



JULIA DE MOURA QUINTANA

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE QUEDAS EM IDOSOS: COMPONENTES DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE**

RIO GRANDE

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE QUEDAS EM IDOSOS: COMPONENTES DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE

JULIA DE MOURA QUINTANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de 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 Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientador(a): Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos

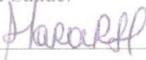
RIO GRANDE

2013

JULIA DE MOURA QUINTANA

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE QUEDAS EM IDOSOS: COMPONENTES
DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 19 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



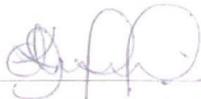
Prof. Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

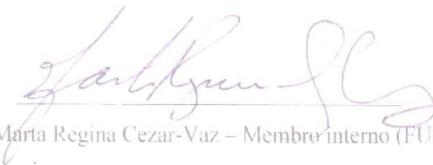
BANCA EXAMINADORA



Dra. Silvana Sidney Costa Santos – Presidente (FURG)



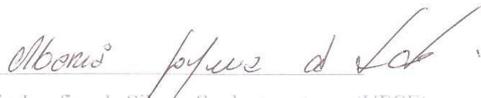
Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – Membro externo (UFSC)



Dra. Marta Regina Cezar-Vaz – Membro interno (FURG)



Dra. Nalu Pereira da Costa Kerber – Suplente Interno (FURG)



Dra. Maria Josefina da Silva – Suplente externo (UFCE)

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação e todas as coisas boas de minha vida
a meu amado filho **Miguel Quintana Balzan**,
que me acompanhou durante todo o Mestrado e
com sua alegria e inocência me acalenta e me dá paz.
Meu querido, tua presença e teu amor me mostram um jeito novo de ver o mundo.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela oportunidade, força e perseverança essenciais para que eu pudesse concluir o Mestrado.

Aos meus amores **Miguel Quintana Balzan** e **Márcio Balzan** pelo carinho, amor e compreensão que me fizeram seguir em frente e não desistir.

À minha mãe **Vera Regina Lopes de Moura** pela dedicação e amor incondicional.

Ao meu pai **Vandir Rodrigues Quintana** que mesmo com seu jeito tão peculiar sempre torceu por mim.

À **Fabiane Ferreira Francioni** pelo presente da tua amizade e por me fazer acreditar mais do que nunca que nada acontece por acaso.

De todo o meu coração, agradeço a **Cidaura Benta Ferreira Francioni, Nestor Francioni Júnior** que me acolheram com todo o carinho do mundo, torceram por mim e vibraram com minha conquista. Minha eterna gratidão.

À minha querida orientadora Doutora **Silvana Sidney Costa Santos** pelos ensinamentos, pela compreensão, cuidado e dedicação. Obrigada pelo incentivo, por acreditar em mim e pelas palavras acolhedoras nos momentos em que mais precisei.

Às professoras doutoras **Marta Regina César-Vaz, Nalú Pereira da Costa Kerber** e **Maria Josefina da Silva** pela valiosa contribuição na elaboração desta dissertação.

À professora doutora **Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt** que me incentiva desde o início de minha trajetória acadêmica. Meu eterno agradecimento pelo exemplo de profissional que és.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON)**, pelos conhecimentos compartilhados e apoio indispensáveis.

À querida **Elisabete Zimmer Ferreira** pela amizade que tornou meus dias mais felizes em Rio Grande.

Ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem da FURG** pela importância em minha trajetória profissional.

Aos colegas e professores do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG, cuja convivência foi um privilégio para mim.

*“Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale, mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.
Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.”*

Pablo Neruda

RESUMO

QUINTANA, Julia de Moura. Produção científica sobre quedas em idosos: componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2013. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. FURG, Rio Grande.

Este estudo objetivou analisar a produção científica de enfermeiros sobre os acidentes por quedas em idosos, relacionando-os aos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A metodologia utilizada foi a Revisão Integrativa que compreendeu cinco etapas: formulação do problema; coleta de dados, avaliação dos dados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação dos resultados. Para a coleta dos dados foram utilizados os descritores: Idoso, Acidentes por quedas, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e Cuidados de Enfermagem nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e Base de dados de Enfermagem em Espanhol e publicações entre 2008 e 2012. Foram encontrados 308 estudos e selecionados 29 para análise. Os resultados foram analisados considerando as informações relacionadas aos artigos e informações referentes aos fatores associados às quedas em idosos e sua relação aos componentes da CIF. Verificou-se que os Componentes mais expressos foram Funções do Corpo e Fatores Ambientais. Foi identificado o total de 77 categorias divididas nos quatro componentes: 19 categorias em Funções do Corpo; 10 em Estruturas do Corpo; 24 em Atividades e Participação; 24 em Fatores Ambientais, sendo as mais frequentes: b235 Funções vestibulares, s750 Estrutura do membro inferior, d920 Recreação e lazer, e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal. Evidenciou-se necessidade de estratégias que visem manutenção da funcionalidade, atividade, participação e desenvolvimento de facilitadores para condições de vida mais saudáveis para os idosos. Foi possível refletir sobre a interação dinâmica entre os fatores que corroboram para a ocorrência de quedas em idosos e sugerindo-se que estes sejam classificados de acordo com os componentes da CIF visando criar criterios de avaliação para causas principais e consequências das quedas, elaborar estratégias de prevenção e proporcionar comunicação mais efetiva entre os enfermeiros e demais profissionais que atuam junto a esta população. Considera-se que as quedas em idosos e constituem em um problema de saúde pública e que a utilização da Classificação possibilita uma nova forma de analisar estes acidentes de forma abrangente embasada em um modelo biopsicossocial.

Descritores: Idoso. Acidentes por quedas. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

QUINTANA, Julia de Moura. *Scientific production on the falls on elderly: components of International Classification of Functioning, Disability and Health*. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. FURG, Rio Grande.

This study aimed to analyze the scientific production of nurses on accidents from falls in the elderly, relating them to the components of the International Classification of Functioning, Disability and Health. The methodology used was the Integrative Review which comprised five stages: formulation of the problem; collection data, evaluation of data, analysis and interpretation of results, and presentation of results. To collect data, we used the descriptors: Aged, Accidental falls, International Classification of Functioning, Disability and Health and Nursing Care in databases Latin American and Caribbean Health Sciences, Database and Nursing Spanish and Scientific Electronic Library Online, and publication between 2008 and 2012. Found studies 308 and 29 selected for analysis. The results were analyzed considering the information related to articles and information related to factors associated with falls in the elderly and its relationship to the ICF components. It was found that the components were more expressed Body Functions and Environmental Factors. It identified a total of 77 categories divided into four components: 19 categories in the Body Functions; 10 in Body Structures, 24 in in the Activities and Participation, 24 in the Environmental Factors, the most common: b235 Functions vestibular S750 Structure of the lower limb, d920Recreation and Leisure, e110 Products or substances for personal consumption. It became clear need for strategies aimed at maintaining the functionality, activity, participation and development of facilitators for healthier living conditions for the elderly. It was possible to reflect on the dynamic interaction between the factors that corroborate the occurrence of falls in the elderly and suggest that these are classified according to the ICF components in order to create evaluation criteria for major causes and consequences of falls, develop strategies provide prevention and more effective communication among nurses and other professionals who work with this population. It is considered that the falls in the elderly and are a public health problem and that the use of the Classification enables a new way of analyzing these accidents comprehensively grounded in a biopsychosocial model.

Descriptors: Aged. Accidental falls. International Classification of Functioning, Disability and Health. Nursing care. Nursing.

RESUMEN

QUINTANA, Julia de Moura. Producción científica sobre las caídas em los ancianos: los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. FURG, Rio Grande.

Se objetivó en este estudio analizar la producción científica de los enfermeiros a lo que se refiere a los accidentes resultantes de caídas en los ancianos relacionándolos a los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Como metodología se utilizó la Revisión Integrativa que comprende cinco etapas: formulación del problema, colecta de datos, evaluación de los datos, análisis y interpretación de los resultados; presentación de los resultados. Para la colecta de datos, se utilizó los descriptores: ancianos; accidentes por caídas; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; atención de Enfermería. Se consultaron las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; Base de datos de Enfermería en Español y *Scientific Electronic Library Online* en busca de artículos publicados entre 2008 y 2012. De esta selección de datos, fue encontrado 308 estudios y se utilizó 29 para análisis. Para llegar a los resultados, se puso atención en las informaciones relacionadas a los artículos e informaciones que trataban de los factores asociados a las caídas de ancianos y su relación a los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Fue verificado que los componentes más expresivos fueron: funciones del cuerpo y factores ambientales. Se identificó 77 categorías divididas en los cuatro componentes: 19 categorías en funciones del cuerpo, 10 en estructuras del cuerpo, 24 en actividades y participación, 24 en factores ambientales. Las más frecuentes: b235 Funciones vestibulares, s750 Estructura del miembro inferior, d920 Recreación y Ocio, e110 Productos o sustancias para el consumo personal. Se hizo evidente la necesidad de estrategias para la manutención del funcionamiento, actividad, participación y desarrollo de facilitadores para una vida más saludable para los ancianos. Se pudo reflexionar acerca de la interacción dinámica entre los factores responsables por el gran número de caídas de ancianos y se sugiere que estos factores sean clasificados de acuerdo con los componentes de la CIF, con la intención de crear criterios de evaluación para las principales causas y efectos de las caídas, elaborar estrategias de prevención y posibilitar una comunicación más eficaz entre los enfermeros y los demás profesionales que actúan con estas personas. Las caídas en ancianos son un problema de salud pública y con el uso de la CIF, tendremos una nueva y amplia condición de analizar estos accidentes, a partir de un modelo biopsicosocial.

Descriptores: Anciano. Accidentes por Caídas. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Atención de Enfermería. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF.....	28
Figura 2 - Modelo teórico do estudo.....	35
Figura 3 - Esquema explicativo da Revisão Integrativa.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Visão geral dos conceitos da CIF, Rio Grande, 2013.....	27
Quadro 2 - Dados relacionados aos artigos da amostra do estudo, Rio Grande, 2013.....	40
Quadro 3 - Categorias do componente “Funções do corpo” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.....	43
Quadro 4 - Categorias do componente “Estruturas do Corpo” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande,2013.....	47
Quadro 5 - Categorias do componente “Atividade e Participação” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.....	48
Quadro 6 - Categorias do componente “Fatores Ambientais” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.....	52
Quadro 7- Descrição dos códigos identificados nos artigos segundo os componentes da CIF, Rio Grande, 2013.....	59
Quadro 8 – Distribuição das categorias identificadas e quantidade de artigos relacionados aos componentes da CIF, Rio Grande, 2013.....	60

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	15
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
3.1 Idoso e envelhecimento	18
3.2 Quedas em idosos.....	20
3.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	28
3.3.1 CIF: usos e perspectivas	29
3.4 Modelo teórico do estudo	34
4 METODOLOGIA	36
4.1 Etapa 1: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa.....	36
4.2 Etapa 2: coleta de dados	37
4.3 Etapa 3: avaliação dos dados	37
4.4 Etapa 4: análise e interpretação dos dados	38
4.5 Etapa 5: apresentação dos resultados	38
5 RESULTADOS.....	40
6 DISCUSSÃO.....	61
6.1 ARTIGO 1.....	62
6.2 ARTIGO 2.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
8. REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado, intitulada ***Produção científica sobre quedas em idosos: componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*** apresenta a seguinte estrutura: introdução, revisão bibliográfica, metodologia, apresentação dos resultados, discussão e considerações finais.

Na introdução, apresento a aproximação com o objeto de estudo, conceitos relacionados à pesquisa: idoso, acidentes por quedas e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Apresento a justificativa, a questão da pesquisa e o objetivo.

Na revisão bibliográfica reflito sobre o idoso e envelhecimento, as quedas em idosos, descrevo a CIF, seus usos e perspectivas e, apresento o modelo esquemático do estudo. Na metodologia apresento a identificação do tema e questão de pesquisa, os procedimentos para coleta, avaliação, análise e interpretação dos dados.

Na apresentação dos resultados trago os dados de identificação dos artigos que compuseram a amostra do estudo, os códigos das categorias identificadas em cada artigo a partir da associação com os fatores relacionados às quedas em idosos, os códigos descritos em relação aos componentes da CIF, a descrição das categorias identificadas em cada componente, bem como os fatores que foram associados a ela e o código de cada artigo que apresentou a categoria.

Na discussão apresento dois artigos científicos: “Quedas em idosos: reflexões na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde” e “Fatores associados a quedas em idosos segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde” e

Nas considerações finais exponho o alcance dos objetivos, limitações e pontos favoráveis da pesquisa, breve apresentação dos resultados e contribuições do estudo para a Enfermagem.

2. INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática do cuidado ao idoso surgiu durante o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana/RS/Brasil mais precisamente nas aulas práticas e na disciplina de Enfermagem Gerontogeriatrica. Nesse momento tive oportunidade de observar a situação dos idosos com um novo olhar principalmente no que se refere à saúde. Um olhar que procura conhecer a realidade a fim de alcançar ações condizentes com as especificidades da pessoa idosa.

Durante estágio voluntário em uma clínica renal na cidade de Uruguaiana/RS, fiquei sensibilizada com a situação dos idosos que realizavam terapia renal substitutiva (hemodiálise), surgiu-me o desejo de aprofundar os conhecimentos relacionados aos idosos e passei a me envolver cada vez mais em atividades relacionadas a esta população. Estes foram os fatores que me influenciaram a ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e desenvolver dissertação nesta temática.

Durante o curso de Mestrado, passei a integrar o Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), o qual desenvolve estudos relacionados à saúde do idoso e, dentre vários temas estudados/investigados, estão os acidentes por quedas em idosos. Desta forma, esta dissertação visa, além de seu objetivo que será explicitado posteriormente, a consolidação das pesquisas do GEP- GERON.

O estudo das situações de saúde dos idosos possui grande relevância devido ao aumento mundial da população idosa que vem ocorrendo nas últimas décadas. A proporção de idosos maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e no ano de 2050 deverá superar a de jovens, alcançando 19% (BRASIL, 2008a). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, em 2009 havia no Brasil aproximadamente 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, representando 11,3% da população geral. Associado a isto, a taxa de fecundidade encontrava-se abaixo do nível de reposição populacional (IBGE, 2010).

Frente a esta situação, é importante atentar para o fato de que a interação entre as modificações fisiológicas próprias do envelhecimento e as decorrentes de

processos patológicos pode ser responsável pela apresentação de vários problemas que podem levar à perda da autonomia, hospitalização e à morte dos idosos (SMELTZER; BARE, 2009). Entre estes problemas, incluem-se as quedas, que constituem um importante agravo na saúde dos idosos, podendo ocasionar consequências irreversíveis e até a morte nesta população.

O acidente por queda é o deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior à posição inicial, onde há incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (PEREIRA et al, 2002). A queda pode ocasionar complicações ao idoso, como perda da capacidade funcional, insegurança, imobilidade e fraturas. Constitui-se em um dos principais motivos que provocam diminuição da participação em atividades físicas, sociais e dependência nas Atividades da Vida Diária (AVD) (ESPINOZA et al, 2001).

No cuidado de enfermagem ao idoso, o enfermeiro pode intensificar o estabelecimento de ações/estratégias voltadas à prevenção de quedas, estejam os idosos hospitalizados, institucionalizados ou domiciliados (FREITAS et al, 2011). Neste sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode ser utilizada como ferramenta para subsidiar o cuidado de enfermagem.

A CIF faz parte da família das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. Consiste em uma classificação da funcionalidade e da incapacidade humana, agrupando, de maneira sistemática, os domínios da saúde e os relacionados com a saúde (OMS, 2004). Ela é dividida em duas partes, cada uma com dois componentes. A primeira parte relaciona-se com a funcionalidade e Incapacidade, sendo dividida em Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. A segunda parte abrange os Fatores Contextuais, dividindo-se este em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (OMS, 2004).

A CIF possui aplicação universal, ou seja, aplica-se a todas as pessoas e, entre seus objetivos há o de estabelecer linguagem comum entre os profissionais de diversas áreas e proporcionar uma base científica para compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde (HEINEN et al, 2005; KEARNEY; PRYOR, 2004; OMS, 2004).

É importante ressaltar que a CIF não é uma classificação de pessoas. Ela permite descrever as características do indivíduo em diferentes domínios e as características do seu meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que documenta, o seu perfil de funcionalidade e de participação (FONTES; FERNANDES; BOTELHO 2010).

Com a utilização desta classificação no cuidado de enfermagem, pode-se identificar como se apresenta a situação de idosos vítimas de acidentes por quedas, avaliar as funções do corpo, estruturas do corpo, participação e questões gerais destes idosos, caracterizar o conhecimento que eles possuem sobre a prevenção de novos acidentes por quedas, bem como propor ações de enfermagem/saúde individuais/coletivas/contextuais e gerontotecnologias, focando na prevenção de novas quedas.

Desta forma, é necessário caracterizar o conhecimento adquirido até o momento sobre quedas em idosos e CIF para sua compreensão pelos enfermeiros e demais profissionais que atuam junto aos idosos. Tal fato justifica o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre este tema para interpretação mais expressiva do conhecimento produzido na área e com o propósito de auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações.

Apresenta-se como questão desta pesquisa: **como a produção científica de enfermeiros sobre acidentes por quedas em idosos se relaciona aos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?**

Foi objetivo geral desta pesquisa: analisar a produção científica de enfermeiros sobre os acidentes por quedas em idosos, relacionando-os aos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Foram objetivos específicos:

Refletir sobre os acidentes por quedas em idosos na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde.

Identificar os componentes da CIF na produção científica de enfermeiros sobre quedas em idosos.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tem a finalidade de proporcionar uma visão geral do embasamento bibliográfico que sustenta esta pesquisa. Apresenta-se, a seguir, a revisão de literatura com aspectos relacionados ao idoso, as quedas em idosos e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Encerra-se este capítulo com a apresentação do Modelo teórico do estudo.

3.1 Idoso e envelhecimento

O ser humano idoso possui dimensões biológica, psicológica, social, espiritual, além de outras que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo. Não é possível defini-lo somente pelo plano cronológico, pois outras condições (físicas, funcionais, mentais e de saúde) podem influenciar na determinação de quem seja idoso. Porém, há necessidade de uniformização cronológica do idoso brasileiro (SANTOS, 2010).

O conceito de idoso difere entre os países desenvolvidos e os que se encontram em processo de desenvolvimento. Nos primeiros, o indivíduo com 65 anos ou mais é considerado idoso. Já no Brasil, país em desenvolvimento, considera-se como tal aquele que possui idade igual ou superior a 60 anos. Esta definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (ONU, 1982).

O envelhecimento é um fenômeno comum para todos os seres vivos, considerado como um *continuum* na vida, o qual começa com a concepção e termina com a morte. É um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (PAPALEO NETTO, 2006).

A transição epidemiológica contribui efetivamente para o aumento da esperança de vida e conseqüentemente para o envelhecimento populacional. Este fenômeno pode indicar, ou não, melhoria nas condições de vida e saúde dos idosos brasileiros, o que possivelmente pode ser relacionado ao avanço tecnológico que

proporciona progresso na saúde, na vida e bem estar geral para população (HAMMERSCHMIDT, 2011).

Esta mudança, evidenciada não somente no Brasil, denota a necessidade de dispensar um olhar crítico e desenvolver medidas urgentes de intervenção, principalmente no que se refere à saúde dos idosos. Isto exige estratégias multidimensionais de promoção à saúde, prevenção e tratamento das doenças, com vistas às particularidades da população idosa.

O processo de envelhecimento populacional apresenta-se como um relevante fenômeno em escala mundial, pois, à medida que a sociedade envelhece os problemas sociais e de saúde entre os idosos desafiam, principalmente, o sistema de saúde (OMS, 2010). Desta forma, para que a fase da velhice seja uma experiência positiva, é necessário que os direitos do idoso sejam assegurados e que sejam criados ambientes que favoreçam escolhas saudáveis em todas as etapas da vida (SILVA, 2011).

O Brasil vem se organizando para atender às crescentes demandas da população que envelhece. Como exemplo disso, em 2002, foi proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002). Já em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso para ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2006).

Em 2006, foi publicado o documento contendo as Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida por meio da Portaria nº 399/GM. A saúde do idoso apresenta-se neste documento como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Também foi apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Esta política determina que os

órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema elaborem ou readéquem planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas. Assumindo, ainda, que a perda de capacidade funcional é o principal problema que pode afetar o idoso, pois prejudica as habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

A autonomia e independência do idoso dependem de diversos fatores além do físico. Os fatores mentais, sociais e ambientais são significativos no processo de adaptação a esta fase da vida, a qual pode ser considerada uma conquista individual e da sociedade com um todo. Porém, como em todas as outras fases, há problemas a serem enfrentados e superados para viver mais saudável. Entre estes problemas, há as quedas, que se apresentam como um desafio ao envelhecimento populacional, pois elas aumentam exponencialmente com as mudanças biológicas associadas à idade avançada. Portanto, um significativo número de idosos poderá desencadear um aumento substancial de quedas e dos ferimentos a elas relacionados em níveis altos (OMS, 2010).

3.2 Quedas em idosos

A queda configura-se em um importante fator causador de dependência nos idosos, o que pode comprometer significativamente a capacidade funcional. Apresenta-se como o acidente doméstico mais frequente e a principal etiologia de morte acidental em pessoas idosas (SBGG, 2008).

As quedas possuem expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. São codificadas como E880-E880, na Classificação Internacional das Doenças-9 (CID-9), e como W00-W19, na CID-10, que inclui um amplo leque de quedas, abrangendo as que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto e outras quedas não especificadas (OMS, 2010).

O acidente por queda pode ser definido como o deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (SBGG, 2008). Há outra definição, segundo o Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice, onde as quedas são definidas como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior,

excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis paredes ou outros objetos” (OMS, 2010, p.09).

As quedas representam a maior causa de trauma em idosos e o risco para que aconteçam aumenta proporcionalmente com o número de fatores de risco existentes, pois elas ocorrem como resultado de uma complexa interação entre estes fatores (MACHADO et al, 2009). A OMS (2010) categoriza estes fatores em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos. Estudo recente categorizou tais fatores em: ambientais, quedas em adultos, cognitivos, fisiológicos e medicamentosos (SILVA, 2011).

Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos relacionadas ao corpo humano (idade, sexo, raça, mudanças relacionadas ao envelhecimento e às doenças crônicas). Estas variáveis se correlacionam a outras, como fatores de risco fisiológicos para quedas nos idosos, que compreendem o equilíbrio prejudicado, dificuldades visuais, incontinência, dificuldades na marcha e neoplasias (OMS, 2010).

A perda da visão possui estreita relação com a velhice e diminuição da autonomia nos idosos, é debilitante, dificulta a marcha e pode predispor as quedas. Já as neoplasias podem causar fraqueza muscular e fadiga, ressaltando-se que a ocorrência de quedas está intimamente ligada à trajetória da doença no organismo e suas consequências (SILVA, 2011).

A interação entre os fatores biológicos, comportamentais e ambientais aumenta os riscos de quedas (OMS, 2010). No caso de haver incontinência, o idoso pode acelerar a marcha para chegar ao banheiro e, muitas vezes, o acesso dificultado às instalações sanitárias podem aumentar as chances de quedas, principalmente em idosos hospitalizados ou residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (SILVA, 2011).

No que tange aos riscos cognitivos, o estado mental rebaixado pode causar oscilação postural, reflexos diminuídos, propriocepção alterada, redução do equilíbrio e coordenação, o que aumenta o potencial de queda além de afetar o bem estar e a participação social do idoso. Associado ao fator cognitivo, o uso de medicação específica para este quadro clínico pode reduzir o estado de alerta. Isto exige acompanhamento dos enfermeiros, pois estes são os profissionais de saúde que permanecem mais tempo com os pacientes (SILVA, 2011).

Os fatores ligados aos medicamentos se apresentam como um dos principais causadores de quedas. Apesar dos inúmeros benefícios, algumas classes medicamentosas como as drogas psicotrópicas, corticosteroides, cardiovasculares e anti-inflamatórios não hormonais, estão associadas ao aumento de quedas por causarem alterações ósseas, musculares, motoras, hipotensão postural e vertigem (SILVA, 2011).

Em estudo com idosos institucionalizados verificou o consumo de, em média 3,7 medicamentos por residentes da instituição de longa permanência e, dentre estes, muitos eram considerados impróprios para uso nesta faixa etária (GAUTÉRIO, 2011). Outra pesquisa observou o uso de 5 ou mais medicamentos em 10 % dos idosos estudados, o que pode aumentar o risco para quedas (BORGES; GARCIA; RIBEIRO et al, 2008). Cabe ao enfermeiro, conhecer o risco e o benefício do uso dos medicamentos em idosos e buscar estratégias de administração relacionadas ao horário a fim de que o idoso permaneça menos sonolento ao realizar as atividades diárias (SILVA, 2011).

A queda é um evento traumatizante para o idoso com significativo impacto psicológico. Pode desencadear a Síndrome Pós-Queda que se apresenta através do medo de realizar as atividades diárias, tristeza, isolamento, dependência, sentimento de fragilidade, insegurança, perda de autonomia, confusão, imobilização, depressão e medo de cair novamente, os quais podem levar a restrições ainda maiores nas atividades diárias (OMS, 2010; RIBEIRO et al, 2008). O medo de cair pode atuar também como um fator protetor na medida em que o idoso, em função dele, adota comportamentos preventivos (OMS, 2010).

Os fatores de risco comportamentais incluem os que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias. São potencialmente modificáveis através de intervenções estratégicas para mudança comportamental. A mudança para um estilo de vida saudável pode encorajar o envelhecimento saudável e evitar quedas. Não fumar, consumir álcool moderadamente, manter o peso em níveis normais e realizar atividade física são fatores que protegem os idosos das quedas (OMS, 2010). Por isso, tornam-se necessárias medidas de intervenção por parte dos profissionais de saúde que visem à mudança de atitudes e a redução de danos ocasionados por estes acidentes (LOPES et al, 2007).

Os fatores de risco ambientais incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca. Os problemas domésticos incluem degraus

estreitos, superfícies de escada escorregadias, tapetes soltos e iluminação insuficiente. *Design* inadequado de prédios, pisos escorregadios, calçadas quebradas ou irregulares e iluminação insuficiente em locais públicos são fatores que contribuem para a ocorrência de quedas (SILVA, 2011; OMS, 2010; RIBEIRO et al, 2008).

A maioria das quedas em idosos ocorre dentro de casa, o que demonstra a importância de observar o domicílio do idoso para preveni-las (RIBEIRO et al, 2008). Os fatores ambientais foram predominantes nos casos de quedas, sendo o banheiro e a cozinha os principais locais de quedas (LOPES et al, 2007). Estes fatores associam-se ao estado funcional e mobilidade das pessoas, tornando-as mais suscetíveis, assim, os obstáculos ambientais apresentam-se como uma ameaça à segurança dos idosos com alterações fisiológicas já instaladas (SILVA, 2011).

Desta forma, a modificação da residência previne a exposição a riscos ocultos nas atividades domésticas diárias. Tais modificações incluem a instalação de artefatos protetores, tais como: corrimãos, barras de apoio e superfícies não escorregadias no banheiro, além de iluminação adequada e barras de apoio nos demais ambientes (OMS, 2010).

Os fatores relacionados ao adulto incluem: idade acima de 65 anos, histórico de quedas e uso de dispositivos auxiliares. Idosos com histórico de quedas possuem desempenho no equilíbrio inferior daqueles que nunca caíram, aumentando a probabilidade de novos eventos (SILVA, 2011; BORGES; GARCIA; RIBEIRO, 2009). No que se refere aos dispositivos auxiliares, estes podem ser prejudiciais quando utilizados de forma inadequada (SILVA, 2011).

Os fatores de risco socioeconômicos são relacionados à influência das condições econômicas dos indivíduos, bem como à capacidade da comunidade de enfrentá-los. Esses fatores incluem: baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, falta de interação social, acesso limitado ao cuidado de saúde e assistência social em áreas remotas e falta de recursos da comunidade (OMS, 2010).

As quedas na população idosa são frequentes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência (RIBEIRO et al, 2008).

Em estudo relacionado à prevalência de quedas em idosos institucionalizados foi verificado que 64,71% caíram em um ano e destes, 75,68% caíram no período diurno. Em relação às causas das quedas, 72,98% foram por fatores extrínsecos e 27,02% por fatores intrínsecos (NASCIMENTO; VARESCHI; ALFIERI, 2008). A busca sistematizada de fatores causais permite o manejo adequado, previne novos eventos e possibilita o tratamento de doenças associadas, evitando comorbidades e o aparecimento de incapacidades (SILVA, 2011).

As causas intrínsecas decorrem de processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento que ocasionam lentidão dos mecanismos corporais centrais importantes para os reflexos posturais. Podem estar associadas à perda de consciência, doença de Parkinson, distúrbios da marcha, postura e equilíbrio, demências, distúrbios de percepção ambiental e ataques súbitos de quedas sem perda da consciência, os chamados *drop attacks* (FREITAS et al, 2011; NASCIMENTO; VARESCHI; ALFIERI, 2008).

Já as causas extrínsecas são representadas pelos fatores ambientais que, comumente, envolvem situações cotidianas. Dessa forma, o ambiente seguro no domicílio ou nas ILPI contribuem para que o idoso viva com independência, autonomia e dignidade (FREITAS, et al, 2011; NASCIMENTO; VARESCHI; ALFIERI, 2008).

Como consequências das quedas, pesquisa encontrou que 24,3% dos idosos estudados informaram ter sofrido fraturas, a mais frequente foi a de fêmur (33,3%) e alguns fraturaram mais de um membro. As quedas levaram à necessidade de atendimento médico em 48,6% dos casos. Desses, 58,3% recorreram a hospitais de traumatologia, 77,8% a serviço de pronto socorro ou emergência, 16,7% a postos de saúde e 5,6% não informaram (RIBEIRO et al, 2008).

As partes do corpo mais atingidas após quedas foram os membros inferiores (32%), cabeça (26,7%), tronco (16%), membros superiores (12%) e quadril (8%) (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010). As fraturas de membros superiores e inferiores foram as mais encontradas nos prontuários de idosos investigados (FREITAS et al, 2011).

As quedas levam alguns idosos a ficarem incapacitados, imobilizados, acamados e, exigindo tratamentos cirúrgicos dispendiosos e sofridos (colocação de placas, parafusos, talas e gesso). A recuperação pode durar de semanas a meses,

alterando a locomoção, autonomia e capacidade funcional desses idosos, além de trazer modificações à estrutura familiar (FREITAS et al, 2011).

O impacto econômico das quedas para a família, a sociedade e o setor da saúde está aumentando significativamente em todo o mundo. Os custos diretos relacionados às quedas abrangem os custos de saúde tais como medicamentos e serviços adequados (consultas médicas, tratamento e reabilitação). Os custos indiretos consistem nas perdas da produtividade na sociedade relacionadas às atividades nas quais os indivíduos ou cuidadores estariam envolvidos caso não tivessem de cuidar de lesões causadas pelas quedas (OMS, 2010).

O cuidado de enfermagem com vistas à prevenção da queda justifica-se pela melhora da qualidade de vida dos idosos, por diminuir a morbidade e a mortalidade, a institucionalização e os custos hospitalares. Os enfermeiros devem atuar com medidas preventivas para detectar os fatores de risco a fim de modificá-los ou adaptá-los, diminuindo assim o grau de susceptibilidade para quedas na população idosa (MARIN, et al 2007).

É necessário que se desenvolva a pesquisa e o ensino relacionados ao cuidado ao idoso, pois cada vez mais os enfermeiros necessitam de subsídios para ação, tendo em vista as inúmeras mudanças e desafios que ocorrem junto ao envelhecimento populacional. Torna-se necessário que sejam realizadas estratégias com enfoque multiprofissional, com participação de profissionais competentes, atualizados, capacitados à autocrítica e ao trabalho em equipe a fim de identificar situações problemas que interferem na qualidade do cuidado de enfermagem ao idoso vítima de acidente por queda.

3.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF

A CIF foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) objetivando estabelecer mecanismo de comunicação entre profissionais de saúde, fundamentada na utilização de uma linguagem unificada e padronizada, que possibilitasse a identificação dos impactos na vida cotidiana dos indivíduos e grupos populacionais decorrentes de doenças e de mudanças estruturais físicas e psíquicas (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2008; HEINEN et al, 2005; KEARNEY; PRYOR, 2004, OMS, 2004).

Foi desenvolvida a partir da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID publicada em 1980 e aprovada em maio de 2001 para uso internacional após estudos de campo sistemáticos e consulta internacional iniciados no início dos anos 1990 (DI NUBILA; BUCHALLA 2008; HEINEN et al, 2005; KEARNEY; PRYOR, 2004; OMS, 2004).

O desenvolvimento da CIF partiu da necessidade de cobrir questões não alcançadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), tais como as consequências das doenças. Assim, a CIF pertence à Família de Classificações, a qual surgiu da percepção de que somente uma classificação de doenças não seria suficiente para todas as questões relacionadas à saúde (DI NUBILA; BUCHALLA 2008; OMS, 2004).

Desde a publicação como versão experimental, em 1980, a CIF tem sido utilizada como ferramenta estatística, investigativa, clínica e voltada às condições específicas. Erradamente, as pessoas acreditam que a classificação se refere unicamente a pessoas com incapacidades, porém, ela aplica-se a todas as pessoas. A saúde, seus estados relacionados e associados a qualquer condição de saúde podem ser descritos através da CIF. Logo, ela possui aplicação universal (OMS, 2004).

A CIF é dividida em duas partes, cada uma com dois componentes. A primeira parte relaciona-se com a funcionalidade e Incapacidade, sendo dividida em Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. A segunda parte abrange os Fatores Contextuais, dividindo-se este em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (DI NUBILA; BUCHALLA 2008; HEINEN et al, 2005; KEARNEY; PRYOR, 2004; OMS, 2004).

Cada um dos componentes pode ser descrito em termos positivos ou negativos. Aspectos da saúde que não apresentam problemas são agrupados sob o termo funcionalidade e os aspectos negativos sob o termo incapacidade. Cada um desses componentes age e sofre a ação dos demais. Essas interações são específicas, mas nem sempre ocorrem de forma previsível e linear. (CAMPOS et al, 2012; FONTES, FERNANDES, BOTELHO 2010; LIMA et al 2010; SAMPAIO; LUZ, 2009; OMS, 2004). No Quadro 1 apresenta-se uma visão geral desses conceitos:

Quadro 1- Visão geral dos conceitos da CIF – Rio Grande, 2012.

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação :	Fatores Ambientais	Fatores pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, ações):	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências Internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho /Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da Participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Extraído de: OMS, 2004.

A CIF propõe um modelo de funcionalidade e de incapacidade que tem em seu centro a atividade humana no seu cotidiano e no mundo real, mudando o foco da incapacidade para a funcionalidade, do contexto da deficiência e do que não é possível ser realizado, para a perspectiva da saúde, das possibilidades, a partir da aceitação da diferença e da intervenção não só no doente e na doença, mas na interação doente-contexto sociocultural (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2008; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

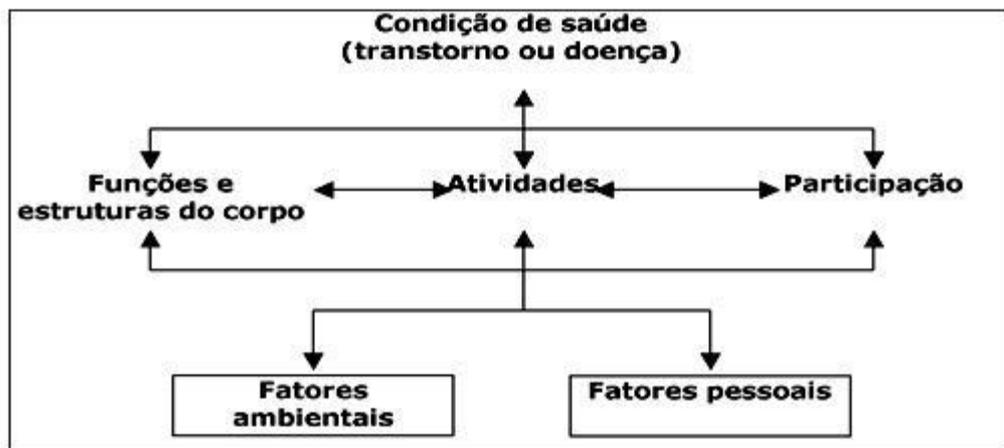
A CIF proporciona base científica para compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde. Estabelece linguagem comum entre os profissionais, permite comparação de dados entre países, disciplinas, serviços, relacionadas com os cuidados de saúde em

diferentes momentos ao longo do tempo e proporciona esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (SAMPAIO; LUZ, 2009; OMS, 2004).

Desta forma, o modelo da CIF deve ser investigado nas dimensões sociais, políticas e culturais, constituindo um desafio para todos, no sentido de explorar a sua aceitabilidade, validade e impacto nos diferentes sistemas, sobretudo explorando o potencial na renovação de políticas mais inclusivas e equitativas (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

As possibilidades que a CIF oferece são possíveis por meio da interação de seus componentes, sendo de fundamental importância que as categorias sejam relacionadas entre si pelos diferentes componentes, corroborando o modelo básico biopsicossocial da saúde (CAMPOS et al, 2012). A Figura 1 possibilita visualizar esta interação.

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF, Rio Grande, 2013



Extraído de: OMS, 2004.

3.3.1 CIF: usos e perspectivas

O modelo biopsicossocial de saúde proposto pela CIF pode ser efetivado com o treinamento e a participação de diversas áreas profissionais no sentido de ampliar e identificar a melhor forma de viabilizar a utilização desta classificação complexa.

Há estudos que utilizaram a CIF de diversas formas e enfocaram diversos aspectos, a saber: utilizando a proposta biopsicossocial focada para a capacidade e possibilidades como norteadora de pesquisa (RUBIO, 2010); para comparação com

outros instrumentos ou como instrumento principal (CASTANEDA; PLÁCIDO, 2010); utilizando todos os seus componentes ou apenas alguns deles; como instrumento base para pesquisa com sujeitos acometidos por determinadas doenças (NICKEL et al, 2009); como eixo temático para pesquisa bibliográfica (LIMA et al, 2010); como instrumento para avaliação no campo da educação (ANDRADE, 2010); através de seus *core sets* (RIBERTO et al, 2011).

Um *core set* consiste na seleção de itens essenciais para a descrição e qualificação da demanda de situações de saúde específicas. O *core set* da CIF para lombalgia foi validado empiricamente em 29 sujeitos com lombalgia crônica mecânica inespecífica, constando que 64 das categorias da CIF foram representativas. Para os autores, o referido *core set* tem sua validade na demonstração de toda a gama de problemas enfrentados pelos pacientes acometidos por lombalgia (RIBERTO et al, 2011).

Também, foram encontradas deficiências em todas as estruturas do corpo constantes no *core set*, fato que demonstrou a importância destas categorias para a funcionalidade das pessoas com lombalgia. Já o componente “*Atividade e Participação*” trouxe mais novidades na avaliação da funcionalidade dos sujeitos, pois foram evidenciados aspectos de vida diária, profissional, de relacionamentos e envolvimento em situações de reabilitação. Também foram descritos os papéis dos fatores ambientais na modulação da funcionalidade desses pacientes (RIBERTO et al, 2011).

Estudo realizou a interligação entre o *King's Health Questionnaire* (KHQ) e a CIF na avaliação de pacientes com incontinência urinária após cirurgia oncológica ginecológica. Foram obtidas 12 categorias para funções do corpo, nenhuma para estruturas do corpo, 22 para atividades físicas e 4 para ambiente, totalizando 38 categorias. Os autores observaram que 7 conceitos significativos do questionário não puderam ser ligados a CIF, pois 2 não foram definíveis em saúde geral, 2 não foram definíveis em saúde mental, 1 não foi definível em atividade e participação e 1 em fator pessoal, e, 1 não foi abrangido na CIF (CASTANEDA; PLÁCIDO, 2010).

O KHQ oferece base para ações terapêuticas, evidencia as limitações de participação social vivenciadas no dia a dia, mas nega a importância do ambiente. Ao considerar este fato, a CIF é apontada como ferramenta ideal para classificar e mensurar as diversas manifestações da incontinência urinária, pois permite o conhecimento do paciente por meio de um documento único que vai além dos

resultados obtidos pelo modelo biomédico, abrangendo as informações relacionadas ao cotidiano, à participação social e aos fatores ambientais, ambos de grande relevância para as pacientes com incontinência urinária após cirurgia oncológica ginecológica (CASTANEDA; PLÁCIDO, 2010).

As informações de uma base de dados foram utilizadas para classificar as malformações congênitas por meio de uma escala que considera as malformações de acordo com a gravidade e possibilidade de modificar o prognóstico mediante determinado tratamento. Esta escala baseou-se na CIF e foi proposta por um instituto de genética humana da Colômbia (ZARANTE et al, 2010). Segundo a CIF, uma malformação é uma deficiência de uma estrutura do corpo cuja presença pode não determinar limitações da capacidade ou problemas de desempenho. Neste caso, os fatores ambientais podem ser determinantes de dificuldades dependendo do contexto em que a pessoa se encontra (OMS, 2004).

Um estudo semelhante ao mencionado anteriormente, utilizou a CIF para definir o grau de incapacidade de pacientes com trauma raquimedular oriundo de acidente de trânsito e que solicitaram benefícios devido às lesões decorrentes (BRITO, 2011). A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo, os fatores pessoais e os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde (OMS, 2004).

No sentido de promover a saúde e maior autonomia ao paciente com seqüela de lesão neurológica espástica, estudo propôs um protótipo base fixa tetomãos pautado na tecnologia assistiva para auxiliar na mobilização e transferência do paciente independente de seu cuidador (da cama para cadeira de rodas e desta para a cama). A tecnologia assistiva consiste no conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos utilizados para facilitar a independência funcional de pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2008b). Foi evidenciada a importância de elaborar estratégias pautadas nos componentes da *CIF estruturas do corpo, atividades e participação* e os *fatores ambientais* para despertar os potenciais *fatores pessoais* do cliente e a adequada intervenção dos cuidadores domiciliares (MACHADO; FIGUEIREDO, 2009).

Também considerando a necessidade de autonomia das pessoas, foi realizado estudo de casos de homens tetraplégicos, identificando em seus discursos

elementos da CIF aplicáveis ao cuidado destes sujeitos com o intuito de reduzir a dependência de ajuda de seus cuidadores para as AVD. As maiores limitações identificadas foram as relacionadas à atividade e participação devido à deficiência das funções do corpo (MACHADO; SCRAMIN, 2010).

A CIF é destacada como ferramenta para o planejamento do cuidado devido a sua abrangência. O cuidado planejado integralmente, embasado nos domínios da CIF, permite o resgate da autonomia dos pacientes, pois isto ocorre mediante os pequenos ganhos funcionais conquistados diariamente.

A proposta biopsicossocial focalizada para a capacidade e possibilidades foi utilizada como norteadora de pesquisa que comparou a avaliação de crianças com *déficit* de integração sensorial a partir do ponto de vista da deficiência e avaliação da CIF em *déficits* de atividades diárias. Verificaram que a estimulação sensorial pode ter um impacto positivo no desenvolvimento e desempenho das atividades diárias em crianças com deficiência (RUBIO, 2010).

Outro estudo avaliou o desempenho ocupacional de indivíduos com diagnóstico de Doença de Parkinson (DP) através da correlação entre os dados relativos ao desempenho ocupacional destes indivíduos (obtidos pela Medida de Desempenho Ocupacional Canadense-COPM) com os componentes da CIF. Os problemas de desempenho obtidos no COPM se enquadraram no componente *atividade e participação* da CIF. A maior alteração no desempenho relacionou-se à vida comunitária social e cívica, pois, os idosos investigados lhe atribuem queixas, demonstrando-a como importante forma de ocupação. Também foram comprometidas: a Vida Comunitária, Social e Cívica; a Mobilidade; o Cuidado Pessoal; a Vida Doméstica; Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento. O modelo de saúde proposto pela CIF, em conjunto com a aplicação da MDOC mostrou-se efetivo, permitindo a correlação entre funções e estruturas do corpo, fatores ambientais e pessoais, com as dificuldades de desempenho na realização de atividades (NICKEL et al, 2009).

Torna-se fundamental desenvolver e incentivar atividades que fortaleçam a reintegração social do idoso ajudando-os a melhorar suas funções cognitivas. Para isto, são necessários esforços conjuntos de diferentes profissionais da área da saúde. A CIF propõe um novo paradigma de funcionalidade e incapacidade que pode servir de modelo de assistência multidisciplinar (MENDOZA; FARO, 2009).

Uma pesquisa comparou indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas segundo todos os componentes da CIF: funções e estruturas do corpo (torque do músculo quadríceps do lado parético e escala de depressão geriátrica), atividade (velocidade de marcha) e participação (pelo perfil de saúde de Nottingham e escala de qualidade de vida específica para AVE). Foram identificadas semelhanças entre hemiparéticos caidores e não-caidores nos domínios funções e estruturas do corpo, atividades e participação, sugerindo-se que fatores contextuais ambientais poderiam ser potenciais diferenciadores (FARIA et al, 2010).

As inter-relações entre os domínios da CIF foram analisadas em estudo que descreveu o processo de funcionalidade e de incapacidade a partir da percepção do indivíduo. Foi verificado que o suporte social facilitou o processo de funcionalidade, minimizou deficiências e permitiu a realização de maior número de atividades, além de ter viabilizado a participação social. Através deste estudo, pode-se perceber que determinado contexto, o qual representa um fator ambiental, pode refletir de forma positiva ou negativa em funções e estruturas do corpo, contribuindo para a funcionalidade ou incapacidade (LIMA et al, 2010). Assim, disponibilizar apoio e oportunidades para que os idosos participem de atividades sociais pode ajudar a manter interações ativas e reduzir riscos de quedas (OMS, 2010).

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem influenciar de forma positiva ou negativa sobre o desempenho na sociedade, sobre a capacidade para executar ações ou tarefas e sobre funções e estruturas do corpo do indivíduo (OMS, 2004).

Os Fatores Ambientais estão organizados na CIF em dois níveis distintos: o *nível individual* e o *nível social*. O *nível individual* consiste no ambiente imediato do indivíduo, englobando espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Este nível inclui características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contato direto com outros indivíduos, tais como, família, conhecidos e estranhos (OMS, 2004).

O *nível social* compreende estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que tem um impacto sobre os indivíduos. Inclui organizações e serviços relacionados com trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis,

regulamentos, regras, atitudes e ideologias. Um fator ambiental pode ser uma barreira pela sua presença ou pela sua ausência e as consequências destes fatores sobre a vida das pessoas são variadas e complexas (OMS, 2004). Os fatores relacionados ao ambiente físico são a causa mais comum de quedas em idosos (OMS, 2010).

Estudo comparou instrumentos de avaliação do sono, cognição e função (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), Mini exame do Estado Mental (MEEM) e Índice de Barthel (IB)) para pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) com o *core set* da CIF para pacientes com a referida patologia, visando, entre outros, à padronização de diagnósticos na reabilitação. Com esta comparação, foi percebido que os Fatores Ambientais representam papel importante na funcionalidade destes pacientes, seja como facilitador ou como barreira e merecem ser cuidadosamente avaliados (CAMPOS et al, 2012).

Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características que não são parte de uma condição de saúde. Podem incluir sexo, raça, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes formas de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência, padrão geral de comportamento, caráter e todas as características que podem desempenhar papel na incapacidade em qualquer nível. Os fatores pessoais não são classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos, porém os utilizadores desta classificação podem incorporar nas suas aplicações (OMS, 2004).

Um dos objetivos da CIF consiste em promover a sua utilização em estudos científicos com a finalidade de comparar diferentes condições de saúde, abrindo um grande número de possibilidades para sua utilização. Nessa perspectiva, os componentes da CIF (estruturas e funções do corpo e atividades e participação social) foram utilizados como eixos temáticos para uma revisão de literatura sobre questões referentes a traumas, reabilitação e qualidade de vida (DE CARLO et al, 2007).

No que se refere ao uso da CIF relacionado a sistemas e políticas de educação e formação, estudo relacionou com a CIF, as competências e habilidades gerais e específicas estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e identificou 13 subcategorias dos capítulos de atividade e participação relacionados com a aprendizagem e aplicação do

conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, relações interpessoais e vida comunitária, social e cívica (ANDRADE, 2010).

Percebe-se que o modelo biopsicosocial de saúde proposto pela CIF, viabilizado através da interação entre seus componentes, oferece amplas possibilidades de estudo nos mais variados aspectos. Assim, acredita-se que o estudo e utilização da CIF pode ser um relevante subsídio para os enfermeiros no cuidado relacionado às quedas em idosos.

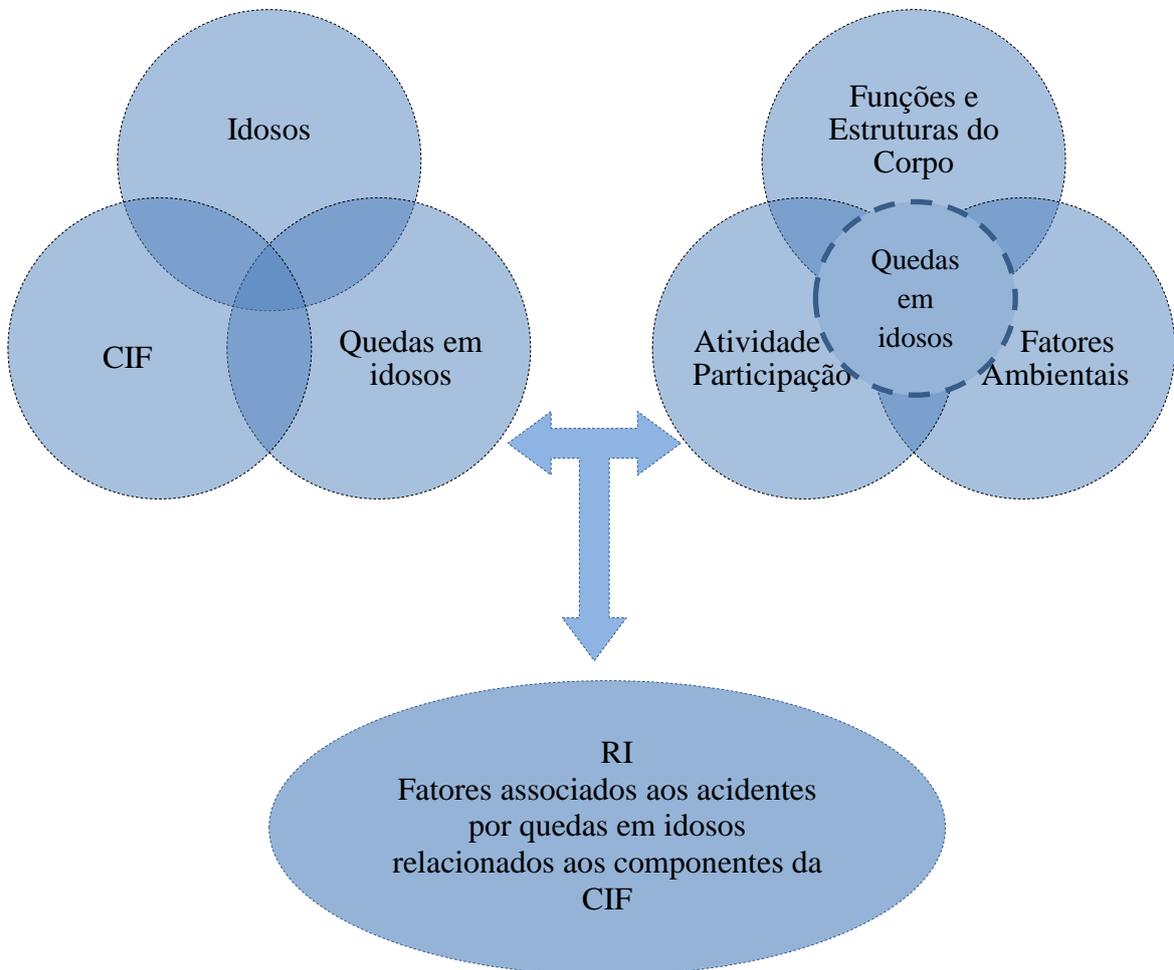
3.4 Modelo teórico do estudo

O modelo teórico do estudo representa o caminho bibliográfico percorrido durante a pesquisa para atingir o objetivo proposto. Traz, em primeiro plano, as reflexões relacionadas aos idosos, às quedas em idosos e à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Em segundo plano, encontram-se as informações sobre quedas em idosos contidas nos artigos relacionadas aos componentes da CIF, a saber: Funções e Estruturas do Corpo, Atividade e Participação, Fatores Ambientais.

Em terceiro plano, situa-se a Revisão Integrativa contemplando o resultado da interação entre os fatores associados aos acidentes por quedas em idosos e sua relação com os componentes da CIF, ou seja, o objetivo do estudo.

Figura 2 – Modelo teórico do estudo



4. METODOLOGIA

Considerou-se a Revisão Integrativa (RI) como método apropriado para viabilizar este estudo, pois o mesmo possibilita sintetizar pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse. Oferece acesso rápido aos resultados de pesquisas que fundamentam as condutas e a tomada de decisão dos profissionais de diversas áreas de atuação, proporcionando, assim, um saber crítico (COOPER, 1984).

A Revisão Integrativa permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e não experimental com objetivo de compreender o fenômeno em questão (WITTHEMORE; KNAFL, 2005). A elaboração deste tipo de pesquisa pode ocorrer em cinco etapas distintas: 1) formulação do problema de pesquisa; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise e interpretação dos dados; 5) apresentação dos resultados (COOPER, 1989), as quais foram utilizadas neste estudo e serão apresentadas a seguir:

4.1 Etapa 1: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa

Nesta etapa foi realizado o aprofundamento teórico sobre o assunto e a formulação do propósito da revisão. Estes devem ser específicos a fim de facilitar a definição dos critérios de inclusão/exclusão dos estudos e propor questões a serem respondidas ou hipóteses a serem testadas; extração e análise das informações e identificação das melhores estratégias de busca (COOPER, 1989).

O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, pois a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES; SIVEIRA; GALVÃO, 2008).

Desta forma, obteve-se como questão de pesquisa: **como a produção científica de enfermeiros sobre acidentes por quedas em idosos se relaciona aos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?**

4.2 Etapa 2: coleta de dados

Nesta etapa foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem e busca na literatura. Esta etapa está intimamente vinculada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto determina o procedimento de amostragem. A amplitude do objetivo da revisão induz o revisor ao nível de seletividade a ser adotado na inclusão da literatura a ser considerada (MENDES; SIVEIRA; GALVÃO, 2008).

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

- indexação nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) [<http://www.bireme.com>]; Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de dados de Enfermagem em Espanhol (CUIDEN).
- publicações indexadas de acordo com os descritores “Acidentes por quedas”, “Idoso”, “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, e “Cuidados de Enfermagem” separados pelo operador booleano “and”.

O descritor “Acidente por quedas” foi fixo, e os demais foram vinculados a ele individualmente na seguinte ordem: “Acidentes por quedas” *and* “Idoso”; “Acidentes por quedas” *and* “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” e, “Acidentes por quedas”, *and* “Cuidados de Enfermagem”;

- artigos no idioma português, espanhol ou inglês;
- artigos disponibilizadas no período entre 2008 e 2012;
- presença de texto completo gratuito dos artigos;
- possuir, no mínimo, um enfermeiro como autor ou coautor para os artigos.

4.3 Etapa 3: avaliação dos dados

Nesta etapa é fundamental determinar os procedimentos a serem empregados nos estudos avaliados a fim de encontrar evidências relevantes; identificar os dados potencialmente expressivos e as diferenças entre as pesquisas (COOPER, 1984). Também são definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados bem como sua categorização utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave.

O revisor tem como objetivo, nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (MENDES; SIVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi aplicado um instrumento de registro (APÊNDICE A) para cada artigo da amostra do estudo contendo os seguintes itens: código do artigo, título do artigo, autores, periódico, ano, abordagem metodológica empregada (qualitativa, quantitativa, quanti-quali), fatores associados às quedas, os componentes e as categorias da CIF identificadas no artigo.

4.4 Etapa 4: análise e interpretação dos dados

Nesta etapa, o revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (COOPER, 1984).

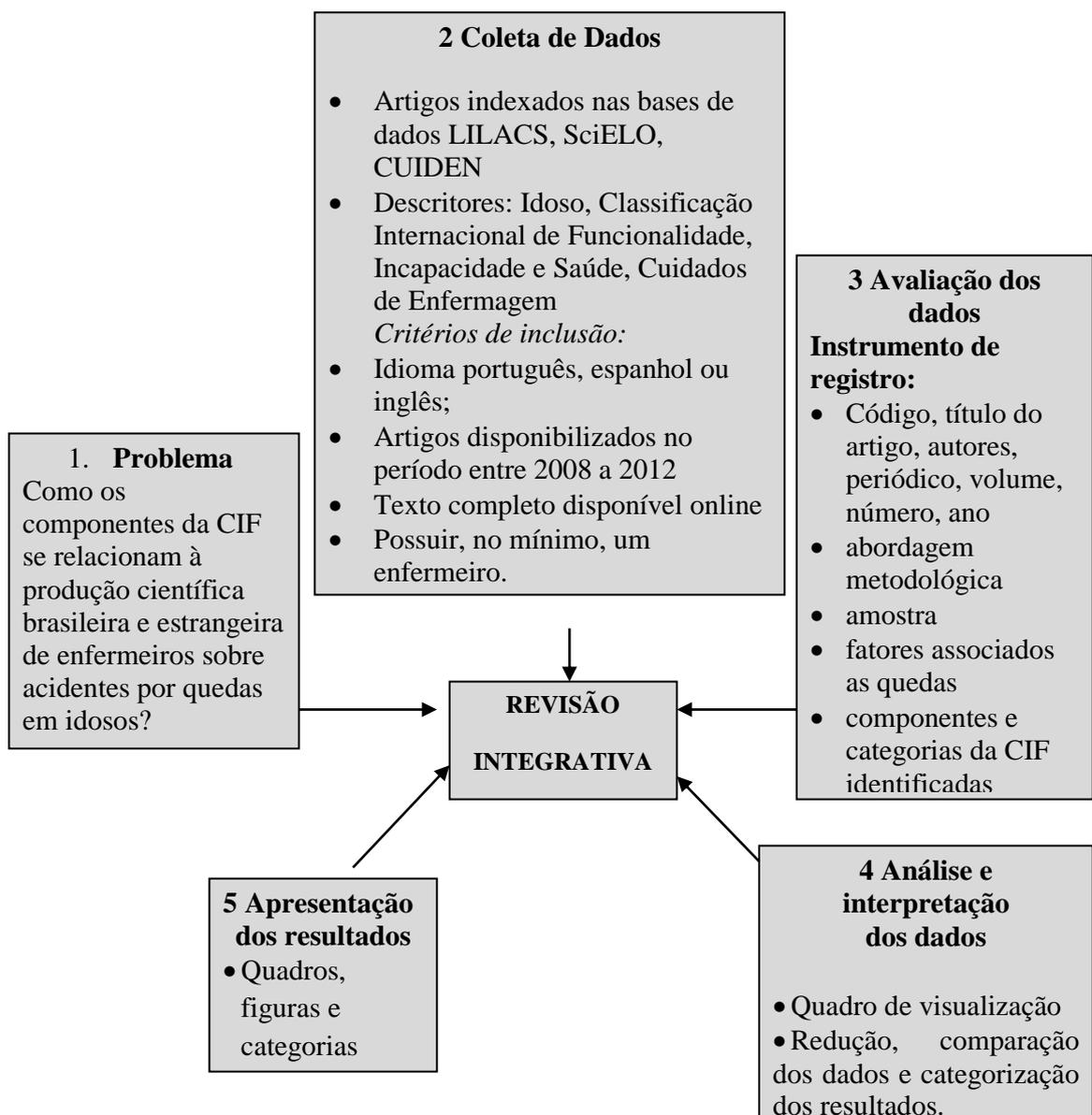
Neste estudo, os dados (fatores associados às quedas em idosos) identificados nos artigos foram sintetizados e comparados aos componentes da CIF, em busca de relações com estes componentes e suas respectivas categorias, bem como as interações entre esses componentes. Após as evidências agrupadas, a identificação de lacunas permitiu que o revisor apontasse sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria do cuidado relacionado aos acidentes por quedas em idosos.

4.5 Etapa 5: apresentação dos resultados

Não há modelos a serem seguidos para apresentação dos resultados da RI, porém, o revisor deve explicitar as possíveis lacunas e vieses da pesquisa (COOPER, 1989). Nesta pesquisa, optou-se por apresentar os resultados inicialmente por meio de quadros com a identificação dos artigos, com códigos das categorias identificadas em cada artigo a partir da associação com os fatores relacionados às quedas em idosos, com os códigos descritos em relação aos componentes da CIF, a descrição das categorias identificadas em cada componente, bem como os fatores que foram associados a ela e o código de cada artigo que

apresentou a categoria. A reflexão sobre os dados se deu à luz da bibliografia relacionada aos idosos, quedas e CIF. Para melhor entendimento e visualização da metodologia desta dissertação, apresenta-se a seguir a Figura 3 contendo o esquema explicativo da RI:

Figura 3: Esquema explicativo da Revisão Integrativa, adaptado do Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics/Enfermagem, Saúde e Educação GEP-GERON.



5. RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, inicialmente foram localizados 308 artigos, dos quais 279 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos para o desenvolvimento do presente trabalho. No quadro 2 apresentam-se os dados dos 29 estudos que atenderam aos critérios de inclusão.

Quadro 2 - Dados relacionados aos artigos da amostra do estudo - Rio Grande - 2013.

Código	Autor/ano	Título	Periódico	Descritores	Abordagem Metodológica
I	CAVALCANTE et al, 2012	Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
II	NICOLUSSI, et al 2012	Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura	Ciência & Saúde Coletiva	Acidentes por quedas/Idoso	Qualitativa
III	FHON et al, 2012	Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Acidentes por quedas / Idoso	Quantitativa
IV	PINHO et al, 2012	Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Unitse	Rev Esc Enferm USP	Acidentes por quedas/ Idoso	Quantitativa
V	MENEZES; BACHION, 2012	Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados	Rev Bras Oftalmol.	Acidentes por quedas/ Idoso	Quantitativa
VI	SÁ; BACHION; MENEZES, 2012	Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Acidentes por quedas / Idoso	Quantitativa
VII	ABREU et al, 2012	Falls in hospital setting: a longitudinal study	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Acidentes por quedas/ Idoso	Quantitativa
VIII	MORAIS et al, 2012	Identificação do diagnóstico de enfermagem "Risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral"	Rev Gaúcha Enferm.	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
IX	MALLMANN ; HAMMERS CHMIDT; SANTOS, 2012	Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.	Acidentes por quedas/Idoso	Qualitativa
X	AVEIRO et al, 2012	Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos	Ciência & Saúde Coletiva	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa

XI	OLIVEIRA et al, 2011	Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico	Rev. enferm. UERJ	Acidentes por quedas/ Cuidados de enfermagem	Quantitativa
XII	VALIM-ROGATTO et al, 2011	Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
XIII	SIQUEIRA et al, 2011	Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis	Cad. Saúde Pública	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
XIV	PEREIRA; CEOLIM, 2011	Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Acidentes por quedas/Idoso	Qualitativa
XV	COSTA et al, 2011	Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos	Rev. Eletr. Enf.	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa
XVI	MELO; LEAL; VARGAS; 2011	Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma	Enfermagem em Foco	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa
XVII	PINHEIRO et al, 2011	Principales causas asociadas al traumatismo craneoencefálico en ancianos	Enfermería Global	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
XVIII	FREITAS et al, 2011	Cuidado de enfermagem para prevenção de Quedas em idosos: proposta para ação	Rev Bras Enferm	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa/ qualitativa
XIX	ALMEIDA et al, 2010	Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção	Revista de Enfermagem Referência	Acidentes por quedas/ Cuidados de enfermagem	Qualitativa
XX	GOMES; BARBOSA; CALDEIRA, 2010	Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil	Esc Anna Nery	Acidentes por quedas/Idoso	Quantitativa
XXI	COSTA et al, 2010	Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico	Esc Anna Nery	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativo
XXII	FERREIRA; YOSHITOM E, 2010	Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados	Rev Bras Enferm	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativo
XXIII	LOJUDICE et al, 2010	Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativo
XXIV	CATALINA et al, 2010	Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta	Rev Med Chile	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativo
XXV	ROCHA et al, 2010	Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril	Esc Anna Nery	Acidentes por quedas /Idoso	Qualitativa

XXVI	PAIVA et al, 2010	Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports	Rev Esc Enferm USP	Acidentes por quedas/ Cuidados de enfermagem	Quantitativo
XXVII	MACHADO et al, 2009	Avaliação da presença de risco para queda em idosos	Rev. Eletr. Enf.	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa
XXVIII	BIAZIN; RODIGUES, 2009	Profile of elderly patients who suffered trauma in Londrina – Paraná	Rev Esc Enfermagem USP	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa
XXIX	MENEZES; BACHION, 2008	Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados	Ciência & Saúde Coletiva	Acidentes por quedas /Idoso	Quantitativa

Em relação ao ano de publicação, verificou-se predomínio de publicações em 2012, com 10 artigos; 2011 e 2010, ambos com oito artigos, os demais anos totalizaram três artigos. Quanto aos periódicos, 17 artigos foram publicados em periódicos da área da Enfermagem, quatro na área da Saúde Coletiva, cinco em periódicos específicos da Geriatria e Gerontologia, um na área da Medicina e um em periódico especializado em Oftalmologia.

Quanto aos descritores, surgiram 26 artigos do cruzamento entre os descritores “acidentes por quedas” e “idoso”; três artigos do cruzamento entre “acidentes por quedas” e “cuidados de enfermagem”. Não surgiram artigos do cruzamento entre “acidentes por quedas” e “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.

Relativo às bases de dados, verificou-se 14 publicações localizadas na LILACS, sete na CUIDEN e oito no SciELO. A LILACS é uma base de dados cooperativa da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicadas nos países latino-americanos e região (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004). A CUIDEN inclui a produção científica sobre cuidados de saúde da comunidade científica ibero-americana, com conteúdos clínico-assistenciais e de promoção da saúde em todas as especialidades, com enfoque metodológico, histórico, social ou cultural (ALEIXANDRE-BENAVENT et al, 2011). O SciELO é um modelo de publicação eletrônica de periódicos científicos na internet de acesso livre, desenvolvido pela FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e

diversas instituições nacionais relacionadas com a comunicação científica e editores científicos (GOLDENBERG; CASTRO; AZEVEDO, 2007).

Observou-se predomínio da abordagem quantitativa, com 22 artigos, outras seis publicações eram qualitativas e um com ambos os métodos. A pesquisa é utilizada como instrumento de construção da realidade e de fundamentação da ciência, contribuindo para a produção de conhecimentos através da busca de compreensões e soluções aos problemas evidenciados no meio em que vivemos (HAMMERSCHMID et al, 2007).

Nesse sentido, as abordagens quantitativa e qualitativa são necessárias, mas muitas vezes insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Em tais circunstâncias, devem ser utilizadas como complementares e o pesquisador deve transparecer suas intenções e visão de mundo sobre o objeto pesquisado em qualquer abordagem metodológica (BRÜGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

A seguir apresentam-se os fatores associados às quedas identificados nos artigos, bem como as categorias do componente “Funções do Corpo” nas quais foram relacionados.

Quadro 3 - Categorias do componente “Funções do corpo” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.

Categorias	Fatores associados às quedas em idosos
b117 Funções intelectuais	VIII, IX, X, XII, XXI, XXII Demência pode levar o idoso a avaliar equivocadamente suas capacidades ao realizar atividades arriscadas. Idosos com déficits cognitivos podem apresentar respostas protetoras comprometidas e diminuição da consciência da gravidade de seu estado de saúde e conseqüentemente aumento do risco de quedas. Idosos com baixo índice cognitivo tem menos chance de estar no Nível de Atividade Física alto. Estado mental rebaixado. Necessidade de avaliar a cognição através de instrumentos (<i>Mini-Mental</i> e <i>Clinical Dementia Rating (CDR)</i>).
b140 Funções da atenção	III, XII, XV Desatenção foi apontada como causa de quedas
b144 Funções da memória	III, IX, XII Os idosos que sofreram queda apresentaram problemas na memória. Necessidade de avaliar a memória de curto prazo,

	memória episódica e semântica.
b147 Funções psicomotoras	III, VII, XVI, XIX Confusão, agitação, agitação psicomotora, fragilidades, osteoporose, coordenação motora prejudicada como fator de risco de queda.
b152 Funções emocionais	II, III, XV, XVI, XVII, XVIII XIX, XXIII, Consequências psicológicas da queda: síndrome do medo de cair novamente; estado de alerta excessivo, ansiedade, depressão, perdas relacionadas à tomada de decisão para organizar a própria vida, perda da autoestima. Modificação do estilo de vida e abandono das atividades rotineiras por perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária. Sentimento de vulnerabilidade e humilhação devido ao confronto com a decadência e perda de capacidades do corpo. O medo de cair causa diminuição das atividades pessoais e sociais, além de sentimentos de fragilidade e insegurança. “ <i>Fallophobia</i> ”: medo prolongado de voltar a cair e que pode condicionar todas as atividades de vida. Idosos com maior medo de quedas foram os que mais caíram e idosas com osteoporose que sofreram quedas apresentaram a função emocional prejudicada. As idosas que apresentaram melhor estado emocional e menos medo de quedas foram as que tiveram menos quedas recentes.
b210 Funções da visão	IV, V, VIII, IX, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXIII, XXVI XXVII, XXIX As quedas estiveram presentes em maior frequência entre os idosos que referiram ter dificuldade na visão. A diminuição da visão contribui para quedas recorrentes e quanto maior é a perda visual, maior o risco de quedas. Necessidade de avaliação da visão dos idosos.
b230 Funções auditivas	III, X, VIII, IX, XV, XVIII, XXVII, XXIX, A dificuldade auditiva esteve presente nos idosos que sofreram quedas. Necessidade de avaliação da audição dos idosos.
b235 Funções vestibulares	III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XIV, XVI, XVIII, XX, XIX, XXI, XXVII, XVIII Alteração na função vestibular de equilíbrio, de posição e de movimento pode contribuir para ocorrência de queda.
b240 Sensações associadas à audição e à função vestibular	III, V, VII, VIII, IX, X, XIX, XXVII Sensação de tontura e vertigem pode contribuir para ocorrência de queda.
b260 Função proprioceptiva	VII, VIII, XXI

	Déficit proprioceptivo como fator de risco fisiológico para quedas.
b280 Sensação de dor	II, XIV, XV, XVI, XX Restrições nas AVD podem estar associadas às dores durante a queda e no pós-operatório, acarretando em situações de restrições definitivas e dependência.
b420 Funções da pressão arterial	XXVII, XXIX Hipertensão arterial como fator de risco de quedas
	XXVII, XXVIII, XVIII Hipotensão ortostática como fator de risco de quedas.
b429 Funções do aparelho cardiovascular, outras especificadas e não especificadas	VIII, IX, XVIII Cardiopatas, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio, arritmia e taquicardia sinusal como fatores de risco para quedas.
b620 Funções miccionais	VIII, IX, XI, XIV, XIX XXI, XXVII Idosos podem não referir incontinência urinária na avaliação clínica por vergonha ou por considerarem normal no processo fisiológico de envelhecimento. Necessidade de avaliação da presença de incontinência urinária, pois a restrição da mobilidade e os efeitos medicamentosos podem ser causas reversíveis desse problema e devem ser corretamente investigados. Poliúria se apresenta como fator de risco de quedas. Noctúria se apresenta como fator de risco de quedas.
b710 Funções da mobilidade das articulações	II, VI, VII, VIII, IX, X, XVII, XVIII, XIX, XXI A mobilidade afetada pela queda pode levar a uma marcha lenta, que se apresenta como fator de risco de quedas. Mobilidade física prejudicada e imobilidade como consequências da queda. Necessidade de avaliar a mobilidade.
b729 Funções das articulações e dos ossos, outras especificadas e não especificadas	I, II, XVI, XVIII, XIX, XXVII, Fragilidades, osteoporose, coordenação motora prejudicada como fator de risco de queda. Distúrbios musculoesqueléticos, como osteoartrose, que resultam em rigidez e dor nas articulações, estão ligados à instabilidade no caminhar e no equilíbrio.
b730 Funções da força muscular	I, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XVI, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIII, XXVII, XXVIII A redução da força muscular nas extremidades inferiores (VIII) ou fraqueza de membros inferiores (IX) é fator de risco em destaque. Causando diminuição de mobilidade funcional, para realização das AVD, predispondo a maior chance de quedas. A hemiplegia ou paresia da extremidade inferior afeta

	<p>a marcha do indivíduo, que assume uma posição ereta instável com comprometimento da base de apoio e com tendência a cair para frente, do lado enfraquecido.</p> <p>A diminuição da força muscular pode alterar o equilíbrio causando instabilidade na marcha.</p> <p>A intervenção realizada mediante um programa de exercícios mostrou-se adequada para melhorar a força muscular de membros inferiores e superiores e flexibilidade de ombro, contribuindo para redução significativa do número de quedas entre idosos.</p>
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha	<p>III, IV, VII, VIII, IX, X, XVII, XIX, XXI, XXII, XXVII, XXVIII, XXIX, XXVI</p> <p>Dificuldade ou distúrbio na marcha se apresenta como fator de risco e como consequência de quedas.</p> <p>Necessidade de avaliação de manobras relacionadas à avaliação da marcha, como “altura do passo”.</p>
b799 Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento, não especificadas	<p>XIX, IX, XVIII, III</p> <p>Dificuldade motora em membros inferiores foi como fator de risco para quedas.</p> <p>Necessidade orientação sobre fortalecimento do sistema musculoesquelético</p>

As “Funções do corpo” são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas. O “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo. O padrão para essas funções é a norma estatística para a população humana (OMS, 2004). As categorias que se destacaram no componente Funções do Corpo foram relacionadas às funções da força muscular (I, XXI, XXII, XXVII, XXVIII, XXIX, XIX, XV, XVI, XX, III, IV, VII, VIII, IX, X, XVIII), às funções vestibulares (XXI, VII, X, XXVII, XXVIII, XIX, XVI, XX, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XVIII), às funções da visão (XIII, XIV, XXI, XXIII, IV, XXVII, XIX, XV, XVI, XXIX, XIX, XVII, V, VIII, IX, XVIII, XXVI) e funções relacionadas com o padrão da marcha (XXI, XXII, XXVII, XXVIII, XXIX, XIX, XVII, III, IV, VIII, IX, VII, X, XXVI).

Também foram mais frequentes as categorias Funções intelectuais (XII, XXI, XXII, VIII, IX, X), Funções emocionais (XXIII, XIX, XV, XVI, XVII, III, II, XVIII), Funções auditivas (X, XXVII, XXIX, XV, VIII, IX, XVIII, III), Sensações associadas à audição e à função vestibular (X, XXVII, XIX, III, V, VII, VIII, IX), Funções miccionais (XI, XIV, XIX, V, XXI, XXVII, XIX, VIII, IX), Funções da mobilidade das articulações (XXI, XIX, XVII, VI, VII, VIII, IX, X, II, XVIII), Funções das articulações e dos ossos (I, XXVII, XIX, XVI, II, XVIII). As funções psicomotoras (XIX, XVI, III, VII), funções da pressão arterial (XVIII, XXVII, XXVIII, XXIX), Funções neuromusculares e

relacionadas com o movimento (XIX, IX, XVIII, III), e Sensação de dor (XIV, XV, XVI, II, XX).

A seguir apresentam-se os fatores associados às quedas em idosos relacionados às categorias do componente “Estruturas do Corpo”.

Quadro 4 - Categorias do componente “Estruturas do Corpo” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.

Categorias	Fatores associados às quedas em idosos
s199 Estrutura do sistema nervoso, não especificada	X, XXV, XXII,
s410 Estrutura do aparelho cardiovascular, não especificada	Alterações osteomusculares (artrose, osteoporose, alterações cardiovasculares, neurológicas, endócrinas, psiquiátricas e neoplásicas) como fator de risco de quedas.
s580 Estrutura das glândulas endócrinas	
s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço	
s730 Estrutura do membro superior	I, XVI, XXII Consequência das quedas: fratura em colo do fêmur, fraturas trocântéricas e traumatismo crânio-encefálico.
s740 Estrutura da região pélvica	I, XV, XVIII Fratura
s750 Estrutura do membro inferior	X, XVI, XXII, Fratura de colo do fêmur, fraturas trocântéricas e outras fraturas de quadril.
s760 Estrutura do tronco	VIII, IX, X, XIII, XV, XVI Fratura do fêmur. Problemas podológicos (neuropatias periféricas, calosidade, unha encravada, dedos em garra e edema) podem influenciar a marcha e causar quedas. Necessidade de avaliação dos pés.
s770 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento	I, II, XIX, Cifose e outros problemas de coluna se apresentam como fatores de risco de quedas. Fratura de costela como consequência de quedas
s810 Estrutura de áreas da pele	XIII, XVIII, XXIII Alterações osteomusculares e nas articulações (artrose hemiplegia de membros e osteoporose)
	IX XXIII Contusões como consequências de quedas. Necessidade de avaliação da pele.

As estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes (OMS, 2004). No componente “Estruturas do

Corpo”, as alterações nas estruturas do tronco e coluna vertebral (I, XIX, II), estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento (XIII, XXIII, XVIII); cardiovasculares, neurológicas, endócrinas (XXII, X) e podológicas (XV, VIII, IX, X) foram identificadas como preditivas de quedas. Já as estruturas do corpo mais afetadas pelas quedas apresentaram-se: as estruturas da pele (XXIII, IX), da cabeça e pescoço (I, XXII, XVI), dos membros superiores (I, XV, XVIII), da região pélvica (XXII, X, XVI) e principalmente dos membros inferiores (XV, VIII, IX, X).

A seguir apresentam-se os fatores associados às quedas em idosos relacionados às categorias do componente “Atividade e Participação”.

Quadro 5 - Categorias do componente “Atividade e Participação” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.

Categorias	Fatores associados às quedas em idosos
d177 Tomar decisões	III Perdas no que se refere à tomada de decisões para organizar a própria vida (consequência de queda).
b134 Funções do sono	XIV, XXVII Distúrbios no sono colaboram para o risco de quedas.
d220 Realizar tarefas múltiplas	XV, XVI, XXII A redução na capacidade de realização das AVDs é um importante fator de risco. Consequências de quedas: limitação para realização de AVD. A perda da independência pode ser consequência direta de lesões causadas pelo impacto ou consequência indireta pelo medo de voltar a cair (síndrome pós-queda). Trata-se de uma limitação funcional auto imposta causada pela perda da confiança em deambular sozinho com segurança.
d230 Executar a rotina diária	III, XVI Há maior incidência de quedas em idosos possivelmente devido a maior exposição a atividades domésticas e a um comportamento de mais atividade levando-as a maior propensão para sofrer lesões pelas quedas.
d450 Andar	XI Dificuldade para andar como causa e consequência de quedas.
d410 Mudar a posição básica do corpo	VII, VIII, X, XVIII, XIX Fatores de risco: transferência e mobilidade. A queda causa diminuição de mobilidade funcional para realização das AVDs, predispondo a maior chance de quedas. Maior ocorrência de quedas a beira do leito, ao deitar-se ou levantar-se da cama.
d420 Auto	XXII, XXVIII, XXIX, IX, XVIII

transferências	<p>Grande parte das quedas em ILPI ocorre à beira do leito, ao deitar ou levantar da cama, durante transferências para cama, cadeira ou cadeira de rodas.</p> <p>Necessidade de informação sobre a circunstância da queda a fim de direcionar a avaliação médica para a causa do evento, por exemplo: cair após se levantar de uma posição mais baixa pode estar relacionado à hipotensão postural; quedas após tropeço ou escorregão indicam presença de fator ambiental ou problemas de marcha, equilíbrio e visão.</p> <p>Atentar para transferências da cama para a cadeira, do chuveiro para o vaso, levantar da cadeira, sentar alcançar para cima.</p>
d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas	<p>XXVII</p> <p>Mobilidade física prejudicada se apresenta como fator de risco para quedas.</p>
d455 Deslocar-se	<p>XIX</p> <p>Dificuldade para deslocar-se como causa e consequência de quedas.</p>
d499 Mobilidade, não especificada	<p>II, VIII, IX, X, XVII, XXI</p> <p>Necessidade de avaliar a mobilidade.</p> <p>A mobilidade afetada pela queda pode levar a uma marcha lenta, que se apresenta como fator de risco de quedas.</p> <p>A intervenção realizada mediante programa de exercícios pode melhorar a mobilidade.</p>
d510 Lavar-se	<p>IX, XI, XVI, XXII,</p> <p>Dificuldade em lavar-se.</p>
d520 Cuidar de partes do corpo	<p>XV, XVI, XXII</p> <p>Dificuldade em cuidar de partes do corpo</p>
d540 Vestir-se	<p>IX, XI, XVI, XXII</p> <p>Dificuldade em vestir-se.</p>
d570 Cuidar da própria saúde	<p>XV, XVIII</p> <p>O estado nutricional está relacionado com o maior ou menor risco de queda de idosos. A atenção volta-se para os extremos de classificação do Índice de Massa Corporal: o baixo peso e a obesidade. Pessoas obesas costumam apresentar estrutura física desigual e maior, e assim, comprometer o equilíbrio, muitas vezes já alterado em consequência do processo de envelhecimento, o que acentua o risco de o idoso cair.</p> <p>Há necessidade de readequar a alimentação às necessidades nutricionais nesta fase da vida.</p>
d599 Auto cuidados, não especificados	<p>IX, X, XI, XVIII, XXII</p> <p>Pacientes dependentes nas AVD possuem maior risco de quedas.</p> <p>Idosos com formação escolar insuficiente em sua maioria, não se preocupam com estilo de vida saudável, no qual a prática de exercícios físicos pode melhorar as condições funcionais, e, portanto, prevenir quedas, fraturas e</p>

	incapacidade.
d630 Preparar refeições	XXII Dificuldade para preparar refeições como causa e consequência de quedas.
d640 Realizar as tarefas domésticas	XXII Dificuldade para realizar as tarefas domésticas como causa e consequência de quedas.
d650 Cuidar dos objetos da casa	XV, XVI, XXII Dificuldade em cuidar dos objetos da casa
d850 Trabalho remunerado	XII Idosos mais velhos não inseridos no mercado de trabalho possuem menos chance de se encontrar em níveis mais altos de atividade física, o que pode predispor a queda.
d910 Vida comunitária	XII Centro de convivência para idosos: proporcionam a prática de exercícios físicos e possível prevenção de quedas.
d839 Educação, outra especificada e não especificada	X, XV, XVII, XIX Pessoas com maior instrução apresentam maiores preocupações com saúde e com as estruturas responsáveis pelo controle postural, assim como com a capacidade de recuperação, fato que pode diminuir, de forma direta ou indireta, a susceptibilidade às quedas. A baixa escolaridade leva o idoso a submeter-se a subempregos que não proporcionam estabilidade financeira, fazendo que muitos busquem atividades paralelas que colocam em risco o bem estar físico, com alta probabilidade de quedas e acidentes com o objetivo de complementar a renda familiar. Devido à formação escolar insuficiente de alguns idosos, pode receber pouca informação sobre doenças, formas de prevenção e tratamento e, geralmente, não recebem tratamento adequado, contribuindo para o comprometimento da capacidade funcional.
d920 Recreação e lazer	II, VI, VIII, IX, XV, XVI, XVIII, XIX, XXIX Ausência de exercício físico é fator de risco para quedas. Entre os idosos que apresentaram quedas, os que realizaram exercícios apresentaram melhores resultados nos escores de qualidade de vida. É consenso na literatura os benefícios fisiológicos advindos com a prática de atividade física, incluindo ganhos de força muscular, melhora do equilíbrio e do desempenho da marcha, aumento da flexibilidade e do VO ₂ max (consumo máximo de oxigênio), proporcionando uma maior independência aos idosos para realizar suas AVD. Também os benefícios psicológicos melhoram a autoestima, autoconfiança e repercutem em melhora da qualidade de vida. O medo de cair pode causar diminuição das atividades pessoais e sociais, além de sentimentos de fragilidade e insegurança.

	Dificuldades de convívio social de idosos na família ou na ILPI pode ser consequência das alterações fisiológicas e fisiopatológicas decorrentes do envelhecimento.
d799 Interações e relacionamentos interpessoais, não especificados	XVI A queda é responsável pela perda da autonomia e da independência do idoso, mudando a dinâmica familiar e trazendo dificuldades de interação com a comunidade onde está inserido.
d760 Relacionamentos familiares	VII Tratamentos cirúrgicos dispendiosos e sofridos (colocação de placas, parafusos, talas e gesso) implica em recuperação que pode durar de semanas a meses, alterando a locomoção, autonomia e capacidade funcional desses idosos, além da possibilidade de trazer modificações a estrutura familiar.

Os domínios deste componente estão incluídos em uma lista única que engloba a totalidade das áreas vitais. O *componente* pode ser utilizado para descrever as atividades e/ou a participação. A *atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a *participação* é o envolvimento numa situação da vida. As *limitações da atividade* são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. Já as *restrições na participação* são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais da vida (OMS, 2004).

Todas as categorias identificadas apresentaram aspectos positivos e negativos. Os aspectos considerados negativos foram aqueles nos quais se identificaram limitações na atividade e restrições na participação que causaram impacto na condição de saúde dos idosos e conseqüentemente a queda ou, que assim se apresentavam em decorrência da queda. Os aspectos positivos se configuram na capacidade de o idoso desempenhar estas atividades

satisfatoriamente ou na prevenção de quedas otimizada pelo desempenho destas atividades.

As categorias mais destacadas no componente Atividade e Participação compreenderam: Mobilidade (II, VIII, IX, X, XVII, XXI), Recreação e lazer (II, VI, VIII, IX, XV, XVI, XVIII, XIX, XXIX), Mudar a posição básica do corpo (VII, VIII, X, XVIII, XIX), Auto transferências (IX, XVIII, XXII, XXVIII, XXIX,), Lavar-se (IX, XI, XVI, XXII), Cuidar de partes do corpo (XV, XVI, XXII), Vestir-se (IX, XI, XVI, XXII) e Auto cuidados, não especificados (IX, X, XI, XVIII XXII).

A seguir apresentam-se os fatores associados às quedas em idosos relacionados às categorias do componente “Fatores Ambientais”.

Quadro 6 - Categorias do componente “Fatores Ambientais” e fatores associados às quedas em idosos, Rio Grande, 2013.

Categorias	Fatores associados às quedas em idosos
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal e1101 Medicamentos	I, III, IV, VII VIII, IX, X, XV, XVI, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIII, XXVIII, XXIX, XVIII Há associação do consumo de medicamentos e quedas em idosos. Entre as classes mais utilizadas encontram-se: agentes anti-hipertensivos tais como vasodilatadores, diuréticos e betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), e bloqueadores dos canais de cálcio, antidepressivos, benzodiazepínicos, diuréticos, antiarrítmicos, psicotrópicos, neurolépticos, hipoglicemiantes orais. Os antidepressivos tricíclicos e hipnóticos foram menos relatados. Também foram mencionados os corticosteróides, anti-inflamatórios não hormonais, miorrelaxantes, laxativos, protetores gástricos, anti-histamínicos e complexos vitamínicos. Os efeitos deletérios da interação medicamentosa são mais acentuados nessa faixa etária. O uso de medicamentos é um fator de risco de quedas, pois as drogas podem diminuir o alerta, assim como a função psicomotora, ou causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas. Necessidade de registro das medicações utilizadas nos prontuários dos idosos.
e1100 Alimentos	XVIII Há necessidade de readequar a alimentação as novas necessidades nutricionais dos idosos

e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	IX, XI, XVIII, XXII, XXIII, XXVII, XXIX, Barreiras no ambiente: poltronas, tapetes, calçada irregular, móveis em excesso, ausência de material antiderrapante, chinelo e calçados com solado de borracha. O uso de óculos bifocais e uso de órteses para o auxílio da marcha foram associados às quedas em idosos na comunidade. Uso de órteses e próteses também foram apontados como facilitadores.
e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores	XI, XXI, XXII, XXVII, XXIX, XVIII Estudos revelaram correlação entre a utilização do dispositivo para auxílio de marcha, como cadeira de rodas inapropriadamente planejadas, bengala e a presença de quedas. A tecnologia assistiva possibilita a promoção da independência funcional, facilitando a realização das atividades cotidianas pelos idosos. Esta tecnologia pode ser empregada para dar apoio quando uma pessoa anda e se equilibra, mas pode ter efeito oposto e contribuir para uma mobilidade insegura e risco de quedas quando da sua ausência em casos de indicação e/ou falhas em seu projeto e/ou utilização inadequada. O fato de os idosos com bengalas sofrerem mais quedas, indica a necessidade de treinamento para a utilização desse tipo de órtese como estratégia de redução da incidência desses eventos.
e125 Produtos e tecnologias de apoio para comunicação	XI, XIV As quedas estiveram associadas a déficit visual, uso de óculos bifocais.
e135 Produtos e tecnologias para o trabalho	II, VI, VIII, IX, X, XXIV, XIX, XXIX O risco de múltiplas quedas foi avaliado usando a escala de Tromp. Foi utilizada escala de depressão geriátrica abreviada de Yesavage – GDS10, escala de atividades básicas de vida diária de Katz, escala “Performance - Oriented Mobility Assessment” (POMA), versão POMA – Brasil. Classificação de quedas em <i>acidentais</i> – associadas a perigos ambientais (obstáculos e barreiras do espaço físico) <i>quedas fisiologicamente previsíveis</i> (em indivíduos com alterações fisiológicas que predispõem a um alto risco de queda); e <i>quedas fisiologicamente imprevisíveis</i> (embora atribuídas a fatores fisiológicos, estas não são previsíveis antes da primeira queda). Tabela de risco de quedas de Downton “Escala de risco para quedas” Diagnóstico de enfermagem: “Risco para quedas”. Avaliação da força muscular dos membros superiores obtida pelo teste da força de preensão manual. A flexibilidade multiarticular da coluna e quadril, medida por meio do teste linear “sentar-e-alcançar na cadeira”.

	<p>Avaliação da preocupação dos idosos com a possibilidade de quedas durante atividades cotidianas foi procedida mediante a Escala de Eficácia de Quedas – Internacional – Brasil (FES – I –Brasil). Conforme recomendações da Prevention of Falls Network Europe (ProFaNE).</p> <p>Escala de avaliação de marcha e equilíbrio de Tinetti. Instrumento de Avaliação de Quedas para Idosos (IAQI). O “Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)” e o teste “Timed Up & Go”. O TUG foi usado para avaliar a mobilidade dos idosos.</p> <p>Para avaliação da qualidade de vida: Instrumentos genéricos: EuroQol Instrument21, Medical Outcomes Study Short-Form 12 (SF-12), Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36) WHOQOL-bref</p> <p>Instrumentos Específicos: Osteoporis Quality of Life questionnaire (OQLQ).</p> <p>Instrumento de avaliação de quedas em idosos (IAQI), a ser utilizado como apoio ao processo de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.</p>
e150 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público	<p>XV, III, Pisos escorregadios, pisos irregulares ou buracos, degrau alto e/ou desnível do piso.</p>
e155 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado	<p>I, III, IV, VII, IX, X, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XVIII</p> <p>Piso escorregadio, molhado, irregular ou com buracos, rampas e degraus, corredores e banheiros, boxes, escadaria sem corrimão, iluminação inadequada, tapetes soltos, objetos guardados em locais altos, calçado inadequado.</p> <p>No domicílio, as quedas ocorreram majoritariamente no quarto, no corredor e no banheiro. O quarto é o local onde existem mais obstáculos, limitando a mobilidade.</p> <p>Necessidade mudanças para promover ambiente seguro como colocação de barras de segurança em banheiros, nos sanitários e chuveiros, evitar pisos escorregadios, manter boa luminosidade favorecendo a integração do idoso no ambiente doméstico.</p> <p>Revisão do sistema de travagem das camas, cadeira de rodas, suportes de soros rodados, abolição de cera no chão ou substituição por cera antiderrapante, aquisição de grades para camas, colocação de degraus duplos para os doentes subirem para as camas, bem como camas elétricas articuladas na cabeceira e nos pés, com grades de proteção incorporadas, que permitam ajustar a altura em relação ao chão.</p>
e160 Produtos e tecnologias relacionados com a	<p>XV, XVII</p> <p>A precariedade das vias públicas é um fator preponderante quando se discute ocorrências de quedas e outros</p>

utilização e a exploração dos solos	acidentes com idosos. Necessidade de planejamento de melhorias em zonas urbanas
e310 Família próxima	X, XVI, XVII, X, XVIII Os idosos que moravam com o cônjuge tinham os filhos vivendo nas proximidades, denotando uma vivência intergeracional nas famílias nas quais membros de diferentes gerações convivem próximos, caracterizando a rede de apoio ao idoso. A família é a mais direta fonte de apoio informal aos idosos em situações de coresidência ou não. A negligência da família em prover adequada proteção ao idoso pode ser indicativa para os altos índices de quedas domésticas. A assistência constante dos familiares ou responsáveis é válida para diminuir os agravos ocorridos no domicílio. Presença de familiares pode auxiliar na prevenção de quedas.
e330 Pessoas em posição de autoridade	XIX Podem ser considerados como obstáculos devido às ordens de restrição
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	XI Presença de cuidador pode ser facilitador.
e355 Profissionais de saúde	XXV, XVIII O pouco acesso à informação sobre medidas de tratamento e recuperação da saúde dos idosos, como a ausência de ações copartícipes entre profissionais de saúde e cuidadores, caracteriza-se como componente da vulnerabilidade programática dos idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. Maior número de profissionais contribui para diminuição de quedas.
e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade	XIX Ordens de restrição.
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde	XIX A promoção da segurança e prevenção das quedas constitui-se um desafio para os enfermeiros, devendo estes profissionais de saúde assumir uma atitude proativa ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Esta responsabilização profissional na melhoria da qualidade dos cuidados é importante contributo para a excelência do cuidado.

e515 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitetura e a construção	XIII, XV, XVI Os riscos de quedas podem ser minimizados com adoção de medidas de segurança na área pública e privada, que visem diminuir barreiras arquitetônicas.
e520 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o planejamento de espaços abertos	XIII Há necessidade de ações intersetoriais, incluindo o investimento em planejamento urbano e de reorganização do ambiente doméstico em curto e médio prazo, de modo a ajustar espaços urbanos para as necessidades dessa população.
e525 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação	XIII, XVI Necessidade de políticas públicas abrangentes na busca de melhores condições de vida para o prolongamento da existência com manutenção da capacidade funcional, física, mental e da qualidade de vida. É preciso garantir assistência integral, com provisão de serviços sociais, condições de moradia, alimentação, transporte e recreação.
e535 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a comunicação	XVI, XX Qualidade precária das informações registradas no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para o grupo populacional de 60 anos ou mais, evidenciada pelo aumento de óbitos por eventos cujas causas são indeterminadas. Com isso, muitas causas de óbitos ficam subnotificadas, o que prejudica o amplo conhecimento do problema para o planejamento e prevenção em saúde. Necessidade de capacitação de técnicos e codificadores e a sensibilização de equipes médicas, que são responsáveis pelo preenchimento das declarações de óbito, para que o documento seja tomado como um instrumento de geração de dados, e não como mera formalidade do processo de sepultamento.
e540 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes	XVI Necessidade de readequação e planejamento.
e545 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a proteção civil	XVI Necessidade de readequação e planejamento.
e555 Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações	XII Centro de convivência para idoso como facilitadores ambientais.
e560 Serviços, sistemas e políticas	XVI, XX Informação em saúde para a população.

relacionados com os meios de comunicação	
e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	XIX, XVI Consequências sociais das quedas: aumento dos custos com recursos humanos e técnicos, em parte devido ao aumento do tempo de internamento, mas também devido ao aumento da necessidade de ajuda ao indivíduo face à diminuição da sua autonomia.
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	I, X, XII, XIII, XVI, XVII, XVIII, XX, XXII, XXIII, XXVIII, Idosos que caem geralmente são submetidos à internação hospitalar em consequência de fraturas, outros traumas e para intervenção cirúrgica. A institucionalização é fator de risco para quedas em idosos, uma vez que estes se encontram mais fragilizados e com diminuição da capacidade funcional. Os idosos que sofrem quedas geralmente ficam incapacitados, imobilizados e acamados, exigindo tratamentos cirúrgicos dispendiosos e sofridos. Tais intervenções podem implicar em recuperação longa, alterando a locomoção, autonomia e capacidade. Após o aparecimento de atendimento pré-hospitalar, a esperança de vida dos pacientes aumentou e diminuiu o agravamento das lesões e a ocorrência de lesões secundárias devido aos equipamentos especializados. O bom atendimento e o tempo entre o acidente e a admissão hospitalar são fatores importantes na redução da mortalidade das vítimas de acidentes e violência. A primeira hora após a ocorrência é considerado o momento crítico para a instituição de tratamento que irá modificar o prognóstico. Necessidade de políticas públicas que implementem programas de prevenção de quedas para os idosos ativos, que já estão incorporando diretrizes que preconizam a promoção da saúde. Fatores de risco podem ser minimizados por meio de políticas para incentivar uma vida mais saudável, através de maior nível de atividade física, cuidados alimentares e melhor orientação sobre os riscos ambientais. Política Nacional de Saúde do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Política Nacional de Promoção da Saúde.

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida e podem influenciar de forma positiva ou negativa sobre o desempenho na sociedade, sobre a capacidade para executar ações ou tarefas e sobre funções e estruturas do corpo do indivíduo. Um fator ambiental pode ser um “facilitador” ou uma “barreira” tanto pela sua presença como

pela sua ausência e as consequências destes fatores sobre a vida das pessoas são variadas e complexas (OMS, 2004).

Os “facilitadores” melhoram a funcionalidade ou reduzem a incapacidade de uma pessoa e podem impedir que uma deficiência ou limitação da atividade se transforme numa restrição de participação, já que o desempenho real de uma ação é melhorado, apesar do problema da pessoa relacionado com a capacidade. Já as “barreiras” limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Desta forma, ambientes com barreiras ou sem facilitadores podem restringir o desempenho, enquanto que, ambientes facilitadores podem melhorá-lo (OMS, 2004).

O componente “Fatores ambientais” se apresentou na forma de barreiras (quando seu impacto na condição de saúde contribui para a ocorrência de quedas ou sua presença causa dificuldades para as vítimas de quedas) ou facilitadores (quando sua presença adequada ou ausência colabora na prevenção de quedas ou melhora a condição de saúde das vítimas de quedas).

As categorias que se destacaram foram: Produtos ou substâncias para consumo pessoal (I, XXI, XXII, XXIII, X, XXVIII, XXIX, XIX, XV, XVI, IV, VII VIII, IX, X, XVIII, III), Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde (I, XIII, XXII, XXIII, XXVIII, XVI, XVII, XX, XVIII), Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária (XI, XXII, XXIII, XXVII, XXIX, IX, XVIII), Produtos e tecnologias para o trabalho, outros especificados (XXIV, X, XXIX, XIX, VI VIII, IX, X, II), Família próxima (X, XVI, XVII, X, XVIII), Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado (I, III, IV, VII, IX, X, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XVIII). Também se destacaram as categorias Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores (XI, XXI, XXII XXVII, XXIX, XVIII), Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitetura e a construção (XIII, XV, XVI).

Constatou-se que 26 artigos, individualmente, apresentaram fatores relacionados às quedas que puderam ser associados a mais de um componente e três artigos apresentaram relações a apenas um componente. Também foi constatado que, dentro de cada componente, houve artigos que apresentaram fatores que puderam ser relacionados a mais de uma categoria. Além disso, foi identificado um conjunto de códigos de diversas categorias da CIF. A seguir apresentam-se os códigos identificados em cada artigo relativos aos diferentes componentes da CIF.

Quadro 7- Descrição dos códigos identificados nos artigos segundo os componentes da CIF, Rio Grande, 2013.

Artigo	Funções do Corpo	Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais
I	b152 b429 b729 b730	s710 s730 s760	-	e110 e155
II	b152 b729	s760 s770	d920	-
III	b140 b144 b152 b235 b240 b730 b770	-	d177 d230	e110 e150 d155
IV	b235 b240 b730 b770	-	-	e110 e155
V	b210 b235	-	-	-
VI	b235 b710 b730	-	d920	-
VII	b147 b235 b240 b710 b730 b770	-	d410	e110 e155
VIII	b117 b210 b230 b235 b240 b260 b429 b620 b710 b730	-	d410	e110 e155
IX	b117 b235 b144 b210 b230 b240 b429 b620 b729 b730 b770 b799	s750 s770	d420 d499 d510 d920	e110 e115 e135 e155
X	b117 b235 b710 b729 b730 b770	s750	d410 d499 d599 d839	e110 e135 e310 e580
XI	b620	-	d420 d510 d599 d540	e120 e155 e34 0
XII	b117 b140 b144	-	d850	e555 e580
XIII	b210	s750 s770 s750	-	e515 e580 e525 e520
XIV	b134 b620 b210 b280	-	-	e115
XV	b140 b152 b210 b230 b235 b280	s730 s750	d210 d220 d230 d520 d570 d650 d839 d920	e110 e115 e150 e160 e515
XVI	b147 b152 b210 b235 b280 b729 b730	s710 s750	d210 d230 d510 d520 d540 d650 d799	e110 e150 e155 e310 e515 e525 e540 e545 e555 e560 e570 e580
XVII	b210 b770	-	d499 d839	e155 e160 e310 e580
XVIII	b235 b420 b210 b230 b280 b152 b710 b729 b730 b799	s730 s750	d420 d499 d570 d920 d760	e580 e110 e110 e115
XIX	b147 b152 b210 b230 b235 b240 b620 b710 b729 b730 b770	-	d410 d839	e110 e135 e330 e430 e450 e570 e580
XX	-	-	-	e560 e580
XXI	b117 b210 b235 b260	-	-	e110 e115 e120

	b620 b710 b729 b730 b770 b799 b799			
XXII	b117 b235 b240 b420 b429 b730 b770	s199 s710 s740	d210 d220 d230 d450 d455 d510 d520 d540 d570 d599 d630 d640 d650	e110 e115 e120 e155
XXIII	b152 b730	s770 s810 s810	-	e110 e115 e155 e580
XXIV	-	-	-	e135
XXV	b240	s199 s410 s580 s620 s740 s770	-	e110 e115 e135 e310
XXVI	b147 b210 b230 b429 b770 b799	-	d410 d599	e120 e310 e110 e155 e355
XXVII	b134 b210 b230 b235 b240 b420 b620 b710 b729 b730 b770	s750	d429	e110 e115
XXVIII	b235 b420 b730 b770	-	d420	e110 e150 e155 e580
XXIX	b210 b230 b420 b729 b730 b770 b799	s760	s410	e110 e115 e120 e135 e580

Foram identificadas 77 categorias distribuídas nos quatro componentes da CIF, as pertencentes à Atividade e Participação e aos Fatores Ambientais foram as mais frequentes, cada uma com 31%, totalizando 62 % do total de categorias. A seguir apresenta-se a quantidade de artigos e de categorias relacionados a cada componente da CIF.

Quadro 8 – Distribuição das categorias identificadas e quantidade de artigos relacionados aos componentes da CIF, Rio Grande, 2013.

Componentes	Total de artigos	Total de categorias
Funções do corpo	27	19
Estruturas do corpo	13	10
Atividade e participação	19	24
Fatores Ambientais	26	24

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados dois artigos, elaborados a partir dos resultados. O primeiro artigo intitulado: “Quedas em idosos: reflexão na perspectiva da classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” se relaciona ao primeiro objetivo proposto e foi elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem - Indexação B2 no Qualis de Periódicos da CAPES.

O segundo artigo “Fatores associados às quedas em idosos segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde” se relaciona ao segundo objetivo proposto e foi elaborado de acordo com as normas do periódico científico Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) - Indexação A2 no Qualis de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os dois artigos serão apresentados de acordo com as normas de publicação definidas pelos próprios periódicos mencionados, as quais podem ser visualizadas nos seguintes endereços eletrônicos: Revista Texto & Contexto Enfermagem <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/> e Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) – <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

**QUEDAS EM IDOSOS: REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE¹**

**FALLS IN ELDERLY: REFLECTION IN VIEW OF THE INTERNATIONAL
CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH**

**CAÍDAS EN ANCIANOS: REFLEXIÓN EN VISTA DE LA CLASIFICACIÓN
INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA
SALUD**

Julia de Moura Quintana², Silvana Sidney Costa Santos³

RESUMO

As quedas ocasionam complicações ao idoso, como perda da capacidade funcional, imobilidade, fraturas. Realizou-se reflexão sobre as quedas em idosos na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A interação entre aspectos relacionados às funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores contextuais ocorrem de forma dinâmica com associação entre fatores de mais de um componente que aumentam as chances de ocorrer o acidente. Considera-se que o conhecimento acerca do processo que envolve a ocorrência de quedas permite aos enfermeiros desenvolverem estratégias preventivas abrangentes e eficazes. Os fatores que contribuem para a ocorrência de quedas em idosos necessitam ser classificados de acordo com os componentes da Classificação, visando criar critérios de avaliação de causas principais, consequências das quedas e comunicação efetiva entre os enfermeiros e demais profissionais que atuam junto a estas pessoas.

Descritores: Idoso. Acidentes por quedas. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Enfermagem.

¹ Extraído da dissertação de Mestrado intitulada “Produção científica sobre quedas em idosos: componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde” Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, 2013.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. juliamquintana@hotmail.com Endereço: Rua João Cerutti, nº.37 - Jardim Primavera – CEP 98400-000 – Frederico Westphalen/RS.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. silvanasidney@pesquisador.cnpq.br

ABSTRACT

Accidents from falls cause complications for the elderly, such as loss of functional capacity, insecurity, immobility, fractures and constitutes one of the main reasons that cause reduced functionality. The purpose of this article was to reflect falls in the elderly in view of the International Classification of Functioning, Disability and Health Interaction between aspects related to the functions and body structures, activities and participation, and contextual factors occur dynamically, in which no association between factors of more than one component that increase the chances of an accident occur. It is considered that knowledge about the process that involves the occurrence of falls allows nurses to develop comprehensive and effective preventive strategies. The factors that contribute to the occurrence of falls in the elderly need to be sorted according to rating components, to create evaluation criteria of the main causes and consequences of falls and more effective communication among nurses and other professionals who work with these people .

Descriptors: Aged. Accidental falls. International Classification of Functioning, Disability and Health. Nursing.

RESUMEN

Los accidentes resultantes de caídas producen complicaciones al cotidiano del anciano como pérdida de la capacidad funcional, inseguridad, inmovilidad, fracturas. Ese artículo tiene como objetivo reflexionar acerca de las caídas en adultos mayores, basado en la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. La interacción de los aspectos referentes al funcionamiento y estructuras del cuerpo, actividades y participación de los factores contextuales, se suceden dinámicamente, donde se presenta la unión de distintos factores combinados resultando un aumento de la posibilidad de accidentes. Llevando en cuenta que, con el conocimiento acerca del proceso donde está involucrada la ocurrencia de caídas, es posible el desarrollo de estrategias preventivas, amplias y eficaces que podrán ser producidas por los enfermeros en medio o largo plazo. Los factores contribuyentes para la caída de ancianos deberían ser clasificados de acuerdo con los componentes de la Clasificación, con el objetivo de crear criterios evaluativos de sus principales causas y efectos.

Descriptor: Anciano. Accidentes por Caídas. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A atual configuração social, que possui entre suas características o envelhecimento populacional, suscita um importante desafio aos enfermeiros, o qual consiste em oferecer um cuidado de excelência que possibilite ao idoso viver mais saudável. Contudo, vale chamar atenção para o fato de que para alcançar este objetivo é necessário conhecer e prevenir situações que impõem dificuldades para que as pessoas experienciem a velhice de forma mais independente e autônoma.

A autonomia e independência do idoso dependem de fatores físicos, mentais, sociais e ambientais que influenciam significativamente no processo de adaptação a esta fase da vida, a qual pode ser considerada uma conquista individual e da sociedade como um todo. Porém, como em todas as outras fases, há problemas a serem enfrentados e superados e, entre estes problemas, há as quedas, que se apresentam como um desafio ao envelhecimento populacional e conseqüentemente ao cuidado de enfermagem aos idosos.

As quedas em idosos são frequentes, traumatizantes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.¹

Em estudo relacionado à prevalência de quedas em idosos institucionalizados foi verificado que 64,71% caíram em um ano e destes, 75,68% caíram no período diurno. Em relação às causas das quedas, 72,98% foram por fatores extrínsecos e 27,02% por fatores intrínsecos.²

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, pode elaborar estratégias de prevenção de quedas, estejam os idosos hospitalizados, institucionalizados ou domiciliados. Para tanto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF permite descrever as características dos indivíduos em diferentes domínios, bem como as características do meio físico e social, através da seleção de um conjunto de códigos que documenta o seu perfil de funcionalidade e de participação.

A utilização da CIF ainda é incipiente e necessita de avanços em todas as áreas de conhecimento, principalmente na área da saúde. É um importante instrumento que, aliado à gama de conhecimentos que a Enfermagem detém, pode contribuir na prevenção de quedas, identificar a situação dos idosos, avaliar as funções e estruturas do corpo, participação e fatores ambientais que contribuem para a ocorrência destes acidentes. Desta forma, foi objetivo deste artigo refletir sobre (o cuidado de enfermagem na ocorrência de quedas em idosos na perspectiva da CIF) as principais causas e conseqüências das quedas.

Quedas em idosos e a CIF: possibilidades para os enfermeiros

A primeira parte da CIF relaciona-se com a funcionalidade e Incapacidade, sendo dividida em Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. A segunda parte abrange os Fatores Contextuais, dividindo-se este em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Seu modelo oferece estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde

personais, incluindo prevenção, promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais³

Os componentes da Funcionalidade e da Incapacidade, representados pelas funções e estruturas do corpo, atividade e participação, se expressam em termos positivos que indicam aspectos não problemáticos e, em termos negativos que indicam problemas, designados pelo termo genérico “deficiência”.

No contexto da CIF, as deficiências são entendidas como problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio importante ou uma perda, considerando o que é aceito como estado biomédico normal e podem causar uma incapacidade no desempenho das atividades e da participação.³ No contexto das quedas, deficiências em estruturas do corpo, tais como no tronco e coluna vertebral, em estruturas osteomusculares, entre outras, podem causar efeitos em funções do corpo, como mobilidade das articulações, no padrão de marcha, na força muscular e outras que afetam a funcionalidade do idoso.⁴

As condições das estruturas e funções do corpo do idoso podem refletir na capacidade e no desempenho. A ocorrência de deficiências em funções do corpo (como as citadas anteriormente) pode causar impacto negativo nas AVD, nas auto transferências, nos cuidados com alimentação e forma física e também trazer restrições na participação em recreações, lazer, exercícios físicos e relacionamentos.³

Quando o idoso possui limitação na capacidade ou no desempenho em executar tarefas em seu meio habitual devido a outros fatores como sexo, raça, religião ou características socioeconômicas, essas restrições não estão relacionadas com a saúde no sentido que lhe é atribuído na CIF.³ Estas características podem influenciar tanto de forma positiva quanto negativa nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social.

Estes fatores representam o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam características que não são parte de uma condição de saúde. Esses fatores podem incluir sexo, raça, idade, condição física, estilo de vida, formas de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência, padrão geral de comportamento, caráter e todas as características que podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível.³

Os fatores pessoais não são classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos. No entanto, há muitos fatores pessoais que associados a outros podem influenciar para a ocorrência de quedas, por exemplo: o sexo feminino, devido

à maior prevalência de doenças crônicas, ao maior uso de medicamentos e maior exposição a atividades domésticas; a idade avançada, devido ao comprometimento funcional e menor nível de atividade física.^{5,6}

A pressa na realização de atividades, banalização da queda e as atitudes de resistência a mudanças de hábitos e mudanças ambientais, também se configuram em fatores pessoais que podem se confrontar com estratégias que visem à mudança de hábitos e mudanças no ambiente. Estudo mencionou a relação entre um fator comportamental (resistência ao uso de luminária) com um fator ambiental (iluminação inadequada)⁷, demonstrando que este comportamento resistente vai de encontro à estratégia de melhoria no ambiente. Os fatores ambientais podem se apresentar como barreira pela sua presença como pela sua ausência e as consequências destes fatores sobre a vida das pessoas são variadas e complexas.³

Entre as principais barreiras ambientais que podem potencializar as condições de saúde que favorecem as quedas, tem-se o uso de medicamentos e alimentação inadequada, uso inapropriado ou falha no projeto de dispositivo para auxílio de marcha, espaços limitadores da mobilidade, pisos irregulares, degraus, rampas, corredores, banheiros, boxes e escadaria sem corrimão, iluminação inadequada, precariedade das vias públicas, negligência familiar, institucionalização, problemas na arquitetura e construção em prédios para uso público e privado.

Pode-se perceber que a ocorrência de quedas não ocorre de forma previsível e linear, a interação entre aspectos relacionados às funções e estruturas do corpo e os fatores contextuais ocorrem de forma dinâmica, na qual, geralmente, há associação entre vários fatores de mais de um componente que aumentam as chances de ocorrer o acidente. Desta forma, não é possível estabelecer um modelo para as causas das quedas, mas, com a utilização da CIF pode-se abordar de forma multidimensional este processo através da identificação das condições que favorecem o acidente bem como a interação existente elas.

O conhecimento e reflexão acerca deste processo permite aos profissionais desenvolver estratégias mais abrangentes e eficazes na prevenção de quedas. Se considerarmos que a atuação do enfermeiro na prevenção das quedas ocorre mediante o entendimento desta interação, cabe dizer que o conhecimento e aplicação da CIF são necessários, visto o impacto das quedas na funcionalidade gerando incapacidades nos idosos. Mesmo que a utilização da CIF ainda seja incipiente entre os enfermeiros, há diversos estudos em outras áreas que podem suscitar ideias de estratégias para atuação acerca das quedas em idosos.

Como exemplo, pode-se citar o uso de *core sets*, que consistem em uma lista das categorias da CIF incluindo o mínimo possível de itens para torná-la prática e com quantidade necessária para ser suficientemente compreensível e eficaz para descrever uma investigação multidisciplinar de uma série de problemas na funcionalidade do paciente.⁸ A elaboração de *core sets* para quedas em idosos pode ser uma possibilidade de utilização da CIF, pois pode demonstrar uma série de problemas enfrentados por estes indivíduos e com isso identificar as possibilidades de atuação dos enfermeiros.

Outra possibilidade pode ser a interligação entre a CIF e instrumentos já utilizados pelos enfermeiros no cuidado aos idosos. Por exemplo, a escala de atividades básicas de vida diária de Katz, que mede a capacidade funcional através de instrumentos padronizados avaliando o desempenho do idoso nas Atividades da Vida Diária seria útil em avaliações referentes ao componente Atividade e Participação. Já o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) que consiste em instrumento que avalia a orientação, memória, linguagem e gnosis, praxia, função executiva e função visuoespacial pode se configurar em importante aliado quando se pretende avaliar estas Funções do Corpo.

No sentido de prevenir quedas, torna-se importante a identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência destes acidentes e a forma como estes são classificados. A OMS categoriza-os em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos.⁹ Já outro estudo, abordou estes fatores como causas intrínsecas e causas extrínsecas.¹⁰

Considerando que a padronização da linguagem é um dos objetivos principais da CIF, sugere-se que estes fatores sejam abordados conforme os componentes desta classificação. Desta forma, seriam classificados em: fatores relacionados às funções do corpo; fatores relacionados às estruturas do corpo; fatores relacionados à atividade e participação e; fatores ambientais.

Acredita-se que uma uniformização na linguagem pode vir a contribuir em futuros estudos que abordem as quedas em idosos e a CIF e também na formulação de estratégias multiprofissionais de prevenção, uma vez que poderia proporcionar uma comunicação mais efetiva entre os enfermeiros e demais diferentes profissionais que atuam junto a esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acidente por queda ocorre do resultado da relação dinâmica entre as condições de saúde do idoso e as barreiras ambientais. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos suscita à necessidade de formular estratégias de prevenção tendo em vista que cada fator preditivo de queda age sobre e sofre a ação dos demais, colaborando no comprometimento de estruturas e funções do corpo e, devido às limitações e restrições no desempenho, prejudicando a atividades e participação social.

O modelo biopsicosocial de saúde proposto pela CIF é um relevante subsídio para o cuidado de enfermagem, pois, surgem amplas possibilidades de aplicação nos diversos aspectos relacionados à saúde. É importante pensar o cuidado de enfermagem abordando a CIF como relevante instrumento de trabalho tendo em vista o seu potencial para contribuir na elaboração de ações de enfermagem, saúde, individuais, coletivas, ambientais e principalmente gerontotecnológicas.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(4): 1265-1273.
2. Nascimento FA, Vareschi AP, Alfieri FM. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. - 2008;37(2):7-12.
3. Organização Mundial Da Saúde. CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direção Geral da Saúde. 2004; Lisboa: DGS.
4. Menezes RL, Bachion M M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1209-8.
5. Rocha L, Budó MLD, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery (impr.)*.2010;14(4):690-6.
6. Pinho, TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, et al. Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Unitse. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):320-7
7. Silva ME. Fatores de risco para quedas em idosos: revisão integrativa da literatura a partir do diagnóstico de Enfermagem da NANDA [dissertação]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2011.

8. Campos TF. et al. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Rev Bras Fisioter*, São Carlos. 2012;16(1):23-9.

9 Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância e prevenção de Quedas em idosos. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo: SES/SP. 2010.

10. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):478-85.

Fatores associados às quedas em idosos segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*

Factors associated with falls in the elderly, according to the International Classification of Functioning Disability and Health

Factores asociados con las caídas en los ancianos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud

Julia de Moura Quintana¹

Silvana Sidney Costa Santos²

Resumo

Revisão Integrativa com objetivo de identificar os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na produção científica de enfermeiros sobre quedas em idosos. Utilizados descritores: idoso, acidentes por quedas, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Cuidados de Enfermagem; nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e Base de dados de Enfermagem em Espanhol no período de 2008 a 2012. Selecionados 29 artigos. Componentes predominantes: Funções do Corpo e Fatores Ambientais. Identificaram-se 19 categorias em Funções do Corpo; 10 em Estruturas do

* Extraído da dissertação de Mestrado intitulada “Produção científica sobre quedas em idosos: componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, 2013.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. juliamquintana@hotmail.com Rua João Cerutti, nº37 – Jardim Primavera – CEP 98400-000 - Frederico Westphalen/RS

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. silvanasidney@pesquisador.cnpq.br

Corpo; 24 em Atividades e Participação; 24 em Fatores Ambientais, sendo as mais frequentes: b235 Funções vestibulares, s750 Estrutura do membro inferior, d920 Recreação e lazer, e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal. A utilização da Classificação possibilitou analisar os fatores associados às quedas em idosos de forma abrangente embasada em modelo biopsicossocial.

Descritores: Idoso. Acidentes por quedas. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

Abstract

An Integrative Review, to identify the components of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the scientific production of nurses on falls in the elderly. Used descriptors: elderly, accidental falls, International Classification of Functioning, Disability and Health, Nursing; databases in Latin American and Caribbean Health Sciences, Scientific Electronic Library Online and Database of Nursing in Spanish the period 2008 to 2012. Selected items 29. Predominant components: Body Functions and Environmental Factors. We identified 19 categories in the Body Functions, 10 in the Body Structures, 24 in the Activities and Participation, 24 in the Environmental Factors, the most frequent: b235 Vestibular Functions, s750 Structure of the lower limb, d920 Recreation and Leisure, e110 Products or substances for personal consumption. The use of rating possible to analyze the factors associated with falls in the elderly comprehensively grounded in biopsychosocial model.

Descriptors: Aged. Accidental falls. International Classification of Functioning, Disability and Health. Nursing care. Nursing.

Resumen

Revisión integrativa con objetivo de identificar los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en la producción científica de enfermería sobre las caídas en los ancianos. Descriptores utilizados: Anciano; Accidentes por Caída; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Atención de Enfermería en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; Base de datos de Enfermería en Español y *Scientific Electronic Library Online* en busca de artículos publicados entre 2008 y 2012. Fueron seleccionados 29 artículos para análisis. Se puso atención en las informaciones relacionadas a los artículos e informaciones que trataban de los factores asociados a las caídas de ancianos y

su relación a los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Fue verificado que los componentes más expresivos fueron: funciones del cuerpo y factores ambientales. Se identificó 77 categorías divididas en los cuatro componentes: 19 categorías en funciones del cuerpo, 10 en estructuras del cuerpo, 24 en actividades y participación, 24 en factores ambientales. Las más frecuentes: b235 Funciones vestibulares, s750 Estructura del miembro inferior, d920 Recreación y Ocio, e110 Productos o sustancias para el consumo personal. El uso de la Clasificación permite analizar los factores asociados a las caídas en los ancianos basado en su modelo biopsicosocial.

Descriptor: Anciano. Accidentes por Caídas. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Enfermería. Enfermería.

Introdução

A queda é um importante causador de dependência nos idosos e também compromete a capacidade funcional. É o acidente doméstico mais frequente e a principal etiologia de morte acidental em idosos⁽¹⁾. A prevenção desses acidentes suscita desafio aos serviços e profissionais da saúde, porque tendem a aumentar com as mudanças associadas à idade avançada⁽²⁾.

Em idosos institucionalizados verificou-se que 64,71% caíram em um ano e destes, 75,68% caíram no período diurno. Quando às causas das quedas, 72,98% foram por fatores extrínsecos e 27,02% por fatores intrínsecos⁽³⁾. Nas consequências das quedas, 24,3% de um grupo de idosos tiveram fraturas, com maior frequência a de fêmur (33,3%) e outros fraturaram mais de um membro, com atendimento médico em 48,6% dos casos. As quedas levaram alguns idosos à incapacidade, imobilização e exigiram tratamentos cirúrgicos, como colocação de placas, parafusos, talas e gesso⁽⁴⁾. A recuperação destes tratamentos ocorre em semanas a meses, alterando a locomoção, autonomia e capacidade funcional dos idosos, além de trazer modificações à estrutura familiar⁽⁵⁾.

O impacto econômico das quedas à família, sociedade e setor da saúde está aumentando. Os custos para quem cai e sofre fratura são altos e atingem toda a família. Os custos para o sistema de saúde também são consideráveis. Até outubro de 2009 foram R\$ 57,61 milhões com internações relacionadas às quedas⁽⁶⁾.

O cuidado de enfermagem com vistas à prevenção da queda justifica-se pela melhora da qualidade de vida dos idosos, por diminuir: custos hospitalares, possibilidade de

institucionalização, morbidade e mortalidade. Os enfermeiros devem detectar os fatores de risco a fim de modificá-los, diminuindo o grau de susceptibilidade para quedas nos idosos⁽⁷⁾. Esses profissionais podem utilizar instrumentos que possibilitem a caracterização de fatores associados às quedas e que permitam apresentação do problema em linguagem comum, permitindo aos gestores e demais colegas da saúde analisar e discutir ações preventivas.

Para intensificar o estabelecimento de ações/estratégias voltadas à prevenção de quedas, nos idosos hospitalizados, institucionalizados ou domiciliados, há o modelo biopsicossocial proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução Nº 452, de 10 de maio de 2012 determina que a CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na saúde suplementar. A utilização poderá ocorrer, dentre outras maneiras, como ferramenta estatística na coleta e registro de dados e como ferramenta geradora de informações padronizadas com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar o gerenciamento de serviços de saúde em todos os níveis de atenção⁽⁸⁾.

A CIF foi elaborada com objetivo de estabelecer mecanismo de comunicação entre profissionais, fundamentada na utilização de uma linguagem unificada e padronizada, possibilitando a identificação dos impactos na vida cotidiana dos indivíduos e grupos populacionais decorrentes de doenças e de mudanças estruturais físicas e psíquicas⁽⁹⁻¹²⁾.

Esta classificação é dividida em duas partes, cada uma com dois componentes. A primeira parte relaciona-se com a Funcionalidade e Incapacidade, sendo dividida em Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. A segunda parte abrange os Fatores Contextuais, dividindo-se este em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais⁽¹⁰⁻¹³⁾. Os Fatores Pessoais não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos.

Os componentes agem e sofrem ação dos demais e essas interações são específicas, mas nem sempre ocorrem de forma previsível e linear^(12,14-17). Cada um dos componentes pode ser descrito em termos positivos ou negativos e são compostos por categorias que representam as unidades de classificação da CIF.

As reflexões anteriores justificam o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre este tema para interpretação mais expressiva do conhecimento e com o propósito de auxiliar futuras investigações. Foi objetivo deste estudo: Identificar os componentes da CIF na produção científica de enfermeiros sobre quedas em idosos.

Método

Utilizou-se a Revisão Integrativa (RI) por possibilitar síntese de pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse. A RI oferece acesso rápido aos resultados de pesquisas que fundamentam as condutas e a tomada de decisão dos profissionais, proporcionando saber crítico. A elaboração desta RI ocorreu através das etapas: formulação do problema de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e, apresentação dos resultados⁽¹⁸⁾.

Frente à necessidade de conhecer e abordar os fatores associados aos acidentes por quedas em idosos segundo os componentes da CIF apresentou-se como questão da pesquisa: como os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se apresentam na produção científica de enfermeiros brasileiros e estrangeiros sobre acidentes por quedas em idosos?

Para a coleta dos dados, os critérios de inclusão utilizados para orientar a busca e seleção dos artigos foram: indexação nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) E Base de dados de Enfermagem em Espanhol (CUIDEN); de acordo com os descritores Acidentes por quedas, Idoso, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e Cuidados de Enfermagem, o primeiro descritor mencionado foi fixo e os demais vinculados individualmente a ele com o operador booleano *and*; foram incluídas as publicações no idioma português, espanhol ou inglês publicadas no período de 2008 a 2012; presença de texto completo gratuito; apresentar um enfermeiro como autor ou coautor. Foram excluídos artigos encontrados em mais de uma base de dados (sendo contabilizados como apenas um e contabilizado da base de dados de maior indexação), artigos de acesso indisponível ou inconsistentes ao objeto de estudo. Para cada artigo da amostra foi aplicado um instrumento de registro contemplando dados relacionados aos artigos da amostra (título, periódico, volume, número, páginas, ano, descritores, base de dados, abordagem metodológica, componentes e categorias da CIF identificados).

A avaliação dos dados ocorreu pela identificação dos fatores associados às quedas em idosos presentes em cada artigo da amostra. A análise e interpretação, através da comparação destes fatores com a descrição dos componentes da CIF, a fim de identificar o componente que cada fator melhor se enquadrava. Posteriormente estes fatores foram comparados com a descrição de cada categoria para identificar em qual delas melhor se classificava e, de que forma que ocorreu esta relação.

As revisões integrativas podem ser publicadas em forma de quadros, 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⁽¹⁸⁾.

Resultados

Foram localizados 316 artigos, dos quais 287 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Portanto, foram selecionados 29 artigos para a amostra do estudo.

Em relação ao ano de publicação, verificou-se predomínio de publicações em 2012, com 9 artigos e, 2011 e 2010, ambos com 8 artigos, os demais anos totalizaram 4 artigos. Quanto aos periódicos, 17 artigos foram publicados em periódicos da área da Enfermagem, 4 na área da Saúde Coletiva, 5 em periódicos específicos da Geriatria e Gerontologia, 1 na área da Medicina e 1 em periódico especializado em Oftalmologia.

Quanto aos descritores, surgiram 26 artigos do cruzamento entre os descritores “acidentes por quedas” e “idoso”; 3 artigos do cruzamento entre “acidentes por quedas” e “cuidados de enfermagem”. Do cruzamento entre “acidentes por quedas” e “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” não surgiram artigos que atendessem aos critérios de inclusão.

Houve predomínio da abordagem quantitativa, com 22 artigos; 6 na qualitativa e 1 com ambos os métodos. Constatou-se que 26 artigos, individualmente, apresentaram fatores relacionados às quedas que puderam ser associados a mais de um componente e três artigos apresentaram relações a apenas um componente. Também, dentro de cada componente, houve artigos que apresentaram fatores que puderam ser relacionados a mais de uma categoria.

Ao componente “Funções do Corpo” foram relacionados 27 artigos, demonstrando que este componente se expressou em 93% do total da amostra do estudo. Desta relação foi possível identificar 19 categorias.

Quadro 1 – Categorias de Funções do Corpo relacionadas aos fatores associados às quedas em idosos. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Categoria e artigos relacionados	Total
b117 Funções intelectuais ^(19, 20, 21, 22, 23, 24)	6
b140 Funções da atenção ^(19,25,26)	3

b144 Funções da memória ^(19,26,23)	3
b147 Funções psicomotoras ^(27,28,26,29)	4
b152 Funções emocionais ^(30,27,25,28,31,26,32,5)	8
b210 Funções da visão ^(33,34,20,30,35,36,27,25,28,37,31,38,22,23,5,39)	16
b230 Funções auditivas ^(40,36,37,25,22,23,5,26)	8
b235 Funções vestibulares ^(20,21,40,36,41,27,28,42,26,35,38,43,29,22,23,24,5)	17
b240 Sensações associadas à audição e à função vestibular ^(40,36,27,26,38,29,22,23)	8
b260 Função proprioceptiva ^(20,29,22)	3
b280 Sensação de dor ^(34,25,28,32,42)	5
b420 Funções da pressão arterial ^(36,41,37,5)	4
b429 Funções do aparelho cardiovascular, outras especificadas e não especificadas ^(22,23,5)	3
b620 Funções miccionais ^(44,34,20,36,27,22,23)	7
b710 Funções da mobilidade das articulações ^(20,27,31,43,29,22,23,24,32,5)	10
b729 Funções das articulações e dos ossos, outras especificadas e não especificadas ^(45,36,27,28,32,5)	6
b730 Funções da força muscular ^(45,20,21,36,41,43,27,30,28,26,35,29,22,23,24,5)	16
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha ^(20,21,36,41,37,27,31,26,35,22,23,29,24,39)	14
b799 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, não especificadas ^(27,23,5,26)	4

Ao componente “Estruturas do Corpo” foram relacionados 13 artigos que expressaram 44,8 % da amostra do estudo. Esta relação possibilitou a identificação de 10 categorias.

Quadro 2 – Categorias de Estruturas do Corpo relacionadas aos fatores associados às quedas em idosos identificados nos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Categoria	Total
s199 Estrutura do sistema nervoso, não especificada ^(21,40)	2
s410 Estrutura do aparelho cardiovascular, não especificada ^(21,40)	2
s580 Estrutura das glândulas endócrinas ^(21,40)	2
s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço ^(45,21,28)	3

s730 Estrutura do membro superior ^(45,25,5)	3
s740 Estrutura da região pélvica ^(21,40,28)	3
s750 Estrutura do membro inferior ^(33,25,28,22,23,24)	6
s760 Estrutura do tronco ^(45,27,32)	3
s770 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento ^(33,30,5)	3
s810 Estrutura de áreas da pele, não especificada ^(30,23)	2

Ao componente “Atividades e Participação” foram relacionados 19 artigos, com expressão em 65,5% da amostra do estudo e identificaram-se 24 categorias.

Quadro 3 – Categorias de Atividades e Participação relacionadas aos fatores associados às quedas em idosos identificados nos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Categoria	Total
d177 Tomar decisões ⁽²⁶⁾	1
d220 Realizar tarefas múltiplas, não especificada ^(21,25,28)	3
d230 Executar a rotina diária ^(21,25,28,26)	4
d298 Tarefas e exigências gerais, outras especificadas ^(23,39)	2
d410 Mudar a posição básica do corpo ^(27,29,22,24,5)	5
d420 Auto transferências ^(21,41,37,23,5)	5
d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas ⁽³⁶⁾	1
d450 Andar ⁽⁴⁴⁾	1
d455 Deslocar-se ⁽²⁷⁾	1
d499 Mobilidade, não especificada ^(20,31,22,23,24,32)	6
d510 Lavar-se ^(44,21,28,23)	4
d520 Cuidar de partes do corpo ^(21,25,28)	3
d540 Vestir-se ^(44,21,28,23)	4
d570 Cuidar da própria saúde ^(25,5)	2
d599 Auto cuidados, não especificados ^(44,21,23,24,5)	5
d630 Preparar refeições ⁽²¹⁾	1
d640 Realizar as tarefas domésticas ⁽²¹⁾	1
d650 Cuidar dos objetos da casa ^(21,25,28)	3
d760 Relacionamentos familiares ⁽²⁹⁾	1

d799 Interações e relacionamentos interpessoais, não especificados ⁽²⁸⁾	1
d839 Educação, outra especificada e não especificada ^(27,31,24,25)	4
d850 Trabalho remunerado ⁽¹⁹⁾	1
d910 Vida comunitária ⁽¹⁹⁾	1
d920 Recreação e lazer ^(37,27,25,28,43,22,23,32,5)	9

Ao componente “Fatores Ambientais” foram relacionados 26 artigos, com expressão em 89,6% da amostra do estudo e foram encontradas 24 categorias.

Quadro 4 – Categorias de Fatores Ambientais relacionadas aos fatores associados às quedas em idosos identificados nos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Categoria	Total
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal ^(45,20,21,30,40,41,37,27,25,28,35,29,22,23,24,5,26)	17
e115 Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária ^(44,21,30,36,37,23,5)	7
e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores ^(36,37,5, 44,20,21)	6
e125 Produtos e tecnologias de apoio para comunicação ^(44,34)	3
e135 Produtos e tecnologias para o trabalho, outros especificados ^(46,40,37,27,43,22,23,24,30)	9
e150Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público ^(25,26)	2
e155 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado ^(21,31,35,29,5, 45,30,40,41,27,28,26,23,)	14
e160 Produtos e tecnologias relacionados com a utilização e a exploração dos solos ^(25,31)	2
e310 Família próxima ^(40,28,31,24,5)	5
e330 Pessoas em posição de autoridade ⁽²⁷⁾	1
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais ⁽⁴⁴⁾	1
e355 Profissionais de saúde ^(40,5)	2
e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade ⁽²⁷⁾	1
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde ⁽²⁷⁾	1
e515 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitetura e a	3

construção ^(33,25,28)	
e520 Serviços relacionados com o planeamento de espaços abertos ⁽³³⁾	1
e525 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação ^(33,28)	2
e535 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a comunicação ^(28,42)	2
e540 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes ⁽²⁸⁾	1
e545 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a proteção civil ⁽²⁸⁾	1
e555 Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações ⁽¹⁹⁾	1
e560 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação ^(21,42)	1
e570 Serviços relacionados com a segurança social ^(27,28)	2
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde ^(45,19,33,21,30,41,28,31,42,24,5)	11

Foram identificadas 77 categorias distribuídas nos quatro componentes da CIF, as pertencentes à Atividade e Participação e aos Fatores Ambientais foram as mais frequentes, cada uma com 31%, totalizando 62% do total de categorias.

Discussão

Apresentada em torno dos fatores relacionados aos acidentes por quedas nos idosos associados às categorias dos componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Fatores relacionados às quedas em idosos associados às Funções e Estruturas do Corpo

Os fatores relacionados às quedas associados a este componente, quer isolados ou em conjunto, que contribuíram para o acidente por queda foram: demência, déficits cognitivos e estado mental rebaixado (b117). A diminuição da consciência da gravidade do próprio estado de saúde pode levar o idoso a avaliar equivocadamente suas capacidades ao realizar atividades arriscadas, apresentar respostas protetoras comprometidas e aumentar o risco de quedas⁽¹⁹⁻²⁴⁾. Da mesma forma, foram citados os distúrbios do sono (b134)^(25,26), desatenção (b140)^(19,25,26), problemas na memória (b144)^(19,26,23), confusão, agitação psicomotora e coordenação motora prejudicada (b147)⁽²⁶⁻²⁹⁾.

As dificuldades visuais (b210)^(5,20,22,23,25,27,28,30,31,33-39), as dificuldades auditivas (b230)^(5,22,23,25,26,36,37,40), as dificuldades relacionadas às funções vestibulares de equilíbrio, de

posição e de movimento (b235)^(5,20-24,26-29,40,35,36,38,41,42,43) e as sensações de tontura e vertigem (b240)^(22,23,26,27,36,38,40) foram citadas como problemas que afetam a condição de saúde e predispõe ao acidente por quedas em idosos. Estudos atentam para a necessidade de avaliação destas funções, pois as quedas estiveram presentes em maior frequência entre os idosos que referiram visão, audição e equilíbrio prejudicado e quanto maior o comprometimento, maior é o risco de quedas^(8,17,21)

Da mesma forma, ao nível cardiovascular, apresentaram-se a pressão arterial aumentada^(36,37), a hipotensão ortostática (b420)^(5,36,41), as cardiopatias, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio, arritmia e taquicardia sinusal (b429)^(5,22,23).

Os problemas na mobilidade das articulações (b710)^(5,20,22-24,27,29,31,32,43), mobilidade dos ossos (b720)^(5,26-28,32,46), na força muscular (b730)^(5,20-24,27-30,35,36,41,43,45) e distúrbios neuromusculoesqueléticos relacionadas ao movimento (b799)^(5,23,26,27) e que resultam em rigidez e dor nas articulações, estão ligadas à instabilidade no caminhar e no equilíbrio⁽¹⁴⁾.

Entre os problemas emocionais decorrentes das quedas, estudos mencionam a síndrome do medo de cair novamente, a *Fallophobia* (medo prolongado de voltar a cair e que pode condicionar todas as Atividades de Vida Diária - AVD), estado de alerta excessivo, ansiedade, depressão, perdas relacionadas à tomada de decisão para organizar a própria vida, perda da autoestima, sentimento de vulnerabilidade, fragilidade, insegurança e humilhação devido ao confronto com a decadência e perda de capacidades do corpo (b152)^(5,25-28,30-32).

No que se refere aos problemas físicos causados pelas quedas, se apresentaram as dores (b280), as quais restringem as AVDs acarretando em situações de restrições definitivas e dependência^(25,28,32,34,42) e os problemas relacionadas com o padrão de marcha (b770), que também foram referidos como causas de quedas^(20-24,26,27,29,31,35-37,39,41).

Alterações nas estruturas do tronco e coluna vertebral (s760)^(27,32,45), como cifose e outros problemas de coluna; em estruturas osteomusculares, como artrose, hemiplegia de membros e osteoporose (s770)^(5,30,33); estruturas cardiovasculares (s410)^(21,40), neurológicas (s199)^(21,40), endócrinas (s580)^(21,40) podológicas (neuropatias periféricas, calosidade, unha encravada, dedos em garra e edema) podem influenciar a marcha e causar quedas^(22-24,34).

Entre as consequências das quedas nas estruturas do corpo, apresentaram-se contusões (s810)^(23,30), traumatismo crânio-encefálico (s710)^(21,28,45), fraturas nos membros superiores (s730)^(5,25,45) fraturas na região pélvica (colo de fêmur), fraturas no trocânter e outras fraturas de quadril (s740)^(21,28,40), nos membros inferiores (s750), principalmente nos tornozelos e nos pés^(22-25,28,33) e fraturas de coluna e costela (s760)^(27,32,45).

Fatores relacionados às quedas em idosos associados à Atividade e Participação

Entre os fatores relacionados a este componente que se apresentaram como limitações na atividade e restrições na participação, tem-se: dificuldade em realizar tarefas (d210)^(21,25,28), cuidar dos objetos domésticos (d650)^(21,25,28), executar a rotina diária (d230)^(21,25,26,28), cuidar de partes do corpo (d520)^(21,25,28), vestir-se (d540)^(21,23,28,44), lavar-se (d510)^(21,23,28) e demais auto cuidados (d599)^(5,21,23,24,44) que necessitem de dependência. A redução na capacidade de realização das AVDs predispõe a maior chance de quedas e também se configura como limitação funcional imposta pelo acidente⁽²²⁾.

A dificuldade em cuidar da própria saúde (d570) influencia na ocorrência de quedas, principalmente em aspectos referentes ao controle da forma física e da alimentação, considerando que o estado nutricional está relacionado ao maior ou menor risco de queda em idosos. Os extremos de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) merecem atenção dos enfermeiros, pois pessoas que apresentam baixo peso ou obesidade apresentam estrutura física desigual, o que pode comprometer o equilíbrio, muitas vezes já alterado, em consequência do envelhecimento, o que acentua o risco de cair⁽³⁴⁾. Na velhice, a alimentação adequada e o cuidado com a forma física configuram-se importantes formas de prevenção de quedas⁽⁵⁾.

Estudos apontam elevada ocorrência de quedas ao deitar ou levantar da cama, nas tentativas de mudar (d410)^(5,22,24,27,29) ou manter a posição básica do corpo (d429)⁽³⁶⁾ e nas demais auto transferências (d420)^(5,21,23,37,41). A informação sobre a circunstância da queda é de extrema importância porque pode direcionar a avaliação para sua causa. Por exemplo, se o idoso cai após levantar, o evento pode estar relacionado à hipotensão postural ou, se cai após tropeço ou escorregão indica presença de barreira ambiental ou problemas nas funções da marcha, equilíbrio, visão, entre outros^(21,43).

No que se refere à educação (d839), idosos com baixa escolaridade e necessidade de complementar a renda familiar podem assumir subempregos que oferecem riscos e maior probabilidade de quedas. Também podem receber informação insuficiente sobre doenças, formas de prevenção e tratamento inadequado, contribuindo para o comprometimento da capacidade funcional. Idosos com maior instrução apresentam maiores preocupações com saúde, com controle postural e com recuperação, o que pode diminuir de forma direta ou indireta a susceptibilidade às quedas^(24, 25,27,31).

Quanto à participação em atividade física (d920), idosos que sofreram quedas e realizaram exercícios apresentaram melhores resultados nos escores de qualidade de vida^(5,22,23,25,27,28,32,37,43). Os benefícios fisiológicos advindos da prática de atividade física

proporcionam maior independência aos idosos para realizar suas AVDs. Os benefícios psicológicos destas atividades apresentam-se como melhora da autoestima e da autoconfiança, repercutindo em melhora da qualidade de vida^(23,37,43).

Quando há necessidade de tratamentos cirúrgicos, a recuperação pode ser longa, alterando a locomoção, autonomia e capacidade funcional dos idosos. Há ainda possibilidade de modificações no relacionamento familiar (d760)⁽²⁹⁾ e dificuldades de interação com a comunidade onde está inserido (d799)⁽²⁸⁾, principalmente devido ao medo de cair novamente e à mobilidade afetada (d499)^(20,22-24,31,32) que pode ocasionar reincidências.

Fatores relacionados às quedas em idosos associados aos Fatores Ambientais

Entre os produtos e substâncias para consumo pessoal (e110) que foram considerados barreiras para os idosos incluíram-se os alimentos e os medicamentos. A inadequação alimentar às necessidades nutricionais dos idosos se configura em barreira ambiental que pode comprometer o funcionamento do organismo e predispor aos acidentes por quedas⁽⁵⁾.

Considerando o uso de medicamentos(e110) elemento importante à manutenção da saúde de muitos idosos, sua utilização foi apontada como barreira por diminuir o alerta e a função psicomotora, causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas. Estes aspectos denotam a necessidade de atentar para o controle do uso adequado em idosos domiciliados e registro rigoroso nos prontuários de idosos institucionalizados ou hospitalizados, a fim de permitir avaliações fidedignas e periódicas sobre esse aspecto, pois os efeitos da interação medicamentosa são mais acentuados nos idosos^(5,20-30,35,37,40,41,45).

Entre as classes medicamentosas mais utilizadas encontram-se: agentes anti-hipertensivos (vasodilatadores, diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio, antiarrítmicos), os antidepressivos benzodiazepínicos, psicotrópicos, neurolépticos e hipoglicemiantes orais. Também mencionados os corticosteroides, antiinflamatórios não hormonais, miorrelaxantes, laxativos, protetores gástricos, anti-histamínicos e complexos vitamínicos^(5,20-30,35,37,40,41,45).

Entre os produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária (e115) que se apresentaram como barreira no ambiente tem-se: poltronas altas, tapetes soltos, calçada irregular, móveis em excesso, ausência de material antiderrapante, chinelos e calçados com solado de borracha, órteses para o auxílio da marcha^(5,21,23,30,36,37,44) e uso de óculos bifocais (e125)^(34,44). O uso de órteses e próteses também foi considerado facilitador quando planejados e utilizados de forma apropriada.

Verificou-se relação entre a utilização inapropriada de dispositivo para auxílio de marcha, como cadeira de rodas, bengala e andador (e120)^(5,20,21,36,37,44) e a presença de quedas. A tecnologia assistiva possibilita independência funcional, mas pode ter efeito oposto e contribuir para mobilidade insegura e risco de quedas quando há falhas em seu projeto e/ou utilização inadequada⁽²⁷⁾.

Entre os fatores ambientais considerados facilitadores, há os diagnósticos de enfermagem, escalas, tabelas e testes para avaliação, os quais foram considerados produtos e tecnologias para o trabalho (e135)^(22-24,27,30,37,40,43,46).

A arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público (e150)^(25,26) e para uso privado (e155)^(5,21,23,26,27-31,35,40,41,45) se apresentam como fatores influenciadores de quedas na forma de barreiras ou facilitadores. Como barreiras há os espaços que limitam a mobilidade, pisos e escadas escorregadios, irregulares ou com buracos, degraus altos e/ou desnível do piso, degraus na soleira das portas, rampas, corredores, banheiros, boxes e escadaria sem corrimão, objetos e tapetes soltos no chão, iluminação inadequada, objetos guardados em locais altos, calçados inadequados, cadeiras/camas muito altas ou muito baixas, móveis instáveis e deslizantes e iluminação deficiente. A precariedade das vias públicas também se mostrou importante barreira ambiental devido a maior probabilidade de acidentes por causas externas como quedas e atropelamentos, denotando a necessidade de planejamento da exploração e construção em espaços públicos (e160)^(25,33).

Os facilitadores ambientais se apresentam na forma de mudanças para promover ambiente seguro como colocação de barras de segurança, readequações em pisos escorregadios, manutenção de boa luminosidade favorecendo a integração do idoso no ambiente doméstico, revisão do sistema de travagem de camas, cadeira de rodas, suportes de soros rodados, abolição de cera no chão ou substituição por cera antiderrapante, aquisição de grades para camas, colocação de barras de suporte em banheiros junto aos sanitários e chuveiros, colocação de degraus duplos para os doentes subirem para as camas, camas elétricas articuladas na cabeceira e nos pés, com grades de proteção incorporadas, que permitam ajustar a altura em relação ao chão^(5,21,28,33,35).

Considerando a família como fator ambiental, o fato de o idoso ter cônjuge ou filhos vivendo nas proximidades possibilita vivência intergeracional, caracterizando uma rede de apoio e facilitador ambiental. De outro modo, a negligência da família em prover proteção ao idoso pode ser indicativo para ocorrência de quedas domésticas (e310)^(5,24,28,31,40). Além disso, as ordens de restrição das atividades (e430)⁽²⁷⁾ advindas de pessoas em posição de autoridade (e330)⁽²⁷⁾ também são consideradas barreiras ambientais.

A presença de prestadores de cuidados pessoais, assistentes pessoais (e340)⁽⁴⁴⁾ e maior número de profissionais nos serviços de saúde (e355)^(5,40) pode ser um facilitador para diminuição de quedas⁽⁵⁾ quando estes assumem atitude proativa (e450)⁽²⁷⁾ ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Esta responsabilização profissional voltada para a melhoria da qualidade da assistência é importante contributo para a excelência do cuidado⁽²⁷⁾.

O planeamento e reorganização dos serviços, sistemas e políticas públicas em diversos setores é medida urgente na busca por facilitadores aos idosos. Nos setores relacionados com a arquitetura e a construção (e515) há necessidade de medidas de segurança na área pública e privada, que visem diminuir as barreiras arquitetônicas^(25,28,33). Aos setores relacionados ao planeamento de espaços abertos (e520)⁽³³⁾ e de habitação (e525)^(28,33), cabe o investimento em planeamento urbano e reorganização do ambiente doméstico em curto e médio prazo, para ajustar estes espaços às necessidades dos idosos.

Também são importantes as ações relacionadas com a comunicação (e535)^(28,42), para promover registro adequado nos sistemas de informação, prevenindo a subnotificação de dados e promovendo o conhecimento das condições dos idosos para o planeamento em saúde e melhoria nas condições de vida. Uma atenção especial diz respeito aos meios de comunicação (e560)^(21,42) por apresentarem-se como instrumentos propagadores de informação em saúde e que podem ser utilizados pelos profissionais como potencializadores de ações educativas.

Os setores responsáveis por transportes públicos (e540)⁽²⁸⁾, pela proteção civil (e545)⁽²⁸⁾ e por associações e organizações (e555)⁽¹⁹⁾ também se mostram como facilitadores ou barreiras, dependendo da qualidade de sua atuação.

Os setores relacionados com a segurança social (e570)^(27,28) são afetados pelas quedas por conta do aumento nos custos com pessoal, devido ao tempo de internação e necessidade de ajuda ao indivíduo face à diminuição da sua autonomia. Os serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde (e580)^(5,19,21,24,28,30,31,33,41,42,45) foram amplamente enfatizados, tanto sob o aspecto do aumento da demanda devido à internação hospitalar e intervenção cirúrgica em decorrência de fratura⁽⁴⁶⁾ como sob o aspecto de sua atuação em ações preventivas.

No que se refere aos tipos de atenção, os serviços pré-hospitalares mostraram-se influenciadores na expectativa de vida e na redução dos agravos das fraturas em idosos que caem em via pública. A redução do tempo transcorrido entre o acidente e a admissão hospitalar é fator essencial para diminuir a mortalidade das vítimas⁽³³⁾. Quanto às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), apesar da significativa parcela de idosos que

recorrem à institucionalização, encontrar-se nesta situação representa significativo fator de risco para quedas, uma vez que muitos desses idosos estão fragilizados e com diminuição da capacidade funcional^(21,26,29).

Conclusão

Considera-se satisfatória a realização deste estudo, pois o objetivo proposto foi alcançado. Foi possível identificar os componentes da CIF na produção científica brasileira e estrangeira de enfermeiros, publicadas de 2008 a 2012. Através da revisão integrativa nas bases de dados LILACS, SciELO e CUIDEN, obteve-se 29 artigos para análise.

Em primeira análise, foi realizada caracterização dos dados dos artigos a partir dos indicadores: autores, ano de publicação, periódicos, abordagem metodológica, descritores, base de dados, resultados e conclusões. Nesta primeira etapa, percebeu-se que os artigos foram publicados, predominantemente, nos anos 2012, 2011 e 2010, em periódicos das áreas da Enfermagem, Saúde Coletiva, Geriatria e Gerontologia, sendo a abordagem quantitativa predominante nos estudos. Houve predomínio dos artigos advindos do cruzamento entre o descritor *acidentes por quedas* e *idoso*. Do cruzamento entre *acidentes por quedas* e *CIF* não surgiram artigos, o que demonstra uma lacuna no que se refere a este tema.

Após a caracterização, os artigos foram analisados quanto ao conteúdo. Assim, foram identificados em cada um dos artigos os fatores relacionados às quedas em idosos. Depois, estes fatores foram analisados e comparados às descrições de cada componente da CIF, para identificação da existência de relações com os mesmos. Após determinar a que componente os fatores, individualmente, se enquadravam, buscou-se identificar a categoria na qual melhor se classificavam e a forma como ocorreu esta relação (funcionalidade, problemas, limitações, restrições, facilitadores, barreiras).

Os componentes que mais se expressaram foram Funções do Corpo e Fatores Ambientais, presentes, respectivamente em 96% e 89,6% dos artigos. Quanto ao número de categorias, foram identificadas 78, distribuídas nos quatro componentes da CIF. Atividade e Participação e Fatores Ambientais apresentaram em maior quantidade, cada um com 30,7%, totalizando 61,5 % do total de categorias.

As funções: da visão, vestibulares e da força muscular se destacaram como funções do corpo alteradas preditivas de quedas. As fraturas foram referidas como importante problema que afetam as estruturas do corpo após o acidente, especialmente nos membros inferiores. As limitações na atividade e restrições na participação advindas de problemas na

capacidade e no desempenho em auto transferências, autocuidado, mobilidade, recreação, lazer e socialização alterados, se evidenciaram tanto como predisponentes de quedas como consequências.

Atenção especial merecem os fatores ambientais, visto seu impacto como facilitador ou barreira na condição de saúde dos idosos, uma vez que podem impedir ou predispor que uma deficiência ou limitação da atividade se transforme numa restrição de participação. Os aspectos que se destacaram neste componente foram os relacionados aos produtos ou substâncias para consumo pessoal, produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária, produtos e tecnologias para o trabalho, arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado e, serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde.

Como limitação da pesquisa considera-se que há amplo número de publicações relacionadas às quedas em idosos, porém, publicadas em outras bases de dados além das escolhidas como critérios de inclusão, existindo a possibilidade de que estudos relevantes podem não ter sido incluídos na amostra do estudo.

Utilizar o método da RI conduziu ao alcance do objetivo proposto no estudo, permitiu a identificação dos componentes da CIF na produção de enfermeiros sobre quedas em idosos através da relação entre os fatores associados às quedas e os componentes desta classificação. Também permite ao leitor uma nova forma de analisar os acidentes por quedas, agora na perspectiva do modelo da CIF.

Espera-se que essa pesquisa contribua em futuros estudos e demais ações que visem à melhoria do cuidado de enfermagem ao idoso, a prevenção de problemas que afetam a funcionalidade, limitam a atividade, restringem a participação, bem como a eliminação de barreiras ambientais e outros problemas que podem ser minimizados por meio de ações voltadas para a manutenção da funcionalidade, atividade, participação e desenvolvimento de facilitadores para uma condição de vida mais saudável para os idosos.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG. Projeto Diretrizes. Quedas em idosos: prevenção. Rio de Janeiro.2008; 3.
2. Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância e prevenção de Quedas em idosos. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo: SES/SP. 2010.

3. Nascimento FA, Vareschi AP, Alfieri FM. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. - 2008;37(2):7-12.
4. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(4): 1265-1273.
5. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):478-85.
6. Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo.2010;14-18
7. Marin MJS; Castilho NC, Myazato JM, Ribeiro PC, Candido DV. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *REME – Rev. Min. Enf*. 2007; 11(4):369-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012.
9. Maeno, M, Takahashi, MAC, Lima, MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *ACTA FISIATR*. 2009;16(2):53-8.
10. Heinen, MM, et al. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Inter Nurs Rev*. 2005;52(4): 304–12.
11. Kearney PM, Pryor J. The International Classification of Functioning, disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46(2):162–70
12. Organização Mundial Da Saúde. CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direcção Geral da Saúde. 2004; Lisboa: DGS.
13. Di Nubila HBV, Buchalla, CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35.
14. Campos TF. et al. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Rev Bras Fisioter, São Carlos*. 2012;16(1):23-9.
15. Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):171-78.
16. Lima A. et al. Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *ACTA FISIATR*. 2010;17(3):94-102.

17. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(3):475-83).
18. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev Educ Res*. 1982;52(2):291-302.
19. Valim-Rogatto PC, Candolo C, Brêtas ACP. Nível de Atividade Física e sua Relação com Quedas Acidentais e Fatores Psicossociais em Idosos de Centro de Convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011;14(3):521-533
20. Costa, et al, Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):684-89.
21. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):991-7.
22. Moraes, et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):117-24.
23. Mallmann DG, Hammerschmidt KSA, Santos, SSC. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012;15(3):517-27
24. Aveiro, et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2481-88.
25. Costa AGS, Souza RC, Vitor AF, Araújo TL. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011;13(3):395-404. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a04.htm>.
26. Fhon, JRS, Wehbe SCCF, Venruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAPR. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):927-34
27. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010;III(2):163-72.
28. Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. Internação de idosos por causas externas em um hospital publico de trauma. *Enfermagem em Foco*. 2011; 2(4):226-230.
29. Abreu et al, 2012 Falls in hospital setting: a longitudinal study *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(3): [7 telas]

30. Lojudice DC, Laprega MR, Rodrigues RAP, Rodrigues Júnior AL. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010;13(3):403-12.
31. Pinheiro AL, De Almeida FM, Barbosa IV, Mesquita Melo E, Borges Studart, RM, De Figueiredo Carvalho ZM. Principales causas asociadas al traumatismo craneoencefálico en ancianos. *Enfermería Global.* 2011; 22: 1-11.
32. Nicolussi, AC, Fhon, JRS, Santos, CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):723-730.
33. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(9):1819-26.
34. Pereira AA, Ceolim MF. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da Comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011;14(4):769-78.
35. Pinho, TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, et al. Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Unitse. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(2):320-7
36. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo T.L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009;11(1):32-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>.
37. Menezes RL, Bachion M M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1209-8.
38. Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. 2012; 71 (1): 23-7.
39. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(1):134-8.
40. Rocha L, Budó MLD, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery (impr.).* 2010;14(4):690-6.
41. Biazin DT, Rodrigues RAP. Profile of elderly patients who suffered trauma in Londrina – Paraná. *Rev Esc Enfermagem USP.* 2009; 43(3):602-8 www.ee.usp.br/reusp/
42. Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery (impr.).* 2010;14 (4):779-86.

43. Sá ACAM, Bachion MM, Menezes, RL. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2117-27.
44. Oliveira ARS, Costa AGS, Sousa VEC, Moreira RP, Araújo TL, Lopes MVO, Galvão MTG. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. *Rev. enferm. UERJ*.2011;19(1):107-13.
45. Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012; 15(1):137-46.
46. Catalina Tapia P, Héctor Varela V, Luis Barra A, Dolores Ubilla V, Verónica Iturra M, Carmen Collao A; Rosa Silva Z. Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. *Rev Med Chile*. 2010; 138:444-51.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo proposto para a pesquisa foi alcançado, pois foi possível analisar a produção científica de enfermeiros sobre os acidentes por quedas em idosos, relacionando-os aos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Através da revisão integrativa nas bases de dados LILACS, SciELO e CUIDEN, das quais obteve-se 29 artigos para análise.

Primeiramente foi realizada caracterização dos dados a partir dos indicadores: autores, ano de publicação, periódicos, abordagem metodológica, descritores, base de dados, resultados e conclusões. Percebeu-se que os artigos foram publicados, predominantemente, nos anos 2012, 2011 e 2010, em periódicos das áreas da Enfermagem, Saúde Coletiva, Geriatria e Gerontologia, sendo a abordagem quantitativa predominante nos estudos. Houve predomínio dos artigos advindos do cruzamento entre o descritor *acidentes por quedas e idoso*. Do cruzamento entre *acidentes por quedas* e *CIF* não surgiram artigos, demonstrando uma lacuna no que se refere a este tema.

Após esta caracterização, os artigos foram analisados quanto ao conteúdo e foram identificados em cada um deles os fatores relacionados às quedas em idosos, o quais foram analisados e comparados às descrições de cada componente da CIF, para identificação da existência de relações com os mesmos. Após determinar a que componente os fatores, individualmente, se enquadravam, buscou-se identificar a categoria na qual melhor se classificavam e a forma como ocorreu esta relação.

Os componentes que mais se expressaram foram Funções do Corpo e Fatores Ambientais, presentes, respectivamente em 93% e 89,6% dos artigos. Quanto ao número de categorias, foram identificadas 77, distribuídas nos quatro componentes da CIF. Atividade e Participação e Fatores Ambientais apresentaram em maior quantidade, cada um com 31%, totalizando 62 % do total de categorias.

As funções: da visão, vestibulares e da força muscular se destacaram como funções do corpo alteradas preditivas de quedas. As fraturas foram referidas como importante problema que afetam as estruturas do corpo após o acidente, especialmente nos membros inferiores. As limitações na atividade e restrições na participação advindas de problemas na capacidade e no desempenho em auto

transferências, autocuidado, mobilidade, recreação, lazer e socialização alterados, se evidenciaram tanto como predisponentes de quedas como consequências.

Atenção especial merecem os fatores ambientais, visto seu impacto como facilitador ou barreira na condição de saúde dos idosos, uma vez que podem impedir ou predispor que uma deficiência ou limitação da atividade se transforme numa restrição de participação. Os aspectos que se destacaram neste componente foram os relacionados aos produtos ou substâncias para consumo pessoal, produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária, produtos e tecnologias para o trabalho, arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado e, serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde.

Foi possível refletir sobre a interação dinâmica entre aspectos relacionados às funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores contextuais, na qual a associação entre fatores de mais de um componente aumenta as chances de ocorrer o acidente. Considera-se que o conhecimento acerca do processo que envolve a ocorrência de quedas permite aos enfermeiros desenvolver estratégias preventivas abrangentes e eficazes. Sugere-se que os fatores que contribuem para a ocorrência de quedas em idosos sejam classificados de acordo com os componentes da CIF visando criar critérios de avaliação para causas principais e consequências das quedas, elaborar estratégias de prevenção e proporcionar comunicação mais efetiva entre os enfermeiros e demais profissionais que atuam junto a esta população. Considera-se que as quedas em idosos constituem em um problema de saúde pública e que a utilização da Classificação possibilita uma nova forma de analisar estes acidentes de forma abrangente embasada em um modelo biopsicossocial.

Como limitação da pesquisa considera-se que há amplo número de publicações relacionadas às quedas em idosos, porém, publicadas em outras bases de dados além das escolhidas como critérios de inclusão, existindo a possibilidade de que estudos relevantes podem não ter sido incluídos na amostra do estudo.

Utilizar o método da RI conduziu ao alcance do objetivo proposto no estudo, permitiu a identificação dos componentes da CIF na produção de enfermeiros sobre quedas em idosos através da relação entre os fatores associados às quedas e os componentes desta classificação. Também permite ao leitor uma nova forma de analisar os acidentes por quedas, agora na perspectiva do modelo da CIF.

Essa pesquisa pode contribuir em futuros estudos e demais ações que visem à melhoria do cuidado de enfermagem ao idoso, a prevenção de problemas que afetam a funcionalidade, limitam a atividade, restringem a participação, bem como a eliminação de barreiras ambientais e outros problemas que podem ser minimizados por meio de ações voltadas para a manutenção da funcionalidade, atividade, participação e desenvolvimento de facilitadores para uma condição de vida mais saudável para os idosos.

8. REFERÊNCIAS

ABREU et al. Falls in hospital setting: a longitudinal study Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n.3, [7 telas], 2012

ALMEIDA, R.A.R et al. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência. Vol. III, n.2, p.163-72, 2010.

AVEIRO, et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos Ciência & Saúde Coletiva. V.17, n.9, p.2481-88, 2012.

ALEIXANDRE-BENAVENT, R.; BOLAÑOS-PIZARRO, M.; GONZÁLEZ DE DIOS, J.; NAVARRO-MOLINA, C. Sources of bibliographic information (II). Spanish bibliographic database in Health Sciences of interest in pediatrics. Databases of IME, IBECs and MEDES. Acta Pediatr Esp. v.69, n. 4, p. 177-182, abr. 2011.

ÁLVARES, L.M.; LIMA, R.C. SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 31-40, jan.2010.

ANDRADE, P.M.O . Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde. *Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP*, v. 15, n. 2, p. 121-134, jul. 2010.

BERNARDO, W.M.; NOBRE, M.R.C.; JATENE, F.B. A prática 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.

BIAZIN, D.T.; RODRIGUES, R.A.P. Profile of elderly patients who suffered trauma in Londrina – Paraná. Rev Esc Enfermagem USP. v.43, n.3, p.602-8, 2009.

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

BRASIL. Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, J.M.P.X. Incapacidade por traumatismo raquimedular secundário a acidentes de trânsito. *Coluna/Columna*. V. 10, n. 3, p. 175-178, 2011.

BRÜGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

CAMPOS, T.F.; RODRIGUES, C.A.; FARIAS, I.M.A.; RIBEIRO, T.S.; MELO, L.P. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 16, n. 1, p. 23-9, jan./fev. 2012.

CASTANEDA, L.; PLÁCIDO, T. Link between the King's Health Questionnaire and the International Classification of Functioning, Disability and Health, for the evaluation of patients with urinary incontinence after gynecological oncology surgery. *ACTA FISIATR*.v. 17, n. 1, p. 18-21, 2010.

CATALINA TAPIA P.; HÉCTOR VARELA V.; LUIS BARRA A.; Dolores Ubilla V, Verónica Iturra M, Carmen Collao A; Rosa Silva Z. Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. *Rev Med Chile*. v.138, p.444-51, 2010.

CAVALCANTE A.L.P; AGUIAR J.B; GURGEL L.A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. v.15, n.1, p.137-46, 2012.

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

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

COSTA, A.G.S.; SOUZA, R.C.; VITOR, A.F.; ARAÚJO, T.L. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v.13, n.3, p.395-404, 2011. available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a04.htm>.

COSTA, et al, Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico *Esc Anna Nery*. v. 14, n.4, p.684-89, 2010.

DE CARLO M.M.R.P.; ELUI, V.M.C.; SANTANA, C.S.; SCARPELINI S.; Alves, A.L.A.; SALIM, F.M . Trauma, reabilitação e qualidade de vida. *Medicina. Ribeirão Preto*, v. 40, n. 3, p. 335-344, jul./set 2007.

DI NUBILA, H.B.V.; BUCHALLA, C.M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*, v.11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, out, 2007.

ESPINOZA, B.M.; RODRÍGUEZ, A.S. TAMAYO, K.M.; ROJO, M.M.T. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *salud pública de México*, v. 53, n. 1, jan-fev, 2011.

FARIA, C.D.C.M.; SALIBA, V.A.; TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; NADEAU, S. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.17, n.3, p.242-247 jul/set, 2010.

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. v. 63, n.6, p.991-7, 2010.

FHON. J.R.S.; WEHBE S.C.C.F.; VENDRUSCOLO T.R.P.; STACKFLETH R.; MARQUES S.; RODRIGUES R.A.P.R. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.20, n.5, p.927-34, 2012.

FONTES, A.P.; FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*. v. 28, n. 2, p.171-178, 2010.

FREITAS, R.; SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SILVA, M.E.; PELZER, M.T. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 478-485, mai-jun. 2011.

GAUTÉRIO, D.P. Proposta de diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados que fazem uso de medicamentos. 2011. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

GOLDENBERG, S.; CASTRO, R.C.; AZEVEDO, F.R.M. Interpretação dos Dados estatísticos da SciELO (Scientific Eletronic Library Online). *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v 22, n. 1, fevereiro de 2007. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

GOMES, L.M.X., BARBOSA, T.L.A.; CALDEIRA, A.P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery* (impr.). v.14, n.4, p.779-86, 2010.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A. Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo. 2011. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande- FURG, Rio Grande.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H.; SEIMA, M.D. Pesquisas de enfermagem em gerontologia. *Cogitare Enferm*, v. 12, n. 2, p.214-221, Abr/Jun. 2007.

HEINEN, M.M. et al. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *International Nursing Review*, n. 52, p. 304–312, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*, Rio de Janeiro, 2010.

KEARNEY, P.M.; PRYOR, J. The International Classification of Functioning, disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, n. 46, v. 2, p. 162–170, 2004.

LIMA, A.; VIEGAS, C.S.; PAULA, M.E.M.; SILVA, F.C.M.; SAMPAIO, R.F. Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *ACTA FISIATR*. v. 17, n. 3, p. 94 – 102, 2010.

LOJUDICE, D.C., LAPREGA, M.R.; RODRIGUES R.A.P.; RODRIGUES JÚNIOR, A.L. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 13, n.3, p.403-12, 2010.

LOPES, M.C.L.; VIOLIN, M.R.; LAVAGNOLI, A.P.; MARCON, S.S. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm*, v. 12, n. 4, p. 472-477, out/dez. 2007.

MACHADO, T.R., OLIVEIRA, C.J., COSTA, F.B.C.; ARAUJO, T.L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Eletr. Enf.* vol. 11, n. 1, p. 32-38, 2009.

MACHADO, W.C.A; SCRAMIN, A.P. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. *Rev. Esc Enferm USP*, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010.

MACHADO, W.C.A.; FIGUEIREDO, N.M.A. Base fixa teto/mãos: cuidados para autonomia funcional de pessoas com seqüela de lesão neurológica espástica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 1, p. 66-73, jan-mar. 2009.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M.A.C.; LIMA, M.A.G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *ACTA FISIATR*, vol. 16, n. 2, p. 53 – 58, 2009.

MALLMANN D.G.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A; SANTOS, S.S.C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 15, n.3, p.517-27.

MARIN, M.J.S.; CASTILHO, N.C.; MYAZATO, J.M.; RIBEIRO, P.C.; CANDIDO, D.V. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *REME – Rev. Min. Enf.* V.11, n. 4, p.369-374, 2007.

MENDES, K.D.S.; 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*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out-dez, 2008.

MENDOZA, I.Y.Q.; FARO, A.C.M. Soporte social del anciano quirúrgico: revisión bibliográfica. *Enfermería Global* , n. 15, fev, 2009.

MELO, S.C.B.; LEAL, S.M.C.; VARGAS, M.A.O. Internação de idosos por causas externas em um hospital publico de trauma. *Enfermagem em Foco.* v,2, n.4, p226-230, 2011.

MENEZES R.L.; BACHION M. M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Oftalmol.* v. 71, n.1, p.23-7, 2012.

MENEZES R.L.; BACHION M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 14, n.4, p.1209-18, 2008.

MORAIS, et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral *Rev Gaúcha Enferm.* v. 33, n.2, p.117-24, 2012.

NASCIMENTO, F.A.; VARESCHI, A.P. ALFIERI, F.M. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *Arquivos Catarinenses de Medicina,* v. 37, n. 2, 2008.

NICKEL, R. et al, 2009. Descriptive study of occupational performance of subjects with Parkinson’s disease: the use of ICF as a tool for the classification of activity and participation. *ACTA FISIATR.* vol. 17, n.1, p. 13 – 17.

NICOLUSSI A.C; FHON J.R.S; SANTOS C.A.V; KUSUMOTA L.; MARQUES S.; RODRIGUES, R.A.P. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 17, n.3, p.723-30, 2012.

OLIVEIRA A.R.S.; COSTA A.G.S.; SOUSA V.E.C.; MOREIRA R.P.; ARAÚJO T.L.; LOPES M.V.O.; GALVÃO M.T.G. Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. *Rev. enferm. UERJ.* v.19, n.1, p.107-13, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre Envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa: 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância e prevenção de Quedas em idosos. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo: SES/SP. 2010.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W.; CAMPANA, A.O. Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n.1, p.134-8, 2010.

PAPALEO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEREIRA, A.A.; CEOLIM, M.F. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da Comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 14, n.4, p.769-78, 2011.

PEREIRA, S.R.M; BUKSMAN, S; PERRACINI, M; Py, L, BARRETO, K.M.L; LEITE, V.M.M. Quedas em idosos. In: Jatene FB, Cutait R, Eluf Neto J, Nobre MR, Bernardo WM, orgs. Projeto diretrizes. Vol. 1. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília, Conselho Federal de Medicina;2002. p.405-14.

PINHEIRO A.L.; DE ALMEIDA, F.M.; BARBOSA, I.V.; MESQUITA MELO E.; BORGES STUDART, R.M.; DE FIGUEIREDO CARVALHO, Z.M. Principales causas asociadas al traumatismo craneoencefálico en ancianos. *Enfermería Global*. n.22, p.1-11.

PINHO T.A.M.; SILVA A.O.; TURRA L.F.R.; MOREIRA M.A.S.P.; GURGEL S.N.; SMITH A.A.F, et al. Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Unitse. *Rev Esc Enferm USP*. v. 46, n.2, p320-7, 2012.

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

RIBERTO, M.; CHIAPPETTA, L.M.; LOPES, K.A.T.; BATTISTELLA, L.R.A experiência brasileira com o *core set* da classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. *Coluna/Columna*. V. 10, n. 2, p. 121-126, 2011.

ROCHA, L.; BUDÓ, M.L.D.; BEUTER, M.; SILVA, R.M.; TAVARES, J.P. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery (impr.)*. v.14, n.4, p.690-6, 2010.

RUBIO, M.H.G. El desempeño sensorial de un grupo de pre-escolares y escolares con dificultades en las actividades cotidianas. *Rev.Fac.Med.* v. 58, n. 4, 2010.

SÁ, A.C.A.M.; BACHION, M.M.; MENEZES, R.L. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 17, n.8, p.2117-27, 2012.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico -filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica . *Rev Bras Enferm,* Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, nov-dez. 2010.

SILVA, M.E. 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). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. FURG, Rio Grande.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S.M.; DILÉLIO, A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad. Saúde Pública.* v. 27, n.9, p.1819-26, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. Projeto Diretrizes. *Quedas em idosos: prevenção.* Rio de Janeiro:2008.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Vol.1. 11.ed - Guanabara-Koogan, 2009.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.475-483, mar.2009.

VALIM-ROGATTO, P.C.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A.C.P. Nível de Atividade Física e sua Relação com Quedas Acidentais e Fatores Psicossociais em Idosos de Centro de Convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 14, n.3, p.521-33, 2011.

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

ZARANTE, I.; FRANCO, L.; LÓPEZ, C.; FERNÁNDEZ, N. Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en tres ciudades colombianas. *Biomédica,* v. 30, p. 65-71, 2010.

APÊNDICE A – instrumento para coleta de dados da Revisão Integrativa

Código _____

Dados do artigo

A. Identificação

Título: _____

Autor (es): _____

Periódico: _____

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

B. Banco de Dados CUIDEN LILACS SciELO**C. Abordagem** Qualitativa Quantitativa Quanti-quali

2. Fatores associados às quedas em idosos:

3. Componentes e categorias da CIF identificados no artigo (visão geral)

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	()Funções e Estruturas do Corpo	()Atividades e Participação:	()Fatores Ambientais	()Fatores pessoais

Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo: ----- -----	Áreas Vitais (tarefas, ações): ----- -----	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade: ----- -----	Influências Internas sobre a funcionalidade e Incapacidade: ----- -----
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas): ----- ----- Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas): ----- -----	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão: ----- ----- Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual: ----- -----	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal: ----- -----	Impacto dos atributos de uma pessoa: ----- -----
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural: ----- ----- Funcionalidade	Atividades Participação: ----- -----	Facilitadores: ----- -----	Não aplicável
Aspectos negativos	Deficiência: ----- ----- -----	Limitação da atividade Restrição da Participação: ----- -----	Barreiras: ----- ----- -----	Não aplicável
	Incapacidade			