

RISCOS APONTADOS PELOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DA MOBILIDADE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Bruna Karen Cavalcante Fernandes¹; Vanelly de Almeida Rocha²; Cintia Lira Borges³; Maria Célia de Freitas⁴

¹Universidade Estadual do Ceará. Email: brunnakaren@hotmail.com

²Universidade Estadual do Ceará. Email: vanellyrocha@yahoo.com.br

³Universidade Estadual do Ceará. Email: cintialiraborges@yahoo.com.br

⁴Universidade Estadual do Ceará. Email: celfrei@hotmail.com

RESUMO

As instituições de longa permanência para idosos devem adequar espaços, instalações, mobiliários, tecnologias e equipamentos, levando em conta as características e diversidades dos idosos, no contexto da segurança da mobilidade em seu ambiente de moradia e convivência. Objetivou-se identificar os riscos apontados pelos profissionais em relação à segurança da mobilidade dos idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo descritivo realizado em uma ILPI na cidade de Fortaleza–Ce. Os sujeitos do estudo foram profissionais da equipe multidisciplinar atuante na ILPI. Foram incluídos: profissionais de nível médio a superior, pertencentes à equipe multidisciplinar, com no mínimo seis meses de trabalho na instituição. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados. A amostra constituiu-se de 15 profissionais e a coleta de dados ocorreu em maio de 2014, por meio de uma entrevista semi-estruturada e observação do ambiente da ILPI. Os dados foram tabulados utilizando o programa SPSS versão 20.0 e analisados segundo o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos. As temáticas desenvolvidas a partir das questões norteadoras foram: Temática 1: compreensão da perda da mobilidade relacionada à insegurança do idoso e Temática 2: avaliação do ambiente físico da instituição. O discurso revelou a angústia em relação à promoção da segurança na mobilidade do idoso na instituição, diante do alto índice de quedas na mesma. O ambiente é extenso, com muitos obstáculos, poucas barras e corrimões nas rampas e corredores, o que dificulta a locomoção dos idosos.

Palavras-chave: Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idoso, Mobilidade física.

ABSTRACT

Long-term care facilities for the elderly must adapt spaces, facilities, furniture, technology and equipment, taking into account the characteristics and diversity of the elderly in the context of security of mobility in their housing and living environment. The objective was to

identify the risks mentioned by the professionals regarding the safety of the mobility of institutionalized elderly. This is a descriptive study in a LTCF in Fortaleza-Ce. The study subjects were professionals active multidisciplinary team in ILPI. They were included: mid-level professional superior, belonging to the multidisciplinary team, with at least six months of work at the institution. Professionals who were on vacation or away were excluded. The sample consisted of 15 professionals and data collection took place in May 2014, through a semi-structured interview and observation of the ILPI environment. Data were tabulated using SPSS version 20.0 program and analyzed according to the methodological framework of the collective subject discourse. The ethical and legal aspects of research involving human beings were respected. The themes developed from the guiding questions were: Theme 1: understanding the loss of mobility related to insecurity of the elderly and Theme 2: evaluation of the physical environment of the institution. The speech revealed the anguish regarding the promotion of safety in mobility of the elderly in the institution, given the high rate of falls in it. The environment is extensive, with many obstacles, few bars and handrails on ramps and corridors, which hinders the mobility of the elderly.

Keywords: Aged. Homes for the Aged. Physical mobility.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é um dos trabalhadores inseridos no contexto da multidisciplinaridade em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O mesmo desenvolve suas atividades com a pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar que consiste em olhar essa pessoa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela¹, planejando e sistematizando o cuidado.

Conforme o censo de 2010, no Nordeste, o contingente de pessoas idosas soma, atualmente, 5.646.000, o que corresponde a 10,5% de idosos residentes nesta região. Já no Ceará, estado sede desse estudo, existem 903.000 idosos, sendo 3% a prevalência de idosos na faixa de 60 a 64 anos e 1,3% na faixa entre 75 e 79 anos. Mais especificamente na região metropolitana de Fortaleza, somam-se 318.000 idosos².

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças nos aspectos sociais, psicológicos e físicos dos indivíduos, os quais levam a uma diminuição das reservas funcionais do organismo, sendo possível verificar alterações em todos os aparelhos e sistemas³. A diminuição da motricidade musculoesquelética, que é uma das alterações da senescência/senilidade, diminui o desempenho funcional do idoso e aumenta a dependência para realização das atividades de vida diária, que somada

às incapacidades e a fragilidade, muitas vezes, são fatores causadores da institucionalização da pessoa idosa.

Diante da demanda por ILPI, é preocupante a quantidade e qualidade de instituições para abrigo. Essa problemática inclui a falta de recursos mínima para estruturação da instituição e de fornecimento dos provimentos adequados para população idosa, bem como a qualidade da assistência que vise à segurança dos idosos dessa população.

As ILPI's devem adequar espaços, instalações, mobiliários, tecnologias e equipamentos, levando em conta as características e diversidades dos idosos, no contexto da segurança da mobilidade em seu ambiente de moradia e convivência. Na realidade brasileira, a estruturação de uma ILPI deve seguir as normas da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) preconizadas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), de forma a proporcionar segurança aos idosos residentes, a definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, e supervisionar e monitorar as instituições⁴. Caso apresente irregularidades, devem ser avaliadas e inspecionadas por órgãos da vigilância sanitária local, pelos conselhos de atenção à saúde e aos direitos da pessoa idosa e pelo Ministério Público⁵.

Desse modo, o estudo dessa problemática se faz relevante pelo fato de poder contribuir para o cuidado prestado ao idoso residente em ILPI, no intuito de identificar ações, estratégias e tecnologias que ofereçam suporte à segurança na mobilidade do idoso, prevenindo quedas, fraturas, incapacidades, deficiência e fragilidades. Além disso, desperta a discussão da necessidade de um cuidado de qualidade aos idosos residentes em ILPI e uma maior preocupação dos profissionais com a mobilidade e manutenção da capacidade funcional destes.

Portanto, objetivou-se identificar os riscos apontados pelos profissionais em relação à segurança da mobilidade dos idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem quali-quantitativa. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não significa uma oposição, mas uma complementação, pois a realidade abrangida por eles interagem dinamicamente⁶.

O local de coleta de dados foi em uma ILPI na cidade de Fortaleza – Ceará. A Instituição oferece assistência aos diversos graus de dependência. Os sujeitos do estudo foram profissionais da equipe multidisciplinar atuante na ILPI.

Os critérios de inclusão do estudo foram profissionais de nível médio a superior, pertencentes à equipe multidisciplinar da instituição, de ambos os sexos, que trabalhavam há no mínimo seis meses no local do estudo. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados no momento de coleta de dados.

Portanto, a amostra foi composta de 15 profissionais. Dividindo-se em nível superior: 1 assistente social, 1 diretor da instituição, 3 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 2 médicos, 1 nutricionista; e nível médio: 2 técnicos de enfermagem, 3 cuidadores de idosos e 1 técnico de segurança do trabalho. Optou-se por esses profissionais, pois estes trabalham em escala diária ou de plantão e tem contato direto com os idosos, além disso, possibilitou uma visão ampla do fenômeno a partir da percepção de profissionais de diferentes categorias.

A coleta de dados foi realizada, no período de maio de 2014, por meio de uma entrevista semi-estruturada e observação do ambiente da ILPI, com atenção dada ao ambiente sobre o espaço físico e a infraestrutura, de modo a conhecer se atendiam às necessidades dos idosos quanto à mobilidade.

As entrevistas semi-estruturadas, realizadas com a equipe multidisciplinar foram norteadas por um roteiro contendo cinco questões que versavam sobre que entendiam por segurança na prestação do cuidado em saúde, insegurança na mobilidade do idoso, avaliação do ambiente físico da instituição para a promoção da segurança, conhecimento de estratégias adotadas para a prevenção de quedas e acerca da importância do assunto para cada um na sua prática.

Os dados sociodemográficos e de saúde foram tabulados em planilha do Excel, posteriormente exportados para o programa SPSS 20.0 (*Statistical Package*

for Social Science) para análise de dados quantitativos acerca do perfil dos profissionais.

Os dados coletados através das entrevistas foram transcritas e analisadas segundo o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal. Pretende elucidar o conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social, partindo do pressuposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema⁷.

Após a análise das entrevistas, as mesmas foram organizadas em um quadro categorizado por perguntas, contendo as falas dos participantes, as expressões-chave destacadas em negrito, e as respectivas Ideias Centrais (IC), categorizadas, de acordo com as letras do alfabeto, em seguida, foi formulado outro quadro com as IC e seus respectivos DSC, para facilitar a compressão e os resultados discutidos com autores estudiosos da temática. Nesse estudo, a ancoragem não foi aplicada, devido ao tempo reduzido para coleta, análise e interpretação dos dados.

O discurso foi preservado com mínimas alterações na fala dos participantes, sendo reduzidas algumas expressões e palavras comuns do vocabulário regional e dos coloquialismos de linguagem.

Para coleta dos dados foi explanado a cada profissional os objetivos da pesquisa por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente, após a assinatura foram realizadas as perguntas. O TCLE foi assinado em duas vias, uma permaneceu com a entrevistadora e a outra com o profissional.

Os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Projeto foi submetido à apreciação da Plataforma Brasil e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, (CAAE): 27758214.4.00000.5534.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se o perfil dos participantes investigados, o que proporcionou a compreensão dos discursos, que foram organizados a partir das temáticas elaboradas e de suas IC constituintes para melhor expor os achados, em seguida criaram-se figuras para ilustrar as categorias.

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (73,3%), e com um menor número do sexo masculino (26,7%). A média de idade dos participantes da pesquisa foi de 40 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 67 anos.

Em relação ao tempo de serviço a média foi de 13 anos, com o mínimo de tempo de 1 ano e o máximo de 52 anos. Da equipe multidisciplinar, foram entrevistados 01 administrador, 01 assistente social, 03 cuidadores, 03 enfermeiras, 01 fisioterapeuta, 02 médicos, 01 nutricionista, 02 técnicas de enfermagem e 01 técnico de segurança do trabalho. O trabalho em equipe é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde, a interação é multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. O interesse pelo trabalho em equipe multidisciplinar vem-se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde⁸.

Da equipe, 6,7% tinham ensino fundamental completo, 33,3% ensino e médio completo e a maior parte, com 60%, possuía ensino superior completo. Em relação a filhos, 66,7% tinham e 33,3% não. Com o estado civil casado, 40% eram solteiros, 53,3% eram casados e 6,7% separados.

As patologias citadas pelos entrevistados foram: Osteopenia (6,7%) e tremor essencial (6,7%). Na pós-menopausa, a osteopenia juntamente com a fase senil do indivíduo tem sido amplamente reconhecida, nas duas últimas décadas, como um importante problema de saúde pública, sendo a mais comum doença ósseo-metabólica que atinge mulheres nessa fase⁹. E o tremor essencial é definido como um distúrbio do movimento oscilatório de uma parte do corpo com caráter rítmico¹⁰.

As temáticas desenvolvidas a partir das questões norteadoras foram:
Temática 1: Compreensão da perda da mobilidade relacionada à insegurança do idoso (2 IC) - Temática 2: Avaliação do ambiente físico da instituição (4 IC).

Temática 1 - Compreensão da perda da mobilidade relacionada à insegurança do idoso

A Temática 1 teve origem a partir das respostas dos participantes ao seguinte questionamento: *Você acredita que a perda da mobilidade pode gerar insegurança para o idoso? De que forma?* Obtivemos as seguintes categorias: (A) *Sim. A perda de mobilidade está relacionada à queda do idoso;* (B) *Sim. A fragilidade muscular aumenta o risco de quedas.*

A internação em ILPIs pode ser considerada um fator de risco para quedas, já que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta alterações fisiológicas que necessitam de atenção e cuidados especiais, e a instituição não pode suprir essas necessidades¹¹.

Essas alterações fisiológicas, que são comuns na senescência, implicam em um déficit na mobilidade, resultante da diminuição da capacidade funcional dos idosos. A capacidade funcional pode ser definida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Várias alterações levam à diminuição progressiva da capacidade funcional, entre elas a perda da acuidade visual, a diminuição da capacidade auditiva e a diminuição da força muscular, o que acarreta aumento do risco de quedas e limitação da realização tanto das Atividades de Vida Diária (AVD), como das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)³.

Os participantes do DSC, na categoria A, relataram a diminuição da autoconfiança, afetada por alterações no equilíbrio ou acometimento de quedas e traumas, repercutindo em um maior isolamento social e uma maior dependência. Existindo um ciclo entre as alterações senescentes, déficit na mobilidade, diminuição da autoconfiança e maior probabilidade de ocorrência de quedas.

O medo após a queda pode trazer consigo, não somente o medo de novas quedas, mas também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das consequências inerente à queda¹².

Portanto, todos esses sentimentos podem trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia e independência para atividades de vidas diárias, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança.

Na categoria B relatou-se a fragilidade dos idosos. Fragilidade é uma síndrome clínica na qual três ou mais dos seguintes critérios estão presentes: perda de peso não intencional, auto-relato de exaustão, lentidão, baixo nível de atividade física e fraqueza¹³. Cujos sinais e sintomas são preceptores de diversas complicações, tais como institucionalização, declínio funcional, queda, hospitalização, e morte.

Há diminuição das reservas fisiológicas e aumento do déficit funcional, associados a mudanças físicas que provocam a queda¹⁴. A fragilidade associada à queda pode trazer problemas à saúde do idoso, como a incapacidade funcional, que leva à perda de sua independência. Assim como a queda pode levar o idoso à fragilidade, esta poderá levá-lo à queda.

Temática 2 – Avaliação do ambiente físico da instituição

A origem da temática 2 ocorreu a partir dos resultados da análise das respostas dos participantes ao seguinte questionamento: *Como você avalia o ambiente físico desta instituição para a promoção da segurança na mobilidade do idoso?* Daí surgiram 4 categorias a respeito da temática: (A) *A instituição está adequada para a mobilidade do idoso;* (B) *Melhorou, mas ainda existem pontos que precisam ser trabalhados;* (C) *A instituição passa por dificuldades;* (D) *Não é o mais adequado.*

Dos entrevistados, cinco opinaram satisfeitos com a estrutura física da instituição para a mobilidade dos idosos, formando a categoria A. Em função da dificuldade de se avaliar o processo de cuidado nas instituições de longa permanência, alguns autores determinaram a qualidade da atenção prestada aos idosos nestes locais a partir da estrutura das mesmas¹⁵. Questiona-se o conhecimento dos participantes da pesquisa relacionado à estrutura adequada para a segurança na mobilidade dos idosos institucionalizados.

No entanto, visando uma melhor qualidade na assistência na instituição e um maior conhecimento acerca do assunto, podem ser desenvolvidas atividades de capacitações, treinamentos e cursos estruturados e/ou contínuos, para a manutenção de uma educação permanente dos funcionários, diante da realidade da instituição que trabalham.

Assim, a educação permanente corresponde a uma antiga idéia de universidade extramuros, que, durante muito tempo, era vista apenas como utopia¹⁶. Os estabelecimentos de Saúde necessitam incorporar as novas tecnologias em um programa de educação permanente dos profissionais. Portanto, faz parte dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde influir no programa de educação permanente¹⁷. Com isso, para uma educação efetiva, os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar devem estar abertos a novas ideias, visando um maior aproveitamento e aprendizado nesse contexto.

A construção da categoria B (*Melhorou, mas ainda existem pontos que precisam ser trabalhados*) se deu aos discursos de 3 participantes que detalharam algumas adaptações realizadas na instituição para a mobilidade dos idosos.

Nesse DSC, houve uma satisfação um pouco diminuída em relação ao primeiro, os profissionais já percebem algumas dificuldades para a promoção da segurança na mobilidade do idoso.

A Instituição deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00¹⁷. Notaram-se adaptações discretas no ambiente, como algumas barras

em rampas, pisos antiderrapantes nos banheiros. Mas ainda deixando a desejar em relação à dimensão da instituição.

A maior parte dos profissionais, 6 entrevistados, relataram inúmeras dificuldades para a promoção da segurança na mobilidade dos idosos, formando a categoria C (*A instituição passa por dificuldades*).

O discurso se detém as dificuldades financeiras que são vivenciadas, por ser uma instituição filantrópica. Nessas instituições, o governo estabelece a forma de participação, que não poderá exceder 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social recebido pelo idoso¹⁹.

Os recursos dos idosos somados aos governamentais são insuficientes para a manutenção das ILPIs de caráter filantrópico, ficando clara uma dependência da sociedade de doação em dinheiro, fraldas geriátricas, alimentos e trabalho voluntário. Diante dessa dependência, os entrevistados relatam ser um grande problema de sustentabilidade econômica da ILPI, o que interfere em adaptações para a melhor mobilização dos idosos e a segurança dos mesmos.

Nessa circunstância, acrescenta-se ao DSC, o déficit de profissionais, importante para o auxílio na movimentação e inspeção dos idosos. A vigilância constante dos idosos é um fator fundamental para a prevenção de quedas e existem evidências de que um adequado quadro de pessoal tem influência positiva para a redução das taxas de quedas²⁰. A equipe de atenção a saúde tem um papel importante na vigilância dos pacientes e na identificação de fatores de risco do ambiente que contribuem para a ocorrência de quedas.

A instituição não mantém um dimensionamento segundo estabelece a ANVISA, implicando em sobrecarga aos cuidadores. Essa sobrecarga de trabalho pode ocasionar “*burnout*”, que é um quadro de esgotamento físico e mental com intensa irritabilidade relacionado a condições adversas de trabalho de profissionais de saúde, um esgotamento dos recursos físicos e mentais para atingir uma meta irrealizável, imposta pelo próprio indivíduo ou pela sociedade.

Dos profissionais, três relataram a inadequação da instituição para a segurança na mobilidade do idoso, compondo a categoria D (*Não é o mais*).

adequado). A RDC 283 preconiza que toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente¹⁸. A Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física, previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT referenciadas neste Regulamento.

A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00. O DSC revelou a angústia em relação à promoção da segurança na mobilidade do idoso na instituição, diante do alto índice de quedas na mesma. O ambiente é extenso, com muitos obstáculos, poucas barras e corrimões nas rampas e corredores, o que dificulta a locomoção dos idosos.

O DSC revelou a angústia em relação à promoção da segurança na mobilidade do idoso na instituição, diante do alto índice de quedas na mesma. O ambiente é extenso, com muitos obstáculos, poucas barras e corrimões nas rampas e corredores, o que dificulta a locomoção dos idosos.

CONCLUSÃO

Os profissionais apontaram os riscos em relação à segurança da mobilidade do idoso na ILPI, como o ambiente físico inadequado, poucos profissionais e dificuldades financeiras. Ficou evidente a necessidade de readequação da ILPI à regulamentação da ANVISA, o que é caráter preocupante por ocasionar danos à saúde dessa população.

A reestruturação da ILPI e profissionais capacitados é um grande desafio, com necessidade de sensibilização dos dirigentes para adequação da infraestrutura física, e uma educação permanente na instituição visando à cultura de segurança, que deve guiar estas mudanças.

REFERÊNCIAS

1. Silva BT, Santos, SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta paul. Enferm. 2010; 23(6):23-6.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.
3. Souza, CC, Valmorbida, LA, Oliveira, JP, Borsatto, AC, Lorenzini, M, Knorst, MR, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013; 16(2):285-93.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.
5. Anvisa. Consulta Pública nº 41 de 19 de junho de 2004. Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições Residenciais Sob Sistema Participativo e de Longa Permanência para Idosos. Brasília, DF, 2004.
6. Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis: Vozes editora; 2002.
7. Lefevre, F, Lefevre, AMC, Cornetta, VK, Araújo, SDT. O discurso do Sujeito Coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(3):798-808.
8. Tonetto, AM, Gomes, WB. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estud. Psicol. 2007; 24(1):89-98.
9. Bertulucci, LAB, Pereira, FMBG, Oliveira, AEF, Brito, LMO, Lopes, FF. Doença periodontal em mulheres na pós-menopausa e sua relação com a osteoporose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(12):563-7.
10. Albuquerque, AV. Tremor Essencial. Rev Neurocienc. 2010; 18(3):401-5.
11. Alves, NB, Scheicher, ME. Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011; 14(4):763-8.
12. Fabricio, SCC, Rodrigues, RAP, Junior, MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(1):93-9.

13. Storti, LB, Whebe, SCCF, Kusumota, L, Rodrigues, RAP, Marques, S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. Texto contexto – enferm. 2013; 22(2):452-9.
14. Fhon, JRS, Rosset, I, Freitas, CP, Silva, AO, Santos, JLF, Rodrigues, RAP. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. Rev. Saúde Pública. 2013; 47(2):266-71.
15. Ribeiro, MTF, Ferreira, RC, Magalhães, CS, Moreira, NA, Ferreira, EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Rev. bras. enferm. 2009; 62(6):870-5.
16. Thiollent, MA. Educação permanente segundo Henri Desroche. Pro-Posições. 2012; 23(3):239-43.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014.
19. Freire, SF, Mendonca, LH; Costa, AJB. Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. Saúde em Debate • Rio de Janeiro. 2012; 36(95):533-43.
20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática. Brasília, 2013.