pois tem enfrentado

grande dificuldade para encontrar uma atenção de saúde que garanta as especificidades requeridas pelos complexos problemas característicos da sua condição, tanto pela falta ou insuficiência de serviços especializados como pela carência de profissionais devidamente capacitados para atendê-la adequada e dignamente (SOUZA; CORREIA, 2010).

Cabe destacar que a organização da rede do SUS, seja para definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, é fundamental para que as diretrizes essenciais dessa política sejam cumpridas, constituindo-se como meta final a adequada e digna atenção à saúde para os idosos, especialmente para aqueles que, por uma série de razões, sofreram um processo de envelhecimento marcado por doenças e/ou outras gravidades que limitam o bem-estar de suas vidas (LIMA et al., 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

De acordo com Gil (2002), uma pesquisa pode ser definida como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo procurar respostas aos problemas propostos.

Assim, esta pesquisa foi realizada com base em um estudo transversal, no qual foi utilizado um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, com o intuito de descrever a prevalência de quedas em uma população de idosos asilados no alto sertão Paraibano. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva é a exploração e a descrição dos fenômenos nas situações da vida real, distribuição de doenças em uma determinada população, enquanto a pesquisa quantitativa exploratória destina-se a investigar a natureza complexa dos fenômenos estudados e outros fatores com os quais eles estão inseridos.

Já o estudo transversal segundo Pereira (2008) representa a forma mais simples de pesquisa populacional, pois fornece um retrato de como as variáveis sobre um agravo estão relacionadas e permite que a data da coleta de dados seja definida pelo pesquisador.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no alto sertão paraibano, nas cidades de Cajazeiras e Sousa – PB, mas precisamente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de caráter filantrópico que existem nesses municípios. A cidade de Cajazeiras conta com uma área territorial de 586,28 Km² e a estimativa da população para 2010, de acordo com o censo realizado é de 57.875 habitantes (IBGE, 2010). Já o referido município de Sousa apresenta uma área territorial de 842,49km² e a estimativa da população para 2010 foi de aproximadamente 65.752 habitantes (IBGE, 2010).

Estas cidades possuem um número significativo de ILPIs que prestam assistência à comunidade, com 4 unidades, sendo duas localizadas na zona urbana da cidade de Cajazeiras, as quais recebem o nome Associação Beneficente de Cajazeiras Abrigo dos Idosos “Luca Zorn” e Lar de Idosos Grupo Espírita Kardecista “O Reencontro”, contando respectivamente com 17 e 12 idosos e duas localizadas em Sousa, uma na zona urbana chamada Centro de

Amparo a Velhice Abrigo Jesus Maria José com 22 idosos e uma na zona rural chamada de Comunhão Espírita Cristã A Casa do Caminho contando com 13 idosos.

Os municípios de Cajazeiras e Sousa foram escolhidos como locais de referência do estudo por estarem localizados no alto sertão da Paraíba, estado da região Nordeste na primeira posição quando se trata do percentual de idosos em relação à população total, proporcionando desta forma acessibilidade as pesquisadoras devido à localização geográfica e por perceber que é importante, primeiramente, reconhecer a realidade local, para permitir a elaboração de políticas públicas que sejam direcionadas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Silva e Menezes (2001), população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo e a amostra é parte da população ou do universo.

A população foram 64 idosos assistidos nas ILPIs que funcionam de forma permanente nos referidos municípios. A técnica de amostragem foi a não-probabilística intencional. Foram utilizados como critérios de inclusão para seleção dos sujeitos da pesquisa, idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes há pelo menos seis meses em uma das ILPIs dos municípios em estudo, com capacidade cognitiva e mental preservadas que possibilite participar da entrevista e compreender as ordens verbais; sem déficits auditivos limitantes que possam ser compensados com amplitude sonora e que aceitem participar da pesquisa. A amostra foi constituída por 41 idosos residentes em instituições de longa permanência.

O uso do grupo vulnerável dos idosos foi necessário devido ao objetivo a que a pesquisa se propõe. Para isso foi utilizado a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, também adotada pelo Ministério da Saúde, que considera idosos aqueles indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

3.4 COLETA DE DADOS

Segundo Andrade (2009), a coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa de campo.

Primeiramente foi solicitado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus Cajazeiras-PB, ofícios direcionados as direções das quatro ILPIs, que foram utilizadas como campo de trabalho, apresentando os objetivos da pesquisa e autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), teve início a pesquisa.

Após a seleção da amostra a coleta foi realizada nos meses de Setembro e Outubro do corrente ano nas próprias ILPIs. Cada sujeito foi abordado de forma direta e recebeu todas as informações necessárias e pertinentes sobre a pesquisa, onde responderam individualmente o questionário de acordo com sua disponibilidade, após ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas foram registradas pelo pesquisador no próprio questionário.

Para o acesso aos idosos, um ou mais funcionários das ILPIs, conduziram e acompanharam todas as visitas realizadas. Os encontros com os idosos foram previamente agendados, com dias e horários preestabelecidos, e os questionários foram aplicados pela pesquisadora participante.

Para a realização do estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado, contendo questões que permitiram a caracterização da amostra, referentes aos dados sócio-demográficos e questões correspondentes aos dados específicos da pesquisa elaborados a partir de referências da literatura geriátrica e gerontológica, visando uma avaliação multidimensional, que envolvesse todos os aspectos pertinentes ao estudo.

Ainda quanto ao instrumento o mesmo foi composto por três partes:

A primeira parte foi constituída por dados sócio-demográficos, a fim de caracterizar a amostra, onde estes responderam itens relacionados às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, tempo de institucionalização entre outros aspectos.

A segunda parte foi composta por questões que possibilitaram a identificação de fatores que puderam predispor a ocorrência de quedas e a sua prevalência.

A terceira parte foi formada pelo Índice da Katz, utilizado como instrumento para analisar os aspectos funcionais, pois este se constituiu de uma avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD's), avaliando as condições básicas que o idoso apresenta para cuidar de si próprio, representando, pois limitações quando se procura uma definição real de seu empenho físico.

A coleta de dados foi um momento prazeroso e significativo para a realização desta pesquisa, pois os idosos se mostraram interessados em ajudar e satisfeitos em responder o questionário, sendo que alguns deles se sentiam emocionados e ao mesmo tempo revoltados por se encontrarem distante da família e institucionalizados. No momento em que se faziam as perguntas, eles respondiam além do necessário, pois relatavam bastante sobre o seu passado. Uma pequena parcela de idoso se recusou a responder o questionário, pelo fato de não gostarem de responder nenhuma pergunta e não interagir com seu ciclo de relações.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram coletados através do instrumento de coleta de dados que depois foram codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0. Com base nesta análise estatística, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007 para elaboração dos gráficos e tabelas contendo frequência absoluta e percentual e em seguida foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os preceitos éticos legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolve pesquisas com seres humanos, principalmente na obediência dos princípios da beneficência, da justiça e respeito à dignidade. Como já foi dito, inicialmente foram enviados ofícios as instituições com a finalidade de esclarecer os objetivos e metodologia da pesquisa, como também solicitar autorização para coleta de dados. Em seguida foi encaminhado o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, Campina Grande – PB. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa apresentando o protocolo de nº: 0434.0.133.000-11.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A seguir serão apresentados os resultados analisados a partir das informações obtidas junto aos idosos das ILPIs, colhidos através do instrumento de pesquisa elaborado pelas pesquisadoras.

Um total de 64 idosos residentes em ILPIs foi selecionado para responder o questionário, 18 foram excluídos por apresentarem funções cognitivas prejudicadas e alguma deficiência, seja auditiva, visual ou na fala; 02 indivíduos tinham idade menor de 60 anos, portanto não atendiam aos critérios de inclusão e 03 não aceitaram participar da pesquisa. É importante informar que certas questões não foram respondidas com precisão, pois alguns idosos não se lembravam, por exemplo, da data de nascimento, tempo de institucionalização, medicamentos entre outros. Nesses casos, o questionário foi aplicado aos idosos acompanhados por funcionários para as repostas serem mais precisas.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária

Faixa etária	f	%
60-65 anos	1	2,4
66-70 anos	4	9,8
71-75 anos	7	17,1
76-80 anos	4	9,8
81-85 anos	9	22
86-90 anos	8	19,5
91-95 anos	3	7,3
96-100 anos	5	12,2
Total	41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011

A amostra foi constituída por 41 idosos que residem em quatro ILPIs. Observa-se no gráfico acima, que a idade média dos entrevistados variou de 61 a 98 anos, verificando-se 22% (09) entre 81 a 85 anos, 19,5% (08) na faixa etária dos 86 a 90 anos; 17,1% (07) entre 71 a 75 anos e 12,2% (05) entre 96 a 100 anos. Os dados mostram que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta uma faixa etária elevada, o que favorece o desenvolvimento de doenças crônicas e um grau avançado de dependência. Desse modo, Davim et al., (2004),

através de diversos estudos, revelam que a faixa etária representa ponto importante na população idosa, pelo maior risco em adoecer e apresentar maior grau de dependência, quanto mais avançada ela se apresenta.

Com o avançar da idade algumas necessidades se intensificam, em estar sempre próximo da família e de amigos, para assim compartilhar os momentos vividos (doenças, alegrias, companheirismo, conversas), pois a vida desses idosos que residem juntamente com a família ou em sua própria residência, é totalmente diferente dos idosos institucionalizados, pelo fato deles conviverem com pessoas “estranhas”, não ter o carinho e apego da família, pois é a fase em que mais o idoso necessita.

Em contrapartida o que predomina na vida deles é a solidão, carência da família e revolta por está naquele determinado lugar, portanto essa fragilidade encontrada nesses idosos pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, por isso foi possível concluir que a institucionalização e o um processo de adaptação trazem consigo mudanças radicais na vida do idoso.

Como afirma Tier, Lunardi e Santos (2008), o envelhecimento é visto ainda como um processo evolutivo e inevitável na vida dos seres humanos, também associado à doença e incapacidade. Assim, a velhice não é percebida socialmente como mais uma fase da vida humana. Além do mais têm de enfrentar as perdas emocionais que se intensificam no final da vida, acompanhadas de dificuldades para encontrar alguém para cuidar de si mesmo, sendo uma realidade cada vez mais presente, porém nessa fase da vida o idoso não tem escolha, pois geralmente eles são encaminhados para as ILPIs que se associa ao isolamento e à negação da percepção de um ambiente que pode não lhes ser agradável, afetando profundamente seus sentimentos, contribuindo para o desenvolvimento de doenças não apenas físicas, como também psicológicas.

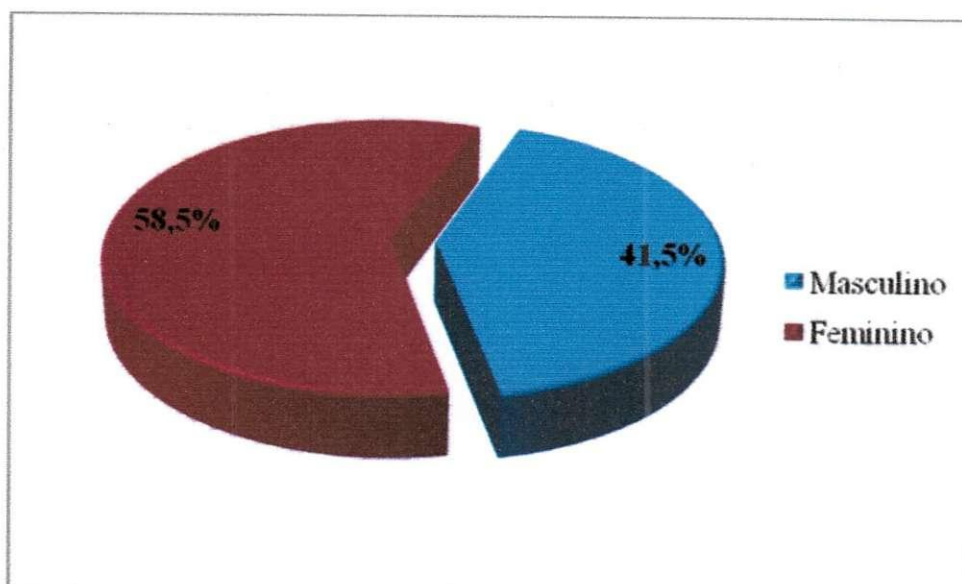


Gráfico 1- Distribuição da amostra de acordo com o sexo

Fonte: Dados do Estudo/2011

No gráfico 1 verificou-se que dos 41 idosos entrevistados, 58,5% (24) pertencem ao sexo feminino e 41,5% (17) eram do sexo masculino. Isso se explica pelo fato que a participação feminina nessas instituições se torna maior do que o sexo masculino, parecendo ser, no Brasil, uma experiência vivenciada mais pela classe feminina.

Corroborando com os dados de um estudo realizado em 2008, no Estado de Alagoas que aborda sobre o perfil das instituições de longa permanência para idosos revelou que 85% dos leitos das ILPI estavam ocupados por idosos residentes de ambos sexos, sendo 53,7% do sexo feminino. Outro estudo realizado em São Paulo no ano de 2009 retrata de uma comparação entre os idosos que sofreram quedas, confrontando com os dados anterior, pois apresenta os seguintes resultados: dentre os idosos estudados 65,3% era do sexo feminino e 34,7% do sexo masculino.

Como afirma Pavan, Meneghel e Junges (2008), nos últimos anos tem ocorrido um acentuado aumento nas taxas de institucionalização de idosos, em que a maior parte dos asilados é do sexo feminino, concluindo-se que embora seja uma classe mais vulnerável para a institucionalização, pode-se afirmar que as mulheres vivem mais do que os homens.

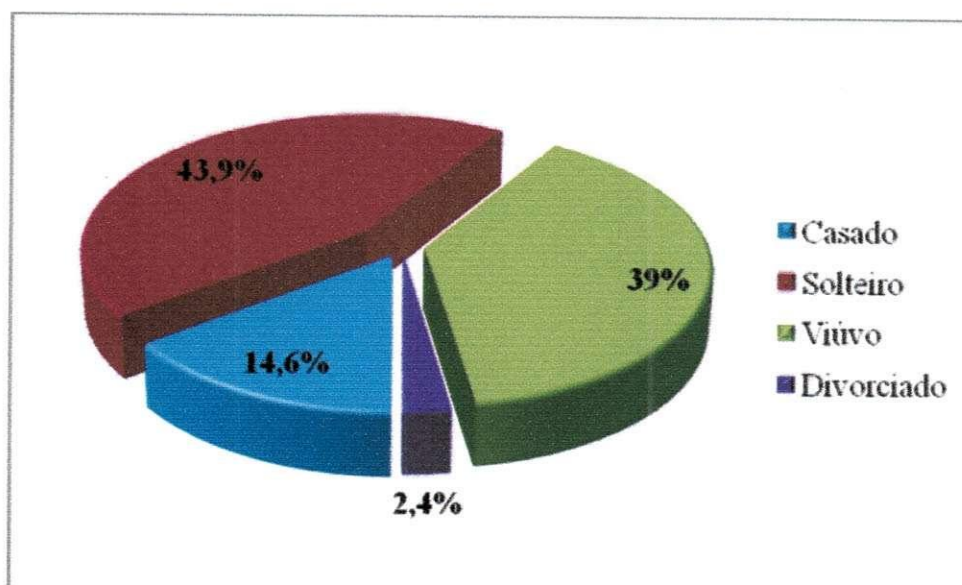


Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com estado civil

Fonte: Dados do Estudo/2011

Em relação ao estado civil, 43,9% (18) dos participantes são solteiros, seguidos de 39% (16) viúvos, 14,6% (6) casados e 2,4% (1) divorciados. Estes dados corroboram os achados de um estudo realizado em 2002, no qual foram encontrados 46,6% de idosos solteiros que residiam em instituições de longa permanência. Portanto ao considerar que a maioria dos idosos institucionalizados é solteiro, isso se explica pelo fato que eles não construíram família para que na velhice tivesse possivelmente companheiro ou filhos para prestar esta assistência, obrigando-os desta forma a considerar as ILP's como uma opção de moradia, por se sentirem solitários e desprotegidos.

Como em todas as fases da vida, também na terceira idade, a família tem uma importância fundamental, quando se trata de cuidado familiar é um ponto primordial a ser questionado, pelo fato de ser uma das prioridades na assistência ao idoso, também é considerado um aspecto importante da cultura, porém, não se aplica a todos os idosos. O relacionamento do idoso com a família é essencial nas peculiaridades da vida e da saúde nesta fase, contribuindo para o equilíbrio afetivo, saudável, propiciando um ambiente harmônico, acolhedor e tranquilo para o idoso.

Idosos saudáveis ou acometidos por doenças crônicas carecem de apoio ou de uma rede social de apoio para permanecerem inseridos socialmente ou correm o risco de serem institucionalizados, portanto o apoio social provindo da família é de fundamental importância para a sobrevivência de idosos, principalmente aqueles acometidos por doenças incapacitantes (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

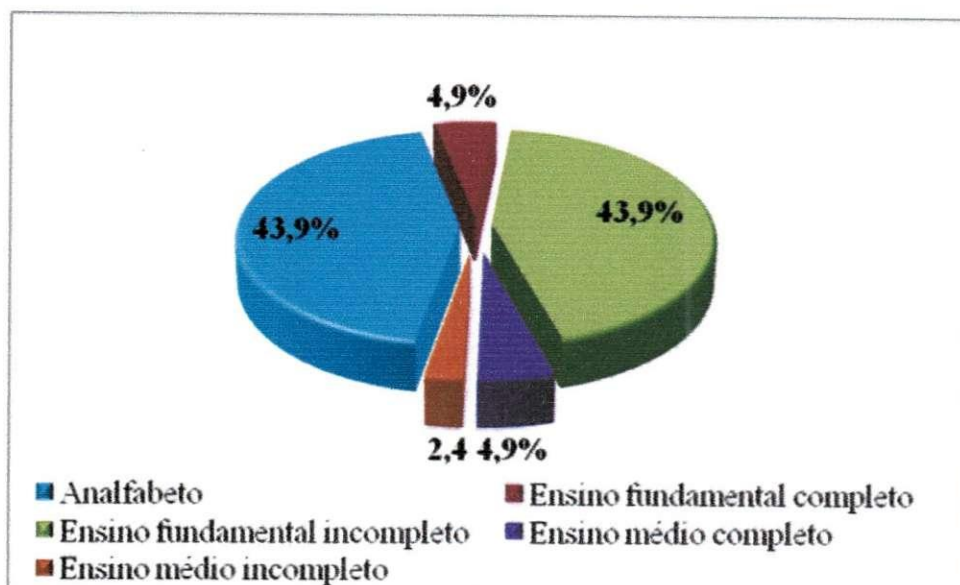


Gráfico 3: Distribuição da amostra de acordo com o grau de escolaridade

Fonte: Dados do Estudo/2011

No presente estudo, o nível de escolaridade verificado foi reduzido, em que 43,9% (18) não são alfabetizados, seguidos igualmente de 43,9% (18) com ensino fundamental incompleto, enquanto 4,9% (2) relataram ter ensino fundamental completo, também 4,9% (2) com ensino médio completo e 2,4% (1) ensino médio incompleto.

Comparando com o estudo de Davim et al., (2004), esses percentuais elevados mostram o grande número de pessoas idosas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, pois o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento. Portanto o país que mais representa esse baixo grau de instrução é o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância na época em que o ensino não era prioridade, mas sim o trabalho na agricultura, com a finalidade de produzir juntamente com os pais, muitas vezes por questão de sobrevivência, e o acesso à escola era dificultado, principalmente com relação à mulher.

O grau de escolaridade reduzido influencia a comunicação com os idosos, sendo necessária a utilização de linguagem apropriada que forneça orientações quanto às atividades educativas em saúde realizadas nos abrigos, higiene pessoal, cuidados pessoais, relação entre o grupo de idosos e cuidadores, aceitação em residir nas instituições. Podendo então implicar em dificuldades para realizar a prática do cuidado com sucesso, pela não participação efetiva dos idosos.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a profissão

Ocupação anterior	f	%
Agricultor (a)	27	65,9
Doméstica	4	9,8
Nenhuma	3	7,3
Professor (a)	2	4,9
Vigilante	1	2,4
Costureira	1	2,4
Pintor	1	2,4
Frentista	1	2,4
Funcionário público	1	2,4
Ocupação atual		
Aposentado	41	100
Total	41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011

No que se refere à atividade profissional exercida anteriormente a institucionalização foi prevalentemente constatada a profissão de agricultor com 65,9% (27), seguindo-se com 9,8% (4) a profissão de doméstica; 7,3% (3) não exerciam atividade remunerada, 4,9% (2) eram professores. Os restantes distribuem-se por várias profissões com percentuais pouco significativos, sendo elas, costureira, funcionário público, pintor, frentista e vigilante. Como já foi citado, o nível de instrução identificado foi bastante reduzido, o que certamente se justifica pelo fato de a agricultura ser a atividade predominante na vida dos idosos entrevistados resultando em um acesso a educação suprimido em função desta prática.

Em relação à ocupação atual, observou-se que 100% (41) da amostra são aposentados, a maioria dos idosos se sente satisfeito, pois lhe parece ser muito bom poder descansar, também podem despertar aos poucos, que sua vida tornou-se tristemente inútil, principalmente os idosos institucionalizados, por se encontrar no lugar totalmente desconhecido comparando com o ambiente familiar.

De acordo com Mendes et al. (2005), a aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo a crescente necessidade de segurança individual, essa renda é proveniente de um valor contribuído no período em que o idoso trabalhava. Em se tratando dos trabalhadores rurais, se beneficiaram com a aposentadoria também, inclusive os que não contribuíram diretamente com a previdência social.

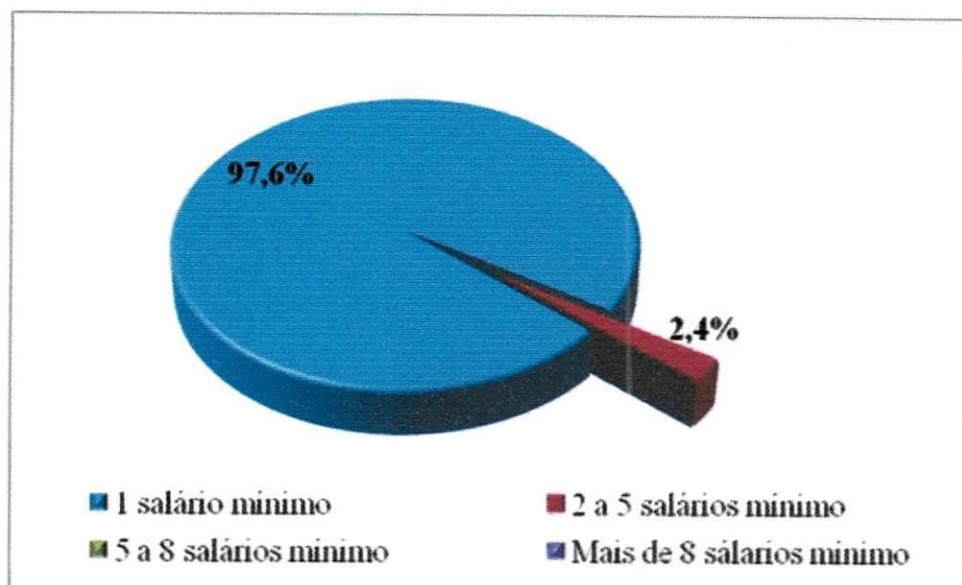


Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com a renda

Fonte: Dados do Estudo/2011

No que concerne a renda dos idosos entrevistados, os resultados confirmam que 97,6% (40) recebem um salário mínimo (R\$ 545,00 referente a out/2011) proveniente da aposentadoria pela idade ou pelo tempo de serviço e apenas 2,4% (1) recebem de 2 a 5 salários mínimos, aposentados pelo tempo de serviço e pela profissão de professora, na qual sua renda se torna maior.

A partir destes dados percebe-se que essa renda é insuficiente para sobrevivência do idoso, devido ao grande gasto com medicações, consultas médicas, tratamento de doenças crônicas, alimentação adequada e saudável, produtos de higiene pessoal, vestimentas, moradia entre outros. Esta realidade limita o acesso a bens de serviço e de consumo, como alimentação e moradia adequadas que, conseqüentemente, vêm os asilos como uma opção para sua sobrevivência.

Segundo Neri, Soares e Simas (2009) a renda, além de proporcionar maior autonomia aos idosos, possui um papel primordial na sobrevivência dos indivíduos, portanto os idosos trabalham a vida inteira para garantir esse subsídio, e se beneficia apenas de 1 salário mínimo que, na maioria das vezes, não garante uma boa qualidade de vida, portanto baseados em estudos, concluem que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde.

Vale ressaltar, outro ponto, que a baixa cobertura previdenciária associada aos baixos valores dos benefícios pode levar a que os idosos tenham de continuar no mercado de trabalho e/ou depender da ajuda de filhos ou outros parentes. Isso acontece no Brasil, pois a

aposentadoria não significa, necessariamente, saída do mercado de trabalho, sendo que a legislação brasileira permite que o aposentado retorne a ele sem qualquer restrição. O outro ponto é que os ganhos na esperança de vida não têm sido acompanhados por um aumento da idade média à aposentadoria (CAMARANO E PASINATO, 2007).

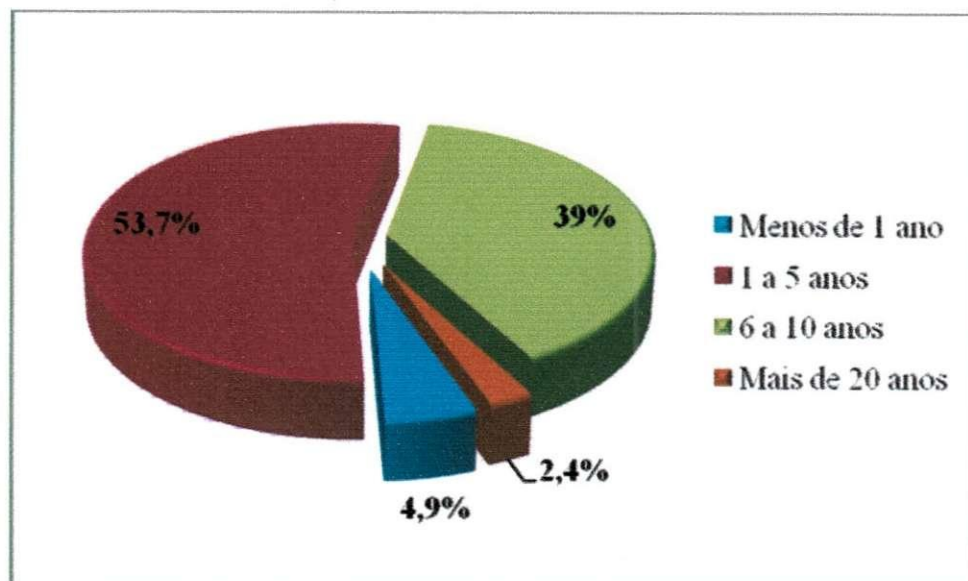


Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de institucionalização
Fonte: Dados do Estudo/2011

Quanto ao tempo de institucionalização verificou-se que 53,7% (22) moram no asilo no período de 1 a 5 anos; 39% (16) vivem no asilo no período entre 6 a 10 anos; 4,9% (2) estão no asilo a menos de 1 ano e 2,4% (1) moram há mais de 20 anos. A grande maioria dos idosos reside por muito tempo nessas instituições, devido à ausência de cuidadores e familiares para prestar uma assistência digna ao idoso, bem como por serem aposentados e não possuírem uma renda suficiente para se manterem, contribuindo desta forma para institucionalização.

Araújo e Ceolim (2010) reforçam que a alternativa da institucionalização é quase que inevitável para os idosos menos favorecidos economicamente que enfrentam um processo de adoecimento ou dependência, bem como para aqueles que não conseguem manter suas necessidades de subsistência na comunidade, quando residem sozinhos ou com familiares que não têm condições de oferecer a eles cuidados ou sustento adequados.

No presente estudo verificou-se que a institucionalização vem ocorrendo há tempos atrás, mas de forma esporádica, podendo observar nos dados acima que apenas 2,4% (1)

afirma morar em ILP há mais de 20 anos, sendo que a maior prevalência foi 53,7% (22) variando entre 1 a 5 anos, isso implica que o aumento da taxa de institucionalização vêm ocorrendo atualmente. Esse aumento é proveniente de vários fatores de risco envolvendo o idoso de forma direta e indiretamente.

Freire Júnior e Tavares (2006), por sua vez, explicam o aumento das taxas de institucionalização como consequência de uma transição social, na qual se pode destacar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada personagem principal no cuidado dos pais ou sogros. Além disso, a queda na taxa de fecundidade torna as famílias menores, reduzindo a disponibilidade de cuidadores domiciliares.

Então, esses novos arranjos familiares - mulheres vivendo sozinhas, mães solteiras, casais separados ou sem filhos e filhos que saem de casa cedo - afastam as chances de se vivenciar um envelhecimento num ambiente familiar seguro, podendo-se levantar alguns fatores de risco para a institucionalização, como: morar sozinho, suporte social precário, aposentadoria com rendimento baixo, viuvez e aumento de gastos com a saúde, que são cada vez mais frequentes no Brasil.

4.2 DADOS ESPECÍFICOS AOS OBJETIVOS

De acordo com Rebelatto, Castro e Chan (2005) os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de sofrer quedas do que os idosos não institucionalizados, pois possuem menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física, devido não realizar exercícios físicos e atividades rotineiras, pelo fato das instituições possuírem empregados para realização dos serviços, portanto a maioria favorece a dependência do idoso, realizando atividades em que o mesmo tem capacidade de realizar sozinho. Corroborando com os estudos de Reis e Torres (2010) o processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida, onde esses fatores podem desencadear a ocorrência de quedas.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com ocorrência de quedas

Quedas	f	%
Sim	18	43,9
Não	23	56,1
Total	41	100

Período do dia		
Manhã	9	20,7
Tarde	10	25,6
Noite	3	7,3
Madrugada	1	2,4
Quantidade de Quedas		
1 vez	11	26,8
2 vezes	5	12,2
7 vezes	1	2,4
8 vezes	1	2,4
Ocorrência de lesão		
Sim	13	31,7
Tipo de lesão		
Escoriações	5	12,2
Fratura	5	12,2
Contusão	3	7,2
Corte	1	2,4
Região corporal atingida		
Membros inferiores	9	21,6
Membros superiores	5	12,2
Região coccígena	2	4,8
Cabeça	1	2,4

*Resposta múltipla, pois caíram mais de uma vez, tiveram mais de uma lesão e mais de uma região atingida

Fonte: Dados do Estudo/2011

Com relação à prevalência de quedas entre os idosos institucionalizados observou-se na amostra estudada que 56,1% (23) negam a ocorrências de quedas enquanto que 43,9% (18) já sofreram alguma queda. Portanto pode-se revelar que um número significativo da amostra foi vítimas de quedas, devido ao envelhecimento que traz perda de equilíbrio, alterações na massa muscular e óssea, elevado grau de dependência e idade mais avançada.

Comparando com o estudo realizado por Gonçalves et al., (2008) a prevalência de quedas em idosos residentes em instituições asilares varia de 38,3%, pois os dados do presente estudo foram mais elevados do que ao estudo citado, portanto isso mostra uma variação de prevalência. Vale ressaltar, que as diferenças encontradas entre as prevalências podem ser devido a vários fatores que se comportam de maneira diferente entre os diversos países, dependendo das condições de vida, condições sócio-econômicas, diferenças sociais e culturais entre outras.

Os dados da literatura revelam que os idosos institucionalizados apresentam maior prevalência de quedas em relação aos não-institucionalizados, pelo fato de serem pessoas

fragilizadas por estarem distante da família, apresentam faixa etária avançada o que ocasiona a dependência, por viverem em abrigos a maioria dos cuidadores ajuda a realizarem as ABVD, com isso o idoso vai perdendo a habilidade e a coragem de realizar tais atividades.

Entre aqueles que relataram quedas a maior prevalência encontrada foi de 26,8% (11) relatando a ocorrência de queda uma única vez, mas na verdade a quantidade de quedas variou de 1 a 8 vezes. Com relação a estes dados percebeu-se que cuidadores que trabalhavam em uma das ILPIs estudadas se preocupavam em prevenir quedas, de fato que existiam camas e cadeiras adaptadas, e os idosos que tinham uma idade mais avançada eram acompanhados pelos cuidadores das instituições em todas as atividades realizadas no dia-a-dia, mesmo eles tentando se locomoverem para realizar alguma atividade, onde não tinham equilíbrio e condições suficientes.

Entre os que experimentaram as quedas o turno de maior ocorrência das mesmas foi o diurno com 46,3 % (19), com o turno da manhã correspondendo a 20,7% (09), e o da tarde com 25,6% (10). Com relação aos outros turnos revelou-se uma menor porcentagem de dados. Os estudos de Coutinho e Silva (2002) vêm ao encontro destes dados quando demonstram que a maioria das quedas ocorre entre 6 horas da manhã e 6 da tarde, sendo a menor frequência observada durante a madrugada. Dados esses que concordam com o estudo realizado por Coiado, Amaral e Santos (2009), sobre o turno em que há uma maior prevalência de quedas em que constatou-se que a maior parte das quedas ocorrem em período diurno devido aos idosos estarem em intensa atividade. Confrontando este dado com os resultados encontrados na pesquisa Carvalho e Coutinho (2002), apontamos que os idosos têm um maior risco de cair à noite, por ele está se transferindo da cama para o banheiro e ir beber água.

O estudo demonstrou que dos 18 idosos que sofreram quedas apenas alguns tiveram lesões decorrentes do evento, sendo elas: contusões, fraturas, cortes e escoriações. As lesões mais prevalentes foram as fraturas e as escoriações com 12,2% (05) cada. Como consequências das lesões decorrentes das quedas, principalmente em caso de fraturas em MMII os idosos passam a ter dificuldade de deambular e de movimentar esses membros, consequentemente apresentam dependência, já em relação as escoriações atingem apenas a integridade da pele. Vale salientar, que o fator psicológico também é afetado após queda como medo de cair e medo de não conseguir deambular após o evento.

Com relação às partes do corpo mais atingidas, os membros inferiores se destacaram com 21,6% (09) e os membros superiores foram acometidos com 12,2% (05). Constatou-se menor proporção de lesões na cabeça e região coccígena, no entanto, alguns idosos relataram que sofreram fraturas em membros inferiores (região proximal do fêmur) e superiores

(antebraço e tornozelo). Tais lesões trazem diversas consequências para a vida do idoso, pois na maioria das vezes perdem a capacidade de andar, necessitam de um auxílio de marcha e se tornam totalmente dependentes.

Assim como assevera Álvares, Lima e Silva (2010), em estudo realizado sobre ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, as regiões mais atingidas em decorrência da queda, foram os membros inferiores, cabeça, tronco, membros superiores e quadril, demonstrando que houve uma significativa porcentagem quanto aos membros inferiores (32%), assim como ocorreu no estudo em questão. Assim pode-se afirmar que os dados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura, que aponta como parte do corpo mais atingida a região proximal do quadril ou o próprio quadril, sendo nessa mesma região do corpo encontrada a consequência de maior impacto denominado como fratura.

Ribeiro et al. (2009), enfatizam que a força dos membros inferiores diminui mais rapidamente com a idade do que a dos membros superiores, pelo fato que o padrão de declínio da força muscular não é uniforme em todas as regiões corporais e grupos musculares. Enfim, esta diminuição da força dos membros inferiores associa-se a menor capacidade de realização de certas ações e atividades da vida diária, tais como: levantar de uma cadeira, apanhar um objeto do chão, caminhar e subir escadas.

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o tempo que ficou caído

Tempo caído	F	%
5 minutos	8	19,5
10 minutos	2	4,9
20 minutos	2	4,9
15 minutos	1	2,4
40 minutos	1	2,4
1 minuto	1	2,4
3 minutos	1	2,4
7 minutos	1	2,4
2 horas	1	2,4
Total	18	43,9

Fonte: Dados do Estudo/2011

No que se refere ao tempo de permanência no solo, o mesmo variou entre 5 minutos a 2 horas, sendo prevalente o tempo de permanência de 5 minutos com 19,5% (08), e em seguida o tempo de 10 e 20 minutos com 4,9% (02) cada. Dados esses que se assemelham

com os estudos de Pereira, Miguel e Fernandes (2011) realizado para investigar o tempo de permanência no solo após a queda, em que constatou-se que 73,4% dos idosos permaneceu caído apenas por uns minutos (5 a 10 minutos), mas em 9,4% dos casos, os idosos permaneceram caídos mais do que trinta minutos.

Isso implica dizer que a atenção com os idosos nas instituições é de suma importância, por apresentarem facilidade de sofrer quedas, devido a problemas que surgem com o envelhecimento e até mesmo pelas mudanças fisiológicas e anatômicas decorrentes da velhice. Portanto, as instituições devem ter cuidadores atentos aos possíveis problemas que podem acontecer como a queda, para não deixá-lo muito tempo caído no solo, como também prestar uma assistência rápida.

Tabela 5: Distribuição da amostra de acordo com a hospitalização

Hospitalização	F	%
Sim	6	14,6
Tempo de hospitalização		
1 dia	3	7,3
3 dias	1	2,4
18 dias	1	2,4
1 mês	1	2,4
Sequela		
Sim	3	7,3
Tipo de seqüela		
Sem andar	1	2,4
Pseudoartrose	1	2,4
Dificuldade para andar	1	2,4

Fonte: Dados do Estudo/2011

Na tabela 5 verifica-se que as quedas levaram à necessidade de atendimento médico em 14,6% (06) dos casos. Desses, 7,3% (03) necessitaram passar 1 dia hospitalizado. O tempo total de hospitalização variou de 1 dia a 1 mês. Dentre os que sofreram quedas, 7,3% (03) apresentaram sequelas, tais como: pseudoartrose, dificuldade e incapacidade de deambulação com 2,4% (01) cada.

O idoso quando hospitalizado em decorrência da queda sofre alterações emocionais, psicológicas e sociais, tais como fraqueza, medo de cair novamente, perda de autonomia para realizar atividades, levando em conta que a hospitalização pode deixar o idoso deprimido, como também expor o mesmo a determinados procedimentos cirúrgicos em caso de fratura, o

que pode colocar a sua vida em risco, devido à idade avançada e as condições patológicas existentes.

Fabício, Rodrigues e Costa Junior (2004) enfatizam que após a queda, o idoso pode apresentar consigo não somente o medo de sofrer novas quedas, mas também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para realização do autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das consequências inerente à queda.

Tabela 6: Opinião da amostra de acordo com o ambiente mais comum de quedas

Ambiente comum a queda	f	%
Quarto	10	24,4
Sala	3	7,3
Jardim	3	7,3
Banheiro	1	2,4
Outros	1	2,4
Total	18	43,9

Fonte: Dados do Estudo/2011

Quanto ao ambiente em que ocorreram as quedas, na amostra estudada, o quarto com 24,4% (10) foi o ambiente mais prevalente para a ocorrência de quedas, seguido da sala, jardim, banheiro e outros locais. É importante destacar que os idosos tendem a sofrer um número maior de quedas nos cômodos mais utilizados como é o caso do quarto, por permanecerem mais tempo em boa parte do dia.

O predomínio do quarto, como local de ocorrência de quedas, também foi observado em estudo realizado por Gonçalves et al., (2008) em que o ambiente do quarto foi responsável por 23% das quedas, seguidos do banheiro com 13% e da sala com uma porcentagem de 2%. Assim pode-se afirmar que os dados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura, que aponta que o ambiente que ocorre mais quedas é o quarto. A maioria destas quedas acontece à beira da cama, quando o paciente está se deitando ou levantando.

Em contrapartida, um estudo realizado por Coiado, Amaral e Santos (2009), encontrou como lugar predominante para ocorrência de quedas em idosos, o banheiro com 31,9%, seguido do quarto (19,1%) e da sala (8,5%). Nesse contexto o banheiro é considerado um local propício para queda devido tipo de piso, que em contato com água tende a tornar-se escorregadio e sendo um cômodo onde o idoso tende a estar diariamente devido a execução de

suas atividades rotineiras como o banho, atividades fisiológicas, entre outras que favorecem a queda.

Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com a utilização de instrumento para auxiliar na marcha

Instrumento de auxílio na marcha	F	%
Sim	17	41,5
Não	24	58,5
Total	41	100
Tipo de instrumento		
Bengala	4	9,8
Andador	4	9,8
Cadeira de rodas	9	22

Fonte: Dados do Estudo/2011

No que concerne à utilização de instrumento para auxiliar a marcha dentre os idosos que participaram da pesquisa, 58,5% (24) não utilizam auxílio para marcha, enquanto que 41,5% (17) necessitam de algum instrumento para auxiliar na marcha. Em relação ao instrumento mais utilizado verificou-se que 22% (09) utilizavam cadeira de roda e 9,8% (04) usavam a bengala e o andador igualmente, sendo esses dois últimos instrumentos utilizados com menor frequência pelos idosos das instituições estudadas.

Dados esses que concordam com o estudo realizado por Carvalho, Luckow e Siqueira (2011) sobre o tipo de instrumento utilizado pelo idoso para auxílio da marcha em que verificou-se que a cadeira de rodas é o meio mais utilizado entre os idosos, como também é um método de reabilitação em caso de quedas, as quais além de produzirem importante perda de autonomia e de qualidade de vida, podem repercutir em cuidados especiais, adaptando toda a sua rotina em razão da recuperação ou da readaptação do idoso após a queda.

A cadeira de roda é considerada o instrumento mais seguro para a locomoção do idoso nos ambientes do asilo, devido à irregularidade existente na estrutura física deste locais. Esse instrumento propicia a diminuição da prevalência de quedas, que, na maioria das vezes, é ocasionada pela incapacidade de locomoção, devido às funções motoras prejudicadas.

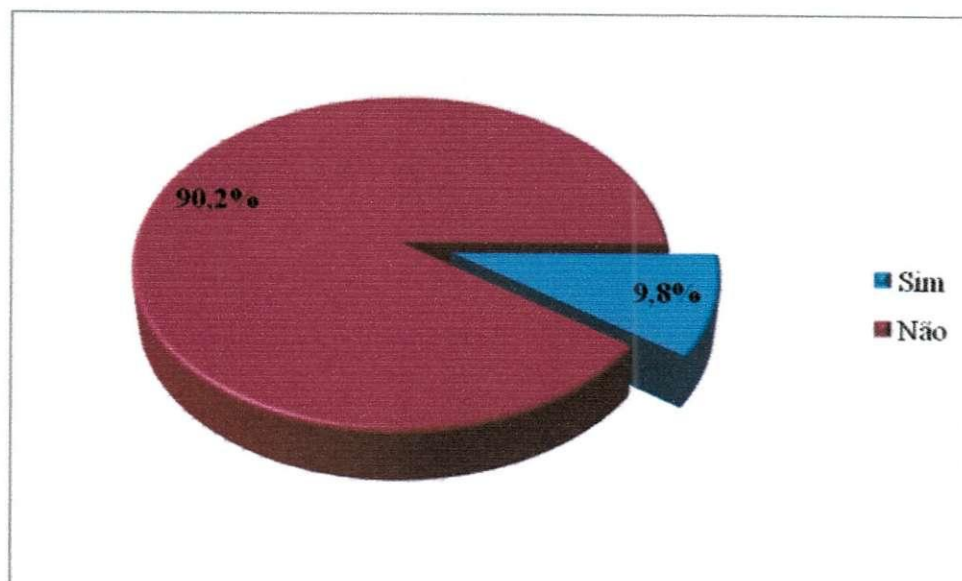


Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com o uso de óculos.

Fonte: Dados do Estudo/2011

Com relação ao uso de óculos, do total de entrevistados, 90,2% (37) não relataram ter problema de visão e não fazem o uso de óculos, enquanto que 9,8% (4) utilizam óculos, ou seja, menos da metade da população estudada apresenta dificuldade para enxergar, alguns até tinham realizado cirurgia de catarata. Os problemas relacionados à visão são considerados como um dos maiores fatores de risco para quedas.

De acordo com Carlos, Hamano e Travensolo (2009) revelam que o déficit visual além de ser um fator de risco para quedas, também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica perda da auto-estima e restrições ocupacionais.

Piovesan, Pivetta, Peixoto (2011), enfatizam que a visão é um importante fator no equilíbrio e na marcha, interagindo intimamente com a função cognitiva, podendo ser responsáveis por até 20% da taxa de acidentes em quedas. Com o avançar da idade, os problemas visuais se tornam mais frequentes como catarata, glaucoma e retinopatia, que podem comprometer a capacidade de julgar uma queda iminente e proceder à ação corretiva.

Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com problemas de saúde.

Problemas de saúde	F	%
Hipertensão	17	44,8
Diabetes	6	14,4
Déficit auditivo	2	4,9
Déficit motor	4	9,8
Outros	15	36,6
Nenhum	3	7,3
Osteoporose	4	9,8
Acidente vascular encefálico	2	4,9
Hipotireoidismo	1	2,4

*Resposta múltipla

Fonte: Dados do Estudo/2011**Tabela 9:** Distribuição da amostra de acordo com outros problemas de saúde.

Outros	F	%
Alzheimer	4	9,8
Psiquiátricos	6	14,7
Artrite e artrose	2	4,9
Psoríase	1	2,4
Refluxo	1	2,4
Tireóide	1	2,4
Dermatológico	1	2,4

*Resposta múltipla

Fonte: Dados do Estudo/2011

Em relação aos problemas de saúde apresentados pelos idosos, o estudo revelou que as patologias mais citadas foram hipertensão com 44,8% (17), seguido de diabetes com 14,4% (06), déficit motor e osteoporose com 9,8% (04) cada; além de outras doenças correspondendo a 36,6% (15) as quais incluem Alzheimer, Transtornos Psiquiátricos, Artrite e Artrose entre outros. Verificou-se que alguns dos idosos institucionalizados vítimas de quedas são portadores de hipertensão arterial e que certamente quando há elevação da pressão arterial há o desenvolvimento de vertigem, o que propicia a ocorrência de quedas.

Comparando os dados desta pesquisa a outros estudos verifica-se semelhança quanto ao significado dos resultados. Em estudo realizado por Ferreira e Yoshitome (2010), a hipertensão arterial esteve presente em 53,3% dos idosos que caíram, valor ainda maior, mas perfeitamente comparável. No entanto ainda existe controvérsia na literatura científica sobre associação entre hipertensão e quedas, uma vez que alguns estudos não referem esta

associação, enquanto que outros relacionam as quedas à hipotensão postural causada pelo uso de anti-hipertensivos.

Lojudice et al., (2010) consideram que dentre os fatores intrínsecos, a presença de doenças no decorrer do envelhecimento deteriora o seu processo e, desta forma, aumenta a probabilidade de o indivíduo idoso se tornar mais dependente e com dificuldade no controle postural contribuindo, portanto, para a ocorrência de quedas. Vários estudos mostram que as doenças cardiovasculares, neurológicas, sensoriais, reumatológicas e endocrinológicas oferecem riscos de quedas.

Como foi visto na tabela acima há uma diversidade de doenças presentes na vida dos idosos institucionalizados, sendo a maioria de natureza crônico-degenerativa, assim faz-se necessário que os cuidadores que atuam nas instituições conheçam um pouco dos sinais e sintomas de cada enfermidade, atentando-se para as possíveis quedas.

Convém destacar que as doenças relatadas pelos idosos durante a pesquisa, são as que mais apresentam fatores de risco para a ocorrência de quedas podendo ser relacionada aos fatores intrínsecos.

Comparando os dados desta pesquisa a outros estudos verifica-se semelhança quanto ao significado dos resultados. Em estudo realizado por Veras et al. (2007) a diabetes mellitus esteve presente em 14,7% dos idosos avaliados, valor absolutamente comparável do presente estudo. Embora em menor número de casos, faz com que a alta morbidade que determina, se não for adequadamente tratada e acompanhada, o que favorece o surgimento de suas complicações, como retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas, responsáveis por condições clínicas altamente desfavoráveis, perda da capacidade funcional e tratamentos onerosos.

Dentro da população idosa, a presença de fatores intrínsecos é inevitável, pois o próprio processo de envelhecimento presdipõem as alterações anatômicas e funcionais, o que favorece o desenvolvimento das doenças crônicas, e o uso de vários medicamentos, sabendo que, de fato, que a maioria deles estão predispostos a quedas.

Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com o uso de medicação

Uso regular de medicação	F	%
Sim	34	82,9
Não	7	17,1
Total	41	100
Tipo de medicamentos		

Anti-hipertensivos	17	41,5
Antipsicótico	7	17,1
Antidepressivos	3	7,3
Ansiolítico	5	12,2
Gastroprotetor	5	12,2
Anti-inflamatório	4	9,8
Antidiabéticos	7	17,1
Antiparkinsoniano	2	4,9
Tireóide	2	4,9
Polivitamina	1	2,4
Corticóide	5	12,2
Memória	2	4,9
Insônia	1	2,4
Enxaqueca	1	2,4
Antiplaquetário	4	9,8
Antianginosos	1	2,4
Colírio oftálmico	2	4,9
Dislipidemia	1	2,4

*Resposta múltipla

Fonte: Dados do Estudo/2011

No que diz respeito ao uso de medicação por parte dos idosos entrevistados, 82,9% (34) fazem uso regular de medicação, com a maioria utilizando mais de um medicamento, por apresentarem vários problemas de saúde, o que normalmente é denominado de polifarmácia. As medicações ingeridas pelo idoso podem apresentar risco/benefício, pois ao mesmo tempo em que ocasionam reações adversas, interações medicamentosas, alterações em alguns órgãos do corpo propiciando a queda, também servem para corrigir algumas alterações provenientes do processo de envelhecimento.

Tendo em vista que entre os idosos, o uso de medicamentos é um fator intrínseco de forte relação com as quedas, em função da diversidade de doenças apresentadas, é comum encontrarmos o uso concomitante de várias drogas entre os institucionalizados o que é preocupante, uma vez que os efeitos da interação medicamentosa e das reações adversas são mais acentuados nos idosos devido às alterações na absorção, metabolismo e eliminação das drogas que decorrem do envelhecimento. Esses efeitos podem simular síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas (SECOLI, 2010).

De acordo com a tabela 10 os grupos de medicamentos mais utilizados pelos idosos, foram os Anti-Hipertensivos com 41,5% (17), seguidos de Antipsicóticos e Antidiabéticos com 17,1% (07) cada.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado no Brasil no ano de 2004, em que constatou-se que o medicamento mais utilizado pelos idosos foi o anti-hipertensivo com 34%, seguido pelos hipoglicemiantes com 14%. Vale ressaltar que as doenças que mais acometem a população idosa são as cardiovasculares, endocrinológicas e psicológicas, assim o mecanismo de ação dessas drogas mais prevalentes no estudo tem a finalidade de corrigir as alterações funcionais provenientes dessas patologias ou distúrbios.

Menezes e Bachion (2008) ressaltam que os anti-hipertensivos podem levar a ocorrência de quedas em idosos, em virtude de seus efeitos colaterais como bradicardia, hipotensão, sonolência e fadiga. Por outro lado, estudo realizado por Guimarães e Farinatti (2005) aponta que os psicoativos são considerados causadores de quedas em virtude da hipotensão postural, sedação, arritmias, tremores, relaxamento muscular ou fraqueza, decorrentes do uso destes medicamentos. Algumas investigações associaram sua utilização às quedas, em que foi possível identificar a relação entre estas e o uso de drogas que atuam sobre o Sistema Nervoso Central como benzodiazepínicos e antipsicóticos, agrupadas sob a denominação de tranquilizantes dada a sua capacidade de produzir sedação. Enfim, os hipnóticos-ansiolíticos de longa ação (incluindo os benzodiazepínicos), os antidepressivos tricíclicos e os antipsicóticos são considerados classes de drogas fortemente correlacionadas com risco de quedas e fratura.

Guimarães e Farinatti (2005), ainda demonstram que pode haver relação entre quedas e medicação tópica ocular, bem como a prescrição muitas vezes abusiva para pacientes idosos portadores de glaucoma. Os efeitos relacionados as quedas é, provavelmente, de ordem mais sistêmica (hipotensão, bradicardia e síncope) do que local (constrição da pupila).

Tabela 11: Opinião da amostra sobre as dificuldades no cotidiano

Dificuldade no cotidiano		F	%
Corrimão	Sim	39	95,2
	Não	2	4,8
Iluminação	Boa	18	43,9
	Suficiente	20	48,8
	Insuficiente	3	7,3
Escadas	Altas		
	Adequadas		
Rampas	Baixas	41	100
	Sim	41	100
	Não		

Tapetes	Não tem	32	78
	Antiderrapante	1	2,4
	Soltos		
	Bordos colados		
	Ralos	8	19,5
Cama/Rede	Alta	3	7,3
	Adaptada	4	9,8
	Baixa	34	82,9
Portas (largura)	Boa	23	56,1
	Suficiente	16	39
	Insuficiente	2	4,9
Pisos (tipos)	Antiderrapante		
	Escorregadio		
	Antiderrapante e Irregular	41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011

Quanto à tabela 11 foram observadas no presente estudo várias dificuldades consideradas como fatores ambientais, justamente por as ILPIs não se encontrarem em boas estruturas. Os dados mostram que 95,2% (39) relataram presença de corrimão em alguns cômodos; nas quatro instituições investigadas há presença de corrimão nos banheiros, e em apenas uma delas existe no corredor. Em contrapartida 4,8% que corresponde a duas participantes do presente estudo, com ambas residindo no mesmo abrigo, relataram que no banheiro feminino e nos corredores não existe corrimão, o que dificulta a locomoção entre elas. Vale salientar que o banheiro é o ambiente que oferece mais riscos para a ocorrência de quedas, necessitando de maior apoio para locomoção.

Em relação à iluminação, 48,8% (20) afirmaram que acham suficiente, seguidos de 43,9% (18) consideraram ser boa e 7,3% (03) acham insuficiente. Percebe-se que apenas uma pequena parcela de idosos está insatisfeita com a iluminação, podendo algum problema visual está relacionado a isso. De acordo com os dados citados anteriormente, a iluminação nessas instituições não tem grande relevância em relação aos outros fatores, pois a maioria dos idosos não considera que esse fator é um obstáculo para o seu dia-a-dia não influenciando no desenvolvimento de quedas.

Comparando com o estudo realizado por Silva et al., (2007) em que a iluminação inadequada variou de 40,7%, os dados do presente estudo foram menores do que ao estudo citado, apontando uma grande variação em relação a iluminação. Vale ressaltar, que as diferenças encontradas entre as prevalências dependem da estrutura física e dos recursos humanos e financeiros que são oferecidos a instituição para ali serem investidos. Nesse contexto considera-se a iluminação como fator de risco importante.

Com relação à presença de escadas e rampas, em 100% (41) das instituições há escadas baixas, como também existem rampas. Enquanto as escadas pode ser um obstáculo, devido o idoso ter uma maior probabilidade de tropeçar, escorregar, pisar em falso e cair, as rampas facilitam todas as atividades e evita do idoso cair, facilitando a locomoção entre eles no interior do abrigo.

O presente estudo evidenciou que 78% (32) dos participantes afirmaram que não há existência de nenhum tipo de tapetes, enquanto que 19,5% (08) dos idosos relataram presença de tapetes ralos e apenas 2,4% (01) tapetes antiderrapantes no ponto de vista do idoso, o que fica claro quando o mesmo relata que o tapete não “escorrega”. Dentre as instituições estudadas, apenas em uma delas existiam tapetes que geralmente encontravam-se na porta de entrada e na porta que dá acesso ao jardim.

Os tapetes são vistos como objetos de barreira no ambiente em que o idoso convive principalmente os que ficam soltos, considerados assim como fator extrínseco, pois propicia a queda por ocupar de forma inapropriada alguns ambientes.

Garcia, Gelsi e Sabaté (2007) reforçam que as atividades, comportamentos de risco e ambientes inseguros aumentam a probabilidade de cair, pois levam as pessoas a escorregar, tropeçar, errar o passo, pisar em falso, tombar, criando, assim, desafios ao equilíbrio. Os riscos dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional do idoso.

Constatou-se que boa parte dos entrevistados relata dormir em cama/rede baixa 82,9% (34), apenas 9,8% (04) dormem em camas adaptadas, por serem totalmente dependentes, ter faixa etária mais elevada em relação aos outros e permanecer boa parte do tempo na cama e 7,3% (03) dos idosos dormem em cama alta. Baseado na literatura pertinente constatou-se a necessidade de camas nas instituições pesquisadas que tenham uma altura adequada para não expor a vida do idoso em risco, prevenindo a ocorrência de quedas de uma altura maior, portanto foi perceptível que nas instituições há uma diversidade de camas, deixando de atender os padrões de funcionamento. Vale ressaltar que 7,3% dos idosos só dormem em camas adaptadas, pelo fato de serem totalmente dependentes.

Considerando a largura das portas, 56,1% (23) consideram boas, seguidos de 39% (16) acham suficientes e 4,9% (02) insuficientes. Esse critério é considerado um fator de risco para quedas, pois caso as portas não possuam estrutura e largura adequada, pode ser um obstáculo na vida do idoso. Dentre os idosos que acharam a largura das portas insuficiente, um deles utilizava cadeira de rodas adaptadas para se locomover dentro do abrigo, sendo

necessária para adentrar no quarto ou em qualquer ambiente a retirada do “braço” da cadeira para facilitar a passagem.

De acordo com o estudo de Machado et al., (2009), os fatores ambientais devem ser modificados de acordo com as necessidades, a fim de tornar o ambiente mais seguro e adequado, principalmente, para aqueles idosos que apresentam dificuldade para andar, utilizam bengala, muletas, cadeira de rodas e necessitam de pessoas para transferi-los de um lado para o outro. É importante lembrar que o lugar em que o idoso vive e se movimenta deve ficar livre, ou seja, deve oferecer mais espaços e ter pouco utensílio para não causar acidentes.

Em relação ao piso das instituições, verificou-se que 100% (41) da amostra afirmaram que os pisos são irregulares e antiderrapantes. Observou-se na pesquisa que a presença do piso irregular prevalece em boa parte dos ambientes do abrigo, exceto banheiro e sala. Vale destacar que, dentre os abrigos estudados apenas um deles tinha o piso adequado na sala, já nos outros somente no banheiro, percebendo-se então que os recursos humanos responsáveis pela organização da estrutura do abrigo priorizam as áreas que presdipõem a ocorrências de quedas.

Alguns fatores ambientais estão presentes no determinado ambiente em que o idoso convive, tais como iluminação inadequada, presença de móveis instáveis, escadas inclinadas, tapetes avulsos e carpetes mal adaptados, tacos soltos no chão, pisos encerados ou escorregadios, vasos sanitários muito baixos e todas as demais questões ambientais que possam expor os idosos a uma situação de instabilidade postural. Alguns estudos demonstram que os fatores extrínsecos proporcionam um maior índice de quedas comparado aos intrínsecos (VALENTIM et al., 2009).

Pelas observações do ambiente físico das quatro instituições, as quais os idosos entrevistados residem, pôde-se perceber que elas apresentam características físicas semelhantes, em relação ao piso escorregadio, ausência de corrimão, iluminação inadequada, escadas baixas.

5.3 AVALIAÇÕES DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

A escala índice de Katz das Atividades Básicas de Vida Diária permite atribuir diferentes graus de dependência funcional aos sujeitos nos atos de banhar-se, vestir-se, usar o banheiro para realizar eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das

eliminações e alimentar-se. Este índice descreve o nível funcional do paciente em três níveis: dependente, independente e com alguns tipos de ajuda.

Esta escala está sendo utilizado no presente estudo no intuito de classificar o grau de dependência entre eles, através das atividades supracitadas, o que pode influenciar diretamente na ocorrência de quedas, pois quanto maior o grau de dependência do idoso maior será a probabilidade de cair. Segundo Santana (2007), a dificuldade na realização de atividades básicas do dia a dia tem um efeito cumulativo de prejuízos funcionais, devido ao próprio processo de envelhecimento, o que predispõem o risco de quedas e sua recidiva em idosos. Em caso de comprometimento, pode afetar o equilíbrio, a força muscular, mobilidade e a marcha.

Tabela 12: Escala de atividades básicas de vida diária.

Atividades básicas de vida diária		F	%
Banhar-se	Independente	16	39
	Com algum tipo de ajuda	5	12,2
	Dependente	20	48,8
Vestir-se	Independente	21	51,2
	Com algum tipo de ajuda	1	2,4
	Dependente	19	46,3
Usar o sanitário	Independente	29	70,7
	Com algum tipo de ajuda	8	19,5
	Dependente	4	9,8
Transferir-se	Independente	33	80,5
	Com algum tipo de ajuda	5	12,2
	Dependente	3	7,3
Ter continência	Independente	23	56,1
	Com algum tipo de ajuda	18	43,9
	Dependente		
Alimentar-se	Independente	39	95,1
	Com algum tipo de ajuda	2	4,9
	Dependente		
Total		41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011

A tabela 12 retrata a proporção de idosos que referiram dificuldades no desempenho das ABVDs. Observa-se que a maioria é independente para algumas atividades tais como: alimentar-se com 95,1% (39), transferir-se 80,5% (33), usar o sanitário 70,7% (29), ter continência 56,1% (23), vestir-se 51,2% (21) e banhar-se 39% (16). Um achado interessante deste estudo foi a proporção de idosos independentes, mesmo alguns estudos revelando que uma das causas para a institucionalização é a dependência, já que algumas famílias não

disponibilizam de tempo e atenção para prestarem cuidados aos idosos com capacidade funcional diminuída.

Dados estes que divergem de estudo realizado no Brasil no ano de 2007 em ILPI's onde foi revelado que apenas 37% dos idosos avaliados eram independentes. De acordo com Araújo e Ceolim (2007) esse resultado contribui para manter a afirmativa de que a institucionalização ainda está, na maioria das vezes, associada à dependência física e cognitiva. Isso implica dizer que esta afirmação não corrobora com os dados do presente estudo, já que os achados encontrados foram mais elevados.

Através dos resultados obtidos verificou-se que os idosos institucionalizados não são apenas aqueles totalmente dependentes, mas aqueles que têm autonomia para realizar muitas atividades, sem necessitar da ajuda de cuidadores. Como afirma Mendes et al. (2005), a independência funcional aliada à autonomia desempenha um papel importante no tipo e na qualidade de vínculo que se estabelece entre o idoso e seu ciclo de relações.

Entre os idosos que referiram dificuldades, ou seja, necessitam de algum tipo de ajuda, observou-se os seguintes percentuais: ter continência 43,9% (18), usar o sanitário 19,5% (08), transferir-se 12,2% (05), banhar-se 12,2% (05), alimentar-se 4,9% (02) e vestir-se 2,4% (01). Em nenhuma das dificuldades referidas, a ajuda aproximou-se de 100%. A atividade relacionada a ter continência apresentou a maior proporção de auxílio recebido (43,9%) quando comparada com as outras atividades, provavelmente, por essa estar diretamente ligada à questão do idoso não conseguir ir ao banheiro para realização das necessidades fisiológicas, e por apresentar comprometimento em umas das funções presente no corpo.

Esses dados que concordam com o estudo realizado por Rosa et al. (2010) sobre o grau de dependência para realização das ABVD onde verificou-se que 22% dos idosos precisavam de alguma tipo de ajuda para realização destas atividades. Isso implica dizer que os movimentos dos MMSS se tornam mais limitados com o avançar da idade, portanto essa disfunção pode levar a dificuldades na execução de tarefas como banhar-se e vestir-se.

No que diz respeito aos idosos que demonstraram dependência, constatou-se que a mesma não está presente em todas as atividades. Os números encontrados foram: banhar-se com 48,8% (20), vestir-se 46,3% (19), usar o sanitário 49,8% (04) e transferir-se 7,3% (03). As atividades que o idoso apresenta mais dependência são tomar banho e vestir a roupa, já que além de exigir muito esforço, movimento e equilíbrio, a probabilidade de cair durante a realização destas atividades é bem maior, necessitando assim de ajuda.

Corroborando com o estudo realizado por Aires, Paz e Perosa (2006) sobre o grau de dependência de idosos, os dados revelam que 40% dos idosos estudados são dependentes.

Baseando-se neste resultado pode-se concluir que a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução depende do cuidador para ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal evolução sugere a existência de profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento populacional, a institucionalização está sendo a única alternativa para os idosos e seus familiares, devido à ausência de cuidadores, a dependência, perdas familiares, renda mensal baixa, entre outros. Causas que favorecem o idoso a transferir-se do seu lar para o abrigo, ocasionando diversas mudanças e impacto em sua vida social.

Através de estudo descritivo da prevalência de quedas e seus fatores de risco realizado numa população de 41 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência dos municípios de Cajazeiras e Sousa – PB foi possível observar que há dados relevantes, os quais podem proporcionar melhorias para a vida do idoso.

Os resultados apresentados mostram que os objetivos, inicialmente propostos, foram atingidos. Portanto o grupo de idosos da área pesquisada revelou que a maioria era do sexo feminino, na faixa etária dos 81 a 90 anos, com grau de escolaridade baixo, com baixa renda mensal e todos são aposentados. Esse objetivo foi contemplado de forma satisfatória, pois essa caracterização está diretamente relacionada com as causas que presdipõem a institucionalização.

Em relação ao segundo objetivo específico foi observado que há vários fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados a quedas. Diante do exposto, o estudo demonstrou como fatores intrínsecos as doenças e as medicações mais prevalentes, tais como: hipertensão arterial (44,8%), seguidos de problemas psiquiátricos (14,7%) e diabetes mellitus (14,4%), anti-hipertensivos (41,5%), antipsicóticos e antidiabéticos apresentando a mesma variável (17,1%), seguido de ansiolíticos, gastroprotetor e corticóide com a mesma prevalência (12,2%). Já os fatores extrínsecos encontrados no estudo foram escadas (100%), piso irregular (100%), tapetes ralos (19,5%), cama alta (7,3%) e ausência de corrimão nos ambientes do abrigo, exceto banheiro e sala.

A prevalência de quedas foi alta (43,9%) tornando-se fato comum, inclusive dentro de ILPIs, com consequências significantes à saúde física, psicológica e social. O idoso institucionalizado tem uma maior probabilidade de cair e se tornar dependente do que o não institucionalizado.

O número elevado de quedas pode ser reduzido com medidas preventivas adequadas, que visam o controle e a prevenção de quedas em idosos institucionalizados, tais como avaliação e realização de exames periódicos nos idosos, identificação dos fatores de

risco existentes nas instituições, incentivo à prática de atividade física de acordo com a capacidade, orientação quanto ao uso adequado de calçados e vestuários; conscientização e capacitação para os cuidadores de instituições asilares, instalação de medidas de segurança ambientais como rampas, pisos antiderrapantes, corrimão nas escadas, banheiros adaptados, dentre outros. Enfim, essas medidas estão voltadas para a prevenção desse agravo no sentido de garantir qualidade de vida a esse grupo populacional.

Com base nos dados obtidos no estudo e na literatura, concluí-se que não há políticas públicas direcionadas para contribuir com as ILPIs, no sentido de implantar programas nas instituições, ofertar cuidadores e profissionais de saúde capacitados e realizar adaptações ambientais. Diante disso, ao mesmo tempo em que o poder público deve implantar programas de prevenção de quedas, já que os estudos comprovam que a sua prevalência é alta, como também, deve colaborar com adaptações ambientais nas instituições, tornando-as mais seguras, os profissionais e cuidadores podem estimular a independência funcional do idoso, além de orientar sobre os riscos de queda e suas consequências.

REFERÊNCIAS

AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo [online]. jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.upf.edu.br/seer/index.php/rbceh/article>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

ALMEIDA, M. H. M.; BATISTA, M. P. P.; LUCOVES, K. C. R. G. Reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional para atuação com pessoas idosas em distintas modalidades de atenção: contribuições de egressos da USP-SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** [online]. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 130-138, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

ÁLVARES, Liege Mata; LIMA, Rosângela da Costa; SILVA, Ricardo Azevedo da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.1, pp. 31-40. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ANVISA. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 set.. 2005.

ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP** [online]. 2010; 44(3):619-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 out. 2011.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2007, 41(3):378-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 set. 2011.

ARAÚJO, Ludgledyson Fernandes de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTOS, Maria de Fátima de Sousa. O Idoso nas Instituições Gerontológicas: um Estudo na Perspectiva das Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade** [online]. maio/ago 2006, 18 (2): 89-98. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

BARALDT, Giovana dos Santos et al. Estudo da frequência fundamental da voz de idosas portadoras de diferentes graus de perda auditiva. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2007, vol.73, n.3, pp. 378-383. ISSN 0034-7299. doi: 10.1590/S0034-72992007000300013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2007. Caderno de Atenção Básica; n. 19. ISBN 85-334-1273-8.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**/ Ministério da Saúde. 1º ed., 6º reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria do Ministro de Estado da Saúde de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 fev. 2006a.

_____. Portaria do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006b.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. 2010, vol.27, n.1, pp. 232-235. ISSN 0102-3098. doi: 10.1590/S0102-30982010000100014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina. **Texto para Discussão, IPEA** [online]. jul. 2007. Disponível em: <<http://desafios2.ipea.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

CAMARGOS, C. N.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. de M. B. Política, estado e sociedade: o estatuto do idoso e à saúde. **Comun Ciênc Saúde** [online]. 2006; 17(3):217-227. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/artigo6_3.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

CATELLAN, A. V. et al. Análise Ergonômica de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Passo Fundo – RS. RBCEH, Passo Fundo [online]. 2007, v. 4, n. 2, p. 75-82. Disponível em: <<http://www.upf.edu.br/seer/index.php/rbceh/article>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

CARDOSO, Juliani Hainzenreder; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2871-2878. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000600024. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

CARLOS, Angélica do Prado; HAMANO, Isabele Hiromi; TRAVENSOLO, Cristiane de Fátima. Prevalência de Quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina. **Rev. Kairós** [online]. 2009, pp. 181-196. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos>>. Acesso em: 06 jul. 2011.

CARVALHO, J. et al. Força muscular em idosos I - Será o treino generalizado suficientemente intenso para promover o aumento da força muscular em idosos de ambos os sexos? **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto** [online]. 2004, v. 4, n. 1, pp. 51-57. Disponível em: <http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo>. Acesso em: 02 ago. 2011.

CARVALHO, Aline de Mesquita; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.36, n.4, pp. 448-454. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400010>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

CARVALHO, M. P. de; LUCKOW, E. L. T.; SIQUEIRA, F. V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2945-2952. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600032>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 nov. 2011

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1999, vol.33, n.5, pp. 454-460. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101999000500004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

COIADO, C. R. P.; AMARAL A. F.; SANTOS R. R. Incidência de quedas na população idosa no âmbito domiciliar: atendimento Sistema 193. **Saúde Coletiva** [online]. jan/fev. 2009, vol. 27, n. 6, pp. 19-23. ISSN 1806-3365. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed>> . Acesso em: 20 nov. 2011

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; SILVA, Sidney Dutra da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.5, pp. 1359-1366. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500029>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 out. 2011.

COQUEIRO, K. R.; MOTA, P.; BERTOLUCCI, R. Avaliação da Mobilidade Orientada pelo Desempenho em Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados. **Rev. Varia Scientia** [online]. 2007, vol. 7, n. 14, pp. 45-53. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variascientia>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2004, vol.12, n.3, pp. 518-524. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S010411692004000300010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.38, n.1, pp. 93-99. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 out. 2011.

FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.6, pp. 991-997. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672010000600019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

FREIRE JUNIOR, Renato Campos; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência:: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2006, vol.9, n.1, pp. 83-92. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo>>. Acesso em: 30 out. 2011.

GANANÇA, Fernando Freitas et al. Circunstâncias e Conseqüências de Quedas em Idosos com Vestibulopatia Crônica. **Revista brasileira de otorrinolaringol** [online]. maio/jun 2006, 72(3):388-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

GANANÇA, F.F.; MELZZALIRA, R.; CRUZ, O.L.M. Campanha Nacional de Prevenção a Quedas de Idosos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** [online]. mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

GARCIA, Rosamaria Rodrigues; GELSI, Thaís Andreotti; SABATÉ, Ana Carolina de Carvalho. A Percepção dos Fatores de Risco para Quedas em um Grupo de Idosas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** [online]. jan/mar 2007, nº11. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude>. Acesso em: 07 nov. 2011.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro. A importância das Quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. **Rev. Assoc Med Bras** [online]. 2010; 56(2): 162-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

GAZZOLA, Juliana Maria et al. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista brasileira de otorrinolaringol** [online]. set./out 2006, 72(5):683-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, G. A. O. et al. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. **Revista Brasileira de Fisioterapia** [online]. set/out. 2009, v.13, n.5, p. 430-437. ISSN 1413-3555. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 19 out. 2011

GONCALVES, Lillian Gatto et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.5, 67T. 938-945. ISSN 00348910. 67TT: 10.1590/S0034-89102008000500021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

GUIMARÃES, Joanna Miguez Nery; FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev. Bras. Med. Esporte** [online]. set/out. 2005, vol. 11, Nº 5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Distribuição da População por sexo, segundo os grupos de idade - 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 maio 2011, 22:19.

JAHANA, Kelly Onaga; DIOGO, Maria José D'Elboux. Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. **Red de Revistas de América Latina** [online]. 2007, vol.4, n. 17, PP. 148-153. . ISSN 1806-3365. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 06 jul. 2011.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS, Bol. Inst.**

Saúde (Impr.) [online]. 2009, n.47, pp. 04-08. ISSN 1518-1812.

LACOURT, Marcelle Xavier; MARINI, Lucas Lima. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo** [online]. 2006, v. 3, n. 1. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde soc.** [online]. 2010, vol.19, n.4, pp. 866-877. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

LOJUDICE, Daniela Cristina et al. Quedas de Idosos Institucionalizados: Ocorrência e Fatores Associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2010, vol.13, n.3, pp. 403-412. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo>>. Acesso em: 08 jul. 2011.

MACIEL, Arlindo. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista médica de Minas Gerais** [online]. 2010, 20(4): 554-557. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

MACHADO, Tatiana Rocha et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2009; 11(1):32-8. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

MACIEL, Andreza dos Santos; MACIEL, Daniela dos Santos; ASSENCIO-FERREIRA, Vicente José. A Deglutição de Idosos sem Alterações Neurológicas: Relato de Caso. **Rev. CEFAC** [online]. 2003. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

MARIN, Maria José Sanches et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 245-258. ISSN 1809-9823.

MATOS, F. C. de; MURAI, H. C. Quedas em Idosos em Ambiente Externo. In: 10º Congresso de Iniciação Científica, 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNISA, 2007. p. 426-427.

MATSUDO, Sandra Machecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite de. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. e Mov** [online]. 2000, vol. 8, n.4, pp. 21-32, 8(4): 21-32. Disponível em: <<http://portalsaudebrasil.com>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

MELO, Ianara Acioli de Freitas; KUBRUSLY, Elsie Sobreira; PEIXOTO JUNIOR, Arnaldo Aires. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 75-83. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100009>. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

MELLO, Pâmela Billig et al. Percepção dos Cuidadores Frente às Dificuldades Encontradas no Cuidado Diário de Idosos Dependentes Institucionalizados. **Estud. interdiscip. envelhecimento** [online]. 2008, v. 13, n. 2, p. 259-274. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

MENDES, F. R. C. **Ambiente Domiciliar X Longevidade**. São Paulo: Pontífica Universidade Católica de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/revista/>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

MENDES, R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta. Paul. Enferm** [online]. fev. 2005, v. 18, n. 4, p. 422-426. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1209-1218. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000400017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

MESQUITA, Geraldo Vasconcelos et al. Morbimortalidade em Idosos por Fratura Proximal do Fêmur. **Texto Contexto Enferm**. [online]. jan/mar. 2009, 18(1): 67-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 jul. 2011.

MINCATO, Paula Cristina; FREITAS, Cíntia de La Rocha. Qualidade de Vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo** [online]. jan./jun. 2007, v. 4, n. 1, pp. 127-138. Disponível em: <<http://www.perguntaserespostas.com.br/seer>>. Acesso em: 05 ago. 2011

MORAES, Luana K. B.; CERQUEIRA, Luiza A. **Assistência a Saúde do Idoso no Município de Camaragibe/PE**. Recife, 2002. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha Enfermagem** [online]. mar. 2008, 29(1): 47-53. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

NERI, M. SOARES, W. L.; SIMAS, H. S. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas compensatórios aos idosos de baixa renda. **Ensaio Econômico** [online]. 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

NEVES, D. et al. Atenção Domiciliar: Uma Reflexão sobre a Capacitação Profissional na Perspectiva das Políticas Voltadas para o Idoso. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental** [online]. 2010, v. 2, n. 3, pp. 1165-1180. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública** [online]. set. 2008, 24(9):2187-2190. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 set. 2011.

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E.; NOBRE, R. do S. A. O Efeito da Atividade Física no Aparelho Locomotor. **Rev Bras Ortop** [online]. 2009; 44(2):96-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 ago. 2011

PIOVESAN, Ana Carla; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto; PEIXOTO, Jaqueline Medianeira de Barros. Fatores que Predispõem a Quedas em Idosos Residentes na Região Oeste de Santa Maria, Rs. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 75-84. ISSN 1809-9823. Disponível em: <revista.unati.uerj.br/scielo>. Acesso em: 19 nov. 2011.

PEREIRA, Fernando Augusto; MIGUEL, Tânia; FERNANDES, Ana. Fatores, Riscos e Conseqüência de Quedas em Idosos Institucionalizados. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia** [online] 2011, p. 32-42. ISSN 1647-8703.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública** [online]. 2002; 36(6):709-16 709. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 jun. 2011

PINZAN-FARIA, V. M.; IORIO, M. C. M. Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. **Distúrbios da Comunicação** [online], 2004; 16(3): 289-299. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/revistadisturbios/artigos>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

POLIT, D.F; BECK, C.T. HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. ISBN: 978-85-352-06784-3

REBELATTO, José Rubens; CASTRO, Alessandra Paiva de; CHAN, Aline. Quedas em Idosos Institucionalizados: Características Gerais, Fatores Determinantes e Relações com a Força da Preensão Manual. **Acta Ortop Bras** [online]. 2007, 15(3): 151-154. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 out. 2011.

REIS, Luciana Araújo dos; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Déficit Cognitivo como Fator de Risco para a Limitação de Atividades Cotidianas em Idosos Institucionalizados. **Revista Eletrônica da Fainor** [online]. jan/dez. 2010, v.3, n.1, p.95-107. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista>>. Acesso em: 05 out. 2011.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, 13(4):1265-1273. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

RIBEIRO, Fernando et al. Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. **Rev. Port. Cien. Desp** [online], jan. 2009, vol.9, no.1, p.36-42. ISSN 1645-0523. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ALVES, Pâmela Braga; MEIRA, Eida Patrícia de. Percepção dos Idosos sobre as Alterações Fisiológicas do Envelhecimento. **Cien. Cuid. Saude** [online]. 2009, v.8, n.2. ISSN 1984-7513. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** [online]. jul/set 2007, 16(3): 536-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21 jul. 2011

ROSA, Aline Aparecida et al. Características Demográficas e as Atividades Básicas e Instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. **Conscientiae Saúde** [online]. 2010, v. 9, n. 3, pp. 407-412. ISSN 1677-1028. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

SANTANA, Valdimar de Araújo. Avaliação dos Possíveis Fatores de Risco para Quedas em Domicílio de Idosos [**Dissertação de Mestrado**]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2007. Acesso em: 12 nov. 2011.

SANTOS, Rafael José Gonçalves dos. **Quedas nos Idosos**. Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima, 2007.

SANTOS, Silva Aparecida Locatelli dos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; BARABOSA, Maria Helena. Fatores Socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm** [online]. 2008a; 21(4):649-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

SANTOS, Silvana Silva Costa et al. O Papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Rev. Enferm. UFPE**. 2008b; 2(3): 262-68 ISSN 1981- 8963.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Riscos Ambientais para Quedas em Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 84., 2009, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Centro de Convenções do Ceará, 2009.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 136-140. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3. ed. **Rev. atual**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://www.mendeley.com/research>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

SILVA, T. L. et al. Conhecimento Específico de Enfermeiros de um Hospital Universitário Acerca do Cuidado ao Idoso. **Cogitare Enferm.** [online]. 2009; 14(1):99-106. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

SILVA, Carine Alves da; FOSSATTI, Anderlei Fabiano; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Percepção do Homem Idoso em Relação as Transformações Decorrentes do Processo do Envelhecimento Humano. **Estud. interdiscip. envelhec.** [online]. 2007, v. 12, pp. 111-126. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article>>. Acesso em: 28 jun. 2011.

SILVA, Tatiana Magalhães et al. A Vulnerabilidade do Idoso para as Quedas: análise dos incidentes críticos. **Rev. Eletrônica de Enfermagem** [online]. 2007, v. 09, n. 01, p. 64 – 78. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ed., v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do Tema de Violência Contra a Pessoa Idosa nas Políticas Públicas de Atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010; 15(6):2659-2668. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; CORREIA, Bruna Soares Chaves. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2753-2762. ISSN 1413-8123. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600013>>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

TIBO, Miriam Gondim Meira. Alterações Anatômicas e Fisiológicas do Idoso. **Rev. Médica Ana Costa** [online]. abr/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.revistamedicaanacosta.com.br>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

TIER, Cenir Gonçalves; LUNARDI, Valéria Lerch; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online]. 2008; 10(2):530-536. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a24.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

VALENTIM, Fábio Cesar Vieira et al. Avaliação do Equilíbrio Postural e dos Fatores Ambientais Relacionados às Quedas em Idosos de Instituições de Longa Permanência. **Estud. interdiscipl. envelhec.** [online]. 2009, v. 14, n. 2, p. 207-224. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer>>. Acesso em: 09 nov. 2011.

VASCONCELLOS, J. A. C. et al. Pressões respiratórias máximas e capacidade funcional em idosas assintomáticas. **Revista Fisioterapia em Movimento** [online]. jul./set. 2007, v. 20, n. 3, p.93-100. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

VERAS, Renato Peixoto et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2007, vol.10, n.3, pp. 355-370. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2002, vol.79, n.6, pp. 635-639. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2002001500010>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Ao idoso que reside em instituições de longa permanência na cidade de Cajazeiras – PB e Sousa – PB.

I. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil:

() Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

Grau de Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

Profissão:

Ocupação anterior: _____

Ocupação atual: _____

Renda:

() 1 salário mínimo () 2 a 5 salários mínimo

() 5 a 8 salários mínimo () mais de 8 salários mínimo

Tempo de Institucionalização: _____

II. DADOS ESPECÍFICOS AOS OBJETIVOS DO ESTUDO:

1 – O (a) senhor (a) já caiu alguma vez aqui no asilo?

() Sim

() Não

Se sim, quantas vezes? _____

Em caso afirmativo, responda as questões 2 a 8.

2 – Em qual período do dia o (a) senhor (a) caiu?

() manhã

tarde

noite

madrugada

3 -- Ocorreu algum tipo de lesão?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

4 - E em que parte (s) do corpo ocorreu a lesão? _____

5 - Quanto tempo o senhor (a) ficou caído? _____

6 - O (a) senhor (a) precisou ser hospitalizado (a)?

Sim

Não

Se sim, por quanto tempo? _____

7 - Ficou com alguma seqüela?

Sim. Qual? _____

Não

8 - Dentro do asilo, qual o ambiente mais comum das quedas?

Quarto

Banheiro

Cozinha

Sala

Jardim

Outros: _____

9 - Precisa de algum instrumento para auxiliar na marcha?

Sim

Não

Se sim, qual?

Bengala

Andador

Muleta

Outros: _____

10 - Tem algum problema de saúde?

Hipertensão

Diabetes

Osteoporose

Déficit auditivo

Déficit motor

Outros: _____

11 – Faz uso de óculos?

Sim

Não

12 – Faz uso regular de alguma medicação?

Sim

Não

Se sim, quais? _____

13 - Indique as barreiras que lhe oferecem maiores dificuldades no cotidiano para se locomover:

Corrimão	Sim	
	Não	

	Boa	
--	-----	--

Iluminação	Suficiente	
	Insuficiente	

Escadas	Altas	
	Adequadas	
	Baixas	

Rampas	Sim	
	Não	

	Anti-derrapante	
--	-----------------	--

Tapetes		
	Soltos	
	Bordos Colados	
	Ralos	

Cama	Alta	
	Adaptada	
	Baixa	

PORTAS

Largura	Boa	
	Suficiente	

	Insuficiente	
--	--------------	--

PISOS

Tipo	Anti-derrapante	
	Escorregadio	
	Irregular	

III – ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Índice de KATZ: Atividades Básicas de vida Diária

1. BANHAR-SE:	
I – Não recebe ajuda	3
A – Necessita de Ajuda em alguma parte do corpo	2
D – Recebe ajuda em mais de uma parte do corpo	1
2. VESTIR-SE:	
I – Não recebe ajuda	3
A – Necessita de ajuda para amarrar o sapato	2
D – Necessita de ajuda para pegar as roupas e vestir-se	1
3. USAR O SANITÁRIO:	

I – Sim, ajuda (pode utilizar andador, bengala ou cadeira de rodas)	3
A – Necessita de ajuda para ir ao sanitário, higienizar-se e vestir-se após evacuar e urinar	2
D – Não vai ao sanitário para evacuar e urinar	1
4. TRANSFERIR-SE:	
I -- Sim, ajuda (pode usar objeto de suporte como bengala ou andador)	3
A – Necessita de ajuda para sair do leito ou da cadeira	2
D – Não sai do leito	1
5. TER CONTINÊNCIA:	
I – Sem ajuda	3
A – Perde fezes ou urina ocasionalmente	2
D- É incontinente, usa sonda urinária e necessita de supervisão para urinar e defecar	1
6. ALIMENTAR-SE:	
I -- Sem ajuda	3
A – Necessita de ajuda somente para cortar a carne ou passar manteiga no pão	2
D – Necessita ajuda para alimentar-se ou fazer uso de sonda e medicação intravenoso	1

Fonte: KATZS, Ford AB, Moskowitz, RW et al.

Abreviações: I = Independente; A = Com algum tipo de ajuda; D = Dependente

ANEXO (S)

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.

Eu, Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, enfermeira, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, portadora do RG: 2654372 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira

Orientando

Kilvia Kiev Marcolino Mangueira

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ 2011

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.

Eu, Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, enfermeira, **Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG**, portadora do RG: 2654372 e CPF: 043.196.254-55 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira

CAJAZEIRAS, _____ DE _____ 2011

ANEXO C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na a Pesquisa “PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO” terá como objetivo geral DESCRER A PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.

Ao responsável legal pelo (a) idoso (a) só caberá a autorização para responder um roteiro de entrevista semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do idoso participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 88830758 com Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

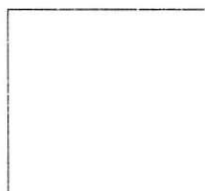
Assinatura do responsável legal pelo idoso _____

Assinatura do idoso _____

Assinatura Dactiloscópica
Responsável legal



Assinatura Dactiloscópica do Idoso



ANEXO D
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE DE CAJAZEIRAS ABRIGO DE IDOSOS “LUCA
ZORN”

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAJAZEIRAS ABRIGO DE IDOSOS "LUCA
ZORN"**

**CNPJ: 08.842.049/0001-01
RUA: ANÍZIO ROLIM, Nº: 88**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO" desenvolvida pela aluna Kilvia Kiev Marcolino Manguera do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ 2011

Maria de Fátima Cruz Pereira

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBÁ

ANEXO E
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL COMUNHÃO
ESPÍRITA CRISTÃ A CASA DO CAMINHO

COMUNHÃO ESPÍRITA CRISTÃ A CASA DO CAMINHO**CNPJ: 08.799.173/0005-73****RUA: BR 230, Km 470, N°:31****BAIRRO: ZONA RURAL****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO" desenvolvida pela aluna Kilvia Kiev Marcolino Mangueira do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ 2011

Valter Sarmiento de Sá Filho

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBÁ

ANEXO F
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
CENTRO DE AMPARO A VELHICE ABRIGO JESUS MARIA E JOSÉ

CENTRO DE AMPARO A VELHICE ABRIGO JESUS MARIA E JOSÉ

CNPJ: 08.799.173/0005-73

RUA: DOMINGOS AFONSO, S/N

BAIRRO: ANGELIM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO” desenvolvida pela aluna Kilvia Kiev Marcolino Manguera do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ 2011

José Elias de Sousa Sá

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBÁ

ANEXO G
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL LAR DOS IDOSOS – GRUPO
ESPÍRITA KARDECISTA O REENCONTRO

LAR DOS IDOSOS – GRUPO ESPÍRITA KARDECISTA O REENCONTRO

CNPJ: 12.722.914/0001-45

Rua: Flávio Marques Soares Medeiros, nº: 201

Bairro: Fátima Santos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO” desenvolvida pela aluna Kilvia Kiev Marcolino Manguera do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ 2011

Glória Maria Silva de Souza

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE**
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO H
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CALDEIRÃO, PARQUE



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE 0434.0.133.000-11

PARECER

x APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

**TITULO: PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS
ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

**PESQUISADOR JUNTO AO SISNEP: KENNIA SIBELLY MARQUES DE
ABRANTES**

PARECER: O presente estudo atende aos critérios exigidos pelo CEP/UEPB baseado na Res. Nº 196/96. Sendo assim, considerando a relevância da pesquisa considero

APROVADO

Campina Grande, 14/09/2011. Parecerista : 12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA.
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
DEPARTAMENTO DE PESQUISA