

MARÍLIA EGUES DA SILVA

**FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA**

RIO GRANDE
2011

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

**FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA**

MARÍLIA EGUES DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde de Indivíduos e Grupos Sociais.

ORIENTADORA: Dr^a. SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS.

RIO GRANDE
2011

S586 Silva, Marília Egues da

Fatores de risco para quedas em idosos: revisão integrativa da literatura a partir do diagnóstico de Enfermagem da NANDA / Marília Egues da Silva. – 2011.

88 f. : il.

Orientadora: Silvana Sidney Costa Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2011.

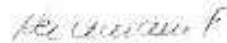
1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Acidentes por quedas. Título.
II. Santos, Silvana Sidney Costa

CDU: 616-083-053.9

MARILIA EGUES DA SILVA

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA
DA LITERATURA, A PARTIR DO DIANÓSTICO DE ENFERMAGEM DA
NANDA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 22 de fevereiro de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde

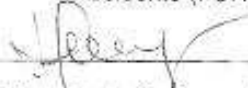


Helena Heidtmann Vaghetti
(Coordenadora do Programa)

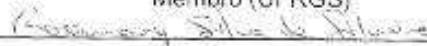
BANCA EXAMINADORA:



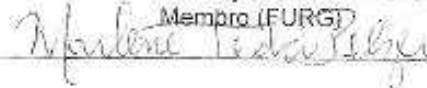
Dra. Silvana Sidney da Costa Santos
Presidente (FURG)



Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Membro (UFRGS)



Dra. Rosemary Silva da Silveira
Membro (FURG)



Dra. Marlene Teda Peizer
Membro (FURG)

Dedico essa dissertação

À Deus, porque para Ele são todas as coisas.

Agradecimentos

Aos meus pais, **Marco Pereira da Silva** e **Maria Luiza Egues da Silva**, por serem meus incentivadores incondicionais, pelo amor, pela dedicação, pela ajuda e respeito que demonstraram diante das minhas escolhas.

Aos meus irmãos, **Fernanda Egues Simões** e **Endrigo Egues da Silva**, por estarmos juntos nos momentos felizes e difíceis que a vida nos propiciou.

Ao meu namorado e amigo, **Thiago Freitas**, pela fidelidade, companheirismo e compreensão diante das minhas ausências.

Às minhas colegas de mestrado e amigas, **Caroline Ceolin**, **Josiane Cappellaro** e **Josefine Busanello**, por terem compartilhado as mais alegres experiências nesse período de atividades.

À **Escola de Enfermagem da FURG**, responsável pela minha formação como Enfermeira, e agora propiciadora da realização do meu curso de Mestrado.

À **banca examinadora**, pela disponibilidade e contribuições para construção do meu conhecimento.

Meu agradecimento especial a minha orientadora, **Silvana Sidney Costa Santos**, pelos ensinamentos, pelo carinho, pela paciência e pela amizade. Eterna gratidão e respeito.

Enfim, a todos os **familiares e amigos**, que fazem parte da minha vida, e que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para concretização dessa pesquisa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Desenho da revisão integrativa.....	33
Figura 2- Fotos de espaços reduzidos em moradias de idosos.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dados relacionados aos artigos.....	34
Quadro 2- Fatores de risco do ambiente para quedas.....	40
Quadro 3- Fatores de risco no adulto para quedas.....	44
Quadro 4- Fatores de risco fisiológico para quedas.....	50

RESUMO

SILVA, Marília Egues da. **Fatores de risco para quedas em idosos:** revisão integrativa da literatura a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

As quedas entre os idosos representam importante problema de saúde pública. Dessa forma, a presente pesquisa, procedente de um projeto oriundo do Projeto Universal 2008, teve como objetivo: analisar a produção científica brasileira e estrangeira dos últimos cinco anos, a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA “risco de quedas”, acerca dos fatores de risco para população idosa. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa, realizada em cinco fases: formulação do problema; coleta dos dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados; e apresentação dos dados. Para a coleta de dados utilizou-se os descritores: acidente por quedas e idoso, nas bases de dados da CINAHL e LILACS, tendo sido encontrados seiscentos e trinta e sete estudos, e sendo selecionados trinta e dois para análise de conteúdo. Os resultados foram apresentados considerando-se: informações relacionadas aos artigos e informações de relevância à pesquisa-fatores de riscos indicados na NANDA-I. Assim, após a análise dos dados, emergiram como categorias de fatores de risco: *ambientais*: ambiente com móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação e condições climáticas-piso escorregadio; *cognitivos*: estado mental rebaixado; *em adultos*: história de queda, idade acima de 65 anos, uso de dispositivos auxiliares; *fisiológicos*: dificuldades na marcha, dificuldades visuais, equilíbrio prejudicado, incontinência, neoplasia; *medicamentos*. Parece evidente que, da identificação dos fatores de risco para quedas nos idosos, emerge a necessidade do desenvolvimento de alternativas e estratégias que possibilitem modificações nos ambientes e componentes intrínsecos, passíveis de alterações. Assim, espera-se que essa pesquisa e as possíveis propostas de intervenção que surjam a partir dela sirvam como interconexão entre os serviços de saúde e a Academia, a fim de promover melhorias no cuidado ao idoso.

Descritores: Acidentes por quedas. Fatores de Risco. Idoso. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Marília Egues da. **Risk factors for falls among elderly**: integrative review of literature from diagnosis of nursing NANDA. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Falls among the elderly pose a major problem in public health. Thus, the following study, founded in a project of Universal Project 2008, aimed: to analyze the scientific production regarding the risk factors *for falls*, in the elderly population, both in Brazilian and foreign scientific literature within the last five years. The methodology applied was the integrative review, carried out in five stages: problem formulation; data collection; data assessment; data analysis and interpretation; and data presentation. For data collection, the following descriptors were used: fall accident and elderly, in the database of CINAHL and LILACS, where six hundred and thirty-seven studies were retrieved, from which thirty-two were selected for analysis of content. The results were presented taking into account: data related to the articles and relevant data to the research- risk factors indicated in NANDA-I. After data analysis, the following categories for risk factors emerged: *environmental*: environment with furniture and objects/rugs scattered around the floor, poor lighting, climatic conditions-slippery floor; *cognitive*: lowered mental state; *In adults*: history of falls, over 65 years of age, use of aid devices; *physiological*: marching difficulties, impaired vision, loss of balance, incontinence, neoplasia; *medications*. Understandably, by identifying the risk factors for falls among elderly there is a growing need for the development of alternatives and strategies to enable improvement in the environment as well as intrinsic components, open to alterations. Therefore, it is expected that this research and the following proposals of intervention which come up from it, may be an interconnection between the health services and the Academy, in order to promote improvements in the care of the elderly.

Descriptors: Accidental Falls. Risk Factors. Aged. Nursing.

RESUMEN

SILVA, Marília Egues da. **Los factores de riesgo de caídas en ancianos:** revisión integradora de la literatura de diagnóstico de enfermería NANDA. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

Las caídas entre los ancianos representan un importante problema de salud pública. Por lo tanto, la presente investigación, que se originó en un proyecto derivado del proyecto Universal 2008, tubo por objetivo: revisión de la literatura científica sobre los factores de riesgo de caídas en la población anciana, en la literatura nacional y extranjera, en los últimos cinco años. La metodología utilizada fue la revisión integradora, llevada a cabo en cinco fases: formulación del problema; recopilación de datos; evaluación de los datos; análisis e interpretación de los datos; y presentación de datos. Para la selección de datos se utilizó los siguientes descriptores: accidente por la caída y anciano, en las bases de datos de la CINAHL y la LILACS, se ha encontrado seiscientos treinta y siete estudios, y se seleccionaron treinta y dos para el análisis de contenido. Los resultados fueron presentados teniendo en cuenta: informaciones relacionadas con los artículos e informaciones de interés para la investigación - factores de riesgo listados en NANDA-I. Así, después del análisis de los datos, surgió como categorías de factores de riesgo: *ambientales*: ambiente con muebles y objetos/alfombras en el suelo, con poca luz, condiciones del clima – piso resbaladizo; *cognitivos*: el estado mental degradado; *en los adultos*: historia de caída, edad superior a 65 años, uso de dispositivos de asistencia; *fisiológicos*: dificultad para caminar, dificultades visuales, equilibrio dañado, incontinencia, neoplasia; medicamentos. Parece claro que, de la identificación de factores de riesgo de caídas entre los ancianos, surge la necesidad de elaborar alternativas y estrategias que permitan cambios en los ambientes y los componentes intrínsecos, sujetos a cambios. Por lo tanto, se espera que esta investigación y las posibles propuestas de acción que surjan de ella sirvan como la interconexión entre los servicios de salud y de la Academia, para promover mejora de la atención para los ancianos.

Descriptores: Accidentes por Caídas. Factores de Riesgo. Anciano. Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO BIBIOGRÁFICA.....	16
2.1 IDOSO, ENVELHECIMENTO VELHICE.....	16
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	19
2.3 QUEDAS.....	22
2.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO.....	24
2.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA.....	26
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 PRIMEIRA ETAPA: FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	29
3.2 SEGUNDA ETAPA: COLETA DE DADOS.....	30
3.3 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DOS DADOS.....	31
3.4 QUARTA ETAPA: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....	32
3.5 QUINTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
DADOS RELACIONADOS AOS ARTIGOS.....	34
FATORES DE RISCOS PARA QUEDAS.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

A proximidade pelo tema de Geriatria e Gerontologia surgiu durante aulas práticas e estágios ocorridos na graduação, na Escola de Enfermagem (EEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS), em que procurava realizar com maior zelo aquelas ações nas quais os idosos faziam parte, por entender/sentir que esse grupo necessitava de mais atenção, em razão de suas especificidades, tanto emocionais como físicas. E, dessa forma, dedicava mais tempo conversando com eles, ouvindo-os contar experiências acumuladas em suas vidas, suas alegrias e tristezas, com a sabedoria de quem ao longo dos anos construiu história.

Aliado a este fator, a vivência no 'Grupo de Ajuda Mútua para familiares de pacientes idosos com doença de Alzheimer', espaço destinado a oferecer suporte emocional aos seus integrantes, bem como, a participação na disciplina optativa de Enfermagem Gerontogeriatrica, hoje obrigatória na sexta série da EEnf/FURG, viabilizaram aprendizados sobre o processo de envelhecimento e sua repercussão no meio familiar e social.

Assim, minha formação, muito voltada ao idoso, direcionou-me, ao ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem, a desenvolver esta dissertação, relacionando a temática da pessoa idosa ao evento de queda.

Simultaneamente à minha trajetória acadêmica, passei a atuar no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrica, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), cadastrado no Diretório dos Grupos de Estudo e Pesquisa do CNPq, o qual, no momento, vem desenvolvendo investigações relacionadas ao evento "quedas" e suas consequências na qualidade de vida do idoso. Dessa forma, este projeto de pesquisa busca consolidar, também, as pesquisas do GEP-GERON. Esta pesquisa resultou da investigação intitulada "Estado Cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Rio Grande, RS/Brasil" (SANTOS, 2008). Trata-se de pesquisa que atendeu ao Edital MCT/CNPq Nº 014/2008 – Projeto Universal, Processo Nº 471005/2008.

A realidade é que o número de idosos vem aumentando significativamente e, em decorrência desse novo quadro demográfico, a velhice não pode ser visualizada como há algum tempo, quando a expectativa de vida girava em torno de 50 anos. Esta mudança de padrão populacional vem redefinindo as relações sociais e

constituindo uma nova e preocupante imagem, visto que os países em desenvolvimento ainda não estão preparados para acolher esta população de forma técnica e humanizada (CARVALHO, RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Alterações devem responder à pluralidade das questões emergentes, isto é, atender às demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade sem esquecer as particularidades do ser idoso. Essas transformações representam diferentes desafios à pesquisa em saúde/enfermagem na busca da articulação entre o progresso técnico e as organizações sociais (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Ao mesmo tempo em que essas mudanças no perfil populacional provocam modificações no tipo de atenção despendida, impõem desafios para o governo, traduzidos na emergência de políticas sociais e de saúde condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida.

Nesse contexto, no Brasil, os direitos dos idosos foram, inicialmente, garantidos na Constituição de 1988; em seguida, por meio da aprovação de Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994 e Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996, que dispõe e regulamenta, respectivamente, a Política Nacional do Idoso (PNI); e, depois, com a criação do Estatuto do Idoso, em 2003, Lei n.º 10.741, ampliou-se a resposta do Estado e da sociedade às indigências da população idosa.

Uma das características do envelhecimento populacional brasileiro é o acúmulo de incapacidades progressivas nas atividades funcionais e de vida diária, associadas às condições socioeconômicas adversas. O risco de mortalidade é substituído por comorbidades, e a manutenção da capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde (PAPALEO NETTO, 2006). Tal paradigma passa a ser responsabilidade de todos, inclusive dos que atuam na enfermagem.

Nesse cenário, a longevidade passa a ser contraditória, porque, ao mesmo tempo em que significa mais anos de vida, implica, também, maiores prejuízos físicos e psicológicos. Isso pode ser exemplificado com a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), isolamento, depressão, declínio na posição social e aumento da dependência (LANGE, 2005). Acrescentam-se ainda as possíveis consequências que a queda pode acarretar na qualidade de vida do idoso, resultando em acréscimo de anos à vida, e não de vida satisfatória aos anos.

A queda pode ser considerada um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa, marcador potencial do início de importante declínio da função e/ou sintoma de uma doença. Sua frequência pode aumentar progressivamente com a idade, em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais (LANGE, 2005).

Assinala-se que as quedas são causas importantes de morbidade entre os idosos. Além de poder ocorrer consequências calamitosas como fraturas, poderá haver perda da confiança para caminhar devido ao temor de novas quedas, situação denominada Síndrome pós-quedas, fazendo com que o idoso diminuía sua mobilidade e independência (PAPALEO NETTO, 2006). Por isso, tornam-se necessárias medidas de intervenção por parte dos profissionais da saúde, visando à alteração de atitudes e redução de danos gerados por estes acidentes.

Dentre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, o uso do diagnóstico de enfermagem surge como importante ferramenta, pois permite o conhecimento das respostas humanas e contextuais alteradas; contribuindo para o desenvolvimento de ações direcionadas e individualizadas. Assim, nesta pesquisa, organizou-se os dados presentes na literatura que abordam os fatores de risco de queda na população idosa, levando em consideração a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2010), o que poderá contribuir para a construção de uma linguagem comum e válida para a prática profissional.

Tendo por base o crescente aumento da população de idosos e a dificuldade de encontrar e sintetizar referencial disponível na área da Enfermagem brasileira no tocante ao tema quedas em idosos, torna-se necessário a realização de estudos direcionados que contemplem esta faixa etária, ainda pouco explorada, em relação aos fatores de risco nesse tipo de acidente.

O desenvolvimento e a utilização de conhecimentos científicos são essenciais para a melhoria dos cuidados realizados pelos enfermeiros. A fundamentação das decisões e ações na prática clínica tende a fortalecer a enfermagem como profissão.

É preciso investigar, explicitar o corpo de conhecimento produzido, assim como, identificar as prioridades de pesquisa para fornecer respaldo e direcionamento científico às ações de enfermagem. Frente às possíveis implicações e consequências das quedas na vida das pessoas idosas e sua relação com o cuidado dispensado pelo enfermeiro, apresenta-se como questão de pesquisa, a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA “risco de quedas”, que fatores

podem ser identificados na literatura científica brasileira e estrangeira, nos últimos cinco anos, sobre a população idosa.

Dessa forma, teve-se como objetivo:

- Analisar a produção científica brasileira e estrangeira dos últimos cinco anos, a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA “risco de quedas”, acerca dos fatores de risco para população idosa.

Apresenta-se, a seguir, a revisão bibliográfica com aspectos relacionados ao idoso, políticas públicas, cuidado e diagnóstico de enfermagem.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tem como finalidade proporcionar ao leitor uma visão geral do embasamento teórico que sustenta esta pesquisa. Primeiro, realiza-se uma reflexão sobre o conceito do ser idoso e dos aspectos gerais do envelhecimento, considerando, também, a velhice. A seguir, fazem-se algumas considerações sobre as políticas públicas, internacionais e nacionais, voltadas à garantia dos direitos do idoso e suas interfaces com as políticas de saúde que apontam para mudanças nos serviços e nas práticas dos profissionais que atuam nessa área. Terceiro, caracteriza-se o evento quedas. Quarto, apresenta-se o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso. Em quinto, diagnósticos de enfermagem e sua relação com a NANDA são brevemente descritos.

2.1 Idoso, envelhecimento e velhice

As sociedades possuem os seus próprios determinantes para definir o que significa ser idoso, indícios que os seus membros elegem, variando de acordo com a época, local e concepções culturais e filosóficas instituídas nos locais em que vivem, e, entre os quais, podem-se citar as características fisiológicas e estáticas da velhice (POLARO, 2001).

Dentre os vários critérios para se conceituar o ser idoso, a idade cronológica tem sido muito utilizada, principalmente para o estabelecimento de ações voltadas às políticas sociais e de saúde do idoso. Esse critério também vem sendo utilizado no ensino e em pesquisas, considerando a necessidade de uniformização da linguagem.

A Organização das Nações Unidas (ONU), durante a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População, definiu como idoso todo indivíduo com 60 anos e mais que resida em países em desenvolvimento, e de 65 anos e mais no caso de países desenvolvidos (ONU, 1982). Essa definição está diretamente relacionada à qualidade de vida que os países podem proporcionar aos seus habitantes.

O grupo social idoso, mesmo quando definido etariamente, não suscita referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas indivíduos com determinadas características sociais e biológicas. O conceito do idoso envolve mais

do que a simples demarcação de idades limítrofes biológicas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na determinação de quem seja idoso, torna-se desejável perceber que, ao longo dos anos, são processadas modificações além das que ocorrem no corpo, na dimensão física, mas, também, na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por esta etapa do processo de viver (MENDES, 2005).

Acrescenta-se que o ser humano idoso tem várias dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo (SANTOS, 2003). A condição etária é apenas uma das dimensões inseridas na especificidade do ser humano idoso.

O processo de envelhecimento é gradual, inicia-se no momento do nascimento e continua acontecendo ao longo de toda vida. Tal processo não pode ser evitado, mas pode ocorrer de forma tranquila e saudável, desde que as pessoas se preparem para adaptar-se às transformações que irão acontecer em todo processo de viver e, também, tenham apoio da sociedade/família, principalmente, do governo do seu país quanto à garantia de seus direitos.

Há controvérsias na definição dos indicadores para as variáveis envolvidas no processo do envelhecimento, pode-se perceber isso através da citação abaixo:

(...) ao surgir discordância sobre quais seriam os indicadores capazes de identificar ou mensurar as variáveis envolvidas no fenômeno [envelhecimento], estabelece-se a dificuldade de construir conceitos fundamentais que possam ser articulados em construções lógicas explicativas do envelhecimento (LEME, 2002, p. 14).

O fato é que o aumento da longevidade é um fenômeno mundial, com importantes repercussões nos campos demográfico, social e econômico. Nunca houve na história da humanidade tanta chance de envelhecer. Na segunda metade do século XX nenhuma faixa etária cresceu tanto, de maneira proporcional, quanto a dos idosos. No entanto, a existência de uma maior expectativa de vida não significa um viver com qualidade.

Dessa forma, desde os anos 40, as taxas mais altas de crescimento populacional têm sido observadas entre a população idosa. Nos anos 50, esta já atingira valores superiores a 3% ao ano. Entre 1991 e 2000, abrangeu 3,4%. Além disso, a proporção de idosos com idade de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Entre 1991 e

2000, o número de octogenários cresceu a uma taxa anual de 5,4%. Em 2000, esse segmento foi responsável por 12,6% do total da população idosa (LIMA-COSTA, CAMARANO, 2008).

No Brasil, o contingente de pessoas com 60 anos e mais soma cerca de 21 milhões. Este número supera a população total de habitantes de vários países europeus, entre os quais, pode-se citar a França, Inglaterra e Itália. Considerando o segmento de pessoas com mais de 75 anos (cerca de 5,5 milhões), a população idosa brasileira toma proporções significativas, mudando bastante o perfil etário, pois, até pouco tempo o país era considerado jovem (IBGE, 2009), ou seja, apresentava menos de 7% de sua população total composta por maiores de 60 anos.

Nos países em desenvolvimento, o aumento da expectativa de vida se deve aos avanços tecnológicos relacionados à área da saúde nos últimos anos, como a disponibilização de vacinas, surgimento de novos antibióticos e quimioterápicos, os quais tornaram possível a prevenção e/ou cura de muitas doenças. Aliado aos progressos na área da saúde, o Brasil vem apresentando, nas últimas décadas, uma queda significativa nas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas de fecundidade. A agregação destes fatores fundamenta a transição demográfica na população nacional (VERAS et al., 2002; CARVALHO-FILHO; PAPALÉO-NETTO, 2005), repercutindo na transição epidemiológica.

Os idosos, nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, vivem a velhice de forma diversificada, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais. Vários fatores podem acelerar o processo de envelhecimento, alguns deles podem ser citados: nutrição inadequada, estado de saúde alterado, experiências de vida conflitantes, ambiente/contexto hostil, tendências hereditárias para algumas doenças ou incapacidades, inatividade/sedentarismo e presença de estresse (ELIOPOULOS, 2011). Cada pessoa envelhece de maneira individualizada, porém muitas características são evidentes na maioria dos seres humanos de uma mesma faixa etária.

A velhice é uma fase de vida e nela o organismo do idoso apresenta singularidades; é também um processo psicológico, pois algumas condições dos idosos são somente suas. Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, ou seja, modifica a relação do ser humano com o tempo, alterando sua relação com o mundo e com sua própria história. A velhice não

deveria ser vista como um fato estático, mas como o resultado e prolongamento de um processo, que é o próprio envelhecimento (SANTOS, 2003).

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva das funções dos indivíduos, situação denominada de senescência, o que, em condições normais, não provoca qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga pode ocasionar condição patológica que requeira assistência, condição chamada de senilidade (BRASIL, 2006), e afetar a autonomia e capacidade funcional dos idosos.

Autonomia, independência e capacidade funcional são aspectos importantes na qualidade de vida dos idosos. A autonomia é a capacidade de decisão, quando o idoso possui condições de fazer suas próprias escolhas. A independência ocorre quando o idoso tem competência de realizar determinadas tarefas com seus próprios meios. A capacidade funcional está relacionada com a aptidão do idoso na realização das suas atividades de vida diária (PAPALEO NETTO, 2006).

Verifica-se um crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada, o número de pessoas idosas dependentes nas Atividades de Vida Diária (AVD) dobrará na segunda ou terceira década do século XXI. Para aumentar as chances de um envelhecimento saudável e ativo, as políticas públicas voltadas às questões sociais e de saúde devem promover a habilidade funcional e construir um sistema adequado de suporte social para esse contingente populacional (PASCHOAL, 2007). Assim, descrevem-se as políticas, internacionais e nacionais que direcionam medidas coletivas e individuais em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para o idoso, condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida.

2.2 Políticas Públicas

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, no ano de 1982, constituiu o marco para o estabelecimento de uma agenda pública internacional voltada para a população idosa. Dessa assembleia resultou um plano global de ação que objetivava, principalmente, garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, bem como, identificar oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento (RODRIGUES et al, 2007; CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Brasil, como membro signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, passou a incorporar mais assertivamente esse tema em sua agenda política. Com a promulgação da Constituição de 1988 estabeleceu-se um avanço nas políticas sociais de proteção à pessoa idosa, as quais foram fortemente influenciadas pelas orientações contidas em tal Plano (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Dando continuidade às diretrizes constitucionais, e em reconhecimento à importância do processo de envelhecimento populacional no Brasil, foi aprovada em 1994 a Lei 8.842 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa lei assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994; RODRIGUES et al., 2007).

Durante 20 anos, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado em Viena, norteou pensamento e ação sobre o tema, gerando iniciativas e políticas de importância crucial. Em continuidade a esse processo, durante a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em 2002, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), foi elaborado o Plano de Madri. Esse Plano constituiu-se numa declaração política e numa estratégia de ação que serviria como fonte de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI, norteando políticas e programas dirigidos à população idosa em todos os países signatários, entre eles o Brasil (ONU, 2002).

O Plano de Madri destaca a necessidade do estabelecimento de parcerias entre Estado, sociedade civil e setor privado para a sua execução, além da cooperação internacional. Fundamenta-se em três princípios básicos. O primeiro refere-se à participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza. Para o alcance desse princípio, faz-se necessária a adoção de políticas relacionadas ao trabalho e à seguridade social para que haja adequação das instituições com vistas à integração dos idosos. (ONU, 2002). O segundo princípio do Plano de Madri diz respeito ao fomento da saúde e do bem-estar na velhice. Para tanto, deve-se promover a melhoria da saúde desde a infância e sua manutenção durante toda a vida. Para alcançar esse princípio, o plano destaca a necessidade de políticas de promoção da saúde que considerem os fatores ambientais, sociais, econômicos, educacionais e culturais como determinantes do

processo saúde/doença. O terceiro princípio enfatiza a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento, através de políticas voltadas à família e à comunidade que garantam a segurança e a solidariedade intergeracional (ONU, 2002).

Para que a velhice possa constituir-se numa experiência positiva é necessário que seja assegurado ao idoso o cumprimento dos direitos acerca de sua saúde, da participação na sociedade e das condições de segurança. A abordagem do curso de vida voltado para o envelhecimento ativo deve ser realizada através de intervenções que criem ambientes de suporte e favoreçam escolhas saudáveis em todos os estágios da vida, possibilitando a prevenção e a postergação das DCNT e de acidentes.

No Brasil, com o surgimento do Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, aprovado em 2003, ampliou-se a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa, de forma integral, em todos os níveis de atenção.(BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso vem para contribuir com a legislação que protege os idosos, permitindo que estes sejam instrumentalizados para exercerem os seus direitos.

Com o surgimento do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas federativas, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional do Idoso. Tais prioridades referem-se à saúde do idoso; ao controle do câncer de colo de útero e de mama; à redução da mortalidade materna e infantil; ao fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; à promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A última versão do Pacto pela Vida, portaria n° 325, de 21 de fevereiro de 2008, no que se refere à população com idade de 60 anos e mais, objetiva identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BRASIL, 2008). Assim, percebe-se que a prevenção de quedas, maior causa das fraturas em idosos, passa a ser prioridade das ações dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A publicação do Pacto pela Vida tem sido um avanço importante, mas muito necessita ser feito para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Para tanto, foi aprovada a Portaria 2.2528 de 19 de outubro de 2006, que reorganiza a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006c, p. 3).

Além do conhecimento sobre a PNSPI, há necessidade de que os trabalhadores da saúde, e principalmente o enfermeiro, enfatizem a implementação do conhecimento científico e tecnológico no cuidado à pessoa idosa, nele incluído o conhecimento acerca da avaliação multidimensional do idoso, avaliação esta, que envolve as várias dimensões do ser idoso, entre as quais: a social, a cognitiva, a afetiva, a funcional e questões relacionadas às quedas.

2.3 Quedas

A queda pode tornar-se um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morbidade, declínio da funcionalidade de idosos, necessidade de institucionalização e até morte (PERRACINI, 2002).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca esse evento como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à sua maior longevidade, competindo por recursos de saúde e aumentando a demanda por cuidados de longa duração (PERRACINI, 2002).

A queda pode ser definida como

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

Esse evento apresenta causa multifatorial, que é constituída por elementos causais classificados como intrínsecos ou de ordem interna e extrínsecos ou de caráter externo, envolvendo o ambiente/contexto.

As causas intrínsecas são decorrentes de processos fisiológicos (senescência) e/ou patológicos do envelhecimento (senilidade), isto é, dizem respeito ao próprio idoso e correspondem à tendência de lentidão dos mecanismos corporais centrais, importantes para os reflexos posturais. Podem estar associadas a

doenças específicas: epilepsia, ligada a perda de consciência; doença de Parkinson, pelos distúrbios da marcha, postura e equilíbrio; demências, pelos distúrbios de percepção ambiental; ataques de quedas, os chamados *drop attacks*, caracterizados por ataques súbitos de quedas sem perda da consciência (PAPALEO NETTO, 2006).

As quedas ainda podem ser induzidas por meio de inúmeros mecanismos diretos e indiretos da medicação utilizada. Drogas como sedativos e ansiolíticos, antidepressivos e agentes cardiovasculares (tais como diuréticos, anti-hipertensivos) podem predispor às quedas, por causarem hipotensão postural, sedação excessiva, diminuição no tempo de reação, dificuldades no equilíbrio e no caminhar, arritmias e danos ao estado de alerta cognitivo (TIDEIKSAAR, 2003).

As causas extrínsecas são aquelas representadas pelos fatores sociais e ambientais/contextuais incluídos nas quedas, como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, degraus altos, ausência de corrimões nos corredores e banheiros, uso de calçados inadequados (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004, CAIXETA, 2006), dentre outros. Dessa forma, o ambiente relaciona os objetos às pessoas, podendo ser adequado ou oferecendo riscos para o ser humano. Para o idoso, a questão da acessibilidade é vital, principalmente dentro de sua casa ou da Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI), possibilitando uma vida de independência e dignidade.

As quedas podem ser classificadas a partir da frequência com que ocorrem e do tipo de consequência advinda do evento. A queda acidental é aquele evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso escorregadio, um degrau sem sinalização. Em contrapartida, a queda recorrente, expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como DCNT, polifarmácia, distúrbios do equilíbrio corporal, déficits sensoriais (PERRACINI, 2002).

A incidência de quedas em idosos residentes na comunidade varia de 0,2 a 1,6 quedas/por pessoa/por ano, com uma média de aproximadamente 0,7 quedas por ano. Em idosos hospitalizados a média é de 1,4 quedas/por leito/por ano, variando de 0,5 a 2,7 quedas (RIBEIRO, 2008).

Nos idosos institucionalizados, a prevalência é consideravelmente maior chegando até 75%, com uma incidência de 0,2 a 3,6 quedas/por leito/por ano devido à maior vulnerabilidade deles (RIBEIRO, 2008). Acrescenta-se a essa última

assertiva, a implantação da obrigatoriedade de notificação imediatamente após o acontecimento do evento, com lesão, à autoridade sanitária local, conforme Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as ILPIs da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005). Fato que talvez justifique o maior número de ocorrências de quedas em idosos institucionalizados.

Dos idosos residentes na comunidade que caem a cada ano, entre 5% a 10% têm como consequência lesões severas como fratura, traumatismo craniano e lacerações sérias que reduzem sua mobilidade e independência, aumentando as chances de morte prematura. Cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia ao evento (RIBEIRO, 2008), necessitando ainda de tratamento especializado, com alto custo para o SUS.

Além da alta mortalidade, destacam-se ainda como consequências relevantes o fato da queda poder causar restrição de mobilidade, incapacidade funcional, isolamento social, insegurança e medo, detonando um mecanismo cumulativo e em efeito dominó de eventos prejudiciais a saúde e qualidade de vida dos idosos (KELLY et al., 2003).

A maior suscetibilidade dos idosos a sofrerem lesões decorrentes de uma queda deve-se a alta prevalência de comorbidades presentes nessa população, associado ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento, como o aumento do tempo de reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal, fazendo de uma queda leve um evento potencialmente perigoso (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

A morbidade e mortalidade entre os idosos tendem a aumentar devido às quedas. No entanto, são passíveis de prevenção. Por isso, tornam-se necessárias medidas de ação por parte dos profissionais de saúde, visando à alteração de atitudes e à redução de danos gerados por estes acidentes (LOPES et al, 2007); sendo também foco de relevância no cuidado de enfermagem direcionado ao ser humano idoso.

2.4 Cuidado de Enfermagem ao idoso

O cuidado é o fundamento da ciência e a arte da Enfermagem. Cuidar vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que se encontra fragilizado. Acontece quando aquele que cuida compreende o mundo

subjetivo do outro e o expressa de tal forma que a singularidade de cada um emerge, surgindo a dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de Ser de cada um (CALDAS, 2000).

Embora método e técnicas de Enfermagem não sejam diferentes na gerontogeriatria, existe uma especificidade demonstrada através do conhecimento do processo de envelhecimento normal e patológico e de todo um conjunto de conhecimentos próprios, necessários ao atendimento da população idosa. Esta especificidade se traduz nos cuidados mais diretos junto ao idoso e depende de uma acurada sensibilidade, fruto de conhecimentos peculiares e treinamento de habilidades do enfermeiro na área gerontogerátrica.

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

Inseridos no cuidado de enfermagem ao idoso, estão aspectos relacionados às alterações na funcionalidade e às quedas, representando desafios no atendimento aos idosos.

Quanto à funcionalidade, verifica-se que quando se fala em cuidados de saúde ao idoso, tem-se em vista a conservação de seu estado/condição, visando manutenção de sua autonomia e independência.

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

É fundamental para a prática da enfermagem gerontogerátrica que o conceito de qualidade de vida assuma muito maior destaque que o conceito de cura da doença. O prioritário é promover a saúde do idoso e não se preocupar com o quadro patológico apenas. O cuidar inclui, então, a redução de fatores de risco previsíveis.

As questões voltadas ao envelhecimento ainda são recentes no cenário de pesquisa nacional. Necessita-se de um número maior de investigações voltadas para essa temática e que se correlacionem com a prática profissional e a vida diária

dos idosos que, mesmo possuindo políticas específicas, podem desconhecer o seu teor, colaborando para que elas não venham a se efetivar na prática (SANTOS *et al.*, 2008). No cuidado de enfermagem direcionado ao idoso, foca-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem como contributivo do enfermeiro na efetivação das políticas públicas.

2.5 Diagnóstico de Enfermagem da NANDA

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer fundamentado no conhecimento técnico-científico da área. O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem, direcionada pelo Histórico de enfermagem.

O uso de um sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem contribui para uniformizar a linguagem dos enfermeiros, aprimorar a comunicação, fornecer dados para pesquisa e desenvolver um corpo de conhecimentos da profissão (WARREN, 1983). Os elementos inerentes à prática profissional (diagnósticos, ações e resultados de enfermagem) favoreceram o desenvolvimento, em curso, de sistemas de classificação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área.

Apesar dos benefícios, há ainda algumas dificuldades na utilização do diagnóstico de enfermagem, tais como: falta de uniformidade e indefinição de termos; falta de habilidade no estabelecimento dos diagnósticos; resistência dos profissionais em implementar o processo de enfermagem (JESUS, 1995). Nesse cenário, fica clara a necessidade de aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte dessa ferramenta.

É importante esclarecer que a escolha da classificação dos diagnósticos de enfermagem também envolve questões metodológicas, uma vez que existem diversas classificações a serem utilizadas pelos enfermeiros em sua prática clínica. Segundo Nóbrega e Gutiérrez (2000), os sistemas de classificação relacionados às fases do processo de enfermagem mais utilizadas no Brasil são a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Mais recentemente têm surgido alguns

estudos sobre aplicações da Classificação Internacional da Prática da Enfermagem (CIPE), mais especificamente na área da saúde coletiva.

Neste estudo, optou-se por adotar a Taxonomia II proposta pela NANDA-I (2010), por ser uma classificação mundialmente utilizada na prática clínica de enfermagem, apresentando uma linguagem padronizada, traduzida e adaptada para várias línguas e países (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

A NANDA é uma associação norte-americana que organiza a padronização da linguagem de um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem e atualiza a sua publicação a cada dois anos em suas assembleias.

A Taxonomia II da NANDA foi elaborada para ser multiaxial, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações. Essa Taxonomia é composta por sete eixos, sendo um eixo operacionalmente definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Os eixos são representados nos diagnósticos de enfermagem nomeados/codificados por valores e, em alguns casos, eles são denominados explicitamente, em outros, o eixo é implícito. (NANDA, 2010).

Os eixos são:

Eixo 1 – conceito diagnóstico

Eixo 2 – sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade)

Eixo 3 – julgamento (p.ex. prejudicado, ineficaz)

Eixo 4 – localização (p.ex. bexiga)

Eixo 5 – idade

Eixo 6 – tempo (crônico, agudo, intermitente)

Eixo 7 – situação do diagnóstico (real, risco para, bem-estar)

Os domínios, de acordo com a Taxonomia II da Nanda (2010), representam uma esfera de atividade, estudo ou interesse, são eles:

Domínio 1 – Promoção da Saúde

Domínio 2 – Nutrição

Domínio 3 – Eliminação e troca

Domínio 4 – Atividade/Repouso

Domínio 5 – Percepção/Cognição

Domínio 6 – Autopercepção

Domínio 7 – Papéis e relacionamentos

Domínio 8 – Sexualidade

Domínio 9 – Enfrentamento/Tolerância ao estresse

Domínio 10 – Princípios da vida

Domínio 11 – Segurança/Proteção

Domínio 12 – Conforto

Domínio 13 – Crescimento/Desenvolvimento

As classes envolvem a subdivisão de um grupo maior, uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria. Por exemplo, o domínio 11 – Segurança/proteção, representado pela definição: “estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e de ausência de perigos” (NANDA, 2010, p. 398), apresenta seis classes, dentre as quais, a de número 2 se mostra adequada a esse estudo: *Lesão física*- dano ou ferimento ao organismo.

Os diagnósticos de enfermagem têm sido apresentados pela Taxonomia II da NANDA (2010), considerando-se os seguintes componentes: *enunciado diagnóstico*, que é uma frase concisa ou um termo que representa padrão de indicadores relacionados; *definição*, fornecendo uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delinea o seu significado; *características definidoras* são indícios observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico; *fatores de risco*, considerados àqueles ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento insalubre; *fatores relacionados*, condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico ou influenciar o seu aparecimento.

O diagnóstico de enfermagem *risco de quedas* foi aprovado/incluído no ano de 2000. De acordo com a Taxonomia II da NANDA-I, encontra-se no domínio 11 e é definido como uma “suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.” (2010, p. 343).

Os fatores de risco deste diagnóstico descrito na Taxonomia II da NANDA- I (2010) estão divididos em: ambientais; cognitivos; em adultos; em crianças; fisiológicos; medicamentos. A lista de tais fatores é extensa, porém compete ao enfermeiro selecionar os mais pertinentes. Observa-se, ainda, que o diagnóstico em questão reporta-se à queda advinda também em crianças, e não somente àquela associada ao adulto/idoso. Neste estudo verificou-se a necessidade de um maior direcionamento deste diagnóstico de enfermagem de risco à população idosa.

3. METODOLOGIA

Utilizou-se de Revisão Integrativa (RI) por apresentar-se como um dos mais amplos métodos de revisão, visto que resume dados empíricos e teóricos da literatura para proporcionar um entendimento mais abrangente de um fenômeno em particular e/ou problema de saúde (WHITTEMORE; KNAF, 2005).

A revisão integrativa (RI) busca superar possíveis vieses em todas as etapas ao seguir um método rigoroso de busca, seleção e avaliação da relevância e validade do material encontrado. É assim denominada por fornecer informações abrangentes sobre um evento particular interconectando elementos isolados de estudos já existentes. Inclui pesquisas qualitativas e quantitativas, permitindo realizar uma síntese de investigações realizadas e obter conclusões sobre um tema de interesse (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A RI também permite ao pesquisador reconhecer os autores mais importantes que abordam o assunto, as áreas em que atuam e suas contribuições de maior relevância, possibilitando a distinção entre achados científicos e opiniões e a promoção de impacto sobre a prática profissional da enfermagem (CAMPOS, 2005).

A revisão integrativa possibilita, ainda, a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais (COOPER, 1989). Subsidia a elaboração de conceitos, o desenvolvimento/revisão de teorias e contribui para aplicabilidade direta nas práticas de saúde e na elaboração de políticas (WHITTEMORE; KNAFL 2005).

A elaboração de uma revisão integrativa pode ocorrer em cinco etapas distintas: 1) formulação do problema, 2) coleta dos dados, 3) avaliação dos dados coletados, 4) análise e interpretação dos dados e 5) apresentação dos resultados (COOPER, 1989), as quais foram utilizadas neste estudo e serão apresentadas a seguir.

3.1 Primeira etapa: formulação do problema

A etapa inicial caracteriza-se pelo aprofundamento teórico a respeito do objeto de estudo abordado; compreende formular, em seguida, o propósito da revisão e propor questões relacionadas a serem respondidas ou hipóteses a serem testadas. O pesquisador deve identificar o propósito da revisão de maneira clara e específica, pois poupa esforços e facilita a definição dos critérios de

inclusão/exclusão dos estudos investigados, extração e análise das informações e identificação das melhores estratégias de busca (COOPER, 1989).

Dessa maneira, trabalhou-se como questão de pesquisa: a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA “risco de quedas”, que fatores podem ser identificados na literatura científica brasileira e estrangeira, nos últimos cinco anos, sobre a população idosa. A revisão de literatura foi construída desde que se pensou no tema da pesquisa e seguiu-se até a apresentação dos resultados finais do estudo.

3.2 Segunda etapa: coleta de dados

Nesta etapa foram definidos os critérios de inclusão/exclusão dos estudos investigados, estratégias e bases de dados utilizados na busca. Os critérios de amostragem devem garantir a representatividade da amostra, sob pena de interferir na validade do estudo.

A melhor abordagem seria a inclusão de todos os estudos encontrados, ou a seleção randomizada dos mesmos; caso as duas possibilidades não sejam possíveis, os critérios de inclusão/exclusão devem ser claramente expostos (GANONG, 1987).

Assim, os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção dos artigos deste estudo foram os seguintes:

- indexação nas bases de dados escolhidas, de acordo com aos descritores “acidentes por quedas” e “idosos” separadas pelo operador booleano “and” no resumo;
- publicações em inglês, português ou espanhol;
- publicações no período compreendido entre 2005 a julho de 2010;
- apresentação de resumo para primeira análise;
- presença de texto completo dos estudos que abordassem os fatores de risco listados pela NANDA para quedas, em pessoas com 60 anos e mais.

A seleção da estratégia de busca deve tentar minimizar a perda de estudos e objetivar a eficiência, ou seja, não exigir tempo excessivo, usar primeiramente as fontes que sejam mais propensas a trazer resultados (HIGGINS; GREEN, 2005). Esta etapa efetiva-se melhor se forem utilizadas bases de dados eletrônicas.

As bases de dados eletrônicas podem ser classificadas como gerais, aquelas que abordam grandes áreas do conhecimento, como exemplos citam-se: ciências da saúde, ciências humanas, indexam grande número de publicações. Específicas, aquelas que abordam áreas peculiares do conhecimento, por exemplo, enfermagem, as quais apresentam menor quantidade de publicações indexadas (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

Face ao vasto volume de informação existente atualmente, foram utilizadas bases gerais usuais em revisões sistemáticas na saúde e específicas da área da Enfermagem.

Na presente revisão, utilizaram-se as seguintes bases de dados internacionais:

- base específica de enfermagem – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) [<http://www.cinahl.com>].
- base geral latino-americana – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) [<http://www.bireme.br>].

3.3 Terceira etapa: avaliação dos dados

É nesta fase que se torna fundamental ao pesquisador determinar os procedimentos empregados nos estudos avaliados que permitiram encontrar evidências relevantes; identificar os dados potencialmente expressivos nos estudos e as diferenças entre as pesquisas (COOPER, 1984).

O propósito prático dessa etapa foi sumarizar e documentar, de forma concisa e fácil, as informações-chave de cada artigo incluído na revisão. Para um melhor direcionamento da pesquisa, a coleta de dados pode ser desempenhada mediante a aplicação de um instrumento de registro.

O instrumento serve para facilitar o acesso e a recuperação das informações contidas nos artigos inclusos na RI. A elaboração e o uso de instrumentos de coleta são necessários a fim de permitir a avaliação individual do método (BROOME, 1993).

O instrumento utilizado para avaliação dos estudos a serem investigados deve ser explicado e disponibilizado aos leitores de uma revisão integrativa, com o objetivo de não comprometer a validação dos resultados. Sob essa perspectiva, a coleta de dados deste estudo foi desenvolvida mediante a aplicação de um

instrumento de registro (Apêndice A), no qual constam os seguintes itens: dados relacionados aos artigos localizados e aqueles relativos aos riscos para quedas, segundo o diagnóstico de Enfermagem da NANDA “*Risco de quedas*”.

3.4 Quarta etapa: análise e interpretação

Nesta etapa, os dados extraídos dos artigos investigados foram discutidos, sintetizados e comparados com o conhecimento teórico, delimitando prioridades para futuras pesquisas.

Neste estudo a comparação dos dados envolveu um processo de análise do quadro de visualização (Apêndice B) dos dados das fontes primárias para identificar padrões, temas ou relações, assim como os achados de cada artigo que compôs a amostra.

3.5 Quinta etapa: apresentação dos resultados

As conclusões das revisões integrativas podem ser publicadas em forma de tabelas ou gráficos. Não há modelos a serem seguidos para a apresentação dos resultados, contudo, o pesquisador deve explicitar as possíveis lacunas e vieses da pesquisa (COOPER, 1989).

Aqui, optou-se por apresentar esses resultados, inicialmente por meio de quadros com dados extraídos dos artigos localizados e, depois, utilizando-se da técnica de análise temática, a partir de categorias estabelecidas, *a priori*, considerando-se fatores de risco no diagnóstico de Enfermagem da NANDA “*Risco de quedas*”. A interpretação dos dados surgiu junto à apresentação dos resultados e à luz da bibliografia da Enfermagem e da Gerontologia, relativa aos acidentes por quedas.

Os estudos de revisão integrativa poderão trazer contribuições valiosas para a enfermagem, fundamentando cientificamente as ações na prática clínica do enfermeiro.

Figura 1: Desenho da revisão integrativa realizado na presente pesquisa, adaptada de modelo elaborado no GEP-GERON Rio Grande, 2011.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo inicia-se com a apresentação e discussão dos dados relacionados diretamente aos artigos investigados. Depois, discorre-se acerca dos fatores de riscos para quedas em pessoas idosas, cujos temas foram estabelecidos *a priori* a partir do diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas” (NANDA, 2010) e são assim descritos: Ambientais, Em adultos, Cognitivos, Fisiológicos, Medicamentos.

4.1 Dados relacionados aos artigos

Na presente RI localizou-se inicialmente 637 artigos, dos quais 541 foram excluídos por não contemplarem os fatores contidos no diagnóstico de enfermagem Risco de quedas (NANDA, 2010), e outros 64 por abrangerem outras faixas etárias, além das de 60 anos e mais.

No quadro 1 apresentam-se os dados dos 32 estudos que atenderam aos critérios de seleção previamente estabelecidos e que compuseram o *corpus* desta pesquisa.

Quadro 1 – Dados relacionados aos artigos localizados, Rio Grande, 2011.

Nº	Título	Ano	Banco de dados	Periódico	Abordagem Metodológica	País de origem
I	A pilot study of falls risk and vestibular dysfunction in older fallers presenting to hospital Emergency Departments	2005	Cinahl	Disability and Rehabilitation	Quantitativa	Austrália
II	Prevention of falls in older people	2005	Cinahl	Disability and Rehabilitation	Qualitativa	Austrália
III	Older people's experience of falls: understanding, interpretation and autonomy	2006	Cinahl	Journal of Advanced Nursing	Quali-quantitativa	Inglaterra
IV	The physical performance	2006	Cinahl	Disability and Rehabilitation	Quantitativa	Bélgica

	test as a predictor of frequent fallers: a prospective community-based cohort study				Rehabilitation		
V	Assessing falls in older people	2007	Cinahl	Gerontological Care and Practice	Qualitativa	Inglaterra	
VI	Circumstances and consequences of falls in Community-Dwelling Older Women	2007	Cinahl	Journal of Women's Health	Qualitativa	Inglaterra	
VII	Description of an advanced practice nursing consultative model to reduce restrictive siderail use in nursing homes	2007	Cinahl	Research in Nursing & Health	Quantitativa	Canadá	
VIII	Falls prevention for older people with dementia	2007	Cinahl	Nursing Standard	Quantitativa	Estados Unidos	
IX	How balance can overcome barriers	2007	Cinahl	Pavilion Journals	Qualitativa	Inglaterra	
X	Development of a fall-risk checklist using the Delphi technique	2008	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	Qualitativa	Taiwan	
XI	Falls and fall risk among nursing home residents	2008	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	Quantitativa	Suécia	
XII	Increased risk of falling in older Community-Dwelling Women With Mild Cognitive Impairment	2008	Cinahl	Physical Therapy	Quantitativa	Inglaterra	
XIII	Predicting falls in older patients using components of a comprehensive geriatric assessment	2008	Cinahl	Clinical Journal of Oncology Nursing	Quantitativa	Estados Unidos	
XIV	Review of intrinsic factors related to fall risk in individuals with visual impairments	2008	Cinahl	Journal of Rehabilitation Research & Development	Qualitativa	Estados Unidos	
XV	Development of a simple scoring tool in the primary care setting for prediction of recurrent falls in men and women aged 65 years and over living in the community	2009	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	Quantitativa	China	
XVI	Fall risk factors in older people with dementia or	2009	Cinahl	Journal of Advanced	Quantitativa	Alemanha	

	cognitive impairment: a systematic review			Nursing		
XXVII	Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls	2009	Cinahl	American Academy of Nurse Practitioners	Qualitativa	Estados Unidos
XXVIII	Prescribing psychotropic medications for elderly patients	2009	Cinahl	Journal of Psychosocial Nursing	Qualitativa	Suécia
XIX	Visual impairment and falls: a register study	2009	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	Qualitativa	Suécia
XX	A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in Community-Dwelling Adults Aged 65 Years and Older	2010	Cinahl	Physical Therapy	Quantitativa	França
XXI	Balance impairment as a risk factor for falls in Community-Dwelling Older Adults Who Are High Functioning: a prospective study	2010	Cinahl	Physical Therapy	Quantitativa	Canadá
XXII	Fall risk	2010	Cinahl	Journal of Gerontological Nursing	Quantitativa	Estados Unidos
XXIII	Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans	2005	Lilacs	Revista Panamericana em Salud Publica	Quantitativa	Estados Unidos
XXIV	Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos Institucionalizados	2005	Lilacs	Revista Baiana de Saúde Pública	Quantitativa	Brasil
XXV	Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas	2006	Lilacs	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Quantitativa	Argentina
XXVI	Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família	2007	Lilacs	Revista Mineira de Enfermagem	Quantitativa	Brasil
XXVII	Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos	2007	Lilacs	Cogitare Enfermagem	Quantitativa	Brasil
XXVIII	Prevalência de quedas em idosos e fatores associados	2007	Lilacs	Revista de Saúde	Quantitativa	Brasil

XIX	Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente	2007	Lilacs	Pública Revista Latino-americana de Enfermagem	Quantitativa	Brasil
XXX	Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados	2008	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativa	Brasil
XXXI	Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática	2008	Lilacs	Revista de Saúde Pública	Qualitativa	Espanha
XXXII	Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS	2008	Lilacs	Revista de Saúde Pública	Quantitativa	Brasil

Quanto ao ano de publicação dos estudos, enfatiza-se a maior quantidade de artigos recentes, com predomínio dos anos de 2007 e 2008. Já em relação à origem dos estudos, houve um predomínio de países das Américas e da Europa, com 16 e 12 publicações, respectivamente. Publicações brasileiras reuniram sete estudos, demonstrando aumento na preocupação com o tema.

No Brasil, esse resultado pode remeter ao ano de 2006, quando houve um movimento de revisão/atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo por 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” (BRASIL, 2006c, p. 3).

Para melhor atender a PNSPI, o cuidado ao idoso passou a exigir abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos (BRASIL, 2006c). Razões que talvez tornaram mais sensíveis os profissionais da área da saúde a refletirem/pesquisarem mais sobre a temática quedas em pessoas idosas.

Pelo quadro que se vem delineando, torna-se imprescindível que os trabalhadores de saúde, especialmente o enfermeiro, preparem-se/atualizem-se para atender aos idosos, uma vez que não basta o conhecimento das suas

necessidades básicas. O profissional necessita procurar meios diferenciados de conhecimento e, principalmente, pesquisar com e sobre as pessoas idosas (TIER, LUNARDI, SANTOS, 2008). Um enfoque necessário e fundamental para o cuidado é o respeito pelos significados do idoso diante do cuidado que ele tem consigo. O trabalhador precisa ter como princípio de que é o orientador para a promoção do cuidado do idoso (LENARDT et al., 2006).

Outra responsabilidade no cuidado aos idosos diz respeito à manutenção de suas capacidades gerais, incluindo a funcional, cognitiva e outras. Elas podem ter importantes implicações para a qualidade de vida, por estarem arroladas com a habilidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com outras atividades agradáveis. Deste modo, parece relevante delinear programas específicos de ação para a eliminação de certos fatores de risco relacionados com essas incapacidades (ROSA et al., 2003).

Outro dado relevante verificado nas produções é em relação aos cuidados de enfermagem, com ênfase, ainda tímida, nos diagnósticos de enfermagem. Em estudo realizado com 71 idosos de uma ILPI de Porto Alegre, RS, com o objetivo de identificar a prevalência de diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados, verificou-se que em 15 deles estava presente o diagnóstico de enfermagem percepção sensorial perturbada; em 12 residentes identificaram-se a mobilidade física prejudicada e a integridade da pele prejudicada; nove idosos apresentaram o diagnóstico de risco para quedas, indicando 12,7% dos idosos investigados (OLIVEIRA et al, 2008).

Quanto às bases de dados, verificou-se 22 artigos localizados na CINAHL e dez publicações encontrados na LILACS. A *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) caracteriza-se por disponibilizar referências de periódicos na área de enfermagem e 17 áreas afins, tendo como objetivo fornecer informações, produtos e serviços, além da produção contínua e desenvolvimento do banco de dados para alimentar a literatura em enfermagem internacionalmente. A *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) é uma base de dados cooperativa da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicada nos países Latino-Americanos e região (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

Outro aspecto observado refere-se ao predomínio da abordagem quantitativa, sendo localizados 20 artigos; outras dez publicações eram qualitativas, e dois estudos envolveram ambos os métodos.

Qualquer desenho de pesquisa é importante na investigação em enfermagem, desde que contribua na questão a ser pesquisada e propicie melhorias na prática curativa. Não se pode esquecer que a pesquisa auxilia a melhorar a prática cuidativa. A ação de enfermagem quase nunca se altera baseada em um só estudo, mas do acúmulo de resultados de várias investigações, geralmente usando diferentes métodos de pesquisa que possam fornecer evidência suficiente para transformar à prática (RIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Também se mostra interessante refletir acerca da utilização das abordagens quantitativa e qualitativa agregadas. O uso de mais de um método pode oferecer o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde enfrentados pela disciplina de enfermagem. Hoje, os enfermeiros precisam ampliar seu entendimento sobre os métodos e suas combinações, de modo que se tornem preparados a responder aos questionamentos que emergem de situações complexas no cuidado à saúde com as quais são confrontados, dentre os quais surge a queda (RIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

As quedas constituem-se na principal causa de traumas em pessoas nessa faixa etária. Assim, a seguir são apresentados os fatores de risco que podem ser determinantes para ocorrência desses eventos.

4.2 Fatores de risco para quedas

Os fatores de risco utilizados nesta pesquisa foram os indicados no diagnóstico de enfermagem Risco de quedas, na NANDA-I (2010): *ambientais*: ambiente com móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação, condições climáticas- piso escorregadio; *cognitivos*: estado mental rebaixado; *em adultos*: história de queda, idade acima de 65 anos, uso de dispositivos auxiliares; *fisiológicos*: dificuldade na marcha, dificuldades visuais, equilíbrio prejudicado, neoplasia; *medicamentos*.

Fatores de risco relacionados ao ambiente

Os fatores ligados ao ambiente, em ordem decrescente de frequência de aparição nos estudos localizados foram: ambiente com móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação, condições climáticas- piso escorregadio. O quadro 2 apresenta os fatores de risco relacionados ao ambiente, de acordo com os artigos encontrados.

Quadro 2 – Fatores de risco do ambiente para quedas nos idosos, Rio Grande, 2011.

Fatores de risco do ambiente	Identificação dos artigos analisados	Total
Móveis e objetos em excesso/ Tapetes	VI- X- XXV –XXVI	4
Iluminação inadequada	VIII- X- XXV	3
Condições climáticas - piso escorregadio	XXVII	1

Os seres humanos vivem em espaços nos quais os componentes vivos e não vivos interagem na ação e reação para provocarem direta ou indiretamente estados adequados à vida ou à sua inadequação. Nessa integração se produzem e reproduzem situações favoráveis à construção de um ambiente físico-social próprio, o qual pode propiciar aos seus componentes, vivos e não vivos, meios e/ou modos de sobrevivência (CEZAR-VAZ et al., 2005).

Sob essa perspectiva, existem muitos obstáculos ambientais, denominados de componentes não vivos, que podem predispor o idoso a acidentes por quedas. Na comunidade, a grande parte desses eventos acontece na própria moradia, seja em domicílio próprio ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Verifica-se que nos locais como quartos, salas, cozinhas é possível encontrar objetos pessoais espalhados, revestimentos em assoalho como tapetes e chão úmido. Coexistem também ações rotineiras ao evento em questão, como sentar e levantar de camas e cadeiras, que são inadequadas aos idosos.

A presença de obstáculos, como móveis e objetos/tapetes em excesso, no ambiente foi citada em quatro artigos (NACHREINER et al., 2007 [VI]; HUANG et al., 2008 [X]; YEANNES, 2006 [XXV]; MARIN, 2007 [XXVI]) como fator de risco para quedas.

Verifica-se que uma elevada percentagem da população idosa mora em apartamentos de tamanho reduzido, por conseguinte, a área de circulação desses

ambientes torna-se pequena, algumas vezes, menores de 45 cm. Situação que pode predispor as pessoas idosas a cair. Fotografias e vídeos de domicílios foram enviados para análise de especialistas da área gerontogeriátrica, conforme figura 2, no intuito de desenvolverem ferramenta avaliativa, em forma de *checklist*, de fatores de risco para queda. Incluindo-se, então, a presença de móveis e objetos/tapetes como fator preditivo para tal evento (HUANG et al., 2008 [X]). Estudo similar foi realizado em uma ILP, com propostas de ações direcionadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas. (FELICIANI, 2009).

Figura 2- Fotos de espaços reduzidos em moradias de idosos, Taiwan, 2005.



Em um grupo de idosos participantes de programa de prevenção de quedas, verificou-se que 39% haviam caído mediante tropeço ou colisão em objetos/tapetes e móveis. (NACHREINER et al., 2007 [VI]). Estudos estrangeiros anteriores (BERG, 1997; BERGLAND, 2003) também revelaram correlação semelhante.

No Brasil, situação análoga encontrou-se em pesquisa com idosos da comunidade na cidade de Marília, em São Paulo, em que o tropeço em tapetes espalhados pelo chão foi relatado em 50,2% das quedas (MARIN, 2007 [XXVI]).

Os domicílios adquirem uma conotação especial no envelhecimento, constituindo-se em uma das mais importantes áreas de permanência para os idosos. Há várias razões para que isso aconteça, incluindo a cultural, em que a casa representa o local da maioria das lembranças, além da referência diante do outro, enfim, indica a identidade da pessoa (YEANNES, 2006 [XXV]). Assim, a possibilidade de mudança pode representar sentimento de perda, o que acaba impedindo alterações que satisfaçam as condições de segurança.

Considerando a familiarização construída com o ambiente, a relação afetiva com o meio e a representatividade social, a permanência na sua casa e das suas

coisas significa bem-estar ao idoso. Porém, verificou-se que pode existir uma forte relação estatística entre objetos pessoais em excesso e quedas (YEANNES, 2006 [XXV]).

Ciente de que o planejamento e re/adequação do ambiente devem considerar as necessidades e peculiaridades advindas com as mudanças naturais e gradativas ao longo da vida nos diversos sistemas orgânicos, a manutenção do espaço de relacionamentos do idoso torna-se de extrema importância. Ao enfermeiro caberá identificar fatores de risco para realizar ações que diminuam a fragilidade do ser humano durante o processo de envelhecer, viabilizando locais/moradias que lhe garantam o viver pleno, saudável e ativo em coabitação com os demais seres vivos e não vivos.

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

Outro aspecto que merece atenção é a iluminação inadequada das moradias dos idosos. Identificada como fator de risco para quedas em três estudos (HUANG et al., 2008 [X]; YEANNES, 2006 [XXV], CHAABANE, 2007 [VIII]).

A diminuição da acuidade visual, do campo visual periférico, interfere na noção de profundidade e na discriminação das cores (PERRACINI, 2006), como consequência, há dificuldade na percepção da luz, em se adaptar ao escuro, em focalizar objetos (PAPALÉO NETTO, 2006). Assim, alterações visuais podem dificultar/impedir a independência do idoso na realização de suas atividades diárias, de lazer e sociais, bem como, aumentar sua vulnerabilidade em relação às quedas.

A Política Nacional do Idoso (PNI) admite que a principal dificuldade a ser enfrentada pelas pessoas idosas centra-se no prejuízo às suas habilidades físicas e mentais, necessárias para realizar atividades de vida diárias. No capítulo IV- Das ações governamentais, estão incluídas na assistência à pessoa idosa formas de melhoria de condições de habitabilidade/segurança e adaptação de moradia (BRASIL, 1994).

Dessa forma, os principais cômodos da casa devem apresentar iluminação adequada, associada à ausência de ofuscamento para identificação de objetos e

obstáculos. A luz de vigília precisa estar presente, pelo menos, nos dormitórios (MENDES, 2007).

Iluminação inadequada representa um fator que amplia também o risco para idosos com habilidade cognitiva reduzida e que são admitidos em hospitais e ILPIs. (CHAABANE, 2007 [VIII]). Ambiente estranho, afastamento da família, pouca sinalização no local são aspectos que podem contribuir ainda mais para que a situação se agrave.

Avaliar o risco de quedas pode destacar as áreas de maior vulnerabilidade e, portanto, direcionar a formulação do plano de cuidado para com os *déficits* ou áreas de necessidades não satisfeitas. Interessante enfatizar a associação entre o fator extrínseco, iluminação inadequada, com uma nova classe, a de fatores comportamentais. Esse caso representa idosos que, embora possuam iluminação adequada no seu ambiente, não a empregam, entrando e circulando nos cômodos sem acender as luminárias (YEANNES, 2006 [XXV]).

Problemas com o ambiente tornar-se-ão mais ameaçadores quanto maior for a vulnerabilidade e instabilidade que a dificuldade em questão poderá causar. Geralmente as quedas não ocorrem em atividades consideradas perigosas, mas em situações rotineiras dos idosos (FABRICIO; RODIGUES; COSTA, 2002).

Estudo revelou que as quedas ocorrem, predominantemente, no banheiro e na cozinha, durante a realização de atividades cotidianas, como banhar-se e cozinhar. A maior parte dos eventos acontece após deslizamentos em piso úmido nesses locais (72,2 %) (LOPES et al., 2007 [XXVII]). Uma causa importante no acidente por quedas em idosos pode ser o revestimento úmido do chão, com seu percentual acrescido quando associado à presença de escadas e degraus (FABRÍCIO et al., 2004).

Grande parte dos acidentes acontece em cômodos/espços de uso frequente da casa/ILPI. O domicílio/ILPI, em boa parte dos casos, parece muito seguro pela familiaridade. Entretanto, pode representar um ambiente de risco, já que o idoso tem sua prontidão e atenção diminuídas por estar realizando atividades costumeiras e tendo autoconfiança em um ambiente que lhe é habitual (SILVA et al., 2007).

O ser humano, com seus diferentes ambientes, constitui-se no objeto/sujeito principal da ação da enfermagem e de seu saber e inclui-se no todo do trabalho relacionado à saúde e bem-estar dos indivíduos e do seu entorno (CEZAR-VAZ et al., 2005). Assim, construtos teóricos e operatórios devem conjuntamente

aproximar as questões ambientais com limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para pessoas de outras faixas etárias podem transformar-se em séria ameaça à segurança daquelas com alterações fisiológicas já instaladas.

Os profissionais da saúde precisam apresentar uma postura de constante reflexão e investimentos eficazes para que o cuidado possa responder de maneira palpável às potencialidades que o idoso necessita. Além disso, o trabalhador, na medida do possível, necessita dar uma atenção individualizada ao idoso e executar um plano adequado às necessidades desse ser humano (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007). Nesse sentido, cabe ao enfermeiro realizar o Processo de Enfermagem (COFEN, 2009) voltado, principalmente, a manutenção da funcionalidade, procurando realizar ações voltadas à prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Fatores de quedas em adulto

Os fatores ligados ao adulto, descritos no diagnóstico de enfermagem “Risco de queda” que apareceram em ordem decrescente de frequência nos estudos localizados foram: idade acima de 65 anos; história de queda; uso de dispositivos auxiliares. O quadro 3 apresenta os fatores de risco relacionados ao adulto, de acordo com os artigos encontrados.

Quadro 3 — Fatores de risco no adulto para quedas, Rio Grande, 2011.

Fatores de risco no adulto	Identificação dos artigos analisados	Total
Idade acima de 65 anos	II- III- IV- V- XXII- XXIII- XXIV- XXVIII	08
História de queda	III- VII- XV- XX- XXII- XXXI	06
Uso de dispositivos auxiliares	I- XXX	02

A presença de queda(s) anterior(es) vem sendo correlacionado a ocorrência de novos eventos (NEVITT, 1989; WAGNER et al., 2007 [VII]; SPOELSTRA et al., 2010 [XXII]).

Revisão sistemática, realizada por pesquisadores espanhóis, encontrou queda anterior com relação significativa em todos os estudos que investigaram a variável como fator de risco para o evento (GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008 [XXXI]).

Dos 27 entrevistados em um estudo realizado com idosos de comunidades rural e urbana na Inglaterra, 22 já haviam sofrido pelo menos uma queda, enquanto para cinco deles era a primeira vez. Como para a maioria tratava-se de uma queda de repetição, apresentavam-se mais cautelosos e amedrontados com a possibilidade de cair novamente (ROE et al., 2006 [III]).

A queda pode ser considerada um evento traumatizante para o idoso, tornando-se um fator significativo devido ao seu impacto psicológico (PAIXÃO JR; HECMAN, 2006). A tendência a cair aumenta a imobilidade. Os idosos podem apresentar a chamada Síndrome Pós-Queda, relacionada ao medo de retornar às atividades de vida diária e, com isso, ocasionar consequências secundárias (CAIXETA, 2006) como o isolamento, a presença de tristeza e/ou depressão e muitas vezes a admissão precoce em ILPIs.

Avaliação em quatro ILPIs da Filadélfia também mostrou que os idosos residentes, com histórico de queda, possuem custo significativamente maior do que aqueles que não o têm (WAGNER et al., 2007 [VII]). Isto provavelmente porque requeiram cuidados específicos para evitar novos eventos e/ou pelo fato da queda representar um fato sentinela e/ou de fragilidade na saúde do idoso.

A queda pode ser o reflexo de uma doença aguda como infecção respiratória, arritmia cardíaca, acidente vascular encefálico, *delirium*, dentre outras. Nesse sentido, o fato de uma mesma pessoa cair em diferentes momentos pode estar relacionado a razões distintas, o que requer ampla investigação. Do mesmo modo é necessário essa busca quando ocorrer uma queda de causa desconhecida, para que seja possível descobrir qual fator ou fatores são agentes etiológicos e/ou precipitantes do evento (PERRACINI, 2006). A busca sistematizada de fatores causais, sejam eles endógenos ou exógenos, permite o adequado manejo, previne novos eventos e trata doenças associadas, evitando comorbidades e o aparecimento de incapacidades.

Indivíduos com história de queda anterior demonstraram, em testes avaliativos de equilíbrio, desempenho significativamente inferior ao daqueles que nunca caíram. Dessa forma, história de queda apresentou-se estatisticamente como variável independente que acresce as chances de cair do idoso (SEVERINE et al., 2010 [XX]).

Vários testes têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar funcionalmente o equilíbrio e a marcha, e assim estabelecer parâmetros para identificação de idosos com maior suscetibilidade a cair. Dentre estes, destacam-se: *Timed Up & Go Test* (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991), a escala de Equilíbrio de Berg - *Berg Functional Balance Scale* (BERG et al., 1997), e o POMA – *Performance-Oriented Assessment of Mobility* (TINETTI, 1986; TINETTI; SPEECHLEY; GINTER, 1988). Tais avaliações são comumente realizadas em pessoas que não fazem uso de órteses, mesmo apresentando problemas na forma de mobilidade.

Há diversas circunstâncias em que se indica o uso de dispositivos auxiliares de mobilidade para as pessoas, especialmente aquelas na fase da velhice que, de algum modo, realizam com dificuldade o ato da locomoção. Dessa forma, as órteses são equipamentos de diferentes configurações, destinados aos indivíduos que apresentam instabilidades durante a realização da marcha.

Tais dispositivos, apesar de viabilizarem maior independência aos idosos, podem trazer danos físicos aos seus usuários quando utilizados de forma inadequada. Muitas situações traumáticas ocorrem pelo aparelho não possibilitar a regulagem estrutural para adequação destes às características fisiológicas de determinados grupos (DELISA, 2006), dentre eles o dos idosos, o que pode acarretar uma queda.

O uso de dispositivos auxiliares para marcha apareceu como fator de risco para quedas em apenas dois estudos desta pesquisa (MURRAY et al., 2005 [I]; MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]).

Outro fator que apareceu relacionado às quedas foi a idade acima de 65 anos. Isto porque, a idade em si está associada a uma redução geral da capacidade de reserva funcional homeostática e aplica-se à manutenção da postura ereta. Além disso, os mecanismos fisiológicos podem ser ainda mais prejudicados pelas alterações induzidas pelas doenças, comuns à velhice (CLOSE, 2005 [II]).

Idade avançada apareceu como um preditivo de queda ($p < 0,001$) em pesquisa com idosos da comunidade no interior da Bélgica (DELBAERE et al., 2006 [IV]).

Ao passo que investigação multicêntrica também encontrou relação significativa entre essas duas variáveis em Bridgetown, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideu (REYES-ORTIZ; SNIH ; MARKIDES 2005 [XXIII]).

Estudo realizado com idosos que residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios, sete estados do Brasil revelou que a prevalência de quedas associou-se com idade avançada (SIQUEIRA et al., 2007 [XXVIII]). Pessoas com 65 anos e mais estão entre a faixa etária mais propensa a cair (MACINTOSH; JOY, 2007 [V]). Todavia, na presente pesquisa foi localizado um artigo que não comprovou estatisticamente tal relação (SPOELSTRA, 2010 [XXII]).

O risco de ser gravemente ferido em uma queda também aumenta com a idade (ROE et al., 2006 [III]). As taxas de lesões ao cair para idosos com 85 anos eram 4-5 vezes maior do que naqueles de faixa etária entre 65-75 (STEVENS et al. , 2006). Quase 85% das mortes por quedas foram entre pessoas de 75 anos e mais velhos (SCHILLER et al., 2007).

Embora a prevalência e as consequências das quedas aumentem com a idade, são passíveis de prevenção. Para tanto, torna-se necessária a realização da avaliação do idoso e do seu ambiente no que diz respeito aos fatores que crescem, ainda mais, suas chances de cair, permitindo o desenvolvimento de estratégias de cuidado, consideradas potencialmente úteis (MARIN et al, 2004).

Assim, cabe aos profissionais de saúde e, principalmente, aos enfermeiros realizar avaliações multidimensionais nos idosos, aplicando instrumentos direcionados ao equilíbrio e a marcha, para que possam estabelecer planos terapêuticos adequados às necessidades deles. Mais especificamente, cabe ao enfermeiro realizar o Processo de Enfermagem (PE) como uma ferramenta importante ao seu processo de trabalho.

Fatores de risco Cognitivos

O estado mental rebaixado apareceu como fator de risco para quedas em nove estudos analisados: II- V- VII- VIII- XII- XVI- XXII- XXIV- XXXI.

O processo de envelhecimento gera mudanças em todos os sistemas do corpo, o que pode levar à redução da sua eficiência ou desempenho ao longo do tempo. Como no físico, a habilidade cognitiva também pode sofrer alterações que interfiram na sua capacidade (VENTURA; BOTTINO, 2005). Para a maioria das pessoas isso tem pouco ou nenhuma consequência para a vida diária. No entanto, para aquelas com insuficiência cognitiva já instalada, demência, dificuldades de memória, modificações da saúde física e mental podem resultar em risco acrescido e vulnerabilidade, o que poderá incluir um aumento do potencial de queda.

Indivíduos com algum tipo de comprometimento cognitivo apresentam, mais comumente, oscilação postural, tempo de reação em membros superiores diminuído, menor força de extensão do joelho e propriocepção alterada. Dessa forma, possuem equilíbrio e coordenação reduzidos em comparação com aqueles indivíduos sem prejuízo cognitivos (LIU-AMBROSE et al., 2008 [XII]; HARLEIN et al., 2009 [XVI]). Existe uma forte relação entre estado mental rebaixado e queda (CLOSE, 2005 [III], MACINTOSH; JOY, 2007 [V]; WAGNER et al., 2007 [VII]; LIU-AMBROSE et al., 2008 [XII]; SPOELSTRA et al., 2010 [XXII]; SANTOS; ANDRADE, 2005 [XXIV]).

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

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

As chances de cair são de três a cinco vezes maiores nos idosos com deficiências cognitivas, visto que podem apresentar funções protetoras e de julgamento prejudicados e, por consequência, dificuldade acrescida na adaptação ao ambiente (TINETTI, 1988; OLIVERA et al., 2008).

Em pesquisa realizada com 20 idosos institucionalizados, verificou-se escore no Minimental sugestivo para *déficit* cognitivo, dos quais dez deles caíram no último ano, porém, não foi possível afirmar que houve influência significativa entre alteração na função cognitiva e quedas (VALCARENGUI, 2009).

Parece possível que outras perturbações de orientação também desempenhem papel significativo no desenvolvimento de acidentes por quedas. Idosos com demência podem subjugar possíveis perigos em seu entorno, bem como superestimar suas próprias capacidades em matéria de mobilidade (HARLEIN et al., 2009 [XVI]). Portanto, as ações que visam essencialmente reduzir problemas de orientação devem ser integradas nas estratégias de prevenção desses eventos.

Apesar dos esforços para estabelecer a prevenção de queda nos serviços de saúde, aqueles idosos com alguma deficiência mental, particularmente a demência, são menos prováveis ou capazes de participar de programas e tomar iniciativa em relação à gestão da sua própria saúde (CHAABANE, 2007 [VIII]; LIU-AMBROSE et al., 2008 [XII]).

Torna-se mais difícil diminuir a fraqueza muscular e melhorar o equilíbrio por meio de exercícios físicos em idosos com lacunas cognitivas. O que não deve ser mal interpretado para sugerir que não há nenhum benefício a partir de treinamentos físicos para pessoas com tais particularidades. Pelo contrário, a falta de atividade física é que deve ser evitada. Entretanto, há maior necessidade de assistência e vigilância às pessoas que apresentam sinais extrapiramidais quando se movimentam, ou seja, realizam atividades físicas (HARLEIN et al., 2009 [XVI]).

O papel do enfermeiro e sua equipe em ajudar ao idoso com estado mental rebaixado a enfrentar e se adaptar às mudanças criadas pela nova condição depende de um processo contínuo de avaliação (WAGNER et al., 2007 [VII]). Ao ambiente em que este processo ocorre e a resposta do idoso deve ser dada igual consideração. A necessidade de avaliar esses riscos desde o início do atendimento à pessoa idosa é fundamental para o cuidado significativo desse ser humano.

Avaliar o risco de quedas pode destacar as áreas de maior vulnerabilidade e, portanto, direcionar a formulação do plano de cuidado para com os *déficits* ou áreas de necessidades não satisfeitas. Em caso de idoso com estado mental rebaixado admitido em uma unidade hospitalar ou ILPI, a situação pode exacerbar o quadro clínico com o sentimento de separação de um parceiro e/ou família, sentirem-se perseguidos, vulneráveis e/ou expostos (WAGNER et al., 2007 [VII]). Características

de alterações de comportamento podem criar dificuldades práticas na gestão de segurança.

O uso de grades laterais restritivas no leito apareceu como uma preocupação dos profissionais de saúde, quanto à prevenção de quedas (WAGNER et al., 2007 [VII], CHAABANE, 2007 [VIII]). Embora a utilização de tais artifícios seja percebida como um fator de proteção à queda e facilitador/mantenedor da mobilidade no leito, aos idosos com estado mental rebaixado pode acrescer suas chances de cair. Isto porque, na tentativa de sair do leito podem passar por cima, ao redor ou através da grade lateral, aumentando também a gravidade das lesões provocadas pela queda.

Sob essa perspectiva, o emprego arbitrário de grades laterais restritivas em indivíduos com tal particularidade clínica pode ser perigoso. No entanto, reduzir o seu uso torna-se complexo. Alternativas para substituí-las devem abordar aspectos ambientais com avaliação interdisciplinar individualizada constante, envolvimento e liderança de gerenciamento, pelo enfermeiro e sua equipe (WAGNER et al., 2007 [VII]).

Idosos com estados cognitivos alterados ainda somam a esse fator outro aspecto significativo que predispõe a queda: o uso de medicação específica para o seu quadro clínico (CHAABANE, 2007 [VIII]; SANTOS; ANDRADE, 2005 [XXIV]). A administração de neurolépticos e benzodiazepínicos para reverter quadros psicóticos, ansiedade, distúrbios do sono, pode ocasionar redução do estado de alerta.

A administração de psicotrópicos exige acompanhamento por parte dos profissionais de saúde; ações imediatas por um curto período de tempo exigem re/avaliação para não produzir impacto negativo na saúde dos pacientes (MACINTOSH; JOY, 2007 [V]). Isto é importante, particularmente para o enfermeiro e sua equipe, pois é a categoria que se mantém por mais tempo ao lado dos pacientes, conhecendo suas particularidades e reações.

Fatores de risco fisiológicos

Fatores de risco ligados aos sistemas fisiológicos, em ordem decrescente de frequência de aparição nos estudos foram: equilíbrio prejudicado, dificuldades visuais, incontinência, dificuldades na marcha, neoplasia. O quadro 4 apresenta os fatores de risco fisiológicos, de acordo com os estudos localizados.

Quadro 4 – Fatores de risco fisiológicos para quedas nos idosos, Rio Grande, 2011.

Fatores de risco fisiológicos	Identificação dos artigos analisados	Total
Equilíbrio prejudicado	I- IX- VII- V- X- XIV- XXI- XXVI- XIX- XXX- XXXI	11
Dificuldades visuais	II- IV- VIII- XIV- XV- XIX XXII- XXVI- XXX	09
Incontinência	II- VIII- VII- XXII- XXIII- XIX	06
Dificuldade na marcha	VII- XXVI- XXX- XXXI	04
Neoplasia	XIII- XXII-XXIV	03

No processo do envelhecimento podem ocorrer alguns problemas considerados típicos da velhice, que são: *déficit* auditivo, *déficit* visual, desordens do movimento, fragilidade, imobilidade, incapacidade, incontinência, insônia, instabilidade (PASCHOAL, 2007), sendo alguns desses fatores preditivos de quedas.

Pode haver, ainda, modificações do tecido subcutâneo, atrofia e perda da elasticidade tecidual, redução de 25% a 30% da massa muscular, diminuição da mobilidade das articulações e do sistema locomotor, perdas de cálcio, alterações funcionais, relacionadas aos sistemas: cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrintestinais, endócrino, metabólico e nervoso sensorial (MORAES; SANTOS; SILVA, 2008).

As situações descritas anteriormente podem comprometer a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal e da locomoção, bem como diminuir a capacidade de modificações dos reflexos adaptativos e dos sistemas envolvidos (GAZZOLA et al, 2006), aumentando, assim, a vulnerabilidade do idoso de cair.

Equilíbrio prejudicado vem sendo apontado como fator de risco para queda em diferentes contextos (MURRAY et al., 2005 [I]; MACINTOSH; JOY, 2007 [V]; WAGNER et al., 2007 [VII]; CARTER, 2008 [IX]; HUANG et al., 2008 [X]; RAY;HOLF, 2008 [XIV]; MUIR et al., 2010 [XXI]; MARIN, 2007 [XXVI]; MOREIRA et al., 2007 [XXIX]; MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]; GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008[XXXI]).

Avaliação realizada com grupo de idosos após sofrer queda, no serviço de emergência de um hospital na Austrália, revelou que três quartos deles possuíam equilíbrio prejudicado. Comparados com o grupo controle do estudo, alguns idosos

demonstraram valores significativamente menores em testes de estabilidade (MURRAY et al., 2005 [I]).

Há necessidade de realização de testes de estabilidade, pois a estabilidade postural é um processo complexo que envolve a integração rápida e automática de informações provenientes do sistema auricular, visual e sensorial somático (MUIR et al., 2010 [XXI]), o que inclui a atenção e tempo de reação. Indivíduos com comprometimento da visão necessitam de maiores informações proprioceptivos e vestibulares para estabelecer padrões de movimento e equilíbrio (RAY; HOLF, 2008 [XIV]).

O sistema vestibular é uma das ferramentas mais importantes do sistema nervoso no controle postural, pois funciona ao mesmo tempo como sistema sensorial e motor. Fornece ao Sistema Nervoso Central (SNC) informações sobre posição e movimento da cabeça e a direção da gravidade. O SNC usa essas informações, combinadas com as fornecidas por outros sistemas sensoriais, para construir uma imagem de posição e movimento do corpo e do ambiente que o cerca (ROSA, 2004). O sistema proprioceptivo provê informação acerca da localização relativa das partes corporais, da posição e movimento do corpo em relação à superfície de apoio (ROSA, 2004).

De fato há duas condições que devem ser satisfeitas para que haja a ocorrência da queda: a primeira é a existência de uma perturbação do equilíbrio, seja de maneira intrínseca e/ou extrínseca. A segunda, que haja uma falência do sistema de controle postural em compensar essa perturbação (PAIXÃO JR; HECMAN, 2006).

Foram detectadas alterações do equilíbrio em 162 idosos (53,8%) e da marcha em 145 (48,5%) em estudo com pessoas idosas de algumas comunidades do no estado de São Paulo. Tal ocorrência pode justificar-se pela deterioração progressiva do processo de envelhecimento, levando à perda das células nervosas, à degeneração de estruturas do ouvido interno e ao enfraquecimento muscular (MARIN et al., 2007 [XXVI]).

Foi encontrada associação positiva e independente com a perda de equilíbrio ($p < 0,001$) e quedas. Distúrbios do equilíbrio são significantes para a ocorrência de quedas, destacando-se, ainda, que o envelhecimento mais uma vez possui papel decisório nessa relação, pois determina respostas mais lentas por parte dos idosos, gerando desequilíbrio. A fim de tentar compensar esse *déficit*, o idoso tende a andar

com passos reduzidos para buscar seu centro de gravidade, o que pode gerar o evento (MOREIRA et al., 2007 [XXIX]).

A marcha prejudicada pode apresentar-se atrelada ao desequilíbrio como fator de risco para quedas (WAGNER et al., 2007 [VII]; MARIN, 2007 [XXVI]; MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]; GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008[XXI]).

Marcha pode ser definida como uma forma/estilo de caminhar, sendo dividida em duas etapas: de apoio e de balanço. A fase de apoio constitui 60% do ciclo e ocorre quando uma perna suporta o peso corpóreo e se mantém em contato com a superfície, permitindo, então, que o restante do corpo possa avançar. A fase de balanço se dá imediatamente quando o membro inferior que não faz o apoio avança para o próximo passo (FREITAS; MIRANDA 2006).

Assim, a marcha se dá por meio de uma série de fases alternadas entre apoio e balanço, com os braços movimentando-se no sentido inverso ao das pernas para que o indivíduo mantenha o equilíbrio.

Pesquisa com idosos residentes em ILPI na cidade de Goiânia- GO revelou falta de equilíbrio em apoio unipodal (37,9%) e altura do passo anormalmente diminuída (32,6%) durante a marcha. As alterações das manobras de equilíbrio e marcha preveem limitações funcionais para estes idosos, como sentar e levantar do vaso sanitário, tomar banho, sair da cama, subir e descer escadas, dentre outros (MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), torna-se primordial o conhecimento das características funcionais do equilíbrio e da marcha para promover o desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção, assistência e reabilitação, com vistas à manutenção da autonomia e preservação da independência do idoso, o maior tempo possível (BRASIL, 2006c).

Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de Avaliação Multidimensional do Idoso. Essa avaliação, de maneira mais simples possível, deve conter as seguintes dimensões: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, apresentação do humor, capacidade para executar Atividades de Vida Diária (AVD) (COSTA et al., 2001), dentre outras.

Na avaliação da funcionalidade consideram-se as Atividades de Vida Diária (AVD). As AVDs podem apresentar-se em três modalidades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar

de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e possuir controle de esfínter. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), habilidades para administrar o ambiente onde se vive e que inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, manusear dinheiro, usar telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar meios de transporte. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) são aquelas que, mesmo não sendo consideradas essenciais para a vida independente, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida. Habilidade para conduzir veículos motorizados e diversas formas de participação social, prática de atividades esportivas, são exemplos (COSTA et al., 2001).

Desta maneira, exercícios para melhora do equilíbrio, coordenação e força e conseqüentemente da marcha surgem como peça chave para uma vida mais independente. Estudo relata que muitas condições desfavoráveis para as pessoas idosas podem ser modificadas com a realização de exercícios regulares (CARTER, 2007 [IX]), pois uma adequada aptidão física poderá desencadear melhora na capacidade funcional (GONÇALVES et al., 2010).

A perda/diminuição da visão, uma das causas mais incapacitantes do ser humano, também mantém relação estreita com a velhice e com a perda de autonomia dos idosos. As estruturas oculares sofrem, através dos anos e de forma acumulativa, inúmeros danos metabólicos e ambientais. Com isso, as formas mais comuns de doenças oculares são igualmente mais frequentes e debilitantes nos idosos (RAMRATTAN et al., 2001), podendo tornar-se preditor de quedas.

O declínio da função visual, em pessoas com 60 anos e mais, é bem conhecido e constitui-se em causa de preocupação tanto para população idosa, quanto para os profissionais de saúde em relação à vulnerabilidade do idoso no evento queda.

Estudo (REYES-ORTIZ; SNIH; MARKIDES, 2005 [XXIII]) realizado para estimar prevalência e fatores de risco para quedas entre idosos residentes na comunidade da América Latina e no sudoeste dos Estados Unidos identificou forte relação estatística ($p < 0.05$) entre visão diminuída para longe e perto, em algumas capitais, como São Paulo, Santiago, Cidade do México e Montevidéu. De igual forma, pesquisa no meio-oeste dos Estados Unidos revelou resultados similares (SPOELSTRA et al., 2010 [XXII]).

Os idosos com leve e severa diminuição na função visual apresentaram, respectivamente, 1,4 e 2,2 vezes mais riscos de quedas (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Pessoas submetidas a testes de sensibilidade de contraste e percepção de profundidade indicaram visão diminuída como o *déficit* sensorial mais preditor à queda (DELBAERE et al., 2006 [IV]). Sensibilidade de contraste é a capacidade do olho perceber uma pequena diferença na luminância, relação entre a intensidade luminosa de uma superfície e a sua área aparente, vista por um observador à distância, e que nos permite enxergar nuances de sombra e de luz, tudo que pode ser decisivo para a percepção de formas. A percepção de profundidade permite ao seu detentor estimar com precisão a distância até determinado objeto (KROEMER; GRANDGEAN, 2006).

Além desses dois aspectos testados da visão, há outras alterações fisiológicas relacionadas à idade que podem afetar o desempenho visual e levar ao risco de quedas, como o *déficit* na acuidade visual e velocidade de percepção (MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]). Acuidade visual é a capacidade de se detectar pequenos detalhes e discriminar objetos. A velocidade de percepção é definida como o intervalo de tempo entre o aparecimento do sinal visual e sua percepção consciente no cérebro (KROEMER; GRANDGEAN, 2006).

Dentre as dificuldades impostas pela perda/diminuição em aspectos determinantes da visão, a principal delas, segundo estudo sistemático (RAY;WOLF, 2008 [XIV]), relaciona-se à marcha. Para qualquer indivíduo com deficiência visual, especialmente para os mais idosos, a simples tarefa de andar, requer a mais fundamental forma de equilíbrio dinâmico. A habilidade de caminhar sem cair depende da mudança bem sucedida do peso do corpo ao se mover para frente.

Indivíduos com deficiência visual precisam de maiores informações somatossensoriais e vestibulares para estabelecer padrões de movimentação; de igual modo sua localização no espaço também está comprometida (KALLSTRAND-ERICSON; HILDINGH [XIX]; MARIN, 2007 [XXVI]).

Outras informações sensoriais, principalmente a audição, estão envolvidas na manutenção da estabilidade postural e ajuste de posição no espaço. Todavia, o equilíbrio sem a orientação da visão torna-se diminuído, pois a compensação sensorial deve ser capaz de fornecer subsídios suficientes para responder às

mudanças no ambiente, para que o indivíduo as reconheça e autocorrija seus movimentos (RAY; WOLF, 2008 [XIV]).

Associado a esses fatores dinâmicos, a incapacidade para visualizar o ambiente e o seu entorno eleva as chances de queda. *Déficits* visuais podem predispor a colidir com móveis e objetos em excesso; tropeçar em tapetes e degraus (MENEZES; BACHION, 2008 [XXX]). Assim, o comprometimento sensorial, especialmente a deficiência visual, é um atributo que a fragilidade da pessoa idosa.

Outro fator atrelado à fragilidade do idoso diz respeito à incontinência urinária, definida como uma condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social objetivamente demonstrável (DOUGHTY; WALDROP, 2000). Muitas vezes é interpretada como parte inerente ao processo de envelhecimento. Todavia, apresenta-se como fator de risco aumentado para quedas.

A urgência em urinar causada pela incontinência pode fazer com que o idoso acelere a marcha para chegar a tempo de usar o sanitário. Além disso, o acesso dificultado às instalações sanitárias e o padrão habitual de micção alterado podem acrescer ainda mais as chances de cair em idosos admitidos em hospitais (CHAABANE, 2007 [VIII]) ou naqueles que residem em ILPI's.

A incontinência urinária pode ser um fator de risco para quedas (REYES-ORTIZ; SNIH; MARKIDES, 2005 [XXIII]). Também existe associação positiva e independente com incontinência urinária ($p < 0,025$) verificada entre idosos que participam de centros de convivência. Essa situação pode ser um problema muito heterogêneo que repercute negativamente em muitos pacientes em relação à saúde física e psicológica, sendo um fator limitante (CLOSE, 2005 [II], MOREIRA, 2007 [XXIX]). Ainda, correlações bivariadas foram encontradas entre a variável queda, além de outras como: presença de incontinência urinária e câncer (SPOELSTRA et al., 2010 [XXII]).

Em indivíduos, especialmente os idosos, diagnosticados com neoplasia, a doença e os tratamentos associados podem causar fraqueza muscular e fadiga, podendo levar aos acidentes por quedas (CONNELL et al., 2007). Estudo realizado com pessoas de 65 anos e mais, residentes em uma ILPI da Bahia, por meio do registro das quedas nos seus prontuários, identificou que o câncer estava presente em 23,6% dos eventos (SANTOS; ANDRADE, 2005 [XXIV]).

Outra investigação, esta com participantes de um ambulatório da Universidade da Flórida com pessoas de 70 anos e mais, distribuídos em três

grupos: pacientes com câncer que não estavam recebendo tratamento; aqueles que recebiam quimioterapia; e sem diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia, revelou que os idosos do grupo que faziam uso de terapêutica possuíam 1,5 vezes mais chance de cair do que aqueles sem tratamento, quando não influenciados por outras variáveis (OVERCASH; BECKSTEAD, 2008 [XIII]).

Evidências sugerem que idosos com neoplasia possuem um histórico maior de quedas, quando comparados com aqueles com diagnóstico negativo. É necessário levar em consideração que a probabilidade de que sobreviventes de câncer irão experimentar quedas está intimamente ligada com a trajetória da doença no organismo e suas consequências (PAUTEX; HERRMANN; ZULIAN, 2008). Todavia, pode não haver relação estatística entre as duas variáveis (SPOELSTRA et al., 2010 [XXII]).

Fatores de risco ligados aos medicamentos

O uso de medicamentos foi citado como fator de risco em quinze estudos: I- II- IV- VIII- XI- XV- XVIII- XIX- XX- XXIV- XXVII- XXVIII- XXX – XXXI- XXXII.

Ao processo do envelhecimento, caracterizado neste estudo como gradual e inerente ao ser humano, cada vez mais tem sido atribuída importância diante de suas peculiaridades. Ligado a ele advém a busca pela qualidade de vida, intimamente atrelada ao controle das doenças, muitas vezes conseguido através de emprego regular de medicação.

O uso de medicamentos tem aumentado como consequência de DCNT's, as quais requerem tratamentos longos, específicos e maior diversidade medicamentosa.

Com o uso contínuo de tais drogas, o idoso pode tornar-se propenso aos riscos de seus efeitos adversos. Nos indivíduos com 60 anos e mais, os sistemas de absorção e excreção ficam reduzidos, colaborando para que o efeito dos fármacos perdure por mais tempo no organismo. Esses aspectos de farmacocinética devem-se ao aumento da gordura corporal e a redução de proteínas plasmáticas de transporte, comuns na fase da velhice. Tais alterações, associadas aos efeitos colaterais das medicações, podem colaborar para a instabilidade corporal e consequentes quedas (COUTINHO; SILVA, 2002).

Investigação realizada com pessoas atendidas no serviço de emergência de um hospital na Austrália evidenciou que idosos caidores (aqueles que passaram por mais de duas quedas nos últimos doze meses, apresentando mais predisposição a novos acidentes e, portanto, necessitando de avaliação que priorize a busca de fatores intrínsecos e extrínsecos a esse tipo de episódio) tomavam quantidade maior de medicamentos do que aqueles que não haviam sofrido quedas (MURRAY et al., 2005 [I]). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. (DELBAERE et al., 2006 [IV]).

A associação de diversos fármacos aumenta, ainda mais, as chances de cair da pessoa idosa, provavelmente porque envolva risco maior de uso inadequado de medicamentos, reações adversas e interações medicamentosas (GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008[XXXI]). O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e excreção renal podem estar diminuídos, por conta do processo de envelhecimento. Disso decorre a dificuldade de eliminação de metabólitos, o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e a produção de reações adversas. Pode, inclusive, haver superposição entre essas últimas e os quadros mórbidos pré-existentes.

O emprego de várias medicações apresentou-se com valor estatístico preditivo para queda (DELBAERE et al., 2006 [IV]; HUANG et al., 2008 [X]). No entanto, torna-se necessário levar em consideração que a utilização dessas substâncias também é um indicador de saúde debilitada, o que por consequência pode elevar a fragilidade do idoso.

Em relação à medicação de uso contínuo, estudo com idosos institucionalizados na cidade de Salvador, BA, verificou que dentre os idosos caidores, o medicamento mais utilizado foi o psicotrópico (48,5%), seguido da classe de hipotensores (27,1%). Dos institucionalizados que sofreram queda, 93 (41,0%) faziam uso de apenas uma medicação, enquanto 87 (38,0%) usavam de duas a três categorias medicamentosas (SANTOS; ANDRADE, 2005 [XXIV]).

Classes específicas de medicações podem estar associadas ao aumento de quedas, como ocorrem com as drogas psicotrópicas, cardiovasculares, corticosteróides e antiinflamatórios não hormonais, podendo levar a alterações musculares, ósseas e motoras, hipotensão postural e vertigem (COUTINHO; SILVA, 2002; FABRÍCIO et al., 2004).

Os psicotrópicos contribuem para causar as quedas de diferentes maneiras, direta e indiretamente, incluindo confusão, distúrbios da visão, alterações na pressão arterial, ritmo cardíaco modificado, problemas de equilíbrio e neuromusculares (HOWLAND, 2009 [XVIII]). Benzodiazepínicos e neurolépticos são as classes medicamentosas mais citadas como preditoras para tais eventos (CLOSE, 2005 [II], FONAD et al., 2008 [XI]; GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008[XXXI]).

O aumento do risco de quedas e fraturas entre idosos usuários de benzodiazepínicos tem sido atribuído a duas propriedades desses medicamentos: atividade sedativa e bloqueio α -adrenérgico. A primeira seria responsável por alterações psicomotoras, enquanto a segunda aumentaria a probabilidade de hipotensão postural. Ainda, os agentes hipnótico-sedativos de meia-vida longa, quando utilizados em doses clinicamente efetivas, podem causar sedação residual durante o dia (COUTINHO; SILVA, 2002). Com isso, esses indivíduos estão mais sujeitos a apresentar tonturas, ataxia, nível de consciência diminuído (LOPES, 2007 [XXVII]).

O emprego de neurolépticos em momentos de crise de idosos com cognição diminuída pode aumentar o potencial de quedas nos hospitais, nas ILPIs e nos domicílios. A introdução, a alteração ou cessação dessa medicação precisa ser motivo de acompanhamento contínuo (CHAABANE, 2007 [VIII]). Alguns tipos de neurolépticos podem causar sonolência, alucinações e paranóia, especialmente entre as pessoas com demência. Isso aumenta ainda mais o seu risco de cair (NACHREINER, 2007 [VI]).

Análise univariada realizada com 4000 idosos da comunidade chinesa demonstrou, ainda, que o uso de analgésicos como acetaminofeno, três ou mais vezes na semana, é um fator em potencial para ocorrência de queda (WOO et al., 2009 [XV]).

Diante dos efeitos de fármacos no organismo, especialmente nos idosos, torna-se necessário acompanhar o seu efeito em relação às quedas, propiciando envolvimento dos profissionais de saúde, efetivando a terapêutica/tratamento em benefício deles. Também é importante garantir que a doença se mantenha compensada e as condições de segurança física asseguradas. O uso racional de medicamentos, através da análise e controle periódico da dose, pode ser transcendental para o bem-estar e segurança dos idosos e demais pessoas (CLOSE, 2005 [II]); GÓMEZ-CONESA, 2008[XXXI]).

Uma atenção especial em relação aos idosos diz respeito à polifarmácia, utilização de cinco ou mais fármacos ao mesmo tempo, que favorece sinergismos e antagonismos não desejados, descumprimento das prescrições dos fármacos clinicamente essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo, contribuindo para a não aderência medicamentosa (ROZENFELD, 2003).

Ao administrar medicação em idosos a enfermeira precisa entender as mudanças fisiológicas que ocorrem com a idade, que podem alterar o efeito dos medicamentos e levar a reações adversas. A perda de água corporal, o tecido magro e o aumento do tecido adiposo são elementos também que influenciam diretamente o início e a duração dos efeitos de muitos medicamentos. Essas mudanças no organismo afetam a concentração dessas substâncias o que pode predispor à toxicidade (SECOLI; LEBRÃO, 2009; GOLDENZWAIG, 2010).

Deste modo, no cuidado de enfermagem à pessoa idosa é preciso enfatizar o risco e benefício do uso de medicamentos, assim como buscar estratégias quanto ao horário de administração dessas substâncias, no intuito de que o idoso permaneça menos sonolento durante a realização de suas atividades de vida diária, e, por conseguinte, evite a queda.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa mostrou-se satisfatória, à medida que o objetivo proposto foi sendo alcançado. Dessa maneira, foi possível analisar a produção científica brasileira e estrangeira dos últimos cinco anos a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA “Risco de quedas”, acerca dos fatores de risco para população idosa. Através de uma revisão integrativa, contemplando buscas nas bases de dados da CINAHL e LILACS, obteve-se um total de 32 artigos para análise.

Numa primeira análise, foi realizada a caracterização dos artigos, sendo analisados a partir de alguns indicadores: autores, periódicos, abordagem metodológica, amostra, idioma, país de origem do estudo, ano de publicação, resultados e conclusões. Nesta primeira etapa, foi possível perceber que os artigos foram publicados, predominantemente, em periódicos estrangeiros, exclusivamente nos idiomas inglês e espanhol. Constatou-se também o maior número de publicações recentes, a maioria nos anos de 2007 e 2008. Já em relação à origem dos estudos, houve um predomínio de países das Américas e da Europa, com 16 e 12 publicações, respectivamente.

Após a caracterização dos dados, estes foram analisados quanto aos seus conteúdos a partir dos fatores de risco indicados no diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas”, na NANDA-I.

O primeiro fator de risco foi o ambiental, em que se destacaram: recinto com móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação, condições climáticas- piso escorregadio. Tais obstáculos/condições ambientais podem predispor aos acidentes por quedas. Nos locais de moradia das pessoas idosas é possível encontrar objetos pessoais espalhados, revestimentos em assoalho, chão úmido, o que exige do idoso algumas manobras posturais para manter sua condição ereta.

Em relação aos fatores ligados ao adulto: idade acima de 65 anos; história de queda; uso de dispositivos auxiliares, as alterações advindas com o processo do envelhecimento, o consequente uso de órteses para compensar/ facilitar a marcha, acrescidos por situações recorrentes de quedas, tornam-se indícios preditivos a novos eventos.

Terceira categoria nomeada foi a condição cognitiva. Estado mental rebaixado, caracterizado principalmente pelas demências, apareceu como fator de risco para quedas, por envolver mudanças de cognição, físicas e comportamentais, e administração de medicamentos psicotrópicos, o que pode provocar aumento na vulnerabilidade do idoso.

A seguir descreveu-se a categoria de riscos fisiológicos: equilíbrio prejudicado, dificuldades visuais, incontinência, dificuldades na marcha, neoplasia. A habilidade comprometida, mais comum na velhice, do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos dificulta a manutenção do equilíbrio corporal e da locomoção. Urgência em urinar e acometimentos causados pelo câncer no organismo e pelo seu tratamento, também se mostraram como indicativos de queda.

A última categoria, a de emprego de medicamentos, revelou que a utilização contínua de diversos fármacos predispõe o idoso às suas reações adversas e a maiores interações medicamentosas, o que foi preponderante no risco de cair.

Verificou-se relação entre os riscos para as quedas em pessoas idosas, descritos no diagnóstico de enfermagem da NANDA e produção científica, dos últimos cinco anos, sobre o tema. Ainda se trata de uma associação incipiente, merecendo, por parte dos enfermeiros, desenvolverem mais estudos principalmente direcionados aos idosos. Nesta pesquisa também se observou uma preliminar prática baseada em evidências que necessita ser avançada/prolongada em outros estudos.

Como limitação da pesquisa considera-se o fato de que há amplo número de publicações (637) relativas à temática das quedas, todavia não contemplam os fatores de risco associados a esse evento, tornando a busca exaustiva e impedindo que outro avaliador aceitasse participar da análise dos textos, assim, existe a possibilidade de que alguns estudos com relevância possam não ter sido incluídos na amostra dos artigos selecionados. Outra limitação refere-se às barreiras do idioma, uma vez que neste estudo foram analisadas apenas publicações nos idiomas inglês, português e espanhol.

O estudo, entretanto, possibilitou a síntese das pesquisas realizadas sobre os fatores de risco para quedas em idosos, bem como seus principais resultados, permitindo dessa forma que o leitor analise informações pré-existentes sobre o tema.

A utilização do método de revisão integrativa foi adequada e conduziu ao alcance do objetivo proposto'. Permitiu que um conhecimento aprimorado e atualizado sobre o tema investigado fosse construído a respeito dos fatores de risco para quedas nos idosos, o que trará subsídios para a elaboração do desenvolvimento de alternativas e estratégias que possibilitem modificações nos ambientes e componentes intrínsecos, passíveis de alterações.

Assim, espera-se que esta pesquisa e as possíveis propostas de ações que surjam a partir dela sirvam como interconexão entre os serviços de saúde e a Academia, a fim de promover melhorias do cuidado ao idoso, bem como sensibilizar os profissionais, especialmente os enfermeiros, que atuam junto a essa faixa etária, quanto à prevenção de quedas evitando, assim, suas consequências e contribuindo para manutenção da qualidade de vida desses idosos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n.1, p. 104-108, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso, 1994.

_____. Ministro da Saúde. Lei nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999.

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

_____. Cadernos de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde, 2008. Portaria nº 325 – MS/ GM – 21 de fevereiro de 2008- *Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde*. Brasília; 2008.

BERG, W.P.; ALESSIO, H.M.; MILLS, E.M; TONG, C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing* v.26, p.261- 269, 1997.

BERGLAND, A; JARNLO, G.; LAAKE, K. Predictors of falls in the elderly by location. *Aging Clin Exp Res* , v. 15, p. 43- 51, 2003.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews in the development of conceptions. In: RODGERS, B.L.; KNALF, K.A. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: W.B Saunders Company, 1993.p.193-215

CAIXETA, R. Instabilidade postural e quedas no idoso. In: HARGREAVES, L. H. *Geriatrics*. Brasília, 2006, 467-86 p.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. *Textos Envelhecimento*, v.3, n.4,p.44-8, jul, 2000.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas, 2004. In: Camarano, A.A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatria. Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 788 p.

CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUEZ-WONG, L. L.. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 3, mar, 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 325/2009*. Brasília, 2009.

CONNELL, B.O.; BAKER, L.; GASKIN, C.J; HAWKINS, M.T. Risk items associated with patient falls in oncology and medical settings. *Journal of Nursing Care Quality*, v.22, n.2, p.130–137, 2007.

COOPER, H.M. *Integrating Research : a guide for literature reviews*. London: SAGE publication, 2 ed, v.2 ,1989, 155p.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*. v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.

COOPER, H.M. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage Publications; 1984.

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C.; CIPULLO, J.P.; MARTIN J.F.V. Semiologia do idoso. In: Porto C.C. *Semiologia médica*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 166 p.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, D.S. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1359-1366, 2002.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Saber Ambiental: instrumento interdisciplinar para produção de saúde. *Revista Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 14, n.3, p.391-397, 2005.

DELISA, J. A. Tratado de medicina de Reabilitação: Princípios e Prática. 3.ed. Barueri: Manole, 2006.

DOUGHTY, D.B., WALDROP, J. Introductory concepts. In: Doughty DB. Urinary & fecal incontinence: nursing management. Saint Louis: Mosby; 2000. p. 29-34.

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

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JÚNIOR, M.L. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 15, n.3, p.51-59, 2002.

FABRÍCIO, S.C. C.; et al. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.1, p. 93-99, 2004.

FELICIANI, A. M. *Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas Políticas Públicas para Idosos: contribuições para o Enfermeiro na prevenção de quedas*. 2009. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

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

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

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

GALVÃO, M.C; SAWADA, N.O; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, n. 5, p.690-5, 2002.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Research in nursing and health*, v.10, n.1, p.1-11, 1987.

GAZZOLA, J.M., et al. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006;72(5):683-90.

GOLDENZWAIG, N. R. S. C. *Administração de medicamentos na enfermagem*. 9. ed. rev. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GONÇALVES, L.H. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Caderno de Saúde Pública*, v.26, n.9, p. 1738-1746, 2010.

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

HIGGINS, J.P.T; GREESN, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. In: *Cochrane Library*, issue 3. UK: Jonh Wiley & Sons, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JESUS, C.A.C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. *Rev. Saúde Distrito Federal*, v.6, n.1/2, jan/jun. 1995.

KAY P.D., TIDEIKSAAR R. Quedas e distúrbios de marcha. In: Abrams WB, Berkow R. Manual Merck de Geriatria. São Paulo: Ed Roca; 1995.

KELLY, K.D. et al. Medication use and falls in community-dwelling older persons. *Age and Ageing*, v. 32, p. 503-509, 2003.

KRUGMAN, M. Evidence Based Practice. *Journal of Nurse Staff Development*, v.19, n.6, p.279-85, 2003.

KROEMER, K. H. E; GRANDJEAN E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. São Paulo: Artmed , 2006, 328p.

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

LEME, L. E. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 3-12.

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

LIMA-COSTA; M.F.; CAMARANO, A.A. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. de. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: COOPMED, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

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

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

MENDES, F.R.C. *Ambiente domiciliar x Longevidade: Pequena história de uma casa para velhice*. 121p., 2007. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo.

MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p. 758-64, 2008.

MENDES, M. B. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Rev. Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v.18, n. 4. p.422 - 426, 2005.

MORAES, E.N. SANTOS, R.R. SILVA, A.L.A. Fisiologia do envelhecimento aplicada à prática clínica. In MORAES, E.N. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*, Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p 37-59.

NEVITT, M. C. , CUMMINGS, S. R., KIDD, S., BLACK, D. Risk factors for Recurrent nonsyncopal falls. A prospective study. *Journal of American Medical Association*, v. 261, n. 18, p. 2663-2668, 1989.

NOBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org). *Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. São Paulo: ABEN, 2000. p. 19-27.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Resolución57/167)*. Madrid, Espanha, 2002.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo–Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAUTEX, S.; HERRMANN, F.R.; ZULIAN, G.B. Factors associated with falls in patients with cancer hospitalized for palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, v.11, p. 878-884, 2008.

PAIXÃO JR, . C. M.; HECMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: In: FREITAS, E.V; DOLL; GORZONI, M. L (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 950-961.

PAPALEO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: In: FREITAS, E.V; DOLL; GORZONI, M. L (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, São Paulo, 2007, 19-35 p.

PELZER, M. T. *Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua*, 132p., 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PERISSÉ, A.R.S.; GOMES, M.; NOGUEIRA, A.S. Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas. In: GOMES, M. (Org). *Medicina baseada em evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001. p.131-48.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E.V; DOLL; GORZONI, M. L (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.1142-1151.

PODSIADLO, D., RICHARDSON, S. The timed "up and go": a test of basic functional mobility for frail elderly people. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 39, p. 142-148, 1991.

POLARO, S.H.I. *A qualidade do cuidado à saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário*. 2001. 106 f. Dissertação (Mestrado interinstitucional em saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMRATTAN, R.S. et al. Prevalence and causes of visual field loss in the elderly and associations with impairment in daily functioning: the Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol*, v.119, p. 1788-1794, 2001.

RIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 set./out.; v.15, n. 5, p:1046-1049.

RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; ATIE, S.; SOUZA, A.C.; SCHILITZ, A.O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

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

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de saúde do idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

ROSA, G. M. M. et al.. Análise da influencia do estresse no equilíbrio postural. *Fisioterapia Brasil*, v.5, n.10, p. 50-55, jan/fev. 2004

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

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados ao mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 721-24, 2003.

SANTOS. S. S. C. Estado cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma ILP do Rio Grande/RS. Projeto de pesquisa apresentado e financiado pelo MCT/CNPq N° 014/2008 – Projeto Universal. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, 2008, 38p.

SANTOS, S. S. C. *O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 a luz da complexidade de Edgar Morin*. 2003, 199f. Tese (Doutorado em

Enfermagem), Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTOS, S. S. C. et al. O papel do enfermeiro da instituição de longa permanência para idosos. *Rev Enferm UFPE On Line*. v. 2, n. 3, p. 262-8, 2008.

SECOLI, S.; LEBRÃO, M.L. Risco de eventos adversos e uso de medicamentos potencialmente interativos. *Saúde Coletiva*, v. 30, n. 6, p. 113-118, 2009.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, T.M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.9., n.1, p-64-78, 2007.

SIMÕES, C. H.; KIRSCHBAUM, D. I. Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. *Rev Gaúcha de Enferm.*, v. 01, n. 01, p. 392-402, 2005.

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

STEVENS, K.R. Systematics Reviews: The Heart of Evidence-Based Practice. *Aacn Clinical Issues*, v.12, n.4, p. 529-538, 2001.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 3. p. 823-26, 2007.

TIDEIKSAAR, R. Preventing falls: How to identify risk factors, reduce complications. *Geriatrics*, v. 51, n. 2, p. 43-55, 2003.

TIER, C.G; LUNARDI, V.L; SANTOS, S.S.C. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.2, p.530-6, 2008.

TINETTI, M.E. et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, v. 331, n. 13, p. 821-827, 1994.

TINETTI, M. E. , WILLIAMS, T. F., MAYEWSKI, R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *American Journal of Medicine*, v. 80, p. 429-434,1986.

TINETTI, M. E. Performance- oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 34, p. 114-126, 1986.

TINETTI, M. E., SPEECHLEY, M., GINTER, S. F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community . *The New England Journal of Medicine*, v. 319, p. 1701-1707, 1988.

VERAS, R.P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C.S.F.; SANCHES, M.A.S.; CHAVES, P.H. *Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüências da*

explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002. 64 f. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/download/premio.pdf>>. (Acessado em: 15 de novembro de 2002).

WARREN, J, Accountability and nursing diagnosis. *J. Nurs. Adm*, v.13, n.10, p.34-7, 1983.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

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

VENTURA, M.M.; BOTTINO, C.M.C. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Neto MP, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.89-174.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados de revisão integrativa

Código: _____

1. Dados relacionados aos artigos

A. Forma de publicação:

Título: _____

Autor(es): _____

Periódico: _____

Volume: _____ Número: _____ Páginas: _____ Ano: _____

País de Origem: _____ Idioma: _____

B. Banco de dados:

CINAHL

LILACS

C. Objetivo(s) do estudo:

D. Metodologia empregada

D1) Abordagem

Qualitativa

Quantitativa

Quanti-quali

D2) Amostra

Idoso da comunidade

Idoso residente em Instituição de Longa Permanência (ILPI)

Idoso hospitalizado

Não se aplica

D3) Instrumento(s)

Conclusões

2. Fatores de riscos para quedas

<i>Ambientais</i>		<i>Em adultos</i>	
	Móveis e objetos em excesso		História de queda
	Tapetes espalhados pelo chão		Idade acima de 65 anos
	Pouca iluminação		Uso de dispositivos auxiliares
	Ausência de material antiderrapante		Morar sozinho
	Quarto não familiar		Prótese de membro inferior
	Ausência de portão em escadarias		Uso de cadeira de rodas

<i>Fisiológicos</i>	
	Dificuldade na marcha
	Dificuldade auditiva
	Dificuldades visuais
	Incontinência
	Falta de sono
	Hipotensão ortostática
	Neoplasia
	Problemas nos pés
	Vertigem ao movimentar o pescoço

<i>Cognitivos</i>	
	Estado mental rebaixado
	Medicamentos

APÊNDICE B – Quadro de visualização dos dados

N°	Título	Banco de dados	Periódico	Autor(es)	Objetivo(s)	Metodologia			Idioma	Ano
						Ab	Cd	Amo		
I	A pilot study of falls risk and vestibular dysfunction in older fallers presenting to hospital Emergency Departments	Cinahl	Disability and Rehabilitation	MURRAY J. K., HILL K., PHILLIPS B., WATERSTON. J.	Comparar o risco de quedas em idosos caidores e não caidores, dando ênfase em sintomas como tontura e disfunção vestibular	Quantitativa	- Human Activity Profile (HAP) - Modified Falls Efficacy Scale (MFES) - Abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS) - Assessment of Quality of Life scale (AQoL) - Timed Up and Go (TUG)	40	Inglês Austrália	2005
II	Prevention of falls in older people	Cinahl	Disability and Rehabilitation	CLOSE, J.C.T	Rever a fisiologia da manutenção da postura ereta; reconhecer fatores de risco associados a	Qualitativa	-	-	Inglês Austrália	2005

					quedas; descrever a avaliação clínica de uma pessoa idosa em situação de risco de quedas;					
III	Older people's experience of falls: understanding, interpretation and Autonomy	Cinahl	Journal of advanced nursing	ROE B., HOWELL F., RINIOTIS K., BEECH R., CROME P., ONG B.N.	Identificar as vivências de pessoas idosas que sofreram queda recente e identificar possíveis fatores que poderiam contribuir para o serviço de saúde.	Quali-quantitativa	Entrevista semi-estruturada	27	Inglês Inglaterra	2 0 0 6
IV	The Physical Performance Test as a predictor of frequent fallers: a prospective community-based cohort study	Cinahl	Disability and Rehabilitation	DELBAERE K., NOORTGATE N., BOURGOIS J., VANDERSTRA ETEN G., TINE W. CAMBIER D.	Construir um modelo avaliativo de risco de quedas em idosos	Quantitativa	- Entrevista - Falling in the Elderly Scale (SAFFE) - Clinical Test of Sensory Interaction on Balance (m-CTSIB)	273	Inglês Bélgica	2 0 0 6
V	Assessing falls in older people	Cinahl	Gerontological care and practice	MACINTOSH G.	Analisar o uso de instrumentos de avaliação de quedas	Qualitativa	-	-	Inglês Inglaterra	2 0 0 7

VI	Circumstances and Consequences of Falls in Community-Dwelling Older Women	Cinahl	Journal of Women's Health	NACHREINE N. M., FINDORFF M.J., WYMAN J. F., McCARTHY T.C.	Descrever as circunstâncias e consequências das quedas em idosas residentes na comunidade	Qualitativa	- Entrevista estruturada - Mini-Mental State Examination (MMSE)	263	Inglês Inglaterra	2 0 0 7
VII	Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Siderail Use in Nursing Homes	Cinahl	Research in Nursing & Health	WAGNER L.M., CAPEZUTI E., BRUSH B., BOLTZ M., RENZ S., TALERICO K.A.	Demonstrar que o uso de restrições físicas nos lares de idosos podem ser reduzida, com a Prática Avançada Enfermeiros (PAEs)	Quantitativa	Questionário	273	Inglês Canadá	2 0 0 7
VIII	Falls prevention for older people with dementia	Cinahl	Nursing Standard	CHAABANE F.	- Identificar os riscos intrínsecos e ambientais para quedas em idosos com insuficiência cognitiva ou demência; - Reconhecer a importância da avaliação desses riscos no cuidado; - Listar ações que podem ajudar a reduzir o risco de	Quantitativa	-	-	Inglês Estados Unidos	2 0 0 7

					<p>quedas para idosos com demência.</p> <p>- Identificar duas ferramentas de avaliação de risco que poderiam ser úteis em ambiente de cuidado.</p>					
IX	How balance can overcome barriers	Cinahl	Pavilion Journals	CARTER K.	- Analisar barreiras, de natureza emocional ou prática, à participação em atividades físicas, que existem em diferentes formas em todas as áreas.	Qualitativa	-	-	Inglês Inglaterra	2 0 0 7
X	Development of a fall-risk checklist using the Delphi technique	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	HUANG H.C, WEN-CHUAN L., JIN-DING L.	Desenvolver uma lista de fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos para quedas entre os idosos com base no consenso entre um painel de peritos e validade de conteúdo	Qualitativa	Questionário (Delphi technique)	-	Inglês Taiwan	2 0 0 8

					obtidos por especialistas.					
XI	Falls and fall risk among nursing home residents	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	FONAD E., WAHLIN T.B., WINBLAD B., EMAM A., SANDMARK H.	Identificar fatores de risco para quedas em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência	Quantitativa	Questionário	2343	Inglês Suécia	2 0 0 8
XII	Increased Risk of Falling in Older Community-Dwelling Women With Mild Cognitive Impairment	Cinahl	PhysicalTherapy	LIU-AMBROSE T., ASHE M.C., CRAF P., LYNN B. B., KHAN K. M.	Comparar os fatores de risco para quedas em idosas da comunidade sem prejuízo de cognição com aquelas com algum dano cognitivo.	Quantitativa	- Montreal Cognitive Assessment -Physiological Profile Assessment (PPA) Physiological Profile Assessment (PPA).	158	Inglês Inglaterra	2 0 0 8
XIII	Predicting Falls in Older Patients Using Components of a Comprehensive Geriatric Assessment	Cinahl	Clinical Journal of Oncology Nursing	OVERCASH J.A., BECKSTEAD J.	Avaliar os componentes avaliativos de uma escala geriátrica de ampla avaliação em relação aos fatores predisponentes para quedas em	Quantitativa	- Activities of Daily Living Scale - Geriatric Depression Scale - Mini Mental State - Examination American Geriatrics Society	352	Inglês Estados Unidos	2 0 0 8

					idosos		(AGS)			
XIV	Review of intrinsic factors related to fall risk in individuals with visual Impairments	Cinahl	Journal of Rehabilitation Research & Development	RAY C.T., WOLF S.L.	Identificar fatores intrínsecos que afetam negativamente a saúde e independência dos idosos com deficiência visual	Qualitativa	-	-	Inglês Estados Unidos	2 0 0 8
XV	Development of a simple scoring tool in the primary care setting for prediction of recurrent falls in men and women aged 65 years and over living in the community	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	WOO J., LEUNG J., WONG S., KWOK T. , LEE J. , LYNN H.	Desenvolver um escore de risco de predição de quedas.	Quantitativa	-Questionário - Physician Balance Beam Scale - Physicalactivity scale of the elderly (PASE)	4000	Inglês China	2 0 0 9
XVI	Fall risk factors in older people with	Cinahl	Journal of advanced	HÄRLEIN J., DASSEN T.,	Identificar e sintetizar	Quantitativa	-	-	Inglês Alemanha	2 0

	dementia or cognitive impairment: a systematic review		nursing	HALFENS R. J. G., HEINZE C.	fatores de risco para quedas em idosos com demência ou com prejuízos cognitivos documentados por estudos prospectivos ou caso-controle					09
XVII	Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls	Cinahl	American Academy of Nurse Practitioners	SIRKIN A.J., ROSNER N.G.	Analisar opiniões sobre intervenções para reduzir o risco de quedas em idosos com hipertensão.	Qualitativa	-	-	Inglês Estados Unidos	2009
XVIII	Prescribing Psychotropic Medications for Elderly Patients	Cinahl	Journal of Psychosocial nursing	HOWLAND, R. H	Discutir a tolerabilidade e segurança de medicamentos em idosos; e sua correta prescrição.	Qualitativa	-	-	Inglês Suécia	2009
XIX	Visual impairment and falls: a register study	Cinahl	Journal of Clinical Nursing	KÄLLSTRAND-ERICSON J., HILDINGH C.	Investigar registros de quedas, com lesão, de pacientes de 65 anos ou mais acerca da presença de	Qualitativa	-	91	Inglês Suécia	2009

					deficiência visual como fator de risco					
XX	A Simple Clinical Scale to Stratify Risk of Recurrent Falls in Community-Dwelling Adults Aged 65 Years and Older	Cinahl	Physical Therapy	BUATOIS S., PERRET-GUILLAUME C., GUEGUEN R., MIGET P., VANC G., PERRIN P., BENETOS A.	Desenvolver e validar uma escala clínica para estratificar o risco para quedas em idosos residentes na comunidade	Quantitativa	- Questionário - The One-Leg-Balance Test, - The Timed "Up & Go" Test - Five-Times-Sit-to-Stand Test	1618	Inglês França	2 0 1 0
XXI	Balance Impairment as a Risk Factor for Falls in Community-Dwelling Older Adults Who Are High Functioning: A Prospective Study	Cinahl	Physical Therapy	MUIR S.W., BERG K., CHESWORTH B., KLAR N., SPEECHLEY M.	Avaliar a contribuição da avaliação do equilíbrio na prevenção de queda em idosos residentes na comunidade com a capacidade funcional preservada	Quantitativa	- Entrevista - Berg Balance Scale	210	Inglês Canadá	2 0 1 0
XXII	Fall Risk	Cinahl	Journal of Gerontological nursing	SPOELSTRA S., GIVEN B., EYE A., GIVEN C.	Testar um modelo teórico com a hipótese de que o risco de queda está relacionado com características	Quantitativa	-	-	Inglês Estados Unidos	2 0 1 0

					fisiológicas, textuais, físicas e com o estado cognitivo .					
XXIII	Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans	Lilacs	Rev Panam Salud Publica	REYES-ORTIZ C. A., SNIH A., MARKIDES K.S.	Estimar a prevalência e os fatores de risco para quedas entre idosos residentes da América Latina e no Caribe e nos idosos americanos de origem mexicana no sudoeste dos Estados Unidos.	Quantitativa	Questionário	1483	Inglês Estados Unidos	2 0 0 5
XXIV	Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos Institucionalizados	Lilacs	Revista Baiana de Saúde Pública	SANTOS M.L.C., ANDRADE M.C.	Identificar a incidência de quedas em idosos institucionalizados, relacionando aos seus fatores de risco.	Quantitativa	Questionário semi-estruturado	316	Português Brasil	2 0 0 5
XXV	Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas	Lilacs	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	YEANNES M.L.	Analisar a presença, interação e envolvimento dos fatores de risco de	Quanti-qualitativa	Observação	129	Espanhol Argentina	2 0 0 6

					queda ambientais, e comportamentais.					
XXVI	Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família	Lilacs	Revista Mineira de Enfermagem	MARIN M.J.S., CASTILH N.C., MYAZATO J.M., RIBEIRO P.C., CANDIDO D.V.	Caracterizar os riscos para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF)	Quantitativa	- Entrevista - “Miniexame do estado mental” (MEEN) - Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)	301	Português Brasil	2 0 0 7
XXVII	Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos	Lilacs	Cogitare Enfermagem	LOPES M.C.L., VIOLIN M.R., LAVAGNOLI A.P., MARCON S.S.	Identificar as causas mais frequentes de quedas em idosos em seus domicílios, num município da região noroeste do Paraná	Quantitativa	- Entrevista semi-estruturada	20	Português Brasil	2 0 0 7
XXVIII	Prevalência de quedas em idosos e fatores associados	Lilacs	Revista de Saúde Pública	SIQUEIRA F. V., FACCHINI L. A., PICCINI R. X., TOMASI E., THUMÉI E., SILVEIRA D. S., VIEIRA V., HALLAL P.C.	Analisar a prevalência de quedas em idosos e a influência de variáveis a elas associadas.	Quantitativa	Questionário	4003	Português Brasil	2 0 0 7

XXIX	Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de Enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente	Lilacs	Revista Latino-americana de Enfermagem	MOREIRA M.D., COSTA A.R., FELIPE L.R., CALDAS C.P.	Delinear variáveis associadas à ocorrência de quedas nos idosos, a partir dos diagnósticos de enfermagem	Quantitativa	-	490	Português Brasil	2007
XXX	Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva	MENEZES R. L, BACHION M. M	Identificar a presença de fatores intrínsecos que predispõem a quedas em idosos moradores em instituições de longa permanência na cidade de Goiânia (GO)	Quantitativa	Questionário	95	Português Brasil	2008
XXXI	Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática	Lilacs	Revista de Saúde Pública	GAMA Z. A. da S., GÓMEZ-CONESA A.	Sistematizar resultados de estudos de corte prospectivo em relação os múltiplos fatores de risco para quedas em idosos e avaliar a qualidade de sua metodologia.	Qualitativa	-	-	Espanhol Espanha	2008

XXXII	Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS	Lilacs	Revista de Saúde Pública	GONÇALVES L. G, VIEIRA S. T., SIQUEIRA F.V., HALLAL P.C.	Descrever a prevalência de quedas em idosos que vivem em asilos e fatores associados	Quantitativa	Entrevista	180	Português Brasil	2008
-------	-------------------------------------------------------------------------	--------	--------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------	------------	-----	------------------	------

Legenda:

Ab: abordagem

Cd: coleta de dados

Amo: amostr

APÊNDICE C- Artigos utilizados para a Revisão Integrativa

- I- MURRAY, K.J. et al. A pilot study of falls risk and vestibular dysfunction in older fallers presenting to hospital Emergency Departments. *Disability and Rehabilitation*, v. 27. n.9. p . 499 – 506, 2005.
- II- CLOSE, J.C.T. Prevention of falls in older people. *Disability and Rehabilitation* , v. 27,n. 18-19. p. 1061 – 1071, 2005.
- III- ROE, B. et al. Older people's experience of falls: understanding, interpretation and autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, v.63, n.6,p. 586–596, 2006.
- IV- DELBAERE, K. et al. The Physical Performance Test as a predictor of frequent fallers: a prospective community-based cohort study. *Sciences and Physiotherapy*, v.20, p.83-90, 2006.
- V - MACINTOSH, G.; JOY, J. Assessing falls in older people. *Nursing older people*, v.19, n.7, p. 33-36, 2007 .
- VI- NACHREINER, M. N. et al. Circumstances and Consequences of Falls in Community-Dwelling Older Women . *Journal of women's health*, v.16, n.10. p. 1437-1446, 2007.
- VII- WAGNER, L. M. et al .Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Siderail Use in Nursing Homes. *Research in Nursing & Health*, v.30, p. 131–140, 2007.
- VIII- CHAABANE, F. Falls prevention for older people with dementia. *Nursing Standard*, v.2, n.6, p.50-55, 2007.
- IX- CARTER, K. How balance can overcome barriers. *Quality in Ageing*, v.9, n.1, p.41-44, 2008.
- X- HUANG, H. et al. Development of a fall-risk checklist using the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing*, v.17, p. 2275–2283, 2008.
- XI- FONAD, E. et al. Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing* , v.17,v.3, p. 126–134, 2008.
- XII- LIU-AMBROSE, T. Y. et al. Increased risk of falling in older community-dwelling women with mild cognitive impairment. *PhysicalTherapy*, v.88, p. 1482-1491, 2008.
- XIII- OVERCASH, J. A.; BECKSTEAD, J. Predicting Falls in Older Patients Using Components of a Comprehensive Geriatric Assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v.12, n. 6, p. 924-949, 2008.

- XIV- RAY, C.T. ; WOLF, S. L. Review of intrinsic factors related to fall risk in individuals with visual impairments. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 45, n. 8, p. 1117-1124, 2008.
- XV- WOO J., et al. Development of a simple scoring tool in the primary care setting for prediction of recurrent falls in men and women aged 65 years and over living in the community. *Journal of Clinical Nursing*, v.18, p. 1038–1048, 2009.
- XVI- HARLEIN, J. et al. Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v.65, n.5, p. 922–933, 2009.
- XVII- SIRKIN, A. J. ; ROSNER, N.G. Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v. 21, p. 402–408, 2009.
- XVIII- HOWLAND, R. H. Prescribing Psychotropic Medications for Elderly Patients. *Journal of Psychosocial nursing*, v. 47, n. 11, p. 17-20, 2009.
- XIX- KALLSTRAND-ERICSON, J.; HILDINGH C. Visual impairment and falls: a register study. *Journal of Clinical Nursing*, v.18, p. 366–372, 2009.
- XX- SEVERINE, B. et al. A Simple Clinical Scale to Stratify Risk of Recurrent Falls in Community- Dwelling Adults Aged 65 Years and Older. *Physical Therapy*, v.90, n. 4, p. 550-559, 2010.
- XXI- MUIR, S.W. et al. Balance Impairment as a risk factor for falls in community-dwelling older adults who are high functioning: a prospective study. *Physical Therapy*, v. 90, n. 3, p. 338-347, 2010.
- XXII. SPOELSTRA, S. et al. Fall Risk in community- dwelling Elderly Cancers Survivors. *Journal of Gerontological nursing*, v. 36, n. 2, p. 52-60, 2010.
- XXIII- REYES-ORTIZ, C. A.; SNIH, S. A.; MARKIDES, K. S. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 362-369, 2005.
- XXIV- SANTOS, M.L.C.; ANDRADE, M.C. de. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v.29, n.1, p.57-68, 2005.
- XXV – YEANNES, M. L. Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p 2006.
- XXVI- MARIN, M.J.S. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v.11,n. 4, p.369-374, 2007.

XXVII- LOPES, M. C. de L. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Revista Cogitare de Enfermagem*, Paraná, v. 12, n.4, p.472-7, 2007.

XXVIII- SIQUEIRA, F.V. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.5. p.749-56, 2007.

XXIX- MOREIRA, M.D. et al. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.15, n.2, p. 137-143, 2007.

XXX- MENEZES R.L. de; BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008.

XXXI- GAMA, Z.A.S; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.5, p. 946-56, 2008.

XXXII- HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n.5. p.938-45, 2008.