**ARIANE MINUSSI FELICIANI**

# CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTA AVALIATIVA FUNDAMENTADA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

**Rio Grande**

**2009**

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

# Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas Políticas Públicas para Idosos: contribuições para o Enfermeiro na prevenção de quedas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito ao título de Mestre

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

Orientadora: Profª Drª Silvana Sidney Costa Santos

Rio Grande
2009

F314c Feliciani, ArianeMinussi

**Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas / Ariane Minussi Feliciani. - 2009.**

131 f.

Orientadora: Silvana Sidney Costa Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2009.

1. Enfermagem gerontológica 2. Idosos 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos 4. Acidentes por quedas 5. Políticas públicas I. Título II. Santos, Sidney Costa

CDU: 616-083-053.9

Catalogação na fonte:Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

**ARIANE MINUSSI FELICIANI**

**CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTA AVALIATIVA FUNDAMENTADA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS**

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

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada na sua versão final no dia 02 de dezembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração da Enfermagem e Saúde.

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
(Coordenador do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dr (a). Silvana Sidney Costa Santos
Silvana Sidney Costa Santos
Presidente (FURG)

Dr (a). Leandro Pinho
Leandro Barbosa de Pinho
Membro (UFPEL)

Dr (a). Adriane M. Netto de Oliveira
Adriane Maria Netto de Oliveira
Membro (FURG)

Dr (a). Marlene Teda Pelzer
Marlene Teda Pelzer
Membro (FURG)

"Ando devagar, mas nunca ando para trás”.

Abraham Lincoln

Dedico esse trabalho

Ao meu pai Diomer Feliciani, exemplo de homem, de força, meu grande incentivador e a minha mãe Soeni Feliciani, meu porto seguro, exemplo de mulher batalhadora e de amizade.

## Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus pela conquista e pela oportunidade de alcançar esse título.

Aos meus pais Diomer Feliciani e Soeni Feliciani, pelo amor, incentivo e por abdicarem muitas vezes de seus sonhos para que eu pudesse estar aqui hoje. Mesmo distante vocês sempre se fizeram presentes.

Ao meu irmão Alex Feliciani e minha cunhada Taiana Denardi pelas palavras de incentivo.

A minha avó Bimba Minussi, exemplo de dinanismo.

Ao meu namorado Rodrigo Torma Gonçalves pela dedicação, auxílio e carinho.

Aos amigos, em especial, a amiga e colega Rafaela Vivian Valcarenghi, obrigada pela amizade, compreensão e incentivo de sempre.

À professora Silvana Sidney Costa Santos, que sempre foi mais que uma orientadora. Agradeço pela paciência e por acreditar em mim desde a graduação.

A todos os professores do mestrado pela sabedoria e pelos ensinamentos.

Aos doutores da banca examinadora pela colaboração, o meu muito obrigada.

Ao GEP-GERON por compartilhar conhecimentos.

Aos colegas de mestrado pelo convívio e união.

Aos trabalhadores da Instituição de Longa Permanência para Idosos e em especial, ao enfermeiro Cristiano, por sua colaboração na pesquisa, e aos idosos da Instituição.

# LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia1: Certificados da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)..51

Fotografia 2: Vista externa da ILPI.....53

Fotografia 3: Elevador da ILPI.....54

Fotografia 4: Escadaria com uso de sinalização na ILPI.....54

Fotografia 5: Escadaria sem uso de sinalização na ILPI.....55

Fotografia 6: Antiderrapante em más condições de conservação na ILPI.....55

Fotografia 7: Irregularidades encontradas nos pisos internos na ILPI .....55

Fotografia 8: Irregularidades encontradas nos pisos externos na ILPI .....55

Fotografia 9: Escadaria revestida de carpete junto à rampa sem utilização de corrimãos.....56

Fotografia 10: Dormitório masculino.....56

Fotografia 11: Dormitório feminino.....56

Fotografia 12: Plaquetas de identificação dos banheiros.....56

Fotografia 13: Banheiros com boxe dotado de barra de segurança.....57

Fotografia 14: Sanitário dotado de barra de segurança e sem condições de acesso em cadeiras de rodas.....57

Fotografia 15: Desnível de piso encontrado em banheiro.....57

Fotografia 16: Corredores de acesso aos dormitórios dos idosos “asilados”.....57

Fotografia 17: Corredores de acesso aos dormitórios dos idosos “pensionistas”.....58

Fotografia 18: Áreas de circulação interna com uso de tapetes.....58

Fotografia 19: Equipamentos de auto-ajuda – cadeiras de rodas e banho.....60

Fotografia 20: Equipamentos de auto-ajuda – andadores.....60

Fotografia 21: Cama para cuidados de maio complexidade.....60

# RESUMO

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

A presente pesquisa, procedente de um projeto oriundo do Edital Universal 2008, teve como objetivos: construir uma ferramenta avaliativa baseada nas políticas públicas voltadas ao idoso residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), considerando a manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas; avaliar a adequação de políticas públicas, propondo ações de melhoria voltadas para manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos de uma ILPI.Trata-se de um estudo avaliativo inserido na metodologia estudo de caso**,** que teve como finalidade a produção de uma informação que possa contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado e ser desenvolvida por um avaliador interno/externo. Foi realizada em uma ILPI, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde da FURG. Na coleta de dados foi elaborada, testada e aplicada a ferramenta avaliativa construída. Na aplicação contou-se com a mestranda como avaliador externo e o enfermeiro da ILPI como avaliador interno. Para tanto foram utilizados alguns dispositivos políticos: Portaria 810/1989; Política Nacional do Idoso, Política Estadual do Idoso, Estatuto do Idoso, RDC ANVISA 283/2005 e as Decisões COREN-RS, Decisão Nº. 099/2005 e Nº. 006/2009. Na análise dos dados realizou-se uma descrição dos resultados encontrados/avaliados, comparando-os ao esperado nos dispositivos legais voltados aos idosos institucionalizados. Os resultados foram apresentados, considerando-se: a caracterização da ILPI investigada; a organização da ILPI; a estrutura física da ILPI; o cuidado de enfermagem direcionado ao Idoso Institucionalizado. Na caracterização buscou-se identificar a ILPI quanto ao tempo de funcionamento; natureza jurídica; número de idosos e outros elementos. Nos aspectos organizacionais foram verificadas questões relacionadas à responsabilidade técnica, ao atendimento à legislação quanto ao dimensionamento de pessoal; à qualificação da equipe no cuidado ao idoso; à educação em serviço; à existência e atualização dos documentos necessários ao funcionamento da ILPI, dentre outras. No que se refere à estrutura física, foram constatados aspectos relacionados ao ambiente/contexto, especialmente no tocante ao piso; aos dormitórios; aos banheiros; à presença de sinalização e de corrimãos em escadas e rampas, além de outros elementos. No cuidado prestado ao idoso, sobretudo pelo enfermeiro, buscou-se averiguar aspectos que dizem respeito à manutenção da funcionalidade e à prevenção de quedas em idosos. Como contribuições da pesquisa, além da ferramenta construída, foram identificadas ações que visam colaborar para a manutenção da funcionalidade e para a prevenção de quedas, as quais serão propostas à ILPI. Espera-se que essa ferramenta avaliativa e as propostas de ações sirvam para maior interconexão entre o Serviço (ILPI) e a Academia (Universidade), a fim de que outras frentes de ações estratégicas sejam articuladas e voltadas à melhoria do cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado.

**Descritores:** Enfermagem. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Acidentes por quedas. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

FELICIANI, Ariane Minussi. **Construction of an evaluative tool based upon the public policies for Aged**: contributions to the nurse in the prevention of falls. 2009. 131p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Post Graduation Program of the Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The current research project originally come from Universal Notice 2008, aimed at: building an evaluating tool based upon the public policies related to aged residents in Homes for the Aged (HA), considering the maintenance of the functioning and prevention of falls; evaluating the integration of public policies for the aged in a HA in Rio Grande/RS/Brazil, proposing actions aimed at maintaining the functioning and prevention of falls. This is an evaluating research, inserted in the type of case studing, which aims to produce an information that can contribute in the improvement of the studied object, being applied by an assessor internal / external. It was held in a HA in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, and approved by the Ethics and Research Committee in the Health Area of the Federal University of Rio Grande - FURG. The built evaluating tool was developed, test and applied in the data collecting. In this application, the master's degree student functioned as a external assessor and the nurse of the HA as internal assessor. In this study, some laws was analyzed: Decree, the National Policy for Aged, the State Policy for Aged, RDC ANVISA 283/2005 and COREN-RS decisions 099/2005 and 006/2009. In the data analysis, the results was described and compared with the expected, according to the law orders. The results took in consideration: the characteristics of the HA examined, its physical infrastructure, the nursing care dispended to the Aged who live in the Institution. In the characterization, the HA was identified by its time of functioning, legal nature, number of Aged and other elements. In the organizational aspects its was verified issues related to the technical responsibility, legal compliance, staff qualifications to care of aged, service politeness, existence and updating of the documents required to operate the Homes for Aged, among others. Related to the physical infrastructure, it was observed aspects linked to the environment/situation, mainly: the floor, the bedrooms, the bathrooms, the existence of signalizing and handrails on stairs and ramps, and other elements. In the care provided to aged, especially by nurses, it was examine issues related to the functioning maintenance and prevention of falls in aged. As research contributions, besides the built tool, it was identified acts that aims at contribute to the functioning maintenance and preventions of falls, that will be proposed to the HA. It is expected this evaluating tool and the acting proposals could be able to established a higher interconnection between the service (HA) and de Academy (University), so that other groups of strategy actions are coordinated and aimed at improving the nursing care to the institutionalized aged.



**Descriptors:** Nursing. Homes for Aged. Accidental Falls.Public Policies.

## RESUMEN

FELICIANI, Ariane Minussi. **Construcción de una herramienta de evaluación basada en la política pública para ancianos: Contribución para el enfermero en la prevención de caídas.** 2009. 131 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - PostGrado en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Esta investigación es procedente de un proyecto oriundo de la Convocatoria Universal 2008, tuvo como objetivo construir una herramienta de evaluación basados en políticas públicas relacionadas a los ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEA), teniendo en cuenta el mantenimiento del funcionamiento y la prevención de caídas; evaluar la idoneidad de las políticas públicas proponiendo acciones de mejora al mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de las caídas en los ancianos en un ILEA. Es un estudio de evaluación insertado en la metodología de estudio de caso, que tuvo como finalidad la producción de una información que puede contribuir a la mejora del objeto evaluado, y puede ser desarrollada por un evaluador interno / externo. Fue realizada en una ILEA en el Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Salud de la FURG. En la colecta de datos fue elaborada, probada y aplicada la herramienta de evaluación construida. En la aplicación la estudiante de maestría fue la evaluadora externa y el enfermero de la ILEA fue el evaluador interno. Para tanto fueron utilizados algunos dispositivos políticos: Ordenanza 810/1989; Política Nacional del Anciano, Política de Estado para Ancianos, Estatuto del Anciano, RDC ANVISA 283/2005 y las Decisiones del COREN-RS, Decisión nº 099/2005 y no. 006/2009. En el análisis de datos se llevó a cabo una descripción de los resultados encontrados/evaluados, mediante su comparación con los previstos en las disposiciones legales destinadas a los ancianos institucionalizados. Los resultados fueron presentados teniendo en cuenta: la caracterización de la ILEA investigada, la organización de la ILEA, la estructura física de la ILEA, los cuidados de enfermería dirigidos a los ancianos institucionalizados. En la caracterización se trató de identificar la ILEA cuanto al tiempo de actividad; naturaleza jurídica, numero de ancianos y otros elementos. En los aspectos organizativos fue verificado temas relacionados a la responsabilidad, técnica, cumplimiento legal cuanto al dimensionamiento de personal; Cualificación del equipo en el cuidado del anciano; educación en servicio; existencia y actualización de los documentos necesarios para el funcionamiento de la ILEA, entre otros. Cuanto a la estructura física se observaron aspectos relacionados a el ambiente/contexto, especialmente en relación con: el piso, las habitaciones, los baños, la presencia de señalización y de pasamanos en escaleras y rampas, y otros elementos. En el cuidado prestado, especialmente por el enfermero al anciano fue buscado examinar cuestiones relacionadas con el mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de caídas en los ancianos. Como contribuciones de la investigación, ademas de la herramienta construida, fueron identificadas acciones que tienen por objeto contribuir a mantener la funcionalidad y la prevención de caídas, que será propuesto a la ILEA. Se espera que esta herramienta de evaluación y propuesta de acciones sirven para desarrollo de la interconexión entre el Servicio (ILEA) y la Academia (Universidad) para que otras frentes de acciones estratégicas sean articuladas y vueltado a mejoría de los cuidados de enfermería a los ancianos institucionalizados.



**Descriptores:** Enfermería. Institución de Larga Estancia para Ancianos. Accidentes por caídas. Políticas Publicas.

**SUMÁRIO**

1. APRESENTAÇÃO.....12

2. INTRODUÇÃO.....14

3. REVISÃO DE LITERATURA.....19

3.1. O envelhecimento.....19

3.2. As ILPIs.....28

3.3. Políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado.....33

3.4. Modelo Esquemático do estudo.....43

4. METODOLOGIA.....44

4.1. Desenho do estudo.....44

4.2. O caso do estudo.....46

4.3. Aspectos éticos.....47

4.4. Coleta dos dados.....47

4.5. Análise dos dados.....48

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....49

5.1. Identificação da ILPI.....49

5.2. Organização.....49

5.3. Estrutura Física.....53

5.4 Cuidado ao idoso.....59

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....62

6.1 Artigo 1.....63

6.2 Artigo 2.....78

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....93

8. REFERÊNCIAS.....96

APÊNDICES

ANEXOS

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente texto pretende atender a uma das exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Curso de Mestrado em Enfermagem, referente à elaboração da dissertação de mestrado, requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre. Sob a perspectiva didática, a preparação de uma dissertação constitui, prioritariamente, a elaboração de um projeto de pesquisa de característica científica, sua implementação e posterior apresentação dos achados do estudo, teoricamente fundamentados.

Dessa forma, apresento a presente dissertação, intitulada: *Construção de ferramenta avaliativa baseada nas Políticas Públicas para Idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas*.

O texto encontra-se estruturado nas seguintes partes: introdução, revisão de literatura, metodologia, caracterização dos resultados, análise e discussão dos resultados, que, no intuito de responder aos objetivos, são apresentados em dois artigos. Por fim, as considerações finais e as referências, seguidas de apêndices e anexo.

Na Introdução, buscou-se apresentar o tema pesquisado, de forma a problematizar a questão assim centrada: como uma ferramenta avaliativa baseada em políticas públicas para idosos pode contribuir para melhorias na manutenção da funcionalidade e na prevenção de quedas? Nessa etapa do texto, justifica-se a relevância da temática e são apresentados os objetivos do estudo.

A Revisão de Literatura é apresentada em três etapas: o envelhecimento, a ILPI e, por último, as políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado.

A seguir, encontra-se a Metodologia, na qual é descrito o caminho metodológico adotado para a elaboração desta dissertação de mestrado.

Posteriormente, encontram-se os achados e sua caracterização, mediante o uso de fotografias, o que garante maior fidedignidade aos dados expostos. Após, na análise e discussão dos resultados, encontram-se os artigos científicos surgidos dos dois objetivos da dissertação: *Ferramenta avaliativa para Instituições de Longa Permanência para Idosos*, *fundamentada nas políticas públicas* e *Propostas de ações direcionadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos institucionalizados*.

Por fim, apresento as considerações finais, com o registro do alcance dos

objetivos, as limitações, pontos favoráveis verificados, contribuição da metodologia e, principalmente, as colaborações da pesquisa para a Enfermagem Gerontogeriátrica, no que se refere à formação dos futuros enfermeiros, à prática assistencial realizada em instituições de longa permanência para idosos e à pesquisa nessa área específica da Enfermagem.

## 2 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória como acadêmica de Enfermagem, tive a oportunidade de participar do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG-CNPq), desde sua formação, no ano de 2004, permanecendo como membro integrante até os dias atuais. Com o GEP-GERON surgiu a oportunidade de desenvolver atividades de extensão com idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da cidade do Rio Grande/RS.

Foram essas experiências na ILPI que despertaram um maior envolvimento com a temática do idoso institucionalizado e que estão dando suporte, tanto teórico como prático, para as questões do envelhecimento, tornando-me mais sensível ao assunto.

Tive a oportunidade de desenvolver uma pesquisa de iniciação científica, financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), intitulada “Perfil de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: proposta de ações de Enfermagem/Saúde”, na qual pude contar com a participação coletiva do GEP-GERON, o que proporcionou a ocorrência de intercâmbios propícios à troca de saberes. Além disso, foi possível traçar o perfil dos idosos, identificando diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, propondo-se ações de enfermagem para a promoção da saúde e prevenção de doenças naqueles idosos institucionalizados, desencadeando outras frentes, voltadas à melhoria da qualidade de vida dos residentes naquela ILPI. Tal pesquisa, além de artigo científico (SANTOS, FELICIANI, SILVA, 2007), originou também meu trabalho de conclusão do curso de Enfermagem.

Percebendo a importância que as ILPIs vêm assumindo nos dias atuais, tenho interesse em desenvolver uma pesquisa direcionada à elaboração da Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Nela é avaliada a inserção das políticas públicas de saúde do idoso residente em ILPI, em cidade do Rio Grande do Sul, Brasil, quanto à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas.

Refletir acerca do processo de envelhecimento relaciona-se a um tema de grande relevância, pois nas últimas décadas vem sendo possível observar um considerável aumento na população idosa mundial, inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nosso país vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico, com prognóstico de crescimento ainda maior para os próximos anos. A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro (14,9%) e o Rio Grande do Sul

(13,5%) continuam sendo os estados com maior proporção de idosos (IBGE, 2009). Assim, somos “um país que envelhece a passos largos e essas alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis” (VERAS, 2003, p. 706).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade, característico de uma população jovem, para um quadro marcado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas-etárias mais avançadas (VERAS, 2003).

Nesse contexto, na cidade do Rio Grande, no ano de 2000, os idosos já representavam uma população em evidência, contando com 20.794 pessoas, ou seja, quase 10% da população total do município (IBGE, 2005).

A transformação demográfica e epidemiológica constatada faz com que nos questionemos mais sobre o envelhecimento e suas implicações nos âmbitos biopsicossociais. Dessa maneira, surgiram, nas últimas décadas, políticas públicas referentes às pessoas idosas, bem como foi evidenciado um notável aumento das preocupações alusivas ao cuidado, à família e à moradia dos idosos. Assim as ILPIs destacam-se como forma de auxiliar na assistência às necessidades dos idosos e de seus familiares, que não têm condições de cuidá-los em seu domicílio.

A terminologia ILPI é proveniente de debates nas comissões e congressos promovidos pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) nos últimos anos. Denomina-se ILPI o local para atendimento integral institucional de pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não têm condições de permanecer com a família ou em seu domicílio (SBGG, 2003). Essa instituição necessita ser semelhante a uma residência, seja nos seus aspectos físicos ou na sua programação, apresentando detalhes que lembrem uma casa, um lar, um contexto familiar (BORN, BOECHAT, 2002).

Morar em uma ILPI induz a um restabelecimento da vida na sua integralidade, o que, para quem vivencia o envelhecimento, pode ser um evento por demais complexo. Em termos culturais, uma ILPI é rejeitada socialmente pelo simbolismo que carrega; por outro lado, evidencia-se como a alternativa para quem ficou sem condições de continuar vivendo autonomamente ou, ainda, para aqueles que não têm familiares com os quais possa compartilhar a moradia (BESSA; SILVA, 2008).

O aumento da população idosa eleva a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas muitas vezes incapacitantes, que podem acarretar, não raramente, dependência física, cognitiva e social, representando significativo impacto na sociedade (PELZER, 2005). Dessa forma, o envelhecimento brasileiro pode ser caracterizado pelo acúmulo de progressivas incapacidades no desenvolvimento das atividades de vida diária[1], associado às condições sócio-econômicas adversas

(PEREIRA et al, 2005).

Também é de extrema importância perceber a capacidade funcional como um dos grandes componentes para o acompanhamento da saúde do idoso. Atualmente a dimensão da funcionalidade torna-se central para a avaliação multidimensional, pois se caracteriza pelas habilidades necessárias para a manutenção de uma vida independente e autônoma (LOBO; PEREIRA, 2007).

O risco de mortalidade é substituído por comorbidades e a manutenção da capacidade funcional surge como um importante paradigma de saúde, significativo para o idoso (PEREIRA et al, 2005). Torna-se importante a avaliação da capacidade funcional em Gerontologia[2], como indicativo de envelhecimento ativo de uma pessoa. O desempenho das atividades da vida diária é um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação, sendo utilizado pelos trabalhadores da área de saúde, especialmente pelo enfermeiro, para avaliar graus de dependência de pessoas idosas. Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como sendo a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, isto é, do desempenho das atividades de vida diária (DIOGO, 2003).

Seguindo esse ponto de reflexão sobre o processo de envelhecimento, há necessidade de se discutir acerca da ocorrência de quedas, enfatizando este relevante problema, pelo impacto que pode causar no cotidiano do idoso, seja ele institucionalizado ou não.

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

Ao pensar em prevenção de quedas, deve se ter em mente também que suas consequências oneram a comunidade devido ao alto custo, sendo necessário refletir sobre a criação e implementação de vários protocolos para prevenir esses eventos em idosos (SCHIAVETO, 2008).

Grande parte dos idosos atribui a ocorrência de quedas a tropeços e deslizamentos nos arredores ou mesmo dentro de suas residências ou nas ILPIs. Contudo, a existência de fenômenos isolados, por si só, pode ser insuficiente para causar quedas, sendo a interação entre as reduzidas habilidades físicas do idoso e a exposição a fatores de riscos ambientais, questão de maior relevância (ALVARES, 2007).

As quedas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, em decorrência da frequência da morbidade e do elevado custo econômico das lesões provocadas. Além de outros fatores, a utilização de medicamentos como benzodiazepínicos e vasodilatadores cerebrais tem sido abordada em vários estudos como situações de risco para esses acidentes (COUTINHO, SILVA, 2002).

Problemas com o ambiente se tornarão mais ameaçadores quanto maior for a vulnerabilidade do idoso e a instabilidade que o problema em questão poderá causar. Geralmente, as quedas não ocorrem durante a realização de atividades consideradas perigosas (subir em escadas ou cadeiras), mas em ações rotineiras (FABRICIO, RODRIGUES, COSTA, 2004).

Portanto, apresento como **justificativa** para o estudo uma pesquisa anteriormente realizada na ILPI investigada, a qual verificou que dos 55 idosos residentes, sujeitos do estudo, 23 referiram sofrer quedas no último ano, o que foi considerado um número expressivo de ocorrências (SANTOS, FELICIANI, SILVA, 2007). O fato me despertou ainda mais o desejo de aprofundamento na temática do processo de envelhecimento e suas implicações na sociedade, tendo como preocupação central as quedas.

Minha percepção acerca da importância da funcionalidade dos idosos sugere uma maior atenção do enfermeiro, uma vez que esse profissional poderá estabelecer ações de prevenção às quedas, evento que precisa ser refletido tanto por trabalhadores da saúde como por órgãos governamentais. Para tanto, o estudo apresentado busca contribuir na minimização das quedas e na manutenção da funcionalidade em idosos institucionalizados, através da elaboração de uma ferramenta que avalie as instituições e que tenha por base as políticas públicas vigentes voltadas a essa faixa-etária. Somando-se a isso, o tema valorizará os estudos realizados desde 2004 pelo GEP-GERON, sinalizando para a importância de se perpetrar a investigação em enfermagem gerontogeriátrica, especialmente no que se refere às quedas e seus desdobramentos.

Assim, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: como uma ferramenta avaliativa baseada em políticas públicas para idosos pode contribuir para melhorias na manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas?

Acredito que o conhecimento e o seguimento das políticas públicas podem auxiliar os dirigentes da ILPI, principalmente o enfermeiro que nela atue. Assim, ocorrerá o estabelecimento de medidas voltadas a manter o idoso residente autônomo e independente e, dessa maneira, contribuir para a prevenção de possíveis quedas.

Foram **objetivos** da pesquisa**:**

**-** Construir uma ferramenta avaliativa baseada nas políticas públicas voltadas ao idoso

residente em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), considerando a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas.

- Avaliar a adequação de políticas públicas, propondo ações de melhoria voltadas para a manutenção da funcionalidade e a prevenção de quedas em idosos de uma ILPI.

A seguir, apresenta-se a revisão de literatura, com aspectos relacionados ao processo de envelhecimento, às ILPIs e às políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado, associados à Enfermagem.

# 3 REVISÃO DE LITERATURA

Primeiramente proponho algumas reflexões sobre o processo de envelhecimento, o idoso institucionalizado, sua funcionalidade e o risco de ocorrências de quedas. A seguir, apresento considerações sobre tais instituições, caracterizando a ILPI, local do estudo. Em terceiro lugar, trago uma sucinta revisão acerca das políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado, as quais deram suporte/base à elaboração da ferramenta de avaliação construída. Por fim, apresento o modelo esquemático do estudo.

## 3.1 O Envelhecimento

Refletir sobre o processo de envelhecimento se faz relevante, visto que, nas últimas décadas, observa-se um considerável aumento na população idosa mundial. Fato observado inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil, que vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico, com um prognóstico de crescimento ainda maior para os próximos anos. A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro (14,9%) e o Rio Grande do Sul (13,5%) continuam sendo os estados com maior proporção de idosos (IBGE, 2009).

Essa transformação demográfica e epidemiológica, pela qual o Brasil passa, faz com que nos questionemos mais sobre o envelhecimento e suas implicações nos âmbitos biopsicossociais.

Dessa forma, inicio com a apresentação de algumas definições sobre a condição de ser idoso, refletindo acerca de características marcantes do processo de envelhecimento e sobre o cuidado dispensado à pessoa idosa, buscando a valorização de suas potencialidades.

A definição de idoso é diferenciada para os países em desenvolvimento como, por exemplo, o Brasil, e para os países desenvolvidos: respectivamente, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos e mais, e as pessoas com idade acima de 65 anos (ONU, 1982). Essa definição meramente cronológica torna-se importante para se estabelecer ações de saúde; porém, o processo de envelhecimento é complexo e não deve ser definido somente se considerando tempos cronológicos (SANTOS, 2003).

Apesar de o envelhecimento ser um processo gradual, irreversível e incontrolável, caracterizado muitas vezes por declínio das funções fisiológicas, não necessariamente resultará em incapacidades. Os fenômenos relacionados ao envelhecimento, além da

determinação de quem é idoso, são considerados com referência às restritas modificações físicas que ocorrem no corpo; contudo, várias são as dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras, que necessitam ser levadas em consideração no cuidado à pessoa idosa. Assim, possibilita a aproximação de um conceito que abranja e que perceba o idoso como ser multidimensional (MACHADO et al, 2009).

No campo de estudos sobre o envelhecimento, há uma tendência em abordar o idoso em estreita relação com doenças e com a morte, dificultando, muitas vezes, a análise do envelhecimento de maneira diferenciada, que possa favorecer sua associação com a saúde e o envelhecimento ativo[3]. Essa visão precisa ser modificada na direção de uma perspectiva de promoção da saúde dos idosos, manutenção de sua autonomia e de sua independência (TIER et al, 2006).

O envelhecimento ativo só será uma realidade quando houver envolvimento dos vários segmentos da sociedade, tais como: social, saúde, educação, trabalho, desenvolvimento urbano e rural, justiça, transporte e habitação, sempre apoiando programas intergeracionais com intuito de amenizar iniquidades. Os idosos e seus cuidadores devem estar envolvidos desde a elaboração, a implantação e a avaliação desses programas e das atividades voltadas ao envelhecimento ativo (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

No processo do envelhecimento pode ocorrer incidência de alguns problemas considerados característicos da velhice, denominados os Gigantes da Geriatria ou as principais síndromes geriátricas, que são: *déficit* auditivo, *déficit* cognitivo, *déficit* visual, desordens do movimento, fragilidade, iatrogenia, imobilidade, incontinência, insônia, instabilidade e depressão (UnATI, 2004). Enfatiza-se a instabilidade como uma das principais causas de quedas em idosos, problema que tende a acarretar sérias incapacidades aos idosos, em complemento às síndromes geriátricas.

A meta no atendimento à pessoa idosa se transforma e evolui. A assistência deixa de ter como objetivo primordial o prolongamento da vida e volta-se principalmente à manutenção das capacidades do indivíduo, de forma que ele permaneça exercendo sua independência e autonomia na maior parte do tempo possível (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006).

Convém esclarecer que independência é a capacidade de o idoso realizar algo com seus próprios meios e autonomia, a capacidade de decisão, de comando (LEMOS, MEDEIROS, 2006). Em outras palavras, a autonomia compreende liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Podemos considerar que a autonomia está de forma direta atrelada à capacidade de a pessoa ser dependente ou independente na realização

das atividades da vida diária (DIOGO, 2003). No entanto, percebe-se que muitos são os indivíduos com capacidade de se autogerenciarem apenas em algumas áreas da sua vida, ao passo que nas demais necessitam de assistência.

No que se refere aos trabalhadores que atendem os idosos, torna-se imprescindível que revejam seus conceitos e conscientizem-se das ações relacionadas ao processo de envelhecimento. Assim, podem atender as necessidades e desenvolver ações de promoção de independência, para que se torne possível assegurar a autonomia da pessoa idosa e ainda assisti-la de maneira integral durante o processo de envelhecimento (GANDOLPHO, FERRARI, 2006).

A Enfermagem, como uma profissão do cuidado, necessita, ao desenvolver esse cuidado, direcionado à pessoa idosa, buscar, através de seus estudos, pesquisas, e por meio do próprio convívio com o idoso, seja em ambiente hospitalar, residencial ou institucional (como é o caso das ILPIs), atentar para as suas especificidades. Além de atender as necessidades; incentivar o autocuidado, enfatizando, sobretudo a independência física e mental; reconhecer seus direitos como cidadãos e refletir sobre os mesmos.

As atividades humanas, sejam elas físicas, de lazer ou de trabalho, são essenciais para a manutenção do equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso, à medida que o estimula a permanecer fazendo planos, estabelecendo contatos sociais, tornando-o ativo, autônomo e participante da sociedade (XIMENES, CORTÊ, 2007). Manter-se participativo é uma das maneiras que permite um envelhecimento ativo.

Nas ILPIs, a dependência física é, muitas vezes, estimulada, pois os próprios trabalhadores preferem ajudar os idosos nas suas atividades, quando estes já apresentam inabilidade para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes de fazê-las (ARAÚJO; CEOLIN, 2007). Para Goffman (2007), todos os aspectos da vida dos institucionalizados são satisfeitos num mesmo local e sob uma única autoridade: a equipe dirigente. Os residentes são tratados da mesma maneira e sujeitados a realizar atividades diárias em conjunto, com horários rígidos estabelecidos e controlados pelos trabalhadores. Fato também observado nas ILPIs, onde os idosos possuem horários rígidos, por exemplo, para a alimentação, para o lazer e até mesmo para dormir, regras estabelecidas muitas vezes com intuito de facilitar a organização do trabalho prestado.

Não permitir que o idoso institucionalizado realize atividades que rotineiramente executava não significa que ele está incapaz de se administrar ou encontra-se sem autonomia nas atividades de vida diária. O mesmo pode acontecer no ambiente familiar num processo adaptativo, no qual o idoso é convencido a não praticar atividades

consideradas pesadas, o que implicaria um maior tempo para cuidados de si (BESSA, SILVA, 2008). Assim, a principal regra é não impor ao idoso limites desnecessários.

Pesquisa realizada no Paraná/Brasil aponta que a maioria dos cuidadores de uma ILPI reconhece que favorecem a dependência comportamental entre os idosos, durante a realização dos cuidados diários, na ILPI. Esse fato foi atribuído ao reduzido número de pessoal, com consequente sobrecarga de trabalho e diminuição do tempo necessário para um cuidado mais adequado; além disso, há também a falta de conhecimento, por parte dos cuidadores, da importância de estimular a independência da pessoa idosa institucionalizada. Assim, não raras são as vezes em que os idosos são tratados como crianças, e as tarefas que poderiam ser realizadas por eles, acabam sendo aos poucos delegadas e perdidas, fato percebido especialmente no contexto de institucionalização (MIGUEL, PINTO, MARCON, 2007).

Cabe ressaltar que nem sempre será possível ter um quadro dimensional de trabalhadores compatível com as necessidades das instituições; porém, seja qual for a composição desse pessoal, os mesmos deverão cuidar os idosos com dignidade e respeito, permitindo o uso e a guarda de objetos pessoais, proporcionando-lhes liberdade de interação social, respeitando a prática religiosa de cada residente e possibilitando o máximo de privacidade possível (BORN, BOECHAT, 2006).

Sabemos que, à medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do cotidiano, consideradas banais e, portanto, de fácil execução, poderão tornar-se mais difíceis de serem realizadas, até que o indivíduo perceba que já depende de outra pessoa. Entretanto, o envelhecimento por si só não é sinônimo de incapacidade funcional e doença, conforme já referido, mas de surgimento de alterações fisiológicas.

As alterações músculo-esqueléticas relacionadas à idade afetam ossos, articulações e músculos e têm um impacto significante na vida dos idosos. Podem ainda influenciar decisivamente na capacidade funcional (ROACH, 2003), com a possibilidade de resultar em diminuição da independência.

Parece que a dependência do idoso é vista como algo natural e esperado, mas, quando ele é acometido por doenças que o levam à condição de dependência parcial ou mesmo total, é possível reabilitá-lo para que recupere a capacidade de realizar uma ou outra atividade de vida diária. A recuperação de algumas funções, embora muitas vezes possa parecer insignificante para a família, devolve ao idoso a capacidade de poder fazer por ele mesmo, ou seja, do autocuidado.

Podemos considerar que as capacidades funcionais para as atividades de vida diária (AVD) agrupam habilidades necessárias para cumprir tarefas como alimentar-se,

vestir-se, realizar a higiene, deambular e apresentar controle esfincteriano (BRASIL, 2006). A incapacidade funcional é frequentemente avaliada por autodeclaração, ou seja, ela é autorreferida, a partir de entrevistas realizadas, nas quais se aplicam instrumentos sistemáticos.

Um instrumento de quantificação da capacidade de executar AVD deve ser sucinto e de simples aplicação, servindo como uma escala de rápida avaliação, triagem e estratificação de riscos, podendo ser utilizado por trabalhadores de diferentes formações e de qualquer unidade básica de saúde e sendo incorporado aos roteiros de entrevistas (NAKATAMI et al, 2009). Torna-se importante avaliar a funcionalidade de idosos institucionalizados, possibilitando a identificação, tanto das limitações quanto das potencialidades dos mesmos.

Identificar a capacidade funcional do idoso institucionalizado por meio da utilização da escala de aferição das AVD tende a aproximar o trabalhador, e aqui destaco o enfermeiro, da realidade desses indivíduos, a fim de possibilitar a identificação de cuidados mais relevantes. Possibilitando sua implantação e visando primordialmente ao autocuidado, busca preservar e recuperar a autonomia e independência do idoso residente.

Proporcionar a manutenção da capacidade funcional do idoso conduz a implicações positivas para a qualidade de vida dessas pessoas, por estar relacionada à capacidade do idoso de conservar-se na comunidade e, assim, usufruir da sua independência (ALVES et al., 2007). O estímulo à autonomia e à independência do idoso institucionalizado é uma importante condição para a manutenção da sua independência física (ARAUJO; CEOLIN, 2007). Deve-se reconhecer que mesmo sendo dependente de cuidados, pode ser independente para tomar decisões e, dessa forma, exercer sua autonomia (TIER, FONTANA, SOARES, 2004).

Observa-se, contudo, que embora em um envelhecimento ativo, a partir dos 80 anos, o idoso pode apresentar algum estado de comprometimento fisiológico na capacidade de execução das AVD. Alteração que se torna variável em frequência e intensidade conforme as condições de saúde e o contexto de vida em que está inserido esse idoso (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006). Assim, a incapacidade funcional não é uma característica tida como presente ou ausente, mas que se manifesta em diferentes níveis.

Um estudo observou os padrões de cuidado ressaltados e as concepções relatadas por cuidadores quanto à dependência em idosos institucionalizados, constatando que existem quatro padrões de interação entre o trabalhador e o idoso: manutenção da

autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência. Dentre os episódios registrados, concluiu-se que 84,3% dos padrões de interação foram de manutenção da dependência, ou seja, o idoso inicia comportamento de dependência e o cuidador reforça, sendo apenas 10,9% de estímulo à autonomia, em que o idoso inicia comportamento dependente e o cuidador instiga o início da autonomia (PAVARINI, 1996).

Mesmo o idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes níveis de dependência, evento relacionado à sua dificuldade de aceitação e de adaptação às novas condições de vida, bem como à falta de motivação e de encorajamento, comuns no contexto institucional (ARAUJO; CEOLIN, 2007).

A presença de fatores como as limitações físicas e a dependência funcional, verificados nos idosos residentes em ILPIs, associa-se, então, ao isolamento e à negação, no intuito de diminuir a percepção de um ambiente que não lhe é agradável. O que acaba e afetando profundamente seus sentimentos e contribuindo para o desenvolvimento de doenças não apenas físicas mas também psicológicas (CARVALHO, 2001).

A qualificação dos trabalhadores/cuidadores de ILPIs, em especial os responsáveis pela realização do cuidado cotidiano do idoso, é uma condição fundamental. Quanto maior for o número de idosos dependentes, maior e mais qualificada necessita ser a equipe de cuidadores. Estes precisam ter formação básica para as funções que desempenham e necessitam participar de programas de treinamento contínuos, de acordo com o contexto da instituição e o perfil dos idosos residentes. Importante ainda torna-se a realização de supervisão e a avaliação desses cuidados pelo enfermeiro da ILPI (BORN, BOECHAT, 2006).

É importante para os enfermeiros analisarem o nível funcional dos idosos durante suas avaliações, com intuito de estimular a preservação do máximo de independência e autonomia possível. Idosos incapacitados carecem de um acompanhamento por profissionais habilitados, a fim de que se possa proporcionar uma satisfatória qualidade de vida, adaptando-os por meio de cuidados e orientações específicas (TENÓRIO et al, 2006). O enfermeiro que atua junto ao idoso deve centrar sua atenção na educação para a saúde, no cuidado e, para tanto, ser conhecedor do processo de envelhecimento.

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com que ela pode contar. Assim, consideramos que o enfermeiro inserido numa equipe multidisciplinar necessita assistir o idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e

ambientais. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta importante ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem, permite identificar as dificuldades dos idosos de maneira individual e, assim, realizar planejamento, execução e avaliação do cuidado em cada situação.

O conceito de capacidade funcional deve ser percebido como o elemento básico para o planejamento de uma nova política de cuidado para o idoso. O objetivo é impedir que o idoso busque demasiadamente os serviços de saúde e elevar sua qualidade de vida. Nesse sentido, é necessário que se organize uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas-etárias. A maioria das DCNT que acometem o idoso tem na idade seu principal fator de risco, pois envelhecer sem nenhuma doença é constitui quase uma exceção. Porém, a existência de uma DCNT na pessoa idosa não indica que ela não possa governar sua própria vida e conduzir o cotidiano de forma totalmente independente (VERAS et al, 2009).

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada à capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades agradáveis. Parece, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção com vistas à eliminação de fatores de risco relacionados à incapacidade funcional.

As ILPIs, por sua vez, podem incluir alguns fatores relacionados à saúde, dando ênfase à identificação de problemas de visão, ao controle de hipertensão e à manutenção da saúde mental, todos passíveis de intervenção preventiva. Igualmente, o estabelecimento de ações de ordem preventiva torna-se possível pelo manejo de atividades sociais, que podem facilitar e promover a formação de grupos de idosos, estimulando, assim, uma vida sociável e saudável, com a realização de ações recreativas, físicas e culturais (ROSA et al, 2003).

Mesmo que a pessoa idosa apresente alguma limitação física que a faça necessitar de auxílio na realização das AVD, ou de outros cuidados específicos, como *déficit* visual ou auditivo, dificuldade de deambulação, ela pode tornar-se dependente funcional. Porém, nada a impede de exercer sua autonomia, seu poder decisório, questão bastante enfatizada nesse estudo. Mas que ainda precisa ser refletida de forma a atingir a consciência de todos: trabalhadores/cuidadores, dirigentes de ILPIs e o próprio idoso, a fim de lançar planos individualizados para estimular a promoção da funcionalidade, bem como a recuperação e prevenção de quedas.

A chamada crise de cuidados, que vem sendo percebida, principalmente, nos países da Europa, não se aplica unicamente às crianças, mas, especialmente, à pessoa

idosa, exigindo cuidados com a infraestrutura de serviços, que tende a ser mais eficiente e complexa. Contudo, não se trata simplesmente de garantir uma infraestrutura de saúde, e sim um conjunto de ações que possibilitem o bem-estar dos idosos, contemplando aspectos psicossociais relacionados ao trabalho, ao estudo e ao convívio familiar (IBGE, 2009).

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

Várias são as definições encontradas para quedas; um dos conceitos utilizados refere-se a um evento de características não intencionais, resultante na mudança na posição do corpo humano para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial (FABRICIO, RODRIGUES, COSTA, 2004). As quedas são verificadas em todas as fases da vida, porém podem representar um problema de saúde mais sério e frequente nas idades mais avançadas, bem como seu impacto psicológico e suas sequelas físicas também são mais identificadas na população de idosos. As causas podem ser únicas e de clara identificação, ou ainda múltiplas e de difícil individualização (PAIXÃO Jr, HECKMAN, 2006).

A ocorrência de queda em uma pessoa idosa é uma realidade acompanhada de inúmeras consequências, algumas vezes irreversíveis, podendo trazer dificuldades ou impossibilidades para a realização das AVD. Fato que acarreta problemas não só para os idosos, mas também para suas famílias e para os serviços de saúde, que mobilizam mais recursos no tratamento e reabilitação (MACHADO et al, 2009). Muitas vezes está sendo utilizada como justificativa para a institucionalização do idoso.

Inúmeros são os fatores fisiológicos que, associados ao processo de envelhecimento, expõem o idoso a riscos de queda: diminuição da cognição, problemas com a coordenação e *déficits* sensoriais. Além de os reflexos ficarem lentos, o uso de drogas psicotrópicas também o torna mais propenso à ocorrência de quedas e pode se apresentar como principal causa de morte acidental nessas pessoas (ROACH, 2003).

A incidência do referido evento em idosos há muito tempo já é aceita como uma consequência natural do processo de envelhecimento. Tal concepção centra-se no fato de que pelo menos 30% da população de idosos brasileiros sofrem anualmente pelo menos um episódio de queda. Outra constatação é que há maior frequência de quedas nas mulheres do que nos homens idosos (MACHADO et al, 2009).

Os fatores responsáveis pelas quedas podem ser descritos como intrínsecos ou

extrínsecos. Os primeiros estão relacionados à presença de DCNT ou a mudanças ocorridas pelo processo de envelhecimento; por exemplo, diminuição dos sinais sensoriais e problemas motores. Já os fatores extrínsecos são os que dependem de circunstâncias ambientais (PAIXÃO JR; HECKMAN, 2006), seja no contexto da moradia (casa ou ILPI), ou ainda nos locais públicos (ruas e calçadas).

Existem muitos obstáculos ambientais que podem predispor o idoso à queda. Na comunidade, a grande parte delas sucede na própria moradia. Seja em sua própria residência ou em uma ILPI, em escadas, quartos e salas. Coexistem também as ações rotineiras relacionadas ao evento em questão, como sentar e levantar de camas e cadeiras; tropeçar em objetos da casa, ou revestimentos do assoalho (tapetes, carpetes e lajotas soltas); escorregar em superfícies polidas ou molhadas e ainda a utilização de calçados gastos ou inadequados.

As consequências das quedas são dramáticas, frequentemente podem causar complicações e até mesmo ser fatais. Dentre as complicações, encontram-se lesões musculares, dores, fraturas e hematomas, internações hospitalares e consequente risco de iatrogenia, diminuição da mobilidade, medo de novas quedas, perda de confiança e, não raro, a possibilidade de condução à institucionalização (SILVA et al, 2007).

É comum os idosos terem seu estilo de vida alterado após uma queda. Há um estado chamado *Síndrome Pós-queda,* em que eles apresentam uma rigorosa diminuição na mobilidade, causada por receio de novos acidentes (ROACH, 2003), privando-se de algumas atividades e, muitas vezes, levando-os ao isolamento. O medo de cair novamente induz o idoso a assumir comportamentos como a redução dos níveis de atividades, aumento da dependência e perda da autonomia, resultando na piora na qualidade de vida (SILVA et al, 2007).

Um estudo anteriormente realizado na ILPI avaliada, verificou que dos 55 idosos sujeitos do estudo, 23 referiram sofrer quedas no último ano e 17 deles mencionaram receio de novos acidentes (SANTOS, FELICIANI, SILVA, 2007), indicando que um número expressivo de idosos institucionalizados já sofreu quedas.

Assim, a seguir, encontra-se uma breve revisão acerca das ILPIs, percebendo a importância que as mesmas têm assumido diante desse novo perfil demográfico brasileiro, o que justifica a necessidade de um maior diálogo a respeito dessas instituições.

## 3.2 As ILPIs

As mudanças sofridas pelas sociedades, de modo geral, refletem as preocupações da população no que se refere aos idosos e ao cumprimento das leis que os protegem nos casos de infração aos seus direitos. Uma das questões que inquieta a todos diz respeito à necessidade de existência das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que emergem em função do aumento do número de idosos e das dificuldades apresentadas pelos familiares, na tarefa de cuidar deles. Mesmo assim, a institucionalização permanece um assunto delicado, visto que sua aceitação como alternativa de suporte social ainda não é consensual, embora seja indiscutível o aumento da demanda por esse tipo de serviço (PESTANA, SANTO, 2008).

Ao falar em instituições para idosos, o termo que logo vem à mente é asilo. Em alguns países os asilos surgiram como um local com intuito de abrigar pessoas pobres e sem família, muitos em situação de mendicância. Com o crescimento da internação de pessoas idosas, aos poucos, prevaleceu o caráter de instituição destinada à velhice e, a partir de 1964, definiu-se como uma instituição geriátrica (BORN, 2007). Assim, as instituições para idosos foram originadas para um atendimento assistencialista e com ênfase na caridade, forma de atendimento que predominou durante muito tempo (PAVARINI, 1996)

Os estabelecimentos que prestam atendimento aos idosos são reconhecidos como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que objetivam o atendimento integral e institucional. Antigamente eram conhecidas por diferentes denominações, como: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. Foram criadas com o intuito de proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, dentre outras, que satisfaçam as necessidades dos idosos residentes (SBGG/SP, 2003).

A ILPI é considerada um sistema social organizacional, baseando-se em conceitos segundo os quais as organizações ou sistemas sociais organizacionais surgem para desenvolver atividades sociais que se restringem ao cumprimento e à satisfação de metas específicas e das necessidades humanas (CREUTZBERG, GONÇALVES, SOBOTTKA, 2008). Possibilitam ainda a reconstrução da vida fora do contexto familiar e parental (BESSA, SILVA, 2008).

Constatou-se que, no recenseamento brasileiro de 2000, 113 mil idosos moravam em domicílios coletivos. Desse total, estima-se que 107 mil residam em ILPIs, o que significa 0,8% da população idosa. Os estados com a maior proporção de idosos em ILPIs são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás (CAMARANO, 2005). A média de residentes em ILPIs do Rio Grande do Sul é de 27,6, o que esconde uma grande variabilidade, pois estudo demonstra que foram encontradas instituições com

apenas dois residentes e outras com até 219 (IPEA, 2008).

Pensadas como cenários de cuidados, as ILPIs ainda constituem um desafio, principalmente se comparadas à proposta da promoção da saúde, que se funda no empoderamento, expresso, entre outros aspectos, pelo direito à individualidade, muitas vezes interditado no contexto em estudo (JÚNIOR; TAVARES, 2005). Visualiza-se, porém, pontos precursores de uma mudança de cuidar do idoso na ILPI, já que até há pouco tempo quase nada era realizado; as instituições funcionavam como depósitos de velhos que não recebiam atenção (MACHADO et al, 2009).

Atualmente a ILPI necessita ter infraestrutura física, material e de pessoal adequada para atender as necessidades dos idosos residentes. O que inclui a eliminação de barreiras de qualquer natureza, o oferecimento de dispositivos acessíveis para o idoso, além de uma disponibilidade físico-geográfica que viabilize a individualidade, porém de modo a não promover o isolamento (VIEIRA, 2004).

Muitas ILPIs permanecem como locais carentes de trabalhadores qualificados, havendo falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais especializados. Assim, a maior parte das ações direcionadas aos idosos é realizada por auxiliares de enfermagem e/ou cuidadoras que foram ou continuam sendo profissionais responsáveis também pela higienização ambiental (SANTOS et al, 2008).

Nesse cenário, o atendimento aos idosos residentes em ILPIs passa a ser uma preocupação, visto que o ato de cuidar é muitas vezes realizado por pessoas não qualificadas e que desconhecem as especificidades dessa faixa-etária. Assim, alguns trabalhadores apresentam dificuldades para a realização de tal tarefa, relutando em dispensar o tempo necessário para o cuidado, buscando justificar-se na necessidade estabelecida pela instituição de cumprir outras normas e rotinas (MIGUEL, PINTO, MARCON, 2007).

Apesar de as ILPIs serem concebidas como um local necessário às pessoas idosas que, por alguma razão, não se encontram com suas famílias, são ainda consideradas, muitas vezes, a única solução viável para preservar a sobrevivência dessas pessoas, diante das dificuldades sócio-econômicas, afetivas e familiares. Percebendo a necessidade de um reparo político-social das instituições em foco, uma vez que, algumas, permanecem funcionando como depósito para o confinamento de idosos, tornando-se quase inexistente a sua rede de apoio social (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Algumas organizações de voluntariado e de comunidades religiosas constituem presença importante nas ILPIs, pois através delas é favorecida a manutenção da integração do idoso residente com a comunidade externa à instituição. Igualmente a

integração da família ao cotidiano da atenção ao idoso também deve ser incentivada, ao passo que ameniza o preconceito em relação à institucionalização e às famílias que a ela necessitam recorrer (CREUTZBERG, GONÇALVES, SOBOTTKA, 2008).

A tendência é o aumento da demanda por ILPIs no Brasil, embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso. Ainda que imbuídos dessa percepção, há consenso a respeito de que, em muitos momentos, a ILPI se torna alternativa importante, uma opção voluntária e esperada, devendo assegurar a qualidade de vida das pessoas (CREUTZBERG et al, 2007).

Muitos fatores, entretanto, devem ser observados na busca de uma ILPI. Um deles está relacionado à possibilidade de que o idoso possa estabelecer, com o ambiente, uma estrutura física o mais similar à encontrada anteriormente em sua casa, tendo o direito de levar consigo móveis, utensílios e objetos com os quais esteja habituado e que tenham valor afetivo (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

A ILPI é uma moradia especializada, que associa um sistema de cuidados contínuo e, por tratar-se de uma moradia, necessita apresentar-se como tal, tanto nos aspectos físicos do ambiente como nas suas programações. Deve lembrar um lar, uma vida em família, proporcionar conforto e bem-estar com a maior segurança possível (BORN, BOECHAT 2006).

A institucionalização necessita ser percebida como um processo, na maioria das vezes irreversível, e já que muitos serão os idosos a demandarem essa forma de moradia nas próximas décadas. As próprias transformações das relações sociais de gênero, eximindo as mulheres do ônus do cuidado obrigatório dos idosos, contribuem para tais mudanças. Contudo, a institucionalização pode ser humanizada e funcionar em moldes mais abertos, para que as ILPIs não signifiquem apenas “depósitos de velhos” (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008).

A ILPI hoje não é somente encarada como abrigo para o idoso ou como uma instituição prestadora de serviços, pois se trata de uma instituição híbrida, com caráter social e de saúde. Deve atender o idoso de forma multidimensional, ser um local provido de ações de acolhimento que supram as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do residente. Essas medidas direcionam as ILPIs para que não se tornem locais apenas de aglomeração de idosos, devendo permear reflexões que envolvam o processo de envelhecimento, seja por meio de estudos/pesquisas na área de gerontologia, de ações sociais e/ou ainda de políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

Considerando a família como fonte de cuidado, optar pela institucionalização de um de seus membros, no caso, o idoso, é uma decisão, a *priori*, revestida de uma intenção

que visa proporcionar melhores condições de vida, de cuidado e de conforto, das mais qualificadas que a família pode oferecer. Muitas vezes a opção por residir em uma ILPI parte do próprio idoso, ou seja, do desejo dele em procurar um local no qual encontre atenção, conforto e, especialmente, atendimento às suas necessidades básicas. Nesse contexto, a situação econômica é um ponto limitador preponderante para a decisão de morar em uma ILPI, além da possibilidade de não precisar realizar as tarefas domésticas (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

No entanto, passar da condição de morar sozinho para a condição de institucionalizado torna-se uma mudança que exige esforço de adaptação e aceitação, podendo representar um impacto na vida do idoso, pela perda de referências e do sentimento de pertença. Ao optar pela institucionalização, o idoso perde, muitas vezes, a possibilidade de governar o seu tempo, o seu espaço, as suas decisões e suas relações e, assim, não raro, a sua subjetividade fica submetida à vontade e às decisões administrativas da ILPI (HERÉDIA et al, 2004). O contexto apresentado comprova um despreparo por parte dos dirigentes e dos profissionais dessas instituições.

Assim, o processo de admissão em uma ILPI pode levar aos sentimentos de perda e mortificação (GOFFMAN, 2007), por exemplo, quando o idoso é instigado a realizar uma rotina diária, mesmo que a considere estranha, ou quando obrigado a aceitar um papel com o qual não se identifica. Na admissão, os dirigentes, geralmente, fazem muitos questionamentos sobre a vida do idoso, dando instruções quanto aos regulamentos da instituição e designando um local para o novo residente. Há muitas vezes a mutilação do eu, e o idoso perde sua identidade, passando a ser reconhecido como “vozinha, vozinho”. Essa situação se aproxima, então, do que acontece nas instituições totais (GOFFMAN, 2007).

Embora prevaleça entre os estudiosos do envelhecimento a ideia de que a institucionalização provoca isolamento, baixa autoestima, entre outros efeitos, há uma corrente que recomenda essas instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação, levando-nos a considerar o valor social dessas instituições (TELES FILHO; PETRILLI FILHO, 2001). Não podemos também negar a importância das mesmas àqueles idosos que moram só e que não têm família, pois as ILPIs tornam-se lugar de proteção e de cuidado (MAZZA; LEFÈVRE, 2004) especializado.

As instituições analisadas necessitam transcender a imagem histórica de abandono e imprudências que carregam. Para tanto, torna-se necessário que as ILPIs busquem assistir o idoso de forma integral, respeitando suas especificidades, num ambiente que proporcione segurança e privacidade, além e, sobretudo, de respeito a sua cidadania e

autonomia.

A seguir, busca-se trazer ao conhecimento as políticas públicas para os idosos, encontradas no contexto brasileiro, principalmente as que façam referência ao idoso residente em ILPI.

## 3.3 Políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado

Em decorrência do já exposto, tem-se o processo de envelhecimento como uma realidade que vem configurando rapidamente no país, na qual as instituições voltadas ao atendimento à pessoa idosa assumem importante presença. Assim, passo a refletir acerca dos direitos dos idosos e da regulamentação do funcionamento das ILPIs. Cuidar adequadamente das pessoas idosas demanda adequadas políticas públicas que visem ao ambiente de atendimento, ao modelo de formação e de atuação dos trabalhadores que cuidam do idoso.

A Portaria nº 810/1989 foi o marco que definiu as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Essa legislação previa a organização da instituição: área física, instalações e recursos humanos. Estabelecia também a necessidade de um registro de admissão dos idosos nas ILPIs que contivesse, além de dados de identificação, informações que demonstrassem a capacidade funcional e o estado de saúde do idoso, a fim de adequar os serviços às necessidades percebidas (BRASIL, 1989).

Além das preocupações colocadas, a Portaria nº 810/1989, volta-se à atenção à funcionalidade dos idosos e aos aspectos estruturais das ILPIs. Exemplificando: ficou estabelecido que corredores deveriam conter corrimão em ambos os lados, sem que houvesse quaisquer tipos de obstáculos, como equipamentos decorativos; o piso deveria ser antiderrapante, de fácil limpeza e preferencialmente monocromático. Isso nos permite verificar a preocupação em prevenir a ocorrência de quedas e, consequentemente, colaborar na manutenção da independência funcional dos idosos.

O aumento da dependência do idoso é, muitas vezes, oriundo das quedas, que podem afetar sua funcionalidade, estando associado a modificações anatômicas atribuídas ao processo de envelhecimento natural ou por situações patológicas (NAKATAMI et al, 2009).

Estudos demonstram que as situações de quedas ocorrem tanto nos ambientes domiciliares como nos ambientes externos. O domiciliar, em boa parte dos casos, parece muito seguro, pela familiaridade. Entretanto, pode representar um ambiente de risco, visto

que o idoso tem sua prontidão e atenção diminuídas, por estar realizando atividades costumeiras, autoconfiante em um ambiente que lhe é habitual. Pelo exposto, a origem multifacetária das quedas sugere que a prevenção se dê tanto nos ambientes inseguros como nas atitudes dos idosos (SILVA et al, 2007).

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, por meio da Lei nº 8842 e regulamentada em 1996, através do Decreto 1948, garante direitos sociais ao idoso, criando condições para promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde. A PNI admite que a principal dificuldade a ser enfrentada pelo idoso centra-se no prejuízo à sua capacidade funcional, isto é, na perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades de vida diária, sejam as básicas, as instrumentais ou mesmo as avançadas. No Capítulo IV – *Das Ações Governamentais* – estão inclusas nos programas de assistência à pessoa idosa, formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradias, levando em consideração o estado físico e a independência para locomoção apresentada pelo idoso (BRASIL, 1997).

Em 1999 foi editada a Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, que instituiu o Programa Nacional dos Cuidadores de Idosos. Tal programa propôs o estabelecimento de protocolos específicos com as universidades e entidades não governamentais, de notória competência, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar e institucional. Assim, busca-se criar alternativas que proporcionem ao idoso uma melhor qualidade de vida, reduzindo a institucionalização, com o atendimento integral do idoso e de sua família (BRASIL, 1999).

O cuidador deve estar habilitado a prestar cuidados básicos, que dizem respeito à higiene, alimentação e ajuda na locomoção do idoso. Sua prática, contudo, não se restringe tão somente a essas ações. Por outro lado, deve-se destacar que o cuidador não tem formação nem qualificação profissional para realizar as atividades que são de incumbência da Enfermagem (MACHADO, 2005).

No ano de 2000, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul instituiu a Política Estadual do Idoso, pela Lei nº 11.517, tendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre suas diretrizes, cita-se a priorização no atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família. No Art. 3º, encontram-se os princípios que conduzem essa política e, dentre eles, o princípio III aponta que o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política, observadas as diferenças econômicas, sociais, regionais e culturais, pelos poderes públicos e pela sociedade em

geral (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Em 2002, foram propostas a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (portaria nº 702/SAS/MS, BRASIL de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002).

Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002. Alguns requisitos foram propostos para que os hospitais se tornassem conhecidos como centros de referência em assistência à pessoa idosa: “Desenvolver programa de orientação do acompanhamento do idoso no período de internação, orientando-o de como pode melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua independência, buscando preservar ao máximo sua autonomia” (BRASIL, 2002, p. 4-5).

Todos os idosos atendidos por centros de referência devem ser avaliados, cabendo avaliação da saúde física, nas comorbidades; avaliação da saúde mental (aplicação de escala de depressão e testes de função cognitiva); avaliação social (necessidades de suporte); avaliação nutricional; avaliação de enfermagem (capacidade de autocuidado, avaliação das demandas assistenciais); avaliação da capacidade funcional e autonomia (Atividade Básica da Vida Diária – AVD e as Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD). Esses parâmetros sinalizam uma avaliação multidimensional (BRASIL, 2002).

A avaliação multidimensional do idoso é relevante na Gerontologia, como indicativo de sua qualidade de vida. O desempenho das atividades de vida diária é considerado um parâmetro legítimo e aceito para firmar essa avaliação, sendo utilizado por trabalhadores da área de saúde. Some-se ainda a importância do enfermeiro na avaliação do grau de dependência dos idosos.

Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como sendo a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, ou seja, do desempenho das atividades de vida diária (DIOGO, 2003).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, estatuído pela Lei nº 10.741, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, dentre elas a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). No capítulo II – *Do direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade* –, especialmente no parágrafo segundo, está previsto que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral do idoso. Abrange ainda a preservação de sua imagem, identidade, autonomia, valores, ideais e crenças, dos

espaços e dos objetos pessoais (BRASIL, 2003).

Segundo o artigo 37 do Estatuto do Idoso, a pessoa idosa tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta; ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar; ou, ainda, em ILPIs públicas ou particulares. Essas instituições se obrigam a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades das pessoas idosas e condizentes com as normas sanitárias. Assim, as ILPIs devem oferecer instalações físicas adequadas, estando regularmente constituídas, propiciando a preservação dos vínculos familiares e a participação dos idosos na comunidade, dentro ou fora da instituição. Além disso, deve ser preservada a identidade do residente, a fim de lhe oferecer um ambiente de respeito e dignidade.

Segundo o Estatuto do Idoso, as entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros órgãos previstos em lei (BRASIL, 2003). Preservar a identidade do idoso é fator primordial, embora muitas vezes esquecido no ambiente institucional, talvez por conta do despreparo dos profissionais frente ao cuidado ao idoso.

Quando se reflete acerca do cuidado ao idoso residente em uma ILPI, considera-se que a pessoa idosa é o integrante fundamental, o pilar dessa instituição, sem exagero, a razão maior da existência das mesmas. E, para que se sinta presente, o/a residente deve ser ouvido/a e ter seus direitos respeitados.

Assim, torna-se imprescindível a proposição de estratégias que revelem o idoso como protagonista no processo de promoção da saúde e do bem-estar de sua vida (TIER, FONTANA, SOARES, 2004). Garante esse caráter o direito a opinar, exercer escolha e mobilização, tendo seus valores morais e culturais respeitados.

No ano de 2004, o Presidente da República regulamentou, através do Decreto nº 5.109, a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), estabelecendo, além disso, outras providências. Segundo o art. 1º desse documento, o CNDI é um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, tendo por desígnio elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso), bem como acompanhar e avaliar a sua execução.

Em 2005, entra em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que diz respeito ao regulamento técnico para funcionamento das ILPIs, adotando a terminologia ILPI e fundamentando

regras de funcionamento. Conforme o documento, ILPIs são "instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual e superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" (ANVISA, 2005, p 3). Tais regras determinam os graus de dependência e as condições gerais de organização institucional, fundamentada nos direitos dos idosos, incluindo pessoal, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação.

A implementação da RDC nº 283/2005 é um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as instituições, ocasião em que o atendimento ao idoso supera o paradigma assistencialista, sugerindo uma prestação de serviços com qualidade e segurança, respeitando os direitos da pessoa idosa (POLLO; ASSIS, 2008). Essas fiscalizações se fazem necessárias para que as instituições observem o cumprimento das normas mínimas exigidas para o seu funcionamento regular: prestar uma assistência segura e digna aos idosos, não significando, necessariamente, medidas complexas e/ou onerosas (TIER, FONTANA, SOARES, 2004).

A partir da resolução da ANVISA, pode-se oferecer nas ILPIs uma ou mais modalidades assistenciais, caracterizadas e descritas como: a) Modalidade I, destinada a pessoas idosas independentes para AVD, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; b) Modalidade II, destinada a pessoas idosas com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado e que necessitem de auxílios e cuidados específicos; c) Modalidade III, destinada a pessoas idosas com dependência que requeiram assistência total, com cuidados específicos, nas atividades de vida diária (ANVISA, 2005).

Conforme cada modalidade, a ILPI deve ter o seguinte dimensionamento de pessoal para atender as necessidades dos residentes: *Modalidade I*, um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga-horária de 40 horas por semana; dois trabalhadores para serviços gerais com carga-horária de 40 horas por semana; dois cozinheiros com carga horária de 40 horas por semana. *Na Modalidade II*, um médico com carga horária de 08 horas por semana; um enfermeiro com carga horária de 12 horas por semana; um nutricionista com carga horária de 04 horas por semana; um fisioterapeuta com carga horária de 04 horas por semana; um técnico de enfermagem para cada 15 pessoas idosas, ou fração, por turno; um cuidador para cada 10 pessoas idosas, ou fração, por turno; dois trabalhadores para serviços gerais com carga-horária de 40 horas por semana; dois cozinheiros com carga-horária de 40 horas por semana. *Modalidade III*, um médico com carga-horária de 12 horas por semana; um enfermeiro com carga-horária de 20 horas por semana; um nutricionista com carga-horária de 08 horas por semana; um fisioterapeuta com carga-horária de 20 horas por semana; um técnico de enfermagem

para cada 10 idosos, ou fração, por turno; um cuidador para cada 08 idosos, ou fração, por turno; dois trabalhadores para serviços gerais com carga-horária de 40 horas por semana; duas cozinheiras com carga-horária de 40 horas por semana (ANVISA, 2000).

A RDC nº 283/2005 tem o objetivo primordial de contribuir para a prevenção e redução de riscos sanitários que possam atingir a saúde dos idosos institucionalizados, destacando-se a necessidade de trabalhadores capacitados para o atendimento aos idosos e elaboração de plano de trabalho sistemático, com descrição das atividades previstas em lei. No que tange às *Condições Gerais*, são previstos padrões de infraestrutura física, como tipos de pisos externos e internos, rampas e escadas com exigência de corrimão e de marcas de sinalização. A ILPI deverá realizar, conforme inciso 6, notificação compulsória à ocorrência de eventos sentinelas, como quedas com lesão e tentativas de suicídio. O não cumprimento dessas regras implicará multas, podendo chegar à interdição do estabelecimento (ANVISA, 2005).

Contudo, é sabido que, mesmo com o avanço trazido pela Portaria nº 810/1989, substituída pela RDC nº 283/2005, no que diz respeito aos regulamentos para o funcionamento das ILPIs, o Brasil ainda apresenta um cenário merecedor de cuidados e atenção.

Posteriormente, em 26 de janeiro de 2006, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), representados em suas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pactuaram a defesa do SUS como política de Estado, através da implantação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, facilitando os processos de regionalização e gestão do SUS.

Destaco o Pacto pela Vida, que estabelece um conjunto de compromissos sanitários, considerados prioritários, como a revisão da Política Nacional da Pessoa Idosa; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade materna e infantil; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (com ênfase em influenza, hanseníase, dengue, tuberculose e malária). Além disso, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis, com o intuito de internalizar a responsabilidade individual de cuidado com a saúde através da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo e ainda do fortalecimento à Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2528, de outubro de 2006, estabelecendo que as práticas de cuidados destinadas às pessoas idosas exigem uma abordagem interdisciplinar e

multidimensional, levando em consideração a grande interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde delas. É preciso, portanto, envelhecer com saúde, de maneira ativa, sem qualquer dependência funcional, demandando, dessa forma, promoção da saúde em todas as idades. As intervenções necessitam ser realizadas e orientadas, visando à promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Várias são as diretrizes da PNSPI, dentre elas: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção e ao apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Um documento elaborado pela Área Técnica da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, intitulado “Comentários às Deliberações da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Eixo Saúde”, buscou relacionar as deliberações do eixo temático Saúde da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa às políticas de saúde do Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal chamar a atenção do movimento social estabelecido para atender as reivindicações da população idosa brasileira, pelo fato de que muitas políticas estão em curso; porém, pouco se sabe sobre elas, havendo necessidade de que se exija dos responsáveis a sua implementação (BRASIL, 2006).

Através da Portaria nº 325/2008, o Ministro da Saúde continua o estabelecimento de novas prioridades para o Pacto pela Vida e define algumas diretrizes, constituindo a atenção à saúde do idoso uma das prioridades. E também incluindo, no Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, a identificação de pessoas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fraturas de fêmur. E ainda, essa mesma Portaria contribui para a melhoria da qualidade de atenção prestada ao residente das ILPIs, tendo como meta a inspeção de 100% das instituições cadastradas na ANVISA (BRASIL, 2008).

Percebendo a importância que o enfermeiro possui no processo de atenção ao idoso, optou-se por trazer as resoluções que regem a atividade desse profissional, em especial, às relativas ao cuidado ao idoso:

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul (COREN-RS), na 279ª Reunião Ordinária, realizada em 21/01/2009, dispõe sobre as normatizações para o exercício do Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das ILPIs. Essa determinação considera as leis, portarias e resoluções anteriormente mencionadas. Também indica outras políticas, como as Resoluções do COFEN nº 288, de 03 de fevereiro de 2004, que dispõe sobre ações relativas ao atendimento de idosos, tais como garantir ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, devendo o órgão

de saúde proporcionar as condições adequadas para permanência desse acompanhante, em tempo integral. Cabe ao profissional de Enfermagem responsável pelo tratamento, conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, em caso de impossibilidade, justificá-la por escrito (COFEN, 2004).

E ainda a decisão do COREN-RS nº 099, de 2005, que dispõe sobre ‘‘as normatizações para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)” e estabelece, em seu Artigo 1**º,** que toda ILPI, onde existem atividades de Enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, cuja anotação será requerida pelo profissional Enfermeiro que atua na Instituição junto ao Conselho de Enfermagem de sua jurisdição.

Obrigatoriedade que aponta para uma divergência entre as políticas públicas, pois encontramos na RDC 283/2005 que toda a ILPI deve sim possuir um Responsável Técnico pelo serviço, o qual responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. No entanto, deixa claro somente que este deve possuir formação de nível superior, não esclarecendo a profissão, tão pouco referenciando a Enfermagem. Nessa Decisão do COREN-RS nº 099/2005, fica ainda estabelecido que o enfermeiro, de posse da Certidão de Responsabilidade Técnica, tem que cumprir, dentre outras atribuições: organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Instituição, elaborando e fazendo cumprir o Regimento do serviço de enfermagem, que deve ser de conhecimento de todos os profissionais da área; promover a educação continuada da equipe de enfermagem, por meio de capacitação, aperfeiçoamento e avaliação de desempenho periódica e comunicar oficialmente ao COREN-RS a ocorrência de determinações, por parte da Instituição, que resultem no descrédito da organização e/ou do desenvolvimento do Serviço de Enfermagem (COREN-RS, 2005).

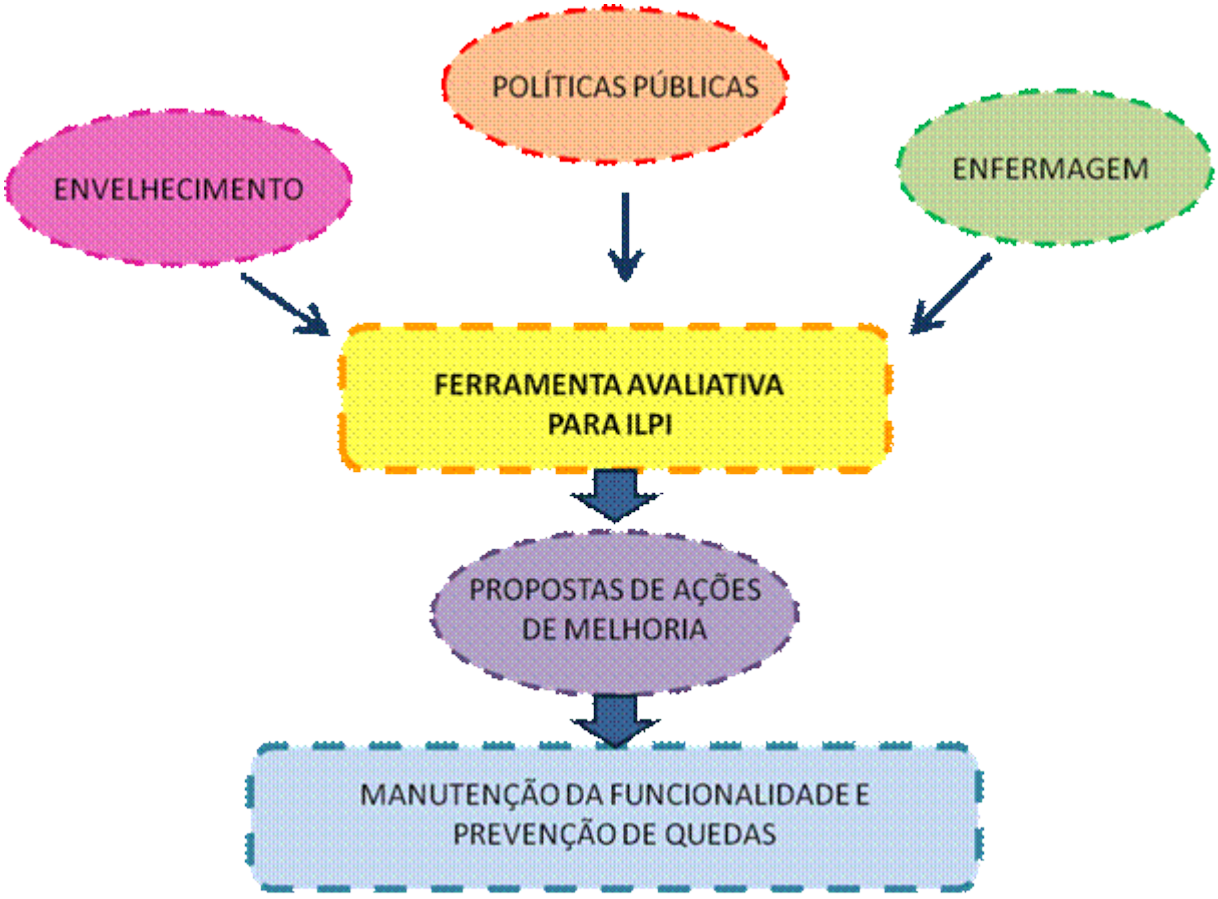
Também na decisão do COREN-RS Nº 006/2009, fica determinado, entre outras questões, que toda a ILPI que possua atividades de enfermagem, deve apresentar certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, sendo obrigatória a presença de enfermeiro para a realização da supervisão dos cuidados, sempre que houver técnicos ou auxiliares de enfermagem exercendo alguma atividade na instituição; que se deve atentar para os documentos exigidos para a abertura de ILPIs, como o Alvará da Saúde fornecido pela Vigilância Sanitária do Município; que é preciso requisitar à Instituição, infraestrutura física adequada, em consonância com as necessidades específicas do atendimento aos idosos (COREN-RS, 2009).

Além disso, apresenta os procedimentos necessários à realização das ações do enfermeiro na ILPI, como, por exemplo, reconhecer as legislações vigentes referentes ao

idoso e elaborar o plano de atendimento personalizado, mantendo e estimulando a autonomia e a independência dos idosos residentes. Faz-se necessário ainda prestar cuidado por meio de supervisão, auxílio ou realização de Atividades de Vida Diária (AVD), de acordo com o grau de dependência do residente, proporcionando cuidados de saúde, conforme suas necessidades. Importante dimensionar o atendimento conforme as modalidades das ILPIs – I, II e III – já mencionadas. E ainda desenvolver ações periódicas de qualificação e de capacitação na atenção de saúde ao idoso, bem como o incremento da qualidade técnica dos trabalhadores de enfermagem, entre outros (COREN-RS, 2009).

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

### 3.4 MODELO ESQUEMÁTICO DO ESTUDO




O modelo esquemático do estudo representa a trajetória percorrida durante esta pesquisa, na busca pela realização dos objetivos propostos. Como ponto central do estudo, apresento a construção de uma ferramenta avaliativa para ILPI, fundamentada nas políticas públicas voltadas ao processo de envelhecimento e que auxilie o enfermeiro atuante nessas instituições, na avaliação da ILPI quanto à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos, estimulando-as à realização de melhorias e adequação de cuidados de enfermagem.

# 4 METODOLOGIA

Descrevo a seguir o caminho metodológico que possibilitou alcançar os objetivos propostos pela presente pesquisa. Apresento, por meio de uma sequência lógica, os pontos da metodologia; assim, primeiramente o desenho e o local do estudo, os aspectos éticos envolvidos, os procedimentos de coleta e, por fim, os procedimentos para a análise dos dados.

## 4.1 Desenho do estudo

Conforme já foi colocado, este estudo resultou de um projeto maior, intitulado "Estado Cognitivo e quedas: estudo de correlação em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Rio Grande, RS/Brasil" (SANTOS, 2008). Trata-se de projeto que atendeu ao Edital MCT/CNPq Nº 014/2008 – Universal, Processo Nº 471005/2008-8 e que está sendo desenvolvido desde a data de 18 de novembro de 2008, por um período de dois anos.

Trata-se de um estudo de caso, o qual investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real, especialmente em situações em que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente singular: haverá muito mais variáveis de interesses do que pontos de dados e o resultado baseia-se em várias fontes de evidências (YIN, 2005).

Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros, relacionados, porque permite uma investigação para preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Os estudos de caso têm um lugar de destaque nas pesquisas de avaliação (YIN, 2005). Assim, esta pesquisa se apresenta como um estudo de caso cujo foco é a investigação avaliativa.

Assim, por tratar-se de uma avaliação, que implica um processo de julgamento, no qual o veredicto baseia-se em uma comparação entre o objeto de estudo e aquilo que seria a situação ideal ou equivalente, o desenho da avaliação refere-se ao formato por meio de que essa comparação será realizada (SILVA, FORMIGLI, 1994).

Buscou-se a metodologia avaliativa pelo entendimento de ser a mais condizente com a proposta do estudo, pois avaliação formal é um processo aplicado, sistemático de análise de uma atividade ou fato que possibilite a compreensão contextualizada de todas

suas dimensões e implicações com o intuito de provocar seu aperfeiçoamento (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007).

A pesquisa avaliativa:

> trata-se de saber em que medida os serviços são empregados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela implementação com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, p. 36).
>
> .

Tal pesquisa pode ocorrer de três maneiras: avaliatória, de decisão e para gestão. A pesquisa avaliativa do tipo *avaliatória* tem por objetivo desenvolver a produção do conhecimento, na qual haja distância dos avaliadores, não havendo avaliadores internos no processo e a metodologia dominante ainda é a quantitativa, orientada para busca de objetividade e de possibilidade de generalização do observado. Na pesquisa avaliativa do tipo *avaliação para decisão*, o objetivo maior é produzir respostas para questões criadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, na qual o avaliador interno assume uma posição decisiva na pesquisa e os dados encontrados servirão para informação. Na pesquisa avaliativa do tipo *avaliação para a gestão*, o objetivo é a produção de uma informação que possa contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado, servindo de instrumento para a gestão. Pode ser desenvolvida por um avaliador interno e outro externo, com metodologia de natureza quantitativa ou qualitativa passível de ser padronizada, resultando em proposição de critérios ou normas a serem incorporados (NOVAES, 2000). Nesta pesquisa trabalhou-se com a pesquisa avaliativa do tipo avaliação para gestão.

A avaliação como ferramenta de identificação de acertos e dificuldades com vistas ao aperfeiçoamento não se trata simplesmente de examinar comparativamente o ideal (proposto) e o que é realizado, mas subsidiar o processo, oferecer elementos para êxito nas atividades propostas (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007).

Assim, a escolha por esse tipo de pesquisa deu-se a partir da intenção de elaborar uma ferramenta avaliativa da inserção das políticas públicas voltadas ao idoso residente em ILPI, relacionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas, tendo por base tais políticas. E então, colaborar não somente com a instituição estudada, mas servir como auxílio às competências do enfermeiro gerontogeriátrico em qualquer outra ILPI.

## 4.2 O caso estudado

O caso estudado foi uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de uma ILPI filantrópica e uma das instituições mais antigas da cidade, fundada no interior do extremo sul do Rio Grande do Sul, Brasil, em 27 de dezembro de 1885, por Antonio Costa Leite, Carlos Guilherme Rheingantz e Arnaldo José Pereira, sob a antiga denominação de “Asylo de Mendigos”. Desde então, situa-se no centro na cidade e hoje é administrado por uma diretoria composta por Presidente, Vice-presidente, Secretário, Tesoureiro, Administrador e Procurador (PORCIUNCULA, TEIXEIRA; 2005).

Nessa ILPI, desde sua fundação, já residiram, em média, 14.000 idosos. Atualmente conta com cerca de 65 idosos, que compõem dois grupos. O primeiro é o dos idosos *asilados*, que moram no térreo e dividem onze quartos entre si, sendo distribuídos com até quatro idosos por quarto. Contam com dois banheiros coletivos, um para o sexo feminino e outro para o masculino, localizados no meio dos corredores. Esses idosos pagam à ILPI com os proventos de suas aposentadorias. O segundo grupo é formado pelos *pensionistas*. Alguns deles ocupam o andar térreo, usam quartos individuais e pequenos, porém com banheiros fora e, portanto, coletivos. Eles pagam um pouco mais à ILPI. Os outros integrantes desse grupo ocupam o primeiro andar, que possui elevador de acesso; utilizam um quarto amplo, dividido em dois ambientes, com banheiro inserido, decorado com seus próprios móveis e são os locais de maiores valores cobrados pela ILPI.

A escolha da ILPI deu-se por ser uma instituição na qual o GEP-GERON já está inserido e há alguns anos desenvolve atividades, seja por meio de professores ou de estudantes da graduação e do mestrado, possibilitando uma maior proximidade com os institucionalizados.

## 4.3 Aspectos éticos

O macroprojeto que originou esse subprojeto de pesquisa teve a autorização do presidente da Instituição de Longa Permanência para Idosos para sua realização e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/ FURG), sob o número de processo 027/2009 (ANEXO A). Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário do enfermeiro (avaliador interno) em

participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados todos os preceitos éticos emanados da resolução 196/96, que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil.

## 4.4 Coleta de dados

Essa etapa ocorreu por meio da elaboração e aplicação de ferramenta avaliativa (APÊNDICE A), nos dias 28 e 29 de setembro, no turno da tarde, que possibilitou a percepção do caso/local e suas relações com as técnicas normativas, voltadas ao idoso residente em ILPI, tendo como parâmetro a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas.

A ferramenta avaliativa consistiu de duas partes: a primeira, pelos dados de identificação da ILPI; a segunda, por questões específicas e voltadas à análise da organização, da estrutura física e do cuidado aos idosos, tendo por base deavaliação as próprias políticas vigentes e direcionadas aos idosos institucionalizados: Portaria 810/1989 (mesmo já substituída pela RDC da ANVISA, ainda se apresenta como parâmetro de avaliação de ILPIs, pois permanece sendo utilizada por algumas secretarias municipais como instrumento de acompanhamento e vigilâncias de ILPIs); Política Nacional do Idoso, a Política Estadual do Idoso, Estatuto do Idoso, a RDC 283/2005, dentre outras políticas públicas e leis do exercício profissional do enfermeiro dirigido ao cuidado à pessoa idosa. Percebendo o objeto de estudo, a ILPI, como um todo desde as condições estruturais, condições de funcionamento e processo de trabalho.

## 4.5 Análise dos dados

Realizou-se um pré-teste em outra ILPI, a princípio, para que a ferramenta avaliativa pudesse ser medida e posteriormente aprimorada. Para tanto, houve modificações, como supressões e acréscimos de questões e observações que possibilitaram sua aplicabilidade e consequente contribuição/colaboração com as ações do enfermeiro em ILPIs, orientando-os na avaliação institucional e, assim, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas nos idosos residentes.

Após a ferramenta avaliativa ter sido aplicada, os dados foram caracterizados; para

isso, foi utilizado recurso fotográfico para demonstração visual de alguns dados apresentados. Com vistas a possibilitar que as fotografias pudessem ser exibidas, elaborou-se um documento de autorização, no qual ficou acordado que as fotografias limitar-se-iam a registrar somente as condições estruturais observadas na instituição. Tal documento foi assinado por um dos administradores da ILPI (APÊNDICE B).

A análise da avaliação a partir da ferramenta construída ocorreu de maneira que houvesse uma comparação da realidade encontrada com o que propõem as políticas públicas voltadas ao idoso e os referenciais teóricos da gerontologia e da enfermagem gerontogeriátrica. A ferramenta avaliativa foi aplicada por dois avaliadores: a mestranda (avaliadora externa) e o enfermeiro da instituição (avaliador interno), o que possibilitou uma maior precisão de resultados.

A seguir, apresentam-se, então, os resultados da pesquisa.

# 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados são apresentados conforme a disposição da ferramenta avaliativa; sendo assim, mostro primeiramente alguns dados de identificação da ILPI e, posteriormente, o que foi verificado quanto aos aspectos organizacionais, às características estruturais e aos cuidados relacionados aos idosos residentes.

## 5.1 Identificação da ILPI

A avaliação deu-se em uma instituição filantrópica e privada, cujas atividades institucionais continuam em funcionamento desde o ano de sua fundação, em 1885, sendo a mais antiga da cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Na data da aplicação da ferramenta avaliativa, nela residiam 65 idosos de ambos os sexos, divididos em pensionistas e asilados. Um dos residentes, um doente mental crônico, tem menos de 60 anos e mora na ILPI desde a juventude, não tendo mais qualquer tipo de vínculo familiar.

## 5.2 Organização

Utilizando a ferramenta avaliativa, lançamos mão da avaliação da organização da instituição. Para tanto, utilizamos como norte as diretrizes e as ações direcionadoras das políticas públicas e de algumas legislações que regem o exercício profissional do enfermeiro em ILPIs.

Assim, conforme a Portaria nº 810/1989/MS, já revogada, mas ainda utilizada em algumas ILPIs como parâmetros avaliativos, a SAS/MS nº 249/ 2002, a RDC nº 283/ 2005 e a Decisão do Conselho Regional de Enfermagem do estado do Rio Grande do Sul nº 009/2005, fica clara a necessidade de manter um Responsável Técnico – RT, de nível superior, o qual deverá, entre outras atribuições, responder pela instituição junto à autoridade sanitária local. Na ILPI pesquisada, o RT tem formação em Serviço Social; porém, não cumpre a carga-horária mínima de 20 horas semanais a ele estabelecida, permanecendo na instituição 10 horas semanais, para realizar atividades destinadas à aquisição de subsídios financeiros e doações para a instituição.

A ILPI não atende as exigências da ANVISA no pré-requisito dimensionamento de pessoal; porém, vem procurando seguir as cobranças do órgão, à medida que tem

buscado, desde o início do ano de 2009, contratar profissionais mais qualificados para o atendimento aos idosos.

Segundo o avaliador interno, o enfermeiro, há atualmente: um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um nutricionista, cinco técnicos de enfermagem e oito cuidadores para um total de 65 idosos. Verifica-se que 90% deles encontram-se na Modalidade I, ou seja, de pessoas idosas independentes para AVD, que fazem ou não uso de equipamentos de autoajuda; e 10% na Modalidade II, destinada a pessoas idosas com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado e que necessitam de cuidados específicos. A RDC nº. 283/ 2005 recomenda que exista, na Modalidade I, um cuidador para cada 20 idosos e, na Modalidade II, um médico com carga-horária de 08 horas por semana; um enfermeiro com carga-horária de 12 horas por semana; um nutricionista com carga-horária de 04 horas por semana; um fisioterapeuta com carga-horária de 04 horas por semana; um técnico de enfermagem para cada 15 pessoas idosas, ou fração, por turno; um cuidador para cada 10 pessoas idosas, ou fração, por turno. Verifica-se que a ILPI está se adaptando às exigências da ANVISA. Faz-se importante salientar que alguns idosos pensionistas possuem cuidadores particulares que não entram nesse quantitativo de trabalhadores da ILPI; correspondem a cerca de 20 dos 65 idosos institucionalizados.

A ILPI possui, em seu quadro de trabalhadores, profissionais com condições de realizar avaliações sistemáticas da capacidade funcional dos idosos, que são: ~~o~~ enfermeiro, fisioterapeuta e médico. Com exceção do enfermeiro, que cursou a disciplina Enfermagem Gerontogeriátrica em sua recente formação, os outros trabalhadores não possuem formação em gerontologia/geriatria e nem fazem uso de escalas de aferição de AVD; suas avaliações são realizadas com base nas percepções individuais. Vale deixar em evidência que existe da ILPI investigada o Prontuário do Residente e nele encontra-se a Escala de Katz, utilizada para avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).

A necessidade de realizações de avaliações funcionais para o idoso institucionalizado é solicitada pela Resolução RDC nº 283/ 2005, Lei nº 10.741/2003, Lei nº 8.842/1994, Portaria Interministerial MS/ MPAS nº 5.153/ 1999 e as Decisões do COREN-RS nº 099/2005 e nº 006/2009, pois a instituição não desenvolve ações periódicas de capacitação e qualificação dos seus trabalhadores.

O enfermeiro presente na ILPI realiza durante suas 20 horas/semanais atividades de supervisão dos técnicos de Enfermagem, além de recuperação, proteção e promoção da saúde dos idosos, havendo, para tanto, um Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem (MNRTE), elaborado em 2008, por uma estudante de Enfermagem, durante pesquisa de iniciação científica, com colaboração/orientação do GEP-GERON. Tal

MNRTE encontra-se implementado e atualizado.

Os requisitos de funcionamento, tais como Certidão de Registro Social, Certidão de Utilidade Pública e outros, encontram-se afixados em local de grande visibilidade [Fotografia n°1]. Verificou-se que o Alvará de Vigilância Sanitária está com data de 2005. Conforme a RDC nº 283/ 2005, em seu item 4.5.1, sobre as condições gerais da ILPI, fica regulamentado que “a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente (...) e comprovar sua inscrição junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art.48 da Lei 10.741/2003” (ANVISA, 2005, p.3).

Fotografia n°1.

Seguindo o proposto pelo Estatuto do Idoso, pela Política Estadual do Idoso do Estado do Rio Grande do Sul e pela Lei nº 8.842/1994, que cria o Conselho Nacional do Idoso, além da Decisão do COREN-RS nº 006/2009, a ILPI avaliada possui em sua organização assento no Conselho Municipal do Idoso (CMI); essa vaga é preenchida por um dos administradores da instituição que, segundo outra conselheira, mostra-se assíduo, pontual e colaborador no tocante às reuniões do CMI. Os Conselhos, sejam eles nacionais, estaduais, ou municipais, segundo os Arts. 6 e 7 da Lei nº 8.842/1994, são órgãos permanentes, paritários e deliberativos, competindo a eles a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso (BRASIL,1996).

Uma característica importante na ILPI é a existência de registro de admissão de todos os idosos, e Prontuário do Residente, já referido, atualizado, seguindo assim a LEI nº 10.741/2003, a Decisão COREN-RS nº 006/2009, a Resolução RDC nº 283/ 2005, a Portaria Federal nº 810/1989/MS, e a Portaria SAS/MS nº 249/ 2002. Ainda, em conformidade com o que se encontra nos três primeiros dispositivos legais, nos parágrafos citados, a instituição firma contrato com os idosos, sendo o mesmo chamado

de “Termo de Compromisso”, cujos acordos principais são: valores pagos e especificação do tipo de atendimento.

A instituição busca preservar vínculos com os familiares dos institucionalizados, possuindo horário liberado para visitas, responsáveis nas portarias de acesso. Permite, também, que o idoso saia da instituição sozinho, caso tenha a anuência dos familiares ou acompanhado por um responsável, além de convidá-los para os eventos festivos na instituição (exemplo disso é a Semana do Idoso e as datas comemorativas e/ou folclóricas) e de possuir espaços destinados a tais encontros.

Essa liberdade e flexibilização para a participação dos familiares, amigos e outras pessoas e dos horários das visitas, é uma característica muito favorável e importante na ILPI estudada, pela possibilidade que oferece de fortalecer os vínculos, de valorizar os aspectos sociais, familiares e psicoemocionais, prestando uma assistência mais humanizada e acolhedora ao idoso residente e aos seus familiares. Contudo é sabido que alguns idosos residentes não possuem uma família que se faça presente.

## 5.3 Estrutura Física

Observou-se que a instituição possui registro de entidade social[4] e uma boa aparência externa; contudo, a ILPI não apresenta uma identificação que a faça ser facilmente localizada. É conhecida pelos moradores da cidade por sua tradição. O Capítulo IX, do Estatuto do Idoso, que diz respeito à habitação, solicita que a ILPI mantenha uma identificação externa visível, sob pena de interdição.

Torna-se importante salientar que a ILPI apresenta uma grande área frontal, onde se encontra um belo jardim, com passagens e bancos entre as árvores, o que proporciona aos idosos um ambiente de contato com a natureza. Além disso tem também um pequeno santuário externo, onde alguns residentes podem praticar sua religiosidade.

A instituição é um prédio de grande extensão, que possui características pavilhonares e verticais. Encontramos na Portaria Federal nº 810/1989 e nas resoluções da ANVISA de 2005 que as ILPIs devem apresentar, preferencialmente, construções horizontais.

Fotografia n° 2.

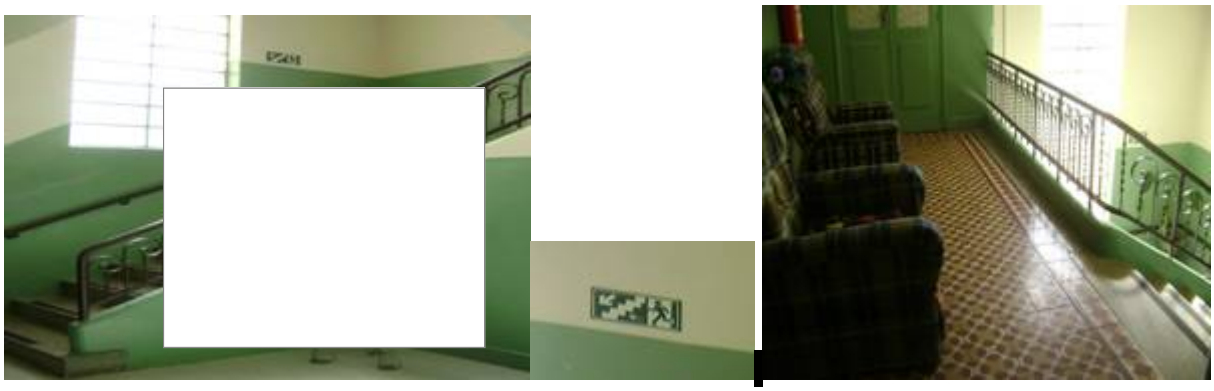
A ILPI tem um elevador [Fotografia n° 3] de uso restrito, para segurança e maior comodidade dos seus residentes ditos pensionistas, que ocupam o primeiro andar, o qual permanece sempre fechado, sendo preciso que um trabalhador abra e acompanhe o idoso quando for usá-lo.

Fotografia n° 3.

Na avaliação observou-se que a ILPI apresenta duas portarias de acesso externo, ambas com recepções independentes e recepcionistas presentes, além de outra exclusiva para serviços, seguindo, assim, a resolução 283/2005 da ANVISA.

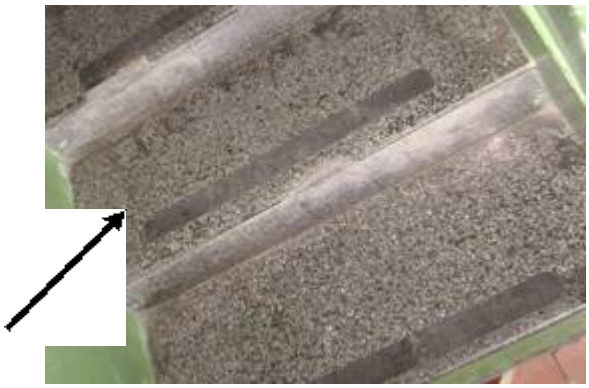
Os pisos internos e externos, bem como as escadas e as rampas, em sua totalidade, não possuem pisos antiderrapantes, nem uniformidade. Quando esses dispositivos estão presentes, alguns apresentam condições insatisfatórias, como verificadas, nas escadas mostradas nas Fotografias n° 5 e n° 6.

Quanto à presença de sinalizações, a ILPI possui algumas placas que identificam suas saídas; porém, tal placa de identificação foi localizada em apenas uma escada, quando existem duas na ILPI. A presença de sinalizações nas escadas é uma orientação da Resolução RDC nº 283/2005, da Portaria Federal nº 810/1989/MS e também da Portaria SAS/MS nº 249/2002. Observamos que, mesmo na escada com sinalização, corrimão e piso antiderrapante há, ainda assim, risco de ocorrência de quedas, pois as poltronas para os idosos encontram-se posicionadas em frente às escadas [Fotografia n° 4].



Fotografia n° 4.

Fotografia n° 5.



Fotografia n° 6.

A seguir, apresentam-se outras fotografias que demonstram as condições estruturais da ILPI.

Fotografia n° 7.

Fotografia n° 8.

Fotografia n° 9.

A ILPI estudada possui dormitórios e banheiros separados por sexo, atendendo as padronizações [Fotografia n° 12]. Tais dormitórios coletivos acomodam de uma a quatro pessoas; os banheiros encontram-se nos corredores, apresentam-se escuros, o que torna difícil e perigoso o acesso noturno, forçando os residentes a utilizarem urinóis e fraldas geriátricas durante a noite. Não há luz de vigília nos dormitórios, nem campainhas de alarme. Os banheiros, em sua maioria, não possibilitam entrada de cadeiras de rodas em todos os sanitários [Fotografia n° 14], não possuem barras de segurança em todas as

bacias sanitárias, as portas possuem vão livre na parte inferior menor do que 20 cm, e os pisos possuem desníveis [Fotografia n° 15]. As características que deveriam ser apresentadas são solicitadas pelas políticas públicas e pela Decisão do COREN – RS nº 006/2009.

Fotografia n° 10.

Fotografia n° 11.

Fotografia n° 12.

Fotografia n° 13.

Fotografia n ° 14.

Fotografia n° 15.

Salienta-se que todos os boxes para banho possuem barras de apoio. As circulações internas da instituição, em grande parte, atendem as dimensões preconizadas, possuindo corrimãos nos corredores e rampas. Observa-se, no entanto, que há uma diferenciação, pois, no térreo, onde se encontram os idosos ditos “asilados”, há presença de corrimão, mas, nos locais onde residem os “pensionistas”, há falta dos

mesmos. Verificam-se, ainda, locais de aglomeração de equipamentos decorativos (mesas centrais, tapetes, sofás...) que podem constituir obstáculos [Fotografia n° 4, n° 17 e n° 18] a dificultar a livre deambulação, os quais podem contribuir para a ocorrência de quedas.

Fotografia n° 16.

Fotografia n° 17.

A presença de equipamentos decorativos, em especial, o uso de tapetes soltos, foi observada em vários locais da ILPI.

Fotografia n° 18.

## 5.4 Cuidado ao idoso

Aqui, buscou-se apresentar a ILPI estudada, quanto às questões avaliativas diretamente relacionadas ao cuidado ao idoso residente.

A avaliação deu-se com a união das visões conjuntas do avaliador interno, o enfermeiro da ILPI, e do avaliador externo, a mestranda pesquisadora, e, portanto, questões diretamente relacionadas às atividades do enfermeiro da ILPI foram descritas pelo próprio avaliador interno. Assim, atendendo ao item 3.5 da avaliação, que diz respeito às seguintes questões: o enfermeiro da ILPI preocupa-se em prevenir limitações físicas? Em prevenir doenças? Preocupa-se com a prevenção de quedas e a manutenção da funcionalidade? As respostas foram favoráveis e atenderam as solicitações colocadas pelas políticas a seguir: Decisão COREN-RS nº 006/2009, Lei nº 8.842/1994, Portaria SAS/MS nº 249/ 2002 e Resolução RDC nº 283/ 2005.

A instituição desenvolve poucas atividades que estimulam a autonomia diária e capacidade funcional dos residentes: percebeu-se, inclusive, que alguns idosos com potencial funcional são mantidos acamados. Não há desenvolvimento periódico de atividades físicas como, por exemplo, caminhadas, passeios, participação em grupos de convivência, atividades artísticas, prática de trabalhos manuais ou estimuladores da cognição, como oficinas de leitura, embora haja área física e equipamentos disponíveis para isso.

As atividades realizadas com os idosos não partem, na maioria das vezes, dos profissionais da instituição, mas sim das ações realizadas em parceria com o grupo de pesquisa GEP/GERON e pelos estudantes, em atividades práticas na disciplina de Enfermagem Gerontogeriátrica. Ou ainda nas atividades de extensão ou de pesquisa, da Escola de Enfermagem da FURG. Também se registra a participação da comunidade na organização de festas comemorativas e outros eventos.

No que se refere à manutenção da identidade dos idosos, a instituição busca o fornecimento de um atendimento personalizado. Observa-se que cada dormitório possui identificação, sendo um lugar onde o idoso pode manter seus pertences; as roupas de uso pessoal também possuem identificação. Há preocupação em respeitar as crenças de cada residente e de reconhecê-lo pelo próprio nome, atitudes que revelam um caráter positivo da instituição. Verifica-se que a ILPI segue a orientação do Estatuto do Idoso, art. 50, incisos XV e X, quando se refere que o serviço prestado pela instituição deve fornecer um atendimento personalizado e propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças.

Conforme já referido, há na ILPI a presença de um fisioterapeuta, que atende em média 10 idosos, em aproximadamente 8 horas de trabalho semanais, o que é considerado insuficiente, percebendo a necessidade de reabilitação e preservação da capacidade funcional de alguns idosos.

Foi observada a presença de equipamentos de autoajuda[5], que atendem as necessidades de acordo com o grau de dependência dos residentes. Entre eles: bengalas, andadores, cadeiras de rodas e ainda cadeiras de banho e de uso sanitário [Fotografia n° 19, n° 20 e n° 21]. Alguns desses recursos pertencem à instituição ou ao próprio idoso; alguns, de uso individual; outros, coletivos, como as cadeiras de banho e de uso sanitário, que se encontram nos banheiros. A necessidade da existência dos equipamentos citados fica clara na Decisão COREN-RS nº 006/2009, Lei nº 8.842/1994, Portaria SAS/MS nº 249/ 2002 e na Resolução RDC nº 283/ 2005.

Fotografia n° 19.

Fotografia n° 20.

Fotografia n° 21.

Seguindo a RDC 283/2005, que regulamenta, diretamente, os padrões de funcionamento das ILPIs e ainda a Decisão COREN-RS nº 006/2009, há na instituição um prontuário para cada residente e que é, em parte, utilizado pela equipe de saúde, principalmente pelo enfermeiro. Nele são registradas as condições de cada idoso, avaliações, diagnósticos e resultados de exames. Tal documento acompanha o idoso nas consultas ou em uma eventual internação, realizada externamente à instituição.

Nesse Prontuário do Residente, existe local para registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Porém, verificou-se ausência de sua realização pelo enfermeiro, por sua demanda de ações. A SAE é realizada por estudantes de Enfermagem, durante as atividades práticas de ensino ou de extensão. Apenas as principais ocorrências são registradas pelo enfermeiro, na folha de anotações dos profissionais da saúde. A Decisão COREN-RS nº 006/2009 sugere que o enfermeiro realize o histórico, a identificação dos diagnósticos de Enfermagem e as respectivas prescrições.

Quanto aos acidentes por quedas, observou-se que os profissionais atuantes na ILPI desconhecem a necessidade de notificar à autoridade sanitária a ocorrência dessa queda com lesão, por constituir-se em um evento sentinela. Essa é uma orientação da Resolução da ANVISA de 2005 e do COREN-RS, de 2009. A queda mostra-se como uma ameaça constante na vida dos idosos que residem em ILPIs e, por isso, necessita ser eleita como um dos principais focos do enfermeiro que atua nessas instituições.

De um modo geral, tais foram os dados verificados na avaliação da ILPI, utilizando a ferramenta avaliativa construída, discutidos a seguir.

# 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dois artigos que emergiram de dois objetivos propostos na pesquisa e, por meio deles, serão analisados os dados do estudo realizado na ILPI. O primeiro, intitulado “Ferramenta avaliativa para Instituições de Longa Permanência para Idosos fundamentada nas políticas públicas”, buscou a construção de uma ferramenta avaliativa. A mesma seria utilizada como roteiro de verificação das condições estruturais e dos cuidados de enfermagem direcionados aos idosos institucionalizados, pelo enfermeiro da ILPI, na perspectiva da manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas. O presente artigo encontra-se nas normas de publicação da Revista da Escola de Enfermagem da USP (Anexo B).

O segundo artigo, intitulado “Propostas de ações direcionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção de quedas em idosos institucionalizados”, destacou a avaliação da adequação de políticas públicas voltadas ao idoso residente em uma ILPI, propondo ações de melhorias direcionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção de quedas. O mesmo artigo atende as exigências para publicação da Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo C).

## ARTIGO 1

# Ferramenta avaliativa para Instituições de Longa Permanência para Idosos fundamentada nas políticas públicas[6]

Evaluative tool to Long Permanence Homes for Aged based on public policies

La herramienta de evaluación en razones de política pública: la colaboración al enfermero de Hogar para Ancianos en la prevención de caídas

Ariane Minussi Feliciani[7]

Silvana Sidney Costa Santos[8]

RESUMO: Este estudo teve por objetivo construir uma ferramenta avaliativa para Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), baseada nas políticas públicas voltadas ao idoso, considerando a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas. Trata-se de uma pesquisa avaliativa inserida na metodologia estudo de caso. A ferramenta avaliativa foi elaborada, testada e aplicada em uma ILPI. Constituiu-se de questões relacionadas à organização, estrutura física da ILPI e dos pontos referentes ao cuidado ao idoso residente, tendo como fundamentação: Portaria Federal Nº. 810/1989/MS, Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002, Lei Nº. 10.741/2003 Lei Nº. 8.842/1994, Portaria Interministerial MS/ MPAS Nº. 5.153/ 1999, Lei Nº. 11.517/2000, Resolução RDC ANVISA Nº. 283/ 2005, Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 e Decisão COREN-RS Nº. 006/2009. Essa ferramenta poderá ser utilizada como roteiro de verificação das condições estruturais e de cuidados de enfermagem direcionados aos idosos institucionalizados, pelo enfermeiro da ILPI, na perspectiva da manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas.

**Descritores**: Enfermagem; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Políticas Públicas.

**ABSTRACT**: This study aimed at building an evaluating tool based upon the public policies related to aged residents in Homes for the Aged (HA), considering the maintenance of the functioning and prevention of falls. This is an evaluating research inserted in the type of case studying. The evaluating tool was made, tested and applied in other HA. It was formed of issues related to the HA organization/physical infrastructure and care provided to the aged resident, based on: Federal Decree nº 810/1989/MS, Decree SAS/MS nº 249/2002, Law nº 10.741/2003, Law nº 8.842/1994, Interministerial Decree MS / MPAS nº 5.153/ 1999, Law nº 11.517/2000, Resolution RDC ANVISA nº 283/ 2005, COREN-RS Decision nº. 099/2005 and COREN-RS Decision nº 006/2009. The evaluating tool might be used as guide-book to verify structural conditions and nursing care directed to the aged resident, by the nurse of the HA, in the functioning maintenance and fall prevention perspectives.

**Key words:** Nursing; Homes for Aged; Public Policies.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo por objetivo construir una herramienta de evaluación para Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEA), basada en las políticas públicas para la tercera edad, teniendo en cuenta el mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de caídas. Es una investigación evaluativa incluida en la metodología estudio de caso. La herramienta de evaluación fue desarrollada, probado y aplicado en una ILEA. Consistió en preguntas relacionadas con la organización, estructura física de la ILEA y temas relacionados con el cuidado de los ancianos residentes, teniendo como fundamentación: Ordenanza Federal n º. 810/1989/MS, la Portaria SAS / MS no. 249/2002, Ley N º 10741/2003. Ley nº 8842/1994, portaria interministerial

MS / MPAS No. 5153 / 1999, Ley no. 11517/2000, Resolución n º RDC/ANVISA nº 283/2005, Decisión COREN-RS no. 099/2005 y la Decisión COREN-RS no. 006/2009. Esta herramienta podrá ser utilizada como itinerario de verificación de las condiciones estructurales y de cuidados de enfermería dirigidos a los ancianos institucionalizados, por el enfermero de la ILEA, en la perspectiva del mantenimiento, funcionalidad y prevención de caídas.

**Descriptores:** Enfermería; Hogares para Ancianos; Políticas Públicas.

## INTRODUÇÃO

Refletir sobre o processo de envelhecimento faz-se relevante, visto que, nas últimas décadas, observa-se um considerável aumento na população idosa mundial. Fato observado inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil, que vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico com um prognóstico de crescimento ainda maior para os próximos anos. A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro (14,9%) e o Rio Grande do Sul (13,5%) continuam sendo os estados com maior proporção de idosos[1].

Essa transformação demográfica e epidemiológica, pela qual o Brasil passa, faz com que surjam questionamentos sobre o envelhecimento e suas implicações nos âmbitos biopsicossociais. Dessa maneira, começam a surgir, nas últimas décadas, políticas públicas referentes às pessoas idosas, bem como um notável aumento das preocupações alusivas ao cuidado desses idosos e de sua família e à moradia mais adequada. Assim, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), surgem em destaque, como forma de moradia para os idosos solitários, ou daqueles cujas famílias não têm condições de cuidá-los.

O crescimento da população idosa eleva a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitas vezes incapacitantes, que podem acarretar, não raramente, dependência física, cognitiva e social e, consequentemente, um significativo impacto na sociedade[2]. Nessa perspectiva, o envelhecimento brasileiro pode ser caracterizado pelo acúmulo de progressivas incapacidades no desenvolvimento das atividades funcionais e de vida diária, associada às condições sócio-econômicas adversas[3].

O risco de mortalidade é substituído por comorbidades e a manutenção da capacidade funcional surge como importante paradigma de saúde, bastante significativo para o idoso[3]. A conservação da funcionalidade é um elemento-chave para a saúde global do idoso, pois corrobora para sua independência. Seguindo essa linha de

pensamento, há a necessidade de se discutir e dar ênfase à ocorrência de quedas, problema relevante, pelo impacto que pode causar no cotidiano do idoso, seja ele institucionalizado ou não.

Um dado importante a ser considerado é que, geralmente, elas não ocorrem durante a realização de atividades consideradas perigosas, como subir em escadas ou em cadeiras, mas sim em ações rotineiras, diárias[4].

Em função do contexto apresentado, cuidar adequadamente dos idosos demanda apropriadas políticas públicas, que visem ao ambiente de atendimento, bem como ao modelo de formação e atuação dos trabalhadores que assistem os idosos.

Desse modo, frente à relevância do tema, em especial pelo envolvimento que a Enfermagem tem tido no cuidado do idoso institucionalizado, surgiu a seguinte questão de pesquisa: é possível construir uma ferramenta avaliativa, utilizando-se das políticas públicas, que se direcione à manutenção da funcionalidade, prevenção de quedas e contribua com o trabalho do enfermeiro que atua em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)?

OBJETIVO: construir uma ferramenta avaliativa para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), baseada nas políticas públicas voltadas ao idoso, considerando a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas.

MÉTODOS

Inicialmente se realizou uma pesquisa bibliográfica, orientada pelo tema as políticas públicas, na busca daquelas que fizessem referência ao idoso ou ao processo de institucionalização. Assim, foi constituída uma bibliografia atualizada e abrangente, incluindo a leitura de artigos, livros, documentos e legislações estaduais e nacionais. Posteriormente, procedeu-se a uma triagem, na qual permaneceram textos referentes às políticas públicas que possuíssem em seu conteúdo questões voltadas ao processo de envelhecimento e ao idoso institucionalizado.

Após, deu-se a elaboração de uma ferramenta para avaliação de ILPIs, fundamentada nas políticas públicas, com intuito de analisar a adequação das mesmas nas ILPIs, quanto à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas. A ferramenta elaborada objetivou ainda servir de roteiro para o enfermeiro na avaliação dessas instituições. Foi testada e, posteriormente, aplicada em uma ILPI centenária, localizada no Rio Grande do Sul, Brasil, que contava, na data do estudo, com 65 idosos. Tal ferramenta foi ainda, avaliada sob a ótica de uma Especialista em Gerontologia pela

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A avaliação como uma ferramenta de identificação de acertos e dificuldades com vistas ao aperfeiçoamento, não se trata simplesmente de um exame comparativo entre o ideal (proposto) e o que é realizado, mas de subsidiar o processo, oferecendo elementos para êxito nas atividades propostas[5].

Trata-se de um estudo de caso, por permitir uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Os estudos de caso têm um lugar de destaque nas pesquisas de avaliação[6]. Sendo assim, a pesquisa apresenta-se como um estudo de caso, que teve como foco a investigação avaliativa.

Foi selecionado, como critério da avaliação, que a meta fosse a priorização das condições da produção do conhecimento e, assim, servisse para o aprimoramento do cuidado de enfermagem realizado em ILPIs. Tendo como referência a instituição/caso avaliada/o, selecionou-se um observador interno (enfermeiro da ILPI) e um avaliador externo (própria pesquisadora), o que proporcionou um enfoque comparativo entre os dados verificados e o referencial teórico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ferramenta buscou verificar a presença de fatores observados na ILPI investigada que possam contribuir para a manutenção da funcionalidade do idoso, prevenção de quedas e que sirva de subsídios para o enfermeiro que atue em ILPI.

Ela foi elaborada a partir das políticas públicas direcionadas ao idoso institucionalizado. Para tanto, descreve-se o que cada dispositivo legal traz, em sua composição, sobre questões que tenham a finalidade de intervir para manter a funcionalidade, independência e autonomia do idoso, seja por meio de ações cuidativas, educacionais, ou por meio de cuidados gerenciais, voltados às estruturas/ambientes/contextos. Entende-se que tais ações tenderão a direcionar a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados.

A ferramenta avaliativa ficou composta de dados de identificação da ILPI, assim apresentados: data do início de funcionamento, endereço, nome fantasia e razão social, natureza jurídica e número de residentes. Foi elaborada em um quadro no qual se encontravam dispostas questões específicas, observadas e relacionadas à organização, à estrutura física e ao cuidado aos idosos residentes. Nesse mesmo quadro, há lacunas destinadas às anotações verificadas *in loco* e à apresentação dos dispositivos legais

correspondentes a cada questionamento. Por fim, há na ferramenta um espaço reservado para observações e identificação do enfermeiro avaliador.

Lista-se, a seguir, as políticas públicas que possuem em sua composição dispositivos referentes à manutenção da funcionalidade e à prevenção de quedas.

## POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

As questões específicas surgiram após a revisão bibliográfica, na qual foram selecionados os dispositivos legais, que descritos na sequência.

A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos[7]. Percebe-se que a atenção à funcionalidade dos idosos se faz presente nessa Portaria, principalmente nos aspectos estruturais. Define, por exemplo, que os corredores deverão conter corrimão em ambos lados, sem que haja qualquer tipo de obstáculos, como equipamentos decorativos. Os pisos devem ser de material antiderrapante, de fácil limpeza e preferencialmente monocromáticos. Recomendações que permitem verificar a preocupação em prevenir a ocorrência de quedas e, consequentemente, colaborar para a manutenção da independência funcional dos idosos.

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, por meio da Lei nº 8842 e regulamentada em 1996, através do Decreto 1948, garante direitos sociais ao idoso, criando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde. No capítulo IV, *Das Ações Governamentais*, ficam inclusas nos programas de assistência ao idoso, formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradias, levando em consideração seu estado físico e sua independência de locomoção[8]. Direcionam-se essas situações à ILPI.

Em 1999 foi criada a Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, que institui o Programa Nacional dos Cuidadores de Idosos, com a proposta de se estabelecer protocolos específicos com as universidades e entidades não governamentais, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar e institucional. Possui o intuito de criar alternativas que proporcionem ao idoso uma melhor qualidade de vida, reduzir a institucionalização, considerando o atendimento integral do idoso e sua família[9]. Ambas questões que necessitam serem melhor refletidas.

Em 2000, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul instituiu a Política Estadual do Idoso, pela Lei 11.517, tendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na

sociedade[10]. Sem dúvida, um marco importante para o reconhecimento da cidadania do idoso.

Em 2002 foram propostas a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (portaria nº 702/SAS/MS), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS[11]. Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 249/SAS/MS/02. Tem como exigência geral: desenvolver programa de orientação de acompanhantes de idoso no período de internação hospitalar, orientando-os para melhorar o apoio ao idoso, no que diz respeito à sua independência, buscando preservar ao máximo sua autonomia[12].

Em 2003, o Congresso Nacional aprova o Estatuto do Idoso, definido pela Lei 10.741, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, dentre elas a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). No artigo 37 do referido Estatuto, fica estabelecido que o idoso tem direito à moradia digna, inserido na família natural ou substituta; desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar; e, ainda, em instituição pública ou privada[12].

Essas instituições devem manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos e condizentes com as normas sanitárias. Assim, as ILPIs necessitam oferecer instalações físicas adequadas; estar regularmente constituídas; propiciar a preservação dos vínculos familiares e a participação dos idosos na comunidade, tanto interna como externamente à instituição. Além disso, devem preservar a identidade do residente e oferecer-lhe um ambiente com respeito e dignidade[12].

Em 2005, entra em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), substituindo a Portaria nº 810/89, no que diz respeito ao regulamento técnico para funcionamento das ILPIs, adotando a terminologia ILPI e fundamentando suas regras de funcionamento. A RDC nº 283/2005 tem o objetivo maior de contribuir para a prevenção e redução de riscos sanitários que podem atingir a saúde dos idosos institucionalizados, destacando a necessidade de trabalhadores capacitados para atendê-los adequadamente[13].

Em 2006, os gestores do SUS, representados em suas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), pactuaram a defesa do SUS como política de Estado, por meio da implantação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, facilitando os processos de regionalização e

gestão do SUS. Deles, destaco o Pacto pela Vida, que estabelece um conjunto de compromissos sanitários, sendo considerado prioritário o atendimento ao idoso[14].

E nesse contexto surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2528, de outubro de 2006, estabelecendo que as práticas de cuidados destinadas aos idosos exigem uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional. Desse modo, leva-se em consideração a grande interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde deles, além da importância do ambiente em que estão inseridos[15].

E ainda, percebendo a importância do enfermeiro na atenção ao idoso, optou-se por trazer ao conhecimento as decisões estabelecidas pelo Conselho Regional de Enfermagem, no tocante à condução da atividade do enfermeiro.

Dentre tais decisões, são enfatizadas às relativas ao cuidado ao idoso institucionalizado, tomadas pelo estado do Rio Grande do Sul, por meio da Decisão do COREN-RS Nº 006/2009, que determina, entre outras questões, que toda a ILPI com atividades de enfermagem, deve apresentar certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, sendo obrigatória a presença de enfermeiro para a realização de supervisão de cuidados, sempre que houver técnicos ou auxiliares de Enfermagem exercendo alguma atividade na instituição. Deve-se, além disso, atentar para os documentos exigidos para a abertura de uma ILPI, como o Alvará da Saúde, fornecido pela Vigilância Sanitária do Município; requisitar à Instituição, infraestrutura física adequada que responda às necessidades específicas do atendimento aos idosos [16].

Assim, após a revisão acerca das políticas públicas para idosos no contexto brasileiro, deu-se início à criação da ferramenta avaliativa, apresentada a seguir.

## FERRAMENTA AVALIATIVA

A ferramenta avaliativa elaborada foi estruturada em um quadro de três colunas, no qual na primeira encontram-se as questões específicas a serem observadas; na coluna interna, há o espaço destinado às anotações verificadas *in loco* e, na terceira coluna, há os dispositivos legais respectivos, que fundamentam cada item avaliado.

Quadro 1 – Ferramenta avaliativa construída e aplicada para a manutenção da funcionalidade e a prevenção de quedas em idosos residentes em ILPI, Rio Grande do Sul, 2009.

**Dados de Identificação**

Razão Social:

Nome Fantasia:

Data do Início do Funcionamento: ____/____/_____

Data da Avaliação : ____/____/_____

Endereço:

Município: UF:

Fone: ( ) Fax: ( )

E-mail:

Natureza jurídica: ( )Filantrópica ( ) Pública. Qual?----------( ) Privada

Quantidade de residentes no dia da inspeção?

Existem residentes com menos de 60 anos?

Motivos:_____

| **Questões específicas** | | |
|---|---|---|
| Questões a serem observadas: | Anotações verificadas *in loco*: | Dispositivos legais: |
| **1)** Quanto à Organização | | |
| ***1.1)*** *A ILPI estudada possui um responsável técnico? Atende à política pública, quantos aos requisitos indispensáveis a esse responsável técnico? O responsável cumpre a carga-horária de, no mínimo, 20 hs semanais?* | | - Portaria Federal Nº.810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 |
| **1.2)** *A ILPI estudada possui Alvará da Vigilância Sanitária*? Está em local visível? | | - Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.3)*** *A ILPI estudada possui registros de admissão e mantém prontuário do residente atualizado? Como ocorre sua utilização?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***1.4)*** *A ILPI possui trabalhadores que realizam avaliações de enfermagem e avaliação sistemática da capacidade funcional dos idosos? Quem são esses trabalhadores? Quais suas formações na Gerontologia/Geriatria? Que cargas-horárias eles dispõem para tal? Que instrumentos ele(as) utilizam nessas avaliações?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS |
| **1.5)** *A ILPI estudada firma contrato com os idosos? Quais os termos desse contrato?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |

| | | |
|---|---|---|
| | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.6)*** *A ILPI estudada busca preservar os vínculos com os familiares dos institucionalizados? Oferece um atendimento personalizado, preservando a identidade e respeitando as diferenças dos residentes?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- LEI Nº. 11.517/2000 |
| **1.7**) *Existe algum membro da ILPI que faça parte do Conselho Municipal do Idoso (CMI)? Quem é? Qual sua formação? Que contribuições essa pessoa pode fornecer ao CMI?*<br><br>***1.8****) Há uma fiscalização do CMI na ILPI estudada? Houve alguma visita/fiscalização? Quem realizou tal ação? Há quanto tempo ocorreu?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- LEI Nº. 11.517/2000<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| **1.9**) *Os cuidadores e demais trabalhadores da ILPI são pessoas que possuem habilidade e competências para prestar o atendimento às especificidades do idoso residente? Qual a formação deles? Tiveram alguma capacitação voltada ao cuidado do idoso?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Portaria Interministerial MS/ MPAS Nº. 5.153/ 1999<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***1.10)*** *A ILPI atende as exigências da RDC Nº 283/2005 quanto ao dimensionamento dos cuidadores conforme o grau de dependência dos idosos? Descreve detalhadamente a distribuição cuidadores/idosos da ILPI investigada? Possui uma cópia da RDC Nº. 283/ 2005 para consulta?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.11****) A ILPI realiza educação permanente para seu quadro de trabalhadores? Com que frequência ocorre? Em que momento? Quem realiza essa ação? Como se dá a participação dos trabalhadores?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- LEI Nº. 8.842/1994 |

| | | |
|---|---|---|
| | | - Portaria Interministerial MS/ MPAS Nº. 5.153/ 1999<br><br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br><br>- Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 |
| ***1.12**) Há na ILPI um enfermeiro para supervisionar a equipe de enfermagem e os cuidadores dos idosos? Qual a carga-horária semanal desse enfermeiro? Que ações ele desenvolve?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***2.Quanto à estrutura*** | | |
| ***2.1**) Possui registro de entidade social? A ILPI possui uma identificação externa visível, que possibilite a identificação de ser uma instituição de atendimento aos idosos? Qual a aparência externa da ILPI investigada?* | | - LEI Nº. 10.741/2003 |
| ***2.2**) A ILPI apresenta pisos internos, externos, rampas e escadas protegidos com mecanismos antiderrapantes?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br><br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.3**) As rampas e escadas da ILPI possuem corrimão? Possuem sinalização?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br><br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.4**) Os dormitórios da ILPI são separados por sexo?*<br><br>*Os dormitórios acomodam no máximo 4 idosos?*<br><br>*Existe na ILPI luz de vigília nos dormitórios? É fácil o acesso ao banheiro, durante a noite?*<br><br>*Os dormitórios são dotados de campainha de alarme, caso o idoso necessite solicitar auxílio? Em caso de necessidades, há camas com grades de proteção?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br><br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br><br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***2.5**) A ILPI estudada possui banheiros coletivos, separados por sexo?*<br><br>*Os banheiros coletivos possuem vaso sanitário que permita entrada de cadeira de rodas? Possuem barras de segurança nos boxes? Possuem barras de segurança perto das bacias* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS |

| | | |
|---|---|---|
| *sanitárias? Os banheiros não possuem desníveis? As portas dos sanitários coletivos possuem vão livre de 20 cm na parte inferior?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***2.6)*** *As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00 m? As circulações com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? Realiza manutenção predial preventiva e corretiva? De quanto em quanto tempo?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.7)*** *A instituição funciona em ambiente pavilhonar (horizontal)? Corredores e ambientes de maior circulação não possuem obstáculos (equipamentos decorativos, bancos, mesas...)?* | | - Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***3.Quanto ao cuidado ao idoso*** | | |
| ***3.1)*** *A ILPI desenvolve atividades que estimulam a autonomia dos idosos? Quais são essas atividades? Com qual frequência elas ocorrem?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- LEI Nº. 10.741/2003 |
| ***3.2)****A ILPI estudada procura atender ao Idoso, buscando promover a manutenção de sua autonomia e capacidade funcional?*<br><br>***3.3)****Há uma preocupação em reabilitar a capacidade funcional comprometida do idoso institucionalizado? A ILPI tem fisioterapeuta? Quantos idosos ele atende? Como se apresenta seu plano de trabalho?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- LEI Nº. 8.842/1994 |
| ***3.4)*** *A ILPI notifica à autoridade sanitária casos de quedas com algum tipo de lesão? Registra esses casos em livros específicos? Quais tipos de livros ou documentos?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |

| | | |
|---|---|---|
| ***3.5**) O enfermeiro da ILPI preocupa-se em prevenir limitações? E em prevenir doenças? Preocupa-se com a prevenção de quedas? Com a manutenção da funcionalidade dos idosos? Que ações são tomadas quando um idoso cai? (Descrever cuidadosamente) Existem equipamentos de autoajuda (bengalas, cadeira de rodas, óculos...) e materiais em condições de uso para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***3.6**) Existe na ILPI um prontuário de cada residente atualizado? Como ele é utilizado? Por quem? Onde ele é guardado? Ele acompanha o idoso residente em consultas, exames especiais e internação hospitalar? Se sim, como ocorre esse acompanhamento? Em caso de intercorrências médicas, como é realizada a remoção?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS |
| ***3.7**) Existe a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na ILPI? Como ela ocorre? Quantas etapas são contempladas? Se há identificação dos diagnósticos de enfermagem, que classificação é utilizada? Qual a ação do enfermeiro em relação à SAE? E dos demais integrantes da equipe de enfermagem? E dos cuidadores?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***3.8**) Há registro diário por turno de ocorrências das principais alterações dos idosos residentes na ILPI? Quem são os responsáveis por tais registros? Essas ocorrências também são anotadas nos prontuários dos idosos residentes?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***3.9**)A ILPI possibilita que idosos independentes, se quiserem, possam efetuar todo o processamento de roupas de uso pessoal (lavar, secar, guardar...)?*<br><br>*As roupas dos idosos residentes são identificadas com a intenção de manter o máximo de individualidade? Onde são guardadas? Os idosos possuem armários individuais em seus quartos?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |

**OBSERVAÇÕES**:.....
.....**Avaliador:** .....**COREN:**.....

O principal requisito para o enfermeiro que quer trabalhar em uma ILPI é conhecer o processo de envelhecimento para definir ações que possibilitem um atendimento integral das necessidades expressas e não expressas do idoso residente, tentando conservar ao

máximo os princípios de autonomia e independência. E ainda, habilitar a equipe de enfermagem com finalidade de capacitá-la à execução de ações do cuidado ao idoso com maior sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade. Como enfermeiro de ILPI, esse trabalhador deve possuir habilidades para tornar o cuidado mais humanizado, acolhedor, avaliativo e, assim, contribuir para um progresso na qualidade de vida do idoso institucionalizado[17].

A ferramenta avaliativa elaborada no estudo visa contribuir com o trabalho do enfermeiro que atua em ILPIs, pois buscará avaliar a adequação das políticas públicas nessas instituições, no que se refere à verificação de características organizacionais, estruturais e de cuidados ao residente, relacionadas à manutenção da funcionalidade e à prevenção das quedas.

A ILPI necessita ter infraestrutura física, material e de pessoal adequada para atender as necessidades dos idosos residentes. Para tanto, necessita incluir a eliminação de barreiras de qualquer natureza, o oferecimento de dispositivos acessíveis para o idoso, além de uma disponibilidade físico-geográfica que promova a individualidade[18].

Nesse conjunto, torna-se importante proporcionar a manutenção da capacidade funcional do idoso. Ato que conduz a implicações positivas para melhorar a qualidade de vida dos residentes. O estímulo à autonomia e à independência do idoso institucionalizado é uma importante condição para a manutenção da sua independência física[19]. O que pode, por sua vez, contribuir para a diminuição da ocorrência de quedas.

A incidência de quedas em idosos há muito tempo já é aceita como uma consequência natural do processo de envelhecimento. Tal concepção está centrada no fato de que pelo menos 30% da população de idosos brasileiros sofrem anualmente pelo menos um episódio de queda[20]. Os fatores responsáveis pelas mesmas podem ser descritos como intrínsecos ou extrínsecos. Na presente pesquisa, destacam-se os fatores extrínsecos, aqueles que dependem de circunstâncias ambientais/contextuais[21]. Assim, a inserção de medidas estabelecidas pelas legislações, como, por exemplo, a RDC 283/2005, busca minimizar a ocorrência das quedas, em especial nas ILPIs.

O enfermeiro tem um papel fundamental na manutenção e recuperação da capacidade funcional, habilitando o idoso para cumprir as atividades básicas e instrumentais da vida diária[22]. Para tanto, esse profissional precisará de conhecimentos adquiridos não só durante sua formação acadêmica, mas também continuamente, por meio de educação permanente.

## CONCLUSÃO

Foi possível construir uma ferramenta que possibilitasse, a partir das políticas públicas vigentes, avaliar uma ILPI, tendo por finalidade contribuir com a manutenção da funcionalidade e com a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados. Também permite orientar o enfermeiro na avaliação dessas instituições, auxiliando-o na realização do seu processo de trabalho.

A metodologia do estudo de caso forneceu subsídios para a realização da pesquisa, pois a aplicação da ferramenta avaliativa possibilitou o reconhecimento das reais características do caso estudado. Após a revisão bibliográfica e a triagem realizada nas legislações, foram encontradas as seguintes políticas públicas, com enfoque no idoso: Portaria Federal nº 810/1989/MS, Portaria SAS/MS nº 249/2002, Lei nº 10.741/2003, Lei nº 8.842/1994, Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153/1999, Lei nº 11.517/2000, Resolução RDC nº 283/2005, Decisão COREN-RS nº 099/2005 e Decisão COREN-RS nº 006/2009, que serviram de fundamentação para a elaboração da ferramenta.

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

## REFERÊNCIAS


1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2009. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
2. Pelzer MT. Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua [Tese]. Florianópolis: Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
3. Pereira LSM, Britto RR, Valadares NC. Programa de melhoria da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados. In: Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, 7, Belo Horizonte, 12 a 15 set. 2005. Anais Eletrônico. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2009.
4. Fabrício SC, Rodrigues RA, Costa Jr ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (1): 9-93.
5. Belloni I, Magalhães H, Sousa LC. Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 810 Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso.

Diário Oficial da União, Brasília, 27 set. 1989. Seção 1, p. 17297-8.

8. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretária da Assistência Social. Lei n. 8842/94 e Decreto 1948/96. Institui a Política Nacional do Idoso. Brasília; 1996.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Portaria Interministerial n°. 5.153, de 7 de abril de 1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília; 1999.

10. Rio Grande do Sul (Estado). Lei 11.517, de 26 de julho de 2000. Institui a Política Estadual do Idoso. Palácio Piratini, Porto Alegre, 26 de julho de 2000.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 249, de 16 de abril de 2002. Aprova as Normas e Cadastramentos de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 17 de abr. 2002.

12. Brasil. Lei n. 10.741, de $1^0$ de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de out. Seção 1, p.1.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, Brasília de 27 de set de 2005.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde, 2006. Portaria n° 399 – MS/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília; 2006.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de out. de 2006. Seção 1, p. 142.

16. Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul. Decisão n° 006-2009. Normatização para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs). Porto Alegre, 2009.

17. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. Revista de Enfermagem da UFPE On Line. 2008; 2(3): 262-68.

18. Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 352p.

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

20. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de riscos para quedas em idosos. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(1): 8-32.

21. Paixão Jr CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 950-960.

22. Cunha LFL. Saúde Geriátrica. Disponível em: http://www.saudegriatrica.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/enfer07.html Acessado em: out. 2009.

## ARTIGO 2

# Propostas de ações direcionadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos institucionalizados[9]

Proposes of actions directed at maintaining the functionality and prevention of falls in institutionalized aged

Las acciones propuestas dirigidas a mantener la funcionalidad y la prevención de caídas en ancianos institucionalizados

Ariane Minussi Feliciani[10]

Silvana Sidney Costa Santos[11]

RESUMO: Objetivou-se propor ações de melhoria para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, no sul do Rio Grande do Sul, Brasil, que auxiliem o enfermeiro na manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas dos idosos residentes. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, na qual se construiu, testou e aplicou uma ferramenta avaliativa, fundamentada nas políticas públicas para ser utilizada pelo enfermeiro que atue em uma Instituição de Longa Permanência. Tal avaliação aconteceu no mês de setembro de 2009. Com a aplicação da ferramenta foi possível identificar ações que poderão contribuir para a manutenção da funcionalidade e para a prevenção de quedas. Espera-se, ainda que esta ferramenta avaliativa sirva de maior interconexão entre o Serviço e a Academia/Universidade, para que outras frentes de ações estratégicas sejam articuladas e voltadas à melhoria do cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado.

**Descritores**: Enfermagem; Idoso; Acidentes por quedas, Instituição de Longa Permanência para Idosos.

**ABSTRACT:** The present study aimed at evaluating the integration of the public policies to the aged resident, which contributes in the functioning maintenance and prevention of falls among residents, helping nurse in the actions for improvement in a Home for Aged, in Rio Grande do Sul, Brazil. This is an evaluating research, in which was built, tested and applied an evaluating tool, grounded in the public policies, having as the main mark its utilization by the nurse who works in a HA. This evaluation occurred in September of 2009. Through the using of this tool, it was possible to identify actions that can contribute in the functioning maintenance and prevention of falls, and, so that, proposing them to the directors and professionals of the HA. It is, also, expected this evaluating tool could be able to established a higher interconnection between the service and de Academy/University, so that other groups of strategy actions are coordinated and aimed at improving the nursing care to the institutionalized aged.

**Descriptors:** Nursing; Aged; Accidental Falls; Homes for Aged

**RESUMEN:** El trabajo tuve por objetivo proponer acciones para mejorar una Institución de Larga Estancia para Ancianos, en el sur del Rio Grande do Sul, Brasil, y ayudará el enfermero en el mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de las caídas en los ancianos residentes. Es una investigación de evaluación en la que fue construido, probado e implementado una herramienta de evaluación, basado en las políticas públicas para ser utilizados por el enfermero para actuar en una Institución de Larga Estancia. Esta evaluación fue hecha en septiembre de 2009. Con la aplicación

de la herramienta fue posible identificar acciones que podrán contribuir a mantener la funcionalidad y la prevención de caídas. Se espera, aunque que esto sirve como una herramienta de evaluación de interconexión entre el Servicio y la Academia/ Universidad, para que otras frentes de acciones estratégicas sean coordinadas y encaminadas a mejorar los cuidados de enfermería de ancianos institucionalizados

**Descriptores:** Enfermería; Anciano; Accidentes por Caídas; Hogares para Ancianos.

## INTRODUÇÃO

A questão que despertou esse estudo diz respeito à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos que residem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Verifica-se que a necessidade de existência da ILPI surge em função do aumento de idosos e de dificuldades apresentadas pelos familiares, na tarefa de cuidá-los nos domicílios. A tendência é aumentar a demanda por ILPIs no Brasil, ainda que as políticas deem prioridade à família como cuidadora do idoso. Embora imbuídos dessa percepção, há consenso de que, em muitos momentos, a institucionalização se torne alternativa importante, devendo assegurar a qualidade de vida para o idoso[1].

A ILPI é considerada um sistema social organizacional, baseando-se em conceitos de que sistemas sociais organizacionais ou organizações passam a existir com a finalidade de desenvolver atividades sociais que se restringem ao cumprimento e satisfação de metas específicas e das necessidades humanas [2]. Possibilitam ainda uma reconstrução de vida fora do contexto familiar e parental [3]. A ILPI apresenta-se ainda como uma instituição híbrida que atende ao idoso residente nas questões sociais e nas demandas de saúde.

Assim, esse tipo de instituição necessita ser vista como um estabelecimento prestador de serviços. Assistindo ao idoso de forma multidimensional, sendo local provido de atendimentos que supram as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do residente. Essa percepção acerca da ILPI justifica-se para que essas instituições não se tornem lugares de aglomeração de idosos, mas, que nelas se façam presentes reflexões que envolvam o processo de envelhecimento, seja por meio de estudos/pesquisas, fomentos na área de gerontologia, ações sociais e/ou por meio de políticas públicas voltadas ao idoso.

No contexto das políticas públicas existem alguns dispositivos legais que em sua composição voltam-se à ao idoso institucionalizado e fazem referência à manutenção da funcionalidade, independência e autonomia, além de outros atos legalísticos que auxiliam na prevenção de quedas.

O Ministério da Saúde instituiu como uma de suas prioridades no Pacto pela Vida a saúde do idoso e nela a queda é considerada evento sentinela. Dessa forma, encontra-se como indicador de monitoramento do Pacto pela Vida o número de casos de internações hospitalares de idosos por fratura de fêmur [4], um dos principais problemas decorrentes de quedas. Os problemas traumato-ortopédicos podem ser considerados sinalizadores da redução da capacidade funcional do idoso.

OBJETIVO: propor ações de melhoria para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no Rio Grande do Sul, Brasil, que auxiliem o enfermeiro na manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas dos idosos residentes.

## MÉTODO

Pesquisa avaliativa. A avaliação é vista como uma ferramenta de identificação de acertos e dificuldades com vistas ao aperfeiçoamento, não se trata simplesmente de examinar comparativamente o ideal (proposto) do que é realizado, mas subsidiar o processo, oferecendo elementos para êxito nas atividades propostas [5].

A ILPI avaliada localiza-se no Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de uma instituição centenária, na qual residiam em média 65 idosos na data da pesquisa.

Na coleta de dados utilizou-se ferramenta avaliativa construída, testada em outra ILPI e aplicada na ILPI investigada, em setembro de 2009, por dois avaliadores: interno/enfermeiro da ILPI e externo/enfermeira mestranda. Esse instrumento foi fundamentado nas políticas públicas e objetivou possibilitar a verificação da inserção dessas políticas na ILPI, considerando à manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas.

Tal ferramenta foi estruturada em quadro de três colunas: na primeira, encontram-se as questões específicas, como organização/estrutura física da ILPI e cuidado ao idoso

institucionalizado; na coluna interna há espaço destinado às anotações das verificações *in loco;* na terceira, os dispositivos legais respectivos da fundamentação de cada item a ser avaliado.

Antes da aplicação a ferramenta foi submetida ao olhar crítico de especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Após, realizou-se teste-piloto o que suscitou em acréscimos de algumas outras questões, e só depois, a mesma utilizada na avaliação da ILPI.

A análise dos dados foi realizada tendo como parâmetros os dispositivos legais utilizados para fundamentação teórica da ferramenta avaliativa, que foram: a Portaria nº 810/1989, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, a Política Estadual do Idoso, a Portaria nº 702/SAS/MS/ 2002, a Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, o Estatuto do Idoso, o Decreto nº 5.109, a RDC nº 283/2005, e a Portaria nº 2528/2006. Percebendo a importância que o enfermeiro exerce na atenção ao idoso, optou-se por trazer ao conhecimento a resolução que rege a atividade do enfermeiro, em especial, às relativas ao cuidado ao idoso institucionalizado: Decisão do COREN-RS nº 006/2009. Depois, apresentam-se as propostas de ações voltadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em idosos institucionalizados.

## RESULTADO

Apresentam-se os principais achados na avaliação da ILPI, conforme a disposição dos elementos da ferramenta avaliativa construída.

### *Organização*

Na avaliação da ILPI encontra-se um Responsável Técnico (RT) com formação em Serviço Social, com 10 horas semanais. Percebeu-se que a ILPI vem buscando atender as exigências de dimensionamento de pessoal, possuindo um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um nutricionista, cinco técnicos de enfermagem, e oito cuidadores para um total de 65 idosos.

Verifica-se que 90% dos idosos encontram-se na Modalidade I, independência para AVD, que fazem ou não uso de equipamentos de auto-ajuda e 10% na Modalidade II, dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado e que necessitam de cuidados específicos. Faz-se

importante salientar que alguns idosos têm cuidadores particulares e não entram nesse quantitativo de trabalhadores da ILPI, sendo esses cerca de 20 dos 65 institucionalizados.

Foi possível observar que não há na ILPI o desenvolvimento de ações periódicas de capacitação e qualificação dos seus trabalhadores. O enfermeiro presente na ILPI realiza durante suas 20hs/semanais atividades de supervisão dos técnicos de enfermagem, além de recuperação, proteção e promoção da saúde dos idosos, havendo para tanto um Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem (MNRTE) atualizado. Outra característica importante na ILPI é a existência de registro de admissão de todos os idosos e o Prontuário do Residente.

Ainda, quanto à organização observou-se que a instituição possui um representante no Conselho Municipal do Idoso (CMI) e documentos exigidos para funcionamento.

*Estrutura física*

Percebeu-se que a ILPI esta edificada em um prédio de grande extensão, com características pavilhonar e vertical, tem um elevador de uso restrito, para segurança e maior comodidade dos residentes, que permanece fechado, sendo preciso que um trabalhador abra e acompanhe o idoso quando for usá-lo.

Apresenta duas portarias de acesso externo, ambas com recepções independentes e recepcionistas presentes, além de outra exclusiva para serviços. Os pisos internos e externos, bem como as escadas e as rampas, em sua totalidade, não possuem pisos antiderrapantes, nem uniformidade dos mesmos. Escadas não se encontram sinalizadas.

Verificou-se que dormitórios e banheiros são separados por sexo. Os dormitórios coletivos acomodam de uma a quatro pessoas, os banheiros encontram-se nos corredores, apresentam-se escuros, o que torna o acesso noturno difícil. Tais banheiros em sua maioria, não possibilitam entrada de cadeiras de rodas em todos os sanitários, não possuem barras de segurança em todas as bacias sanitárias, as portas possuem vão livre na parte inferior menor do que 20 cm, e ainda, os pisos apresentam desníveis.

Foi possível observar locais de aglomeração de equipamentos decorativos como mesas

centrais, tapetes, sofás, considerados obstáculos para a livre deambulação do idoso.

*Cuidado ao Idoso*

Observou-se que a ILPI desenvolve poucas atividades que estimulam a autonomia diária e capacidade funcional dos residentes, percebeu-se que alguns idosos com potencial funcional, são mantidos acamados. Também não há desenvolvimento de atividades físicas, como: caminhadas, passeios, participação em grupos de convivência, atividades artísticas como trabalhos manuais ou que estimulem a cognição como oficinas de leitura, embora haja área física e equipamentos disponíveis para isso.

No que se refere à manutenção da identidade dos idosos, a instituição busca o fornecimento de um atendimento personalizado, havendo preocupação em respeitar as crenças de cada residente e liberando a saída dos idosos independentes sós, ou os dependentes, desde que a família deixe autorização por escrito.

A ILPI tem Prontuário do Residente no qual existe espaço reservado para o registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Verificou-se ausência de sua realização pelo enfermeiro. Existem na instituição equipamentos de auto-ajuda que auxiliam os idosos e permitem a manutenção da capacidade funcional.

Os profissionais que atuam na ILPI desconhecem a necessidade de notificar à autoridade sanitária a ocorrência de quedas com lesão em idosos, o que constitui um evento sentinela.

DISCUSSÃO

Constatou-se que a ILPI avaliada atende de forma parcial aos requisitos solicitados pelos dispositivos legais que se relacionam ao funcionamento da ILPI. A condição de responsabilidade técnica atende parcialmente os dispositivos legais [6-9].

Uma questão que necessita ser discutida na ILPI, visando um melhor cuidado aos institucionalizados, diz respeito ao fornecimento de ações periódicas de capacitação e qualificação dos profissionais, atendendo às legislações [8-13]. Quanto à responsabilidade do enfermeiro, a falta de realizações dessas exigências pode ser justificada na ILPI pelo curto período de tempo de

atuação desse profissional, pois, na data da avaliação, o mesmo exercia sua função acerca de um mês.

No segundo semestre de 2004 e no primeiro semestre de 2005 o Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG-CNPq), realizou dois cursos para os cuidadores, voltados a sensibilização do cuidado ao idoso residente em ILPI, com carga horária de 20 horas em 10 encontros de 2hs cada, no qual os profissionais da ILPI receberam e trouxeram colaborações acerca das especificidades do cuidado ao idoso. Nessa época a ILPI não contava com equipe de enfermagem, e hoje, devido a grande rotatividade de trabalhadores, poucos dos que participaram dos cursos ainda permanecem na instituição.

Na Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/94 e Decreto 1948/96, encontra-se que na área de educação há necessidade de inclusão de conteúdos sobre o envelhecimento, nos diversos níveis de ensino, eliminando preconceitos e produzindo novos conhecimentos a respeito deste tema. Sugere-se ainda a elaboração de programas educativos, principalmente nos meios de comunicação, para informar a população sobre o processo de envelhecimento. Outra ação é o estímulo a programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequado às condições do idoso[11]. Dando, assim, a devida importância ao ensino da geriatria e da gerontologia na busca de capacitar os profissionais quanto às especificidades do idoso.

Uma ILPI que atenda as orientações dos dispositivos legais voltados aos institucionalizados, bem como possua profissionais habilitados ao cuidado ao idoso, torna-se mais confiável e segura. Assim sendo, torna-se um local onde o residente é respeitado, sua identidade e autonomia são preservadas, sendo possível manter o máximo de sua capacidade funcional. Juntamente, com a preocupação de manter o ambiente/contexto estrutural adequado, auxiliando, portanto, na manutenção da funcionalidade e minimização da ocorrência de quedas.

A ILPI avaliada possui em sua organização assento no Conselho Municipal do Idoso (CMI), por meio de um dos administradores da ILPI e em atendimento aos dispositivos legais [10-11, 13-14]. Os Conselhos do Idoso sejam eles nacionais, estaduais ou municipais, segundo o Art. 6 e Art. 7 da

Lei Nº. 8.842/1994 são órgãos permanentes, paritários e deliberativos e compete a eles a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso [11].

Uma característica importante na ILPI é possuir registro de admissão de todos os idosos, e manter o Prontuário do Residente atualizado, seguindo, assim, dispositivos legais [6-8,10,13]. O Prontuário do Residente é indispensável para prestar um cuidado qualificado aos idosos. Os registros servem para ajustar o atendimento e facilitar o acesso às informações pelos trabalhadores da saúde. Esse prontuário destina-se a registrar os cuidados prestados, por cada integrante da equipe multidisciplinar, sendo um documento único, no qual devem ser anotadas todas as informações relativas à saúde de cada idoso [15].

Enfatiza-se que a importância do Prontuário se dá por varias razões, pois os registros possibilitam um melhor atendimento, principalmente nos casos de hospitalização, contato entre as equipes: hospitalar e ILPI, ajudando na definição do motivo da transferência e do plano de assistência. Ainda, possibilitando a obtenção de informações importantes sobre a capacidade física e cognitiva anteriores, além de mudanças recentes de medicamentos e antecedentes de quedas [16].

Quanto às estruturas físicas da ILPI observou-se que, embora com uma boa aparência externa, a ILPI não possui placa de identificação e é reconhecida só pelo seu trabalho centenário na comunidade. No Estatuto do Idoso, Capítulo IX, encontra-se que a instituição dedicada ao atendimento ao idoso deve possuir identificação externa visível [10].

As ILPIs deveriam, preferencialmente, edificar-se em construções horizontais de caráter pavilhonar, e se edificadas verticalmente devem possuir elevadores. A preferência por construções horizontais, as exigências por pisos internos e externos de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante são exigências legais[6-8], e justificam-se na manutenção da funcionalidade e na prevenção das quedas em idosos.

Sabe-se que a combinação de fatores intrínsecos, como os relacionados a algumas doenças crônicas não transmissíveis, e fatores extrínsecos que incluem os riscos ambientais, como pisos com

brilho excessivo, são considerados associações mais importantes para a ocorrência de quedas do que causas únicas [17].

Os locais por onde o idoso circula devem, então, ter preferencialmente pisos antiderrapantes, lisos, sem estampas, sem tapetes soltos, livres de objetos que possam confundir e ocasionar quedas. Essas assertivas devem ser consideradas no domicílio de um idoso, seja este sua própria casa, com sua família ou em uma ILPI.

A presença de equipamentos decorativos, em especial, o uso de tapetes soltos foi observado em vários locais da ILPI, contrastando com os princípios legislativos, e favorecendo a ocorrência de quedas. Estudo realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que a prevalência de quedas entre os institucionalizados foi de 38,3%. As quedas foram mais comuns no ambiente institucional (62,3%) e o quarto o local onde ocorreu o maior número de quedas (23%). Do total de idosos que sofreram queda, 27,5% apresentou alguma fratura em decorrência da queda [18].

No que se refere ao cuidado aos institucionalizados, deve-se entender como condição fundamental para o exercício do enfermeiro que, o mesmo, esteja ciente das características do processo de envelhecimento o que possibilitará prestar um atendimento integral do residente, conservando ao máximo os princípios de autonomia e independência. E também, qualificar a equipe de enfermagem com finalidade de capacitá-los a realização de ações do cuidado ao idoso com maior sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade [15].

Observou-se na ILPI uma carência de atividades que estimulem a autonomia diária e capacidade funcional dos residentes. As atividades realizadas com os idosos não partem, na maioria das vezes, dos profissionais da instituição, e sim de ações realizadas em parcerias com o grupo de pesquisa GEP/GERON e por estudantes em atividades práticas na disciplina de Enfermagem Gerontogeriátrica, ou ainda nas atividades de extensão, de uma Escola de Enfermagem. Registra-se, também a participação da comunidade na organização de eventos comemorativos e outros.

A ILPI atende a necessidade de existência de equipamentos de auto-ajuda, como bengalas, cadeiras de rodas e andadores, conforme solicita a legislação específica [7-8, 11,13].

Vários aspectos físicos são melhorados com o uso de equipamentos de auto-ajuda, reconhecidos nos países desenvolvidos como Tecnologias Assistivas (TA), dentre eles a prevenção do risco de quedas e fraturas, a minimização dos *déficits* relacionados às mudanças características do envelhecimento, como a diminuição da força muscular, da coordenação, do equilíbrio e a instalação de deficiência visual [19].

Há na ILPI ausência do registro do enfermeiro acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Essa é, no momento, realizada por estudantes de enfermagem, durante as atividades práticas de ensino ou de extensão. As principais ocorrências são registradas pelo enfermeiro, na folha de anotações dos profissionais da saúde, não atendendo totalmente a legislação [13], no que diz respeito à realização do histórico, identificação dos diagnósticos de enfermagem e respectivas prescrições. Informações essas de grande importância para auxiliar no cuidado prestado ao institucionalizado, além de servir de continuidade e registro da atividade do enfermeiro.

Buscando a melhoria das condições da ILPI, torna-se imprescindível, após essa avaliação, propor algumas ações para a Instituição, tendo como base as políticas públicas, a fim de proporcionar a manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas nos idosos residentes apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Propostas de ações voltadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas em institucionalizados, Rio Grande do Sul, 2009.

| |
|---|
| Solicitar RT permaneça e cumpra na ILPI a carga horária mínima de 20 hs/semanais. |
| Desenvolver, com auxilio do grupo GEP-GERON, ações periódicas de capacitação, educação permanente aos profissionais, oferecendo cursos sobre processo de envelhecimento, políticas públicas dentre outras temáticas. |
| Inserir uma placa de identificação externa na ILPI sugere-se: “Instituição de Longa Permanência para Idosos”. |
| Manter pisos limpos, secos e não encerados na impossibilidade da troca dos mesmos. |
| Reformar pisos externos, extinguindo buracos e desníveis. |

| |
|---|
| Utilizar corrimão em todos os corredores e rampas da ILPI. |
| |
| Nas escadarias e rampas utilizar sinalização e mecanismos antiderrapantes. |
| |
| Retirar tapetes e utensílios decorativos de ambientes de maior circulação e que interfiram na deambulação dos idosos residentes. |
| |
| Colocar luz de vigília nos quartos, corredores e banheiros da ILPI. |
| |
| Colocar campainhas de alarme, pelo menos, uma para cada quarto, próxima à cama do idoso mais autônomo. |
| |
| Utilizar barras de segurança em todos os sanitários. |
| |
| Solicitar auxílio de educador físico para a realização de atividades físicas com os idosos, buscando estimular autonomia e a manutenção da funcionalidade. |
| |
| Refletir sobre a necessidade de aumento do número de profissionais, considerando o dimensionamento proposto pela RDC 283/2005 da Anvisa. |
| |
| Utilizar rotineiramente o Prontuário do Residente e a aplicação de instrumentos voltadas à avaliação das Atividades de Vida Diária (AVDs) dos idosos residentes. |
| |
| Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), principalmente na admissão do idoso, a cada mês ou em menor tempo, caso necessário. |
| |
| Estabelecer que todos os episódios de quedas sejam registrados no Prontuário do Residente e notificados à autoridade sanitária. |
| |

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo de propor ações de melhoria para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no Rio Grande do Sul, Brasil, que auxiliem o enfermeiro na manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas dos idosos residentes, foi considerado atingido.

A utilização da pesquisa avaliativa mostrou-se adequada. Como limitações do estudo verificaram-se o fato do avaliador interno encontrar-se há pouco tempo na ILPI, ele foi contratado há cerca de um mês e a dificuldade em localizar descrições e relatos acerca de pesquisas avaliativas, principalmente experiências vivenciadas por enfermeiros.

Como ponto positivo destaca-se o conhecimento prévio pela avaliadora externa, pesquisadora,

sendo um fator relevante para a avaliação. Outra questão satisfatória foi proceder à avaliação dos dois instrumentos de coleta dos dados, dos avaliadores externo e interno, em conjunto, e perceber que as informações se complementavam.

Como contribuições desse estudo elaboraram-se ações que podem colaborar para a manutenção da funcionalidade e para a prevenção de quedas, e assim propô-las ao enfermeiro que atua em ILPI. Espera-se, ainda, que esta ferramenta avaliativa, sirva de ligação entre o Serviço/ILPI e a Academia/Universidade, para que outras ações estratégicas sejam articuladas e voltadas à melhoria do cuidado de enfermagem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde. Rev Latino-am Enfermagem.Nov/dec. 2007; 15(6)
2. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. Instituição de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece. Texto Contexto–enfermagem. Florianópolis abr./jun. 2008; 17(2):273-79.
3. Bessa MEP, Silva MJ. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. Texto Contexto- enfermagem. Florianópolis Abr/jun. 2008;17(2):258-65.
4. Portaria n.325, de 21 de fevereiro de 2008 (BR). Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial União. 21 fev 2008; Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2008/gm/gm-325
5. Belloni I, Magalhães H, Sousa LC. Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional. 4ª.ed. São Paulo:Cortez, 2007. 96 p.
6. Lei n. 810/89 de 13 de setembro de 1989 (BR). Dispõe sobre Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da União de 27 de setembro de 1989 [periódico na internet]. Disponível em: http://direitodoidoso.braslink.com/05/port810.html
7. Portaria n. 249 de 16 de abril de 2002 (BR). Dispõe sobre Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Disponível em: http://www.ciape.org.br/portaria249.pdf

8. Anvisa. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, de 27 de setembro de 2005.

9. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação. Decisão do COREN- RS nº 009/2005. Dispõe das Normas para definição das atribuições do Responsável Técnico. Porto Alegre, 2005 (RS): COREN-RS; 2005. p. 49-53.

10. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003 (BR). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília de 03 de outubro de 2003 [periódico na internet] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm

11. Lei n. 8842 de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso e sobre o Conselho Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de janeiro de 1994 [periódico na internet]. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm

12. Portaria Interministerial n. 5.153 de 7 de abril de 1999 (BR). Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Diário Oficial da União, Brasília 8 de abril de 1999.

13. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação. Decisão do COREN- RS nº006/2009. Dispõe sobre normatizações para o serviço do enfermeiro em instituições de longa permanência para idosos. Porto Alegre, 2009 (RS): COREN-RS; 2009. Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/docs/7decisaorevisada24032009.pdf?phpsessid=d3ce87d4c2ebed8fdcad04efcf473729

14. Lei n. 11.517 de 26 de julho de 2000 (BR). Dispõe sobre a Polílitca Estadual do Idoso. Palácio do Piratini, Porto Alegre, 26 de julho de 2000.

15. Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. Revista de Enfermagem da UFPE On Line. 2008; 2(3): 262-68.

16. Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. Rev. Saúde Pública. 2006; 40 (6): 1124-30.

17. Paixão Jr CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 950-960.

18. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira SV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados no município de Rio Grande, RS. Rev Saude Publica; 2008.42(5) p.938-45.

19. Andrade VS, Pereira LS. M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. Rev. Brasileira de geriatria e gerontologia*;* 2009; 12(1) p.113-122.

# 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa mostrou-se satisfatória, à medida que foram sendo atingidos os objetivos propostos. Assim, elaborou-se uma ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas voltadas ao idoso residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que considerou a manutenção da funcionalidade e a prevenção das quedas, servindo de orientação para os enfermeiros. E ainda avaliou a adequação de políticas públicas, propondo ações de melhoria voltadas para a manutenção da funcionalidade e a prevenção de quedas em idosos de uma ILPI.

Em resposta ao problema da pesquisa, verificou-se que a ILPI investigada não segue totalmente as orientações preconizadas pelas políticas públicas. Entende-se que o cumprimento geral das sugestões dos dispositivos legais torna-se quase impossível, porém, algumas ações tornam-se necessárias, pois se não forem realizadas, podem se apresentar como ameaças frequentes na vida dos idosos institucionalizados. O conhecimento e o seguimento das orientações propostas pelas ações das políticas públicas, por parte dos dirigentes da ILPI e do enfermeiro, podem auxiliar no estabelecimento de medidas voltadas a manter a autonomia dos idosos e também colaborar com a prevenção de quedas.

Como limitações do estudo considera-se o fato de o avaliador interno, o enfermeiro da ILPI, exercer a função há pouco tempo; e ainda a dificuldade em localizar descrições e relatórios de estudos ou artigos científicos avaliativos com abordagem qualitativa, principalmente relatando as experiências vivenciadas por enfermeiros.

Como ponto positivo, destaca-se o conhecimento prévio da avaliadora externa, adquirido durante a graduação, por meio do GEP-GERON, com relação à ILPI, constituindo um fator de relevância para a realização desta pesquisa, pois possibilitou maior veracidade nas anotações das observações realizadas *in loco*. A experiência de trabalhar a análise dos dados a partir dos objetivos, na forma de dois artigos, também pode ser vista como outro ponto positivo, uma vez que facilitará o posterior envio para publicação, podendo contribuir com a prática assistencial, educativa e administrativa do enfermeiro atuante em ILPIs. Busca, assim e da mesma forma, oferecer contribuições à Enfermagem Gerontogeriátrica.

Os principais resultados da avaliação realizada na ILPI são apresentados a partir dos três aspectos que formaram o instrumento de coleta de dados, ou seja, a própria ferramenta avaliativa.

Nos aspectos organizacionais, um fato relevante diz respeito ao Responsável

Técnico: o não atendimento aos requisitos legais, quanto ao cumprimento da carga-horária semanal. Outras questões: o quantitativo de cuidadores é insuficiente; entre os profissionais de nível superior, somente o enfermeiro tem alguma formação em Gerontologia; não há realização de educação em serviço para os trabalhadores da enfermagem. Entretanto, a ILPI preserva vínculos com os familiares dos residentes, disponibilizando horários para visitas.

Estruturalmente, a ILPI atende, em parte, as orientações emanadas pelas políticas públicas, pois nela encontra-se, por exemplo, um elevador para facilitar a vida dos idosos residentes no primeiro andar. Existem duas portarias para acesso externo, cada uma independente e com atendentes fixos. Os dormitórios e banheiros são separados por sexo, com boxes para banho com barra de apoio. Além disso, as áreas de maior circulação possuem corrimãos. Porém, a ILPI não apresenta pisos antiderrapantes e a uniformidade dos mesmos está comprometida. As escadas e rampas não apresentam sinalização. Verificou-se ausência de campainhas e de luz de vigília nos dormitórios. E ainda tapetes soltos em áreas de circulação dos idosos institucionalizados.

Quanto aos cuidados ao idoso, existem equipamentos de tecnologias assistivas (TA), como bengalas, cadeiras de rodas e andadores. O prontuário do residente está atualizado. No entanto, não ocorre a notificação de ocorrência de quedas à autoridade sanitária. Uma questão bem significativa diz respeito à falta de realização de atividades física para os idosos residentes ou de outras ações que possam contribuir para torná-los menos predispostos às quedas.

A utilização da pesquisa avaliativa inserida na metodologia estudo de caso, do tipo avaliação para gestão, contemplou a proposta do estudo. A aplicação da ferramenta por meio de dois avaliadores, interno e externo, possibilitou que as visões se complementassem, e que a avaliação fosse assim: realizada em conjunto e com apresentação de pontos convergentes.

Como contribuições do estudo, é possível salientar a elaboração de propostas de ações de melhoria para a instituição avaliada, seguindo as políticas públicas, a fim de proporcionar a manutenção da funcionalidade e a prevenção de quedas nos idosos residentes.

Como contribuições direcionadas ao ensino, esta pesquisa poderá atrair atenção do meio acadêmico, em especial da Enfermagem, sensibilizando-o para a necessidade de se discutir mais sobre a temática das quedas em idosos institucionalizados, enfatizando os dispositivos legais, presentes nas políticas públicas e direcionados às pessoas idosas residentes em ILPIs.

Com a aplicação da ferramenta avaliativa, como já mencionado, foi possível identificar ações que poderão contribuir para a manutenção da funcionalidade e para a prevenção de quedas, e assim propô-las aos dirigentes e profissionais da ILPI. Espera-se, ainda, que essa ferramenta avaliativa sirva para maior interconexão entre o Serviço (ILPI) e a Academia (Universidade), a fim de que outras frentes de ações estratégicas sejam articuladas e voltadas à melhoria do cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado.

## 8 REFERÊNCIAS


ALVARES, L. M. A ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de Longa Permanência em Pelotas, RS. Dissertação ( Mestrado de Saúde do Comportamento da Universidade Católica de Pelotas) Pelotas, 2007.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23 n.8 p.1924-1930, 2007.

ANDRADE, V. S.; PEREIRA, L. S. M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. *Rev. Brasileira de geriatria e gerontologia.* Vol. 12 n. 1 p.113-122, 2009.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm. USP.* São Paulo *v.*41 n.3, 2007.

ARAÚJO, L. F. de ; COUTINHO, M. P. de L.; SANTOS, M. F. de S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade,* Florianópolis, v. 18, n.2, p. 89-98, maio-ago. 2006.

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

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H. de; SOUSA, L.C. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional*.- 4.ed. São Paulo, Cortez, 2007.

BESSA, M. E. P; SILVA, M. J. da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto Contexto-enfermagem*. v.17. n.2 Florianópolis Abr/jun. 2008.

BORN, T. Cuidado ao idoso institucionalizado . In: PAPALEO NETO, M. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu, p. 743- 57, 2007.

BORN, T.; BOECHAT, N. S.. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V.de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 2 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, cap.119, p.1141-1131, 2006.

BRASIL .Ministério da Previdência e Assistência Social (BR).Secretaria de Assistência Social. Lei n. º 8.842/94 e Decreto n. º 1.948/96. Brasília:1997.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Portaria Interministerial n°. 5.153, de 7 de abril de 1999. *Diário Oficial*– SP, 1999, p. 20-24

_____.Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde-

SNPES Portaria nº 810/89 Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos *(D.O. de 27 de setembro de 1989, págs. 17.297 e 17 298)*Brasília -1989 disponível: http://direitodoidoso.braslink.com/05/port810.html

_____.Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. n.19.

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

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n° 2.528, de 19 de Outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília; 2006b.

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

BRASIL, Lei n. 10.741 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Instruções para Registro de Entidade. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/cnas/registro-e-certificado.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.10 n.2 Ribeirão Preto mar./abr, 2002

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira : uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 2 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, cap.119, p.88-105, 2006

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n°288-2004. Ações Relativas ao Atendimento ao Idoso. Rio de Janeiro, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Decisão n° 009-2005. Normas para definição das atribuições do Responsável Técnico. Porto Alegre, 2005.

_____. Decisão n° 006-2009. Normatização para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs). Porto Alegre, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas.* 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 29 a 49.

COSTA, E. C.; NAKATAMI, A. Y .K.; BACHION, M. M. Atividade de vida diária e atividade

instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem* v.19 n.1 p. 43-35, 2006.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad. Saúde Pública v.18 n.5 Rio de Janeiro, sep./out. 2002.

CREUTZBERG, M. et al. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde*. Rev Latino-am Enfermagem.* nov /dez . v.15 n.6, 2007.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. Instituição de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto – enfermagem*. v.17 n.2. Florianópolis abr./jun. 2008.

CUNHAI, L. F. L. Saúde Geriátrica. Disponível em: http://www.saudegeriatrica.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/enfer07.html. Acesso em : Outubro, 2009.

DIOGO, M. J. E. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Latino- am Enferm*. v.11 n.1 p.59-65, 2003.

DUARTE, Y. A.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Index de Katz na avaliação da funcionalidade de idoso. Rev .Esc Enferm USP. v. 41 n.2 p. 317-25. 2007.

FABRICIO, S. C; RODRIGUES, R. A; COSTA Jr., M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saude Publica.* v. 38 n.1 p.93-9. 2004;

GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: considerações bioéticas. *O mundo da Saúde.* São Paulo v.30 n.3 jul-set, 2006.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GONÇALVES, I. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados no município de Rio Grande, RS. *Rev Saude Publica.* v. 42 n.5 p.938-45. 2008.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev. Saúde Pública* vol.40 n.6 São Paulo Dez. 2006

HERÉDIA, V. B. M. et al. A Realidade do Idoso Institucionalizado. *Texto Envelhecimento* v.7 n.2 p. 9-31 Rio de Janeiro 2004.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n.17. Síntese de indicadores sociais 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home . Acesso em: outubro de 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA – IPEA. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Sul : Brasília IPEA, 2008.

JUNIOR, R. C. F.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)* v.9 n.16 Botucatu set./fev., 2005.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L.. Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V. de,et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Ed. 2. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, cap. 93. p. 900-909, 2006.

LOBO, A.; PEREIRA, A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. Revista Referencia. n.4 jun. 2007.

MACHADO, M. C. Analise ergonômica em uma instituição geriátrica: estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MACHADO, T. R, et al. Avaliação da presença de riscos para quedas em idosos. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.11n.1 p. 8-32, 2009.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso . *Saude e Sociedade*, v.13 n.3 São Paulo set./dez, 2004.

MIGUEL, M. E.G.B; PINTO, M. E. B; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* set- dez; v.9 n.3 p. 784-795. 2007.

NAKATAMI, A. Y. K. et al. Capacidade funcional de idosos na comunidade e proposta de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletrônica de enfermagem.* v.11 n.1 p.14**,** 2009.

NOVAES, H.M.D Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Cad. de Saúde Pública*. v.34 n.5.São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE- OMS. *Uma contribuição da Organização Mundial de Saúde para o Segundo Encontro Mundial sobre o Envelhecimento.* Madri, Espanha, Abril 2002. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Reporto f the second world assembly on ageing. Madri.

PAIXÃO, Jr, C. M.; HECKMAN, M. F. de. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.de et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Ed. 2 Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, Cap. 98. p. 950-960, 2006.

PAIXÃO, Jr, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública* v.21 n.1 Rio de Janeiro jan/fev., 2005.

PAVAN, J. F.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública* v.24 n.9 Rio de Janeiro set., 2008

PAVARINI, S. C. I. Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.

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

PESTANA, L. C; SANTO, F. H. E. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo de caso com idosos asilados. *Revista Escola de Enfermagem USP* v.42 n. 2 São Paulo Jun. 2008.

*PEREIRA, L. S. M. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7, Belo Horizonte, 12 a 15 set. 2005. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>. Acesso em: 20 jul.2009.*

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

POLLO, S. H. L. ; ASSIS, M. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia; Rio de Janeiro, v.11 n. 1, 2008.

PORCIUNCULA, A. S.; TEIXEIRA, V. V. L. *Asilo de Pobres: uma intervenção interdisciplinar.* Relatório apresentado para obtenção parcial de conclusão do curso de Pós-graduação em Educação Brasileira, FURG, Rio Grande, 2005.

ROACH, S. Introdução a Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003

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

SANTOS, S. S. C. *O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 a luz da complexidade de Edgar Morin*. Tese (Doutorado em Enfermagem), Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. 199f.

SANTOS, S. S. C.; FELICIANI, A. M.; SILVA, B. T. Perfil de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência: Proposta de ações de enfermagem-saúde. *Revista RENE. v.8 n.3* p. 26-33 set-dez. 2007.

SANTOS, S. S. C. et al. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Revista de enfermagem UFPE On Line* v. 2, n. 3, p. 262-68, 2008.

SANTOS. S. S. C. O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz do pensamento complexo de Edgar Morim. 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

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

SCHIAVETO F. V. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade. Dissertação de mestrado apresentado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 117 f. Ribeirão Preto: 2008

SILVA,L. M. V.da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde : Limite e Perspectivas. Cad. de Saúde Pública. V. 10 n.1 Rio de Janeiro, 1994.

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

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* v.41 n.5 São Paulo out. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. Seção São Paulo. Instituição de Longa Permanência para idosos. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

*TELLES FILHO*, P. C. P.; *PETRILLI FILHO*, J. F. *Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar*. Escola Anna Nery – p. 135-143, *2001*.

TIER, C. G.; FONTANA, R. T.; SOARES, N. V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília (DF) maio/ jun.; v.57 n. 3 p. 332-5, 2004.

TIER, C. G. et al. Política de saúde do idoso: iniciativas identificadas no município de rio

grande-rs. *Cogitare Enfermagem* v.11 n.1 p. 39-43, 2006

UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE. *Guia de bolso de avaliação geriátrica.* Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. Jun; v.19 n.3 p.705-15, 2003.

VERAS, R. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüência da explosão populacional de idosos no Brasil. *ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo. São Paulo. P.66.*

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.p. 352

VIEIRA, V. A. As tipologias e a variações da pesquisa de marketing. *Revista FAE* . Curitiba v.5, n.1, p 61-70, jan-abril, 2002.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus afazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estudo interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 11, p. 27-50, 2007.

TENÓRIO, M. E. V. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno/PE. *Rev. RENE*. Fortaleza (CE) v.7 n.2 p. 57-66, mai./ago, 2006.

**APÊNDICE A – FERRAMENTA AVALIATIVA**

A ferramenta busca verificar a presença de fatores verificados na ILPI que contribuam para a manutenção da funcionalidade do idoso e para a prevenção de quedas. Foi elaborado a partir das políticas públicas direcionadas ao idoso institucionalizado. Para tanto se descreve o que cada dispositivo legal traz em sua composição, sobre questões que tenham a finalidade de intervir para que seja mantida a funcionalidade, independência e autonomia do idoso, seja por meio de ações assistenciais, educacionais ou através de cuidados estruturais/ ambientais/ contextuais. Entende-se que essas ações tenderão a direcionar a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados.

**Dados de Identificação**

Razão Social:

Nome Fantasia:

Data do Início do funcionamento: ____/____/_____

Data da avaliação: ____/____/_____

Endereço:

Município: UF:

Fone: ( ) Fax: ( )

E-mail:

Natureza jurídica: ( ) Filantrópica ( ) Publica. Qual?----------( ) Privada

Quantidade de residentes no dia da inspeção?

Existem residentes com menos de 60 anos?

Motivos:_____

**Questões específicas**

| Questões a serem observadas: | Anotações verificadas *in loco*: | Dispositivos legais: |
|---|---|---|
| | | |
| **1)** Quanto à Organização | | |
| | | |
| | | - Portaria Federal Nº.810/1989/MS |

| | | |
|---|---|---|
| ***1.7)*** *A ILPI estudada possui um responsável técnico? Atende à política pública, quantos aos requisitos indispensáveis a esse responsável técnico? O responsável cumpre a carga horária de no mínimo 20 hs semanais?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 |
| **1.8)** *A ILPI estudada possui alvará da vigilância sanitária*? Está em local visível? | | - Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.9)*** *A ILPI estudada possui registros de admissão e mantém prontuário do residente atualizado? Como ocorre sua utilização?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***1.10)*** *A ILPI possui trabalhadores que realizam avaliações de enfermagem e avaliação sistemática da capacidade funcional dos idosos? Quem são esses trabalhadores? Quais suas formações na Gerontologia/Geriatria? Que cargas horárias eles dispõem para tal? Que instrumentos ele(es) utilizam nessas avaliações?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS |

| | | |
|---|---|---|
| **1.11)** *A ILPI estudada firma contrato com os idosos? Quais os termos desse contrato?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.12)*** *A ILPI estudada busca preservar os vínculos com os familiares dos institucionalizados? Oferece um atendimento personalizado, preservando a identidade e respeitando as diferenças dos residentes?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- LEI Nº. 11.517/2000 |
| **1.7**) *Existe algum membro da ILPI que faça parte do Conselho Municipal do idoso (CMI)? Quem é? Qual sua formação? Que contribuições essa pessoa pode fornecer ao CMI?*<br><br>***1.8****) Há uma fiscalização do CMI na ILPI estudada? Houve alguma visita/fiscalização? Quem realizou tal ação? Há quanto tempo ocorreu?* | | - LEI Nº. 10.741/2003<br>- LEI Nº. 11.517/2000<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| **1.9**)*Os cuidadores e demais trabalhadores da ILPI são pessoas que possuem habilidadee e competências para prestar o atendimento às especificidades do idoso residente? Qual a formação deles? Tiveram alguma capacitação voltada ao cuidado do idoso?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Portaria Interministerial MS/ MPAS Nº. 5.153/ 1999<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***1.10)*** *A ILPI atende as exigências da RDC Nº 283/2005 quanto ao dimensionamento dos* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |

| | | |
|---|---|---|
| *cuidadores conforme o grau de dependência dos idosos? Descrever detalhadamente a distribuição cuidadores/idosos da ILPI investigada? Possui uma cópia da RDC Nº. 283/ 2005 para consulta ?* | | |
| ***1.11**) A ILPI realiza educação permanente para seu quadro de trabalhadores? Com que frequência ocorre? Em que momento? Quem realiza essa ação? Como se dar a participação dos trabalhadores?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- LEI Nº. 10.741/2003<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Portaria Interministerial MS/ MPAS Nº. 5.153/ 1999<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Decisão COREN-RS Nº. 099/2005 |
| ***1.12**) Há na ILPI um enfermeiro para supervisionar a equipe de enfermagem e os cuidadores dos idosos? Qual a carga horária semanal deste enfermeiro? Que ações ele desenvolve?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***1.13**) Existe na ILPI estudada um Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem (MNRTE)? Ele foi implantado e implementado por quem? Como se deu sua implementação? Onde o MNRTE é guardado? Como é utilizado? Como ocorre sua atualização?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***2.Quanto à estrutura*** | | |
| ***2.1**) Possui registro de entidade social?A ILPI possui uma identificação externa visível que possibilita a identificação de ser uma instituição de atendimento aos idosos? Qual a aparência externa da ILPI investigada?* | | - LEI Nº. 10.741/2003 |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| ***2.2**) A ILPI apresenta pisos internos, externos, rampas e escadas protegidos com mecanismos antiderrapantes?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.3**) As rampas e escadas da ILPI possuem corrimão? Possuem sinalização?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.4**) Os dormitórios da ILPI são separados por sexo?*<br><br>*Os dormitórios acomodam no máximo 4 idosos?*<br><br>*Existe na ILPI Luz de vigília nos dormitórios? É fácil o acesso ao banheiro, durante a noite?*<br><br>*Os dormitórios são dotados de campainha de alarme caso o idoso necessite solicitar auxilio? Em caso de necessidades há camas com grades de proteção?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***2.5**) A ILPI estudada possui banheiros coletivos, separados por sexo?*<br><br>*Os banheiros coletivos possuem vaso sanitário que permita entrada de cadeira de rodas? Possuem barras de segurança nos boxes dos banheiros? Possuem barras de segurança perto das bacias sanitárias? Os banheiros não possuem desníveis? As portas dos sanitários coletivos possuem vão livre de 20cm na parte inferior?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| ***2.6)*** *As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m? As circulações com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois*<br><br>*lados? Realiza manutenção predial preventiva e corretiva? De quanto em quanto tempo?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br><br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002 |
| ***2.7)*** *A instituição funciona em ambiente pavilhonar (horizontal)? Corredores e ambientes de maior circulação não possuem obstáculos (equipamentos decorativos, bancos, mesas...)?* | | - Portaria Federal Nº. 810/1989/MS<br><br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***3.Quanto ao cuidado ao idoso*** | | |
| ***3.1****) A ILPI desenvolve atividades que estimulam a autonomia dos idosos? Quais são essas atividades? Com qual frequência elas ocorrem?* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br><br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br><br>- LEI Nº. 8.842/1994<br><br>- LEI Nº. 10.741/2003 |
| ***3.2****)A ILPI estudada procura atender ao Idoso, buscando promover a manutenção de sua autonomia e capacidade funcional?*<br><br>***3.3****)Há uma preocupação em reabilitar a capacidade funcional comprometida do idoso institucionalizado? A ILPI tem fisioterapeuta? Quantos idosos ele atende? Como se apresenta seu plano de* | | - Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br><br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br><br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br><br>- LEI Nº. 8.842/1994 |

| | | |
|---|---|---|
| *trabalho?* | | |
| ***3.4**) A ILPI notifica a autoridade sanitária casos de quedas com algum tipo de lesão? Registra esses casos em livros específicos da ILPI? Quais tipos de livros ou documentos?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***3.5**) O enfermeiro da ILPI preocupa-se em prevenir limitações? E prevenir doenças? Preocupa-se com a prevenção de quedas? Com a manutenção da funcionalidade dos idosos? Que ações são tomadas quando um idoso cai? (Descrever cuidadosamente) Existem equipamentos de auto-ajuda(bengalas, cadeira de rodas, óculos...) e materiais em condições de uso para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- LEI Nº. 8.842/1994<br>- Portaria SAS/MS Nº. 249/ 2002<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |
| ***3.6**) Existe na ILPI um prontuário de cada residente atualizado? Como ele é utilizado? Por quem? Onde ele é guardado? Ele acompanha o idoso residente em consultas, exames especiais e internação hospitalar? Se sim, como ocorre esse acompanhamento? Em caso de intercorrências médicas como é realizada a remoção?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009<br>- Resolução RDC Nº. 283/ 2005<br>- Portaria Federal Nº. 810/1989/MS |
| ***3.7**) Existe a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na ILPI? Como ela ocorre? Quantas etapas são contempladas? Se há identificação dos diagnósticos de enfermagem, que* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |

| | | |
|---|---|---|
| *classificação é utilizada? Qual a ação do enfermeiro em relação à SAE? E dos demais integrantes da equipe de enfermagem? E dos cuidadores?* | | |
| ***3.8**) Há registro diário por turno de ocorrências das principais alterações dos idosos residentes na ILPI? Quem são os responsáveis por esses registros? Essas ocorrências também são anotadas nos prontuários dos idosos residentes?* | | - Decisão COREN-RS Nº. 006/2009 |
| ***3.9**)A ILPI possibilita que idosos independentes, se quiserem, possam efetuar todo o processamento de roupas de uso pessoal (lavar, secar, guardar...)?*<br><br>*As roupas dos idosos residentes são identificadas com a intenção de manter o máximo de individualidade? Onde são guardadas? Os idosos possuem armários individuais em seus quartos?* | | - Resolução RDC Nº. 283/ 2005 |

**OBSERVAÇÕES**:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Avaliador:**

**COREN:**

## APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFAR

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Por meio deste instrumento particular, nós, legal representantes da **INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ASYLO DE POBRES**, autorizamos a mestranda ARIANE MINUSSI FELICIANI e sua Orientadora SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS a fotografar, registrar, documentar e expor em pesquisa científica a estrutura física desta Instituição.

Fica, desde já, consignado que o presente documento não implica autorização para que sejam fotografados os idosos residentes, limitando-se a registrar as condições estruturais observadas.

Igualmente, é da sapiência do signatário que o trabalho em questão visa à obtenção do título de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG.

Rio Grande/RS, 09 de outubro de 2009.

REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO
(Assinatura e carimbo)

01.871.043/0001-96
ASYLO DE POBRES
RUA 24 DE MAIO, 571
CENTRO – CEP 96200-001
RIO GRANDE – RS

**ANEXO A – PARECER DO CEP**

**CEPAS**
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - **PROPESP**
Avenida Itália km 08 – Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: http://www.propesp.furg.br

## PARECER Nº 27/ 2009

PROCESSO Nº 23116. 003227/2008-71 CEPAS 31/08

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Silvana Sidney Costa Santos**

**PARECER DO CEPAS:**

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

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

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

Rio Grande, RS, 02/04/2009.

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

# ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

**Instruções aos Autores**

## Instruções aos Autores

A Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética (via online)**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais** (modelo em anexo), via documentação suplementar.

- ***Artigo Original***: trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos páginas de identificação dos autores e resumos.
  Sua estrutura deve conter:
  - **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
  - **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
  - **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.
  - **Métodos:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
  - **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou

comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

- **Conclusão:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.

- ***Estudo teórico***: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- ***Relato de experiência profissional***: estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- ***Artigo de revisão***: estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.
- ***À beira do leito***: questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- ***Carta ao editor***: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

## Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento* de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

### Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman,* tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

***Página de identificação*:** deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: $^{(1-4)}$ ; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: $^{(1-2,4).}$
- **Notas de rodapé** – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.

- **Tabelas** – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.
- **Apêndices e anexos** – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
- **Fotos** – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- ***Errata*** - após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por *e-mail*.

***Resumo*****:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

*Descritores*: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

*Referências:* Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Jounals Editors (http://www.icmje.org), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas**.**

**O manuscrito deve ser encaminhado por via eletrônica online (http://www.scielo.br/reeusp) acompanhado de carta ao Editor (no item Carta de Apresentação do Artigo) informando os motivos pelos quais você selecionou a REEUSP para submeter o seu manuscrito. Adicionalmente informe os avanços e as contribuições do seu texto frente as publicações recentes já veiculadas na temática nos últimos anos.**

**Exemplos/ Examples/ Ejemplos**

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. Rev Esc Enferm USP. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. J Clin Nurs. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores
Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. J Adv Nurs. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del Volumen

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbra seizure model. Brain. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

## Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografías

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor /Organizer, editor or compiler as author /Organizador, editor, coordinador como autor
Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de

enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.)

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g)Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados

Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26$^{th}$ ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

## Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico

a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografia en formato electrónico

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

b)Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10):[about 1 p.]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/258.pdf

c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/

# ANEXO C – NORMAS DA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

## Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

**Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.**

**Missão da Revista**

**Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.**

**Política editorial**

**A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.**

**A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).**

**Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.**

**Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.**

**A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.**

**Processo de julgamento**

**A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.**

**Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.**

**Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editores científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.**

**Submissão**

**No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.**

**A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.**

**No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:**

**- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)**

**- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)**

**- arquivo do artigo**

**- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.**

**O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.**

**A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.**

**Publicação**

**Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.**

**Registro de ensaios clínicos**

**A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: HTTP://www.icmje.org. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.**

**Política de arquivamento dos manuscritos**

**Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.**

**Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.**

**Erratas**

**As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.**

**Categorias de artigos**

**Artigos originais**

**São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.**

**São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.**

**Revisão sistemática**

**Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.**

**Revisão integrativa**

**Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.**

**Cartas ao Editor**

**Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.**

**Estrutura do manuscrito**

**Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.**

**A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.**

**Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.**

**Os Resultados devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.**

**A Discussão enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.**

**A Conclusão deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.**

**Autoria**

**O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário on line de submissão como Agradecimentos.**

**Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.**

**Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.**

**Preparo dos manuscritos**

**PERIÓDICOS**

**- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;**

**- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;**

**- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;**

**- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;**

**- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;**

**- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título**

**- consultoria científica**

**- revisão crítica da proposta do estudo**

**- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados**

**- assistência aos sujeitos da pesquisa**

**- revisão gramatical**

**- apoio técnico na pesquisa;**

**- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);**

**- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;**

**- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site http://decs.bvs.br/ ou MESH - Medical Subject Headings http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html**

**Arquivo do artigo**

**O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.**

**Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.**

**Documentação obrigatória**

**No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:**

**- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;**

**- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae);**

**Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.**

**- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).**

**Formatação obrigatória**

**- Papel A4 (210 x 297mm).**

**- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.**

**- Letra Times New Roman 12.**

**- Espaçamento duplo em todo o arquivo.**

**- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.**

**- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *,†,‡,§,||,,**,††,‡‡**

**- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.**

**- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.**

**- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.**

**- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.**

**- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.**

**- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.**

**- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.**

**- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.**

**- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).**

**- Citações ipsis litteres usar apenas aspas, na sequência do texto.**

**- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.**

**- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.**

**- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).**

**A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.**

**Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:**

**Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.**

**Modelo de referências**

**PERIÓDICOS**

**1 - Artigo padrão**

**Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. Congest Heart Fail. 2008;14(5):234-8.**

**2 - Artigo com mais de seis autores**

**Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. Rev. bras. enferm. 2009;62(1):18-24.**

**3 - Artigo cujo autor é uma organização**

**Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. Arch Neurol. 2005;62(2):241-8.**

**4 - Artigo com múltiplas organizações como autor**

**Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. Kardiologiia. 2008;48(10):74-96. Russian.**

**5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional**

**Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.**

**6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar**

**King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.**

**Infram JJ 3rd. Speaking of good health. Tenn Med. 2005 Feb;98(2):53.**

**7- Artigo com indicação de subtítulo**

**El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? J Endourol. 2008;22(9):2175-9.**

**8 - Artigo sem indicação de autoria**

**Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000;75(6):28-32.**

**9 - Artigo em idioma diferente do português**

**Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. Cad Saúde Pública 2009;25(1):133-41. Espanhol.**

**10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas**

**Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. Rev Latino-am Enfermagem set/out 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.**

**11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**

**Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.**

**12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento**

**Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.**

**Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.**

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

**13 - Parte de um volume**

**Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.**

**14 - Parte de um número**

**Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.**

**15 - Artigo num fascículo sem volume**

**Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.**

**16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume**

**Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.**

**17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am.

2008;43(3):xiii-xvi.

**18 - Artigo contendo retratação**

**Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.**

**19 - Artigos com erratas publicadas**

**Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.**

**20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)**

**Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.**

**21 - Artigo provido de DOI**

**Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.**

**22 - Artigo no prelo**

**Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.**

**23 - Artigo em idioma diferente do inglês**

**Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.**

**LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**

**24 - Livro padrão**

**Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.**

**Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.**

**25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar**

**Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.**

**26 - Livro editado por um autor/editor/organizador**

**Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.**

**27 - Livro editado por uma organização**

**Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Bo s/Blackwells; 2005.**

**Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.**

**28 - Livro sem autor/editor responsável**

**HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.**

**29 - Livro com edição**

**Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.**

**30 - Livro publicado em múltiplos idiomas**

**Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.**

**31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada**

**Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.**

**Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.**

**32 - Livro de uma série com indicação de número**

**Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).**

**33 - Livro publicado também em um periódico**

**Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).**

**34 - Capítulo de livro**

**Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.**

**PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS**

**35 - Proceedings de conferência com título**

**Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.**

**36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais**

**Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.**

**37 - Abstract de trabalho de evento**

**Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.**

**TESES E DISSERTAÇÕES - sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas**

**38 - Dissertação/tese no todo**

**Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.**

**RELATÓRIOS**

**39 - Relatórios de organizações**

**Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.**

**Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.**

**PATENTE**

**40 - Patente**

**Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.**

**JORNAIS**

**41 - Matéria de jornal diário**

**Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).**

**Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.**

**LEGISLAÇÃO**

**42 - Legislação**

**Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm**

**43 - Código legal**

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

**DOCUMENTOS ELETRÔNICOS**

**44 - Livro na íntegra na internet**

**Berthelot M. La synthése chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874**

**45 - Livro nainternet com múltiplos autores**

**Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghltcarecosts_953.pdf**

**46 - Capítulo de livro na internet**

**National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo s.nap.edu/openbo .php? record_id=9750&p age=57**

**National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo s/030910078X/html/35.html**

**47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco**

**Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.**

**48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência**

**Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.**

**49 - Monografia na internet**

**Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].**

**Disponível em: http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf**

**Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].**

**Disponível em: http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html**

**50 - Artigo de periódico na internet**

**Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm**

**51 - Artigo da internet com número de DOI**

**Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso**

**52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome**

**Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: http://journalofvision.org//6/9/9/**

**53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor**

**National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessioni d=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery? &format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf**

**54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos**

**Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art id=1089210&blobtype=pdf**

**55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas**

**Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.**

**56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português**

**Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.**

**57 - Proceedings de conferência na internet**

**Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: http://www.abms.org/publications.asp**

**58 - Legislação na internet**

**Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html**

**59 - Documentos publicados na internet**

**Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf**

**60 - Verbete de dicionário na internet**

**Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo =Medical&va=cloning**

**61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)**

**Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe randio.pdf**

**62 - Homepage na internet**

**Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt**

**63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização**

**Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/**

**Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu lta34002030.htm**

**64 - Bases de dados na íntegra na internet**

**Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html**

**65 - Matéria de jornal na internet**

**Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1901**

---

[1] As **atividades básicas de vida diária (ABVD)** compreendem aquelas ações que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas (vestir-se, fazer higiene, alimentar-se). As **atividades instrumentais de vida diária (AIVD)** são as relacionadas às atividades de cuidado com a casa, administração do ambiente (limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças). As **atividades avançadas de vida diária (AAVD)** que incluem tarefas recreacionais e ocupacionais (PAIXÃO JR., REICHENHEIM, 2005).

[2] Avaliação da capacidade funcional é uma área em desenvolvimento, que apresenta múltiplas dimensões sobre o envelhecimento, voltada para a longevidade e a qualidade de vida do idoso (CAMACHO, 2002).

[3] Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005).

[4] Registro fornecido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é competência estabelecida no inciso IV do artigo 18, da Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, Regimento Interno do CNAS aprovado pela Resolução CNAS nº 53, de 31 de julho de 2008 e Resolução CNAS 31, de 24 de fevereiro de 1999. Poderão obter o titulo, com validade por tempo indeterminado, entidades que, sem fins lucrativos, promovam dentre outras, a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência e à velhice. O CNAS deve ser mantido sempre atualizado a respeito de qualquer mudança em seu estatuto (BRASIL, 2009).

[5] Qualquer equipamento ou adaptação utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, como, por exemplo, cadeira de rodas, bengalas, óculos e aparelhos auditivos (ANVISA, 2005).

[6] Este artigo é parte integrante da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada "Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas (Dissertação). Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande – FURG, 2009.

[7] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). Pesquisadora do CNPq. E-mail: silvanasidney@terra.com.br

[8] Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Mestre em Enfermagem. Integrante do GEP-GERON. E-mail: arianeminussi@yahoo.com.br

[9] Artigo vinculado a Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada "Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas" (dissertação). Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande - FURG, 2009.

[10] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). Pesquisadora do CNPq. Rio Grande/Rs. Brasil. Email: silvanasidney@terra.com.br

[11] Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Mestre em Enfermagem.Integrante do GEP-GERON. Rio Grande/Rs. Brasil. E-mail: arianeminussi@yahoo.com.br